



Report to the Inter American Development Bank
on behalf of the
Network for Inclusive Markets

*Unmet Needs and Business Solutions
for the Majority in Latin America*

Table of Contents

I.	Introduction and IDB Opportunities Summary	page 3
II.	ICT Sector	
	a. Sector Introduction	page 5
	b. Brazil sector study	page 6
	c. Mexico sector study	page 10
III.	Healthcare Sector	
	a. Sector Introduction	page 13
	b. Colombia sector study	page 14
	c. El Salvador sector study	page 17
IV.	Appendices	
	a. Preliminary Financial Models and Analyses	page 20
	b. Detailed Sector Studies	page 26
	c. Focus Group Reports and Stakeholder Interviews	page 205

I. Introduction and IDB Opportunities Summary

The majority of Latin America's population, approximately 360 million people, remains outside of the integrated economy, living on very low incomes and lacking affordable access to basic goods and service such as transport, financial services, housing, healthcare, and connectivity. The lack of such basic services is a significant barrier to this majority population that prevents them from improving their welfare and economic status by gaining entry to the formal economy. Traditional development approaches have repeatedly fallen short in trying to address these root problems and in providing solutions on the scale needed.

The Network for Inclusive Markets (NIM), in partnership with the Inter-American Development Bank's Opportunities for the Majority Initiative (IDB), recognizes that these challenges also present a significant opportunity for the private sector to enter hitherto untapped markets, develop new products and business models, create jobs, and engage low-income communities into their value chains—as stakeholders, suppliers, clients, and entrepreneurs—driving the creation of opportunities for social inclusion and sustainable economic growth.

In this context, the NIM is pleased to submit this report to the IDB as a culmination of a compressed four-month initiative to identify and define private sector solutions that empower Latin America's majority populations. Representing a synthesis of qualitative and quantitative analysis, the information presented in the next three sections and accompanying appendices will describe the unmet needs and market opportunities for the healthcare sector in Colombia and El Salvador, and Information and Communications Technologies (ICT) sector in Brazil and Mexico, and present potential private sector solutions that can address these unmet needs profitably.

Methodology

Multiple approaches were utilized to generate the information presented in this report. To capture a realistic view of the needs of the majority populations and best delineate the parameters and guidelines needed of a business model, the NIM designed a three step process which included 1) primary and secondary research, 2) stakeholder engagement, and 3) business model analysis. This process was designed to produce data and insights that go beyond market surveys and have the capacity to substantively characterize each market. Additionally, the approach served to proactively identify potential opportunities—even, in some instances, to the point of identifying specific actors who could be the focus of an IDB investment.

For the first step, the NIM gathered and analyzed publically available data to characterize the structure of the sector, to document unmet needs, understand regulatory issues, examine market prices for different services, and to identify existing actors (competition/stakeholder analysis).

For the second step, the NIM conducted numerous interviews with local experts, public officials, and business stakeholders, to gather additional insights about perceived quality of service, understand barriers, test reactions to potential solution approaches, and identify potential entrepreneurs or partners for implementing a solution. Additionally, the NIM organized focus groups that engaged the target populations, along with existing service providers and local experts, in structured group discussions to explore attitudes toward existing and proposed services.

The third step included the identification and preliminary analysis of business models that can be localized and adapted to best address the market needs, based on the sector study and stakeholder engagement information. This effort combined the NIM's knowledge of solution models and their performance in other countries or regions of the world with the results of its intensive examination of local conditions and needs. Financial modeling, where possible, was used to further assess the potential feasibility of a proposed solution.

Report Structure

For each sector analyzed, we provide an introduction that characterizes the basic problem within the sector and, based on global best practice, a potential solution model. Then for each specific country and sector studied, we summarize:

1. Unmet Needs of the Majority
2. Market Conditions
3. Market Opportunities
4. Preliminary Financial Analysis, if applicable
5. Findings
6. IDB Opportunity

Appendices provide financial models and analyses, full sector studies in local languages, and focus group reports also in local languages.

IDB Opportunities Summary

- *Brazil ICT Sector.* We believe that IDB could make a significant contribution to enabling affordable ICT access—both voice and Internet access—for Majority populations in the North-East region of Brazil through investment and technical assistance to help a well-established network of local coops become Internet Service Providers using an emerging, low-cost approach. We further believe that IDB's involvement will help to establish this new approach that could enable many millions of additional households through emulation by others. We recommend that IDB pursue this opportunity, evaluate this prospect for their pipeline and, if appropriate, proceed with a loan project.
- *Mexico ICT Sector.* We believe there is a significant opportunity to enable affordable ICT access for Majority populations in rural Mexico and that this IDB-supported sector engagement has already helped to catalyze private sector interest. We believe that one or more incumbent Mexican telecom companies are now strongly interested in applying an emerging, low-cost approach to extend their networks to serve Majority populations in rural areas. The companies are exploring the new approach and are not yet at a stage that specific loan opportunities can be discussed, but we recommend that IDB signal its potential readiness to finance the capital investment in building rural networks with this new approach.
- *Colombia Healthcare Sector.* While further enterprise development effort will be required to catalyze a specific venture in Colombia, we believe that the IDB has an opportunity to support an enterprise development process with a high likelihood of it leading to a loan project. Moreover, the opportunity is also to help launch a new approach to providing accessible, affordable healthcare for Majority populations in Colombia—an approach that seems likely to be replicable across the region. We have identified specific local actors that appear interested in becoming the entrepreneurial core of the proposed venture; we have also identified policy constraints that inhibit new entrants into the Colombian pharmacy market and that contribute to the extensive unmet needs in this sector, raising the possibility of a parallel, public sector engagement by IDB.
- *El Salvador Healthcare Sector.* Significant further effort in enterprise development will be required to further define and catalyze a specific venture in El Salvador. However, we believe that the IDB has an opportunity to support an enterprise development process with a high likelihood of it leading to a transformative solution for El Salvador to enabling accessible, affordable healthcare for Majority populations throughout Central America. This opportunity may yield a small scale IDB loan project.

II. ICT Sector

A. Introduction

The Problem: The benefits to the Majority of the population of access to mobile phones and to Internet services are no longer in doubt.¹ Not only is there evidence that each 10 percentage points of mobile penetration increases GDP growth by as much as 0.5 percent², but field studies have documented the importance of phone access in gaining access to employment, market prices and other opportunities, thus facilitating the entry of the Majority into the formal economy.

Growth of mobile telephony continues—9 million new customers a month in India, even faster in percentage terms in Africa—and that growth now consists primarily of low-income customers. In Latin America, spending by the Majority on ICT in 2002 was already \$13.4 billion³, and the market has continued to grow. New value-added services, especially mobile banking, are posed to make mobile phones an even more valuable service platform for the unbanked Majority.

However, many rural communities in the LAC region are not covered by mobile networks, and even more lack Internet access, even via shared access modes such as cybercafés or telecenters. Even where coverage exists, mobile phone ownership and usage as well as Internet usage among the Majority remain low, because the cost of service is still high relative to their ability to pay. Compared to many other countries, telecommunication costs in Latin America are quite high, especially Internet access costs and the prepaid phone charges on which Majority populations depend.

Thus many low-income households in practice lack connectivity and the access to information and livelihoods that it brings, and many micro and small businesses remain unconnected to the national and global economy. What is needed is a new approach to bring low-cost connectivity—both voice and Internet services—to the Majority.

A Potential Solution: A new approach to this problem is emerging from advances in technology. Now being piloted in Vietnam and considered by mobile telecom companies in other regions, the approach combines powerful but low-cost WiFi networks with a new community-based business model that can provide both Internet phone service—so-called Voice Over Internet Protocol or VOIP—as well as a wide range of Internet data services. The business model is adaptable to mobile telecom companies, to Internet-based phone companies, and to coops or other forms of community-based business entities.

The emergence of so-called “smart” phones—mobile phones or handsets that also can access the Internet via WiFi networks—provides a user device that can work both on these new WiFi networks (for example, in a rural community where no mobile coverage exists) and also on existing mobile networks in urban areas. So far, smart phones or handheld computers that are also phones have been promoted only for wealthy customers, but low-cost versions that can serve the Majority are technologically and economically feasible: in quantity, it is expected to cost \$5 or less to add WiFi capability to a mobile phone.

The economic advantage of this new approach arises both from the lower cost of standards-based technology (such as WiFi) compared to proprietary technology such as GSM or CDMA, and from the inherent efficiencies of

¹ World Bank, 2006, Information and Communications for Development 2006: Global Trends and Policies. Washington, DC: World Bank.

² Vodafone, 2005. Africa: The Impact of Mobile Phones. London: Vodafone.

³ Hammond et. al., 2007, The Next 4 Billion, Market Size and Business Strategy for the Base of the Pyramid, chpt 3. Washington, DC: World Resources Institute and International Finance Corporation.

Internet-based voice service (such as Skype) compared to conventional phone networks. The benefits to the Majority are potentially much broader access to connectivity, lower cost voice and Internet services, and affordable handsets that can work on multiple networks and that can enable access to new, productivity-enhancing services such as mobile banking and distance learning. The benefits to service providers—whether incumbent mobile telecom companies or others—is lower capital investment to build out networks and access to a significant new customer base with a profitable business model. In the sector analyses that follow, we explore the possible application and adaptation of this new approach to the local circumstances of both Brazil and Mexico.

BOX: Defining Technology Terms

Wi-Fi: The term was developed by the Wi-Fi Alliance to describe wireless local area network (WLAN) products that are based on the Institute of Electrical and Electronics Engineers' (IEEE) 802.11 standards. A Wi-Fi enabled device can connect to the Internet when within range of a wireless network connected to the Internet. The area covered by one or more interconnected access points is called a hotspot. Hotspots can cover as little as a single room with wireless-opaque walls or as much as many square miles covered by overlapping access points. Wi-Fi also allows connectivity in peer-to-peer (wireless ad-hoc network) mode, which enables devices to connect directly with each other, and in a mesh network setting.

WiMAX: Worldwide Interoperability for Microwave Access. Refers to the 802.16 standard being developed by the IEEE to provide a wireless coverage of up to 31 miles. It operates in the 2 to 11 GHz bands and enables connectivity without a direct line-of-sight to a base station although line-of-sight is probably required to achieve connectivity at the distance of 31 miles.. It provides shared data rates up to 70 Mbps, which, according to WiMAX proponents, is enough bandwidth to simultaneously support more than 60 businesses and hundreds of homes.

Voice Over Internet Protocol, or VoIP, is a protocol optimized for the transmission of voice through the Internet or other packet switched networks. VoIP is often used abstractly to refer to the actual transmission of voice (rather than the protocol implementing it). VoIP is also called Internet telephony.

Smart Phone: A smart phone is a phone that can also access the Internet; in the context of this report, it means a mobile phone that also contains a WiFi chip and thus can access WiFi networks.

B. Brazil's ICT Sector

Unmet Needs. Rural producers in Brazil and especially in the North-East region need connectivity to obtain up-to-date pricing and market information, critical to obtaining supplies efficiently and increasing their ability to negotiate good prices for their product. Rural communities also need affordable communications to find information about or schedule health services, to search for jobs, to reduce their isolation and increase efficiency, and to access help during natural disasters. However, the sector analysis found significant unmet needs for voice and Internet services, due to:

- High cost of phone service (both high tariffs and nearly 35-40% tax rates on voice services), and the very high cost of Internet access (nearly 5 times US rates for bulk bandwidth in urban areas, nearly 10 times in rural areas). Phone service costs are a function of the telecommunication regulatory regime and past license awards that have had the effect of limiting competition. Internet costs are due to lack of adequate infrastructure – fiber optic or wireless backbone networks – which allows owners of existing backbones to charge high prices.

- 85% of mobile use is pre-paid and is subject to the highest tariff structure of all telecommunications options (average = R\$ 1.56 per minute, compared to R\$0.39 for fixed line calls; corresponding charges for UOL VoIP calls, which carry no taxes, are R\$0.14 and R\$0.70) Low income populations in Brazil overwhelmingly use pre-paid mobile phone systems, but the per capita usage of this service is correspondingly low, averaging approximately 12 minutes of usage per month. The result, effectively, is very limited access to voice services.
- Many medium and large companies have moved to VoIP systems (similar to Skype) that constitute the least expensive communications option, offering 70% cost-savings over conventional voice services. However, VoIP is at present widely accessible only for the corporate world and for high income households with residential broadband Internet service; households of the Majority have not been able to take advantage of these cost-savings and thus face a significant BOP penalty.
- Rural communities and businesses in particular face high costs and limited options for Internet access, which in turn makes VoIP phone service more problematic; a rural agricultural/credit coop in Valente, State of Bahia, for example, spends up to \$600/month for a single leased line between its branches, in order to run interoffice data traffic and VoIP. A focus group in a neighbouring community told how their youth often walked 13-15 kilometers to have access to free Internet at a coop-sponsored telecenter in Valente, and awareness of potential benefits of Internet access was high in all focus groups. Even the limited use of advanced technology in the Valente coop, a progressive model for the region, is untypical for the rural North-East region as a whole, perhaps the largest continuous area of extreme poverty in Latin America.

"Here at home [in an extended family], we would already have gotten the Internet if we could, but even adding all of us together, we cannot pay the monthly Internet fee."

– Rural community focus group, Valente

"All my relatives are in Sao Paulo, but to speak with them for even ten minutes, I spend a fortune."

– Rural community focus group, Valente

Market Conditions: Brazilians own more than 110 million mobile phones (equivalent to 62% of the population). There is relatively good coverage, even in many rural communities, even though as discussed above cost of voice service severely limits use for low-income consumers. However, telecom and cable companies in Brazil are by law forbidden to sell Internet services to end users, except through partnerships with internet companies or through subsidiaries and affiliated companies. Most Internet service providers are small companies (the ISP trade association has 1200 members) that must buy their bandwidth from the incumbent telecom companies and pass on the high costs to their customers. Lack of affordable Internet access in turn limits availability of lower-cost VoIP service.

The Brazilian ICT market is very dynamic, with new offerings and entrants appearing at a rapid rate. For example, Embratel has announced plans to build WiMAX wireless broadband networks to expand Internet access in all major cities, beginning in 2008. Other new entrants in the markets are VoIP companies offering many types of on-line voice services through computers, including providing interconnect services to the phone network. With such a service, for example, one can typically make a call from Rio to Sao Paulo as a local call from one Sao Paulo number to another, reducing both interconnect fees and taxes. For the most part, however, the VoIP companies provide these services to businesses. The VoIP market thus far is unregulated.

Despite this dynamism, four large telecom companies control the majority of the market, which is characterized by oligopoly pricing and among the highest prices for mobile telephony in the world. A forthcoming auction of additional telecom licenses is organized in such a way that only large companies are likely to be able to

compete, which may further concentrate telecom services in Brazil and reinforce existing problems. This market environment provides strong motivation for exploring new approaches that could benefit the Majority population, such as the approach outlined in the introduction to this section adapted to Brazilian market conditions.

"A provider of VOIP telephony here in the region—that would be a business!"

— Internet-savvy professionals focus group, Valente

Market Opportunity: At the level of independent companies or organizations, there is no regulation limiting the way in which internal telecommunications are structured, managed, and priced. This opens an opportunity for a business model that can operate within the existing legal framework, but can also offer VOIP-based services at significant cost reductions (up to 70%) compared to conventional voice services. In particular, we have explored the potential offered by the extensive cooperative networks already operating in Brazil and that are strong in the North-East region of the country.

Many small producers or service providers are organized into member-owned coops. More than 7000 coops—agricultural, microfinance, healthcare workers, etc.—are organized into federations that are in turn part of the Organizacao das Cooperativas Brasileiras (OCB), which spans 6 million members and serves 13 million users, for a total potential market (counting member households) of 25 million people. A significant percentage of coop members, especially in rural areas, have income levels that make them part of the Majority. The economically-challenged North-East region is home to 23% of the coops and some 4.5 million users. If coops were to become Internet Service Providers—or to partner with Internet Service Providers and VOIP companies—they could offer the benefits of low-cost VOIP phone service and Internet access as internal communications services to their employees, their members and their families, and their users, as well as, potentially, to the rural communities in which many coops operate. As focus groups in the Valente area suggested, perhaps the best way to offer VOIP initially would be through coop-owned phone-booths and telecenters located throughout the community. Lower Internet costs would also benefit the internal data transfer operations of many coops.

This is an enormous opportunity both to offer the benefits of low-cost voice and Internet services to many millions of small producers and their families, strengthening rural communities, and to provide coops with an additional "product line"—enhancing their profitability and the incomes of their members. Moreover, if coops or their partners made use of the emerging new model for rural connectivity described above—based on low-cost WiFi technology—they could build their own rural networks to provide these services at low cost, saving the expenses of leased lines and dependence on telecom companies. Preliminary discussions with one rural coop found great interest in this approach and an eagerness to pilot the approach on behalf of the OCB. Because the coops are already well organized, scaling the model across thousands of coops might be relatively simple; indeed OCB is already exploring the possibility of offering voice and Internet services to coops through its coop business agencies (ASCOOB). A significant investment in ASCOOB or a partner company—and technical support to bring in a low-cost technology model—could potentially greatly accelerate this process, enabling on-lending to individual coops to cover the capital investment of building local networks and installing VOIP service.

"Those who use the internet...computers...will be informed and learn, and they will always be a step ahead."

— Rural community focus group, Valente

Preliminary Financial Analysis: We analyzed costs of applying the WiFi-VoIP model to the Valente coop in the North-East region of Brazil, based on a field visit to determine network configuration needs. That model was then scaled to approximate the average coop in the coop system, about 1000 members. The model assumes that coops build their own wireless networks to gain access to bulk bandwidth and to distribute Internet access to

coop locations and to the communities in which they operate; equipment costs are based on current U.S. vendor prices, plus an allowance for Brazilian import duties.⁴

The model assumes that one half of coop members and their families become regular users of Internet services and of VOIP telephony, and that 25% of coop users (non-members) also become customers for these coop ISP services through coop-owned telecenters or VOIP phone booths—for a total of 3500 retail customers. The model also assumes that the coop ISP will serve an average of 100 commercial customers—small businesses or residential service to wealthy households—in the communities in which the coops operate. The model does not include technical assistance costs associated with piloting this new approach or increasing human development capacity necessary for successful implementation.

The results (summarized here but given in more detail in the Financial Models and Analyses Appendix) suggest that a coop will require about \$90,000 of capital investment to build its network and provide service facilities to its customers, and that, when full operation is achieved, the coop should realize \$37,000 in net operating income from its ISP business. Over time, market penetration should increase and revenues may rise. Anticipated rollout of new WiMAX wireless broadband service in Brazil may also offer an opportunity to lower bulk bandwidth costs. Even without these developments, however, the model suggests that there is sufficient cash flow to recover the cost of the capital investment within 3-4 years.

The real power of the coop structure of Brazil, however, is realized if this new approach is pursued not just by one isolated coop, but by many, facilitated and coordinated by the national or regional ASCOOP organization. For purposes of illustrating the opportunity, we also aggregate 500 typical-sized coops into a single project. Such a project would serve 1500 communities, enable affordable Internet access and low-cost VoIP telephony for 1.75 million individuals, and strengthen the 500 coops involved. It would require an investment (loan) of \$45 million, but would also generate \$15.5 million in free cash flow annually to repay that investment. We note that Brazil's North-East region alone has more than 5 million coop members and could thus potentially absorb this project entirely. Similar projects are likely feasible in other impoverished rural regions of Brazil as well.

Findings: We have investigated the feasibility of applying a new approach to providing connectivity to Majority populations, especially in underserved rural regions. The approach profitably addresses a major unmet need—affordable telephony and Internet access—by offering radically lower costs for building networks and a business model that can provide wider enjoyment of ICT benefits by the Majority population. In Brazil, an ideal vehicle for the application of this approach, given existing tariffs, tax structures, and ICT regulations, is the well-organized coop network of small producers.

We have found that coops approached about this opportunity are enthusiastic, and a financial model suggests that the project would also be financially feasible. We have also found that members of low-income communities that currently have no access to Internet services are also enthusiastic about the potential and see a very concrete need for those services. The benefits would be cost reductions in voice telephony by as much as 70% for potentially millions of low-income producers, and faster, lower-cost Internet access for both individuals, small businesses, and the coops themselves in thousands of rural communities.

IDB Opportunity: We believe that IDB could help provide low-cost voice and Internet service to hundreds of coops and millions of individuals through a loan and associated technical assistance. This is an opportunity to make a significant contribution to enabling affordable ICT access for Majority populations in the North-East region of Brazil, and to establish a new approach that could enable many millions of additional households through

⁴ Import duties in Brazil might become a much less significant factor in equipment costs if the WiFi units were manufactured in Brazil, which is a distinct possibility if a volume market emerges.

emulation by others. We recommend that IDB, with the assistance of the Network for Inclusive Business, evaluate this opportunity for their pipeline and, if appropriate, to proceed with a loan project.

C. Mexico's ICT Sector

Unmet Needs. Both rural and urban Majority populations in Mexico need better access to affordable voice and Internet service. Improved access is critical to help alleviate illiteracy, reduce loss of life during natural disasters, and contribute to the economic, social, and cultural development of the Majority population. Wider access will also help reduce the economic and social inequalities that divide the country, giving it an improved chance to reap the benefits of global market growth. Mexico is a case study in sharp inequality. The mid-market and wealthy households have good access to ICT-based services and the economic benefits they bring. The Majority largely lack affordable access and thus miss those advantages, helping to perpetuate or increase existing inequalities.

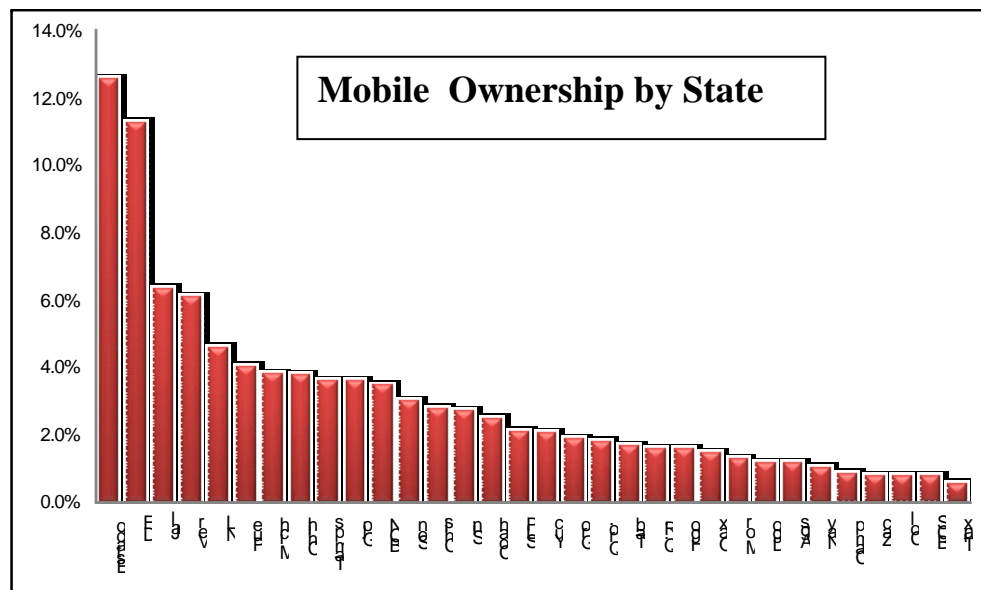
Quantitatively:

- 28% of households (7 million households) have neither fixed-line nor mobile phones;
- 81% of households (20 million households) have no computer or Internet connection;
- In rural areas this is a more significant issue: more than 90% of households in rural communities of under 2,500 inhabitants have no phone, indeed no connectivity of any kind; the figure is 85% for rural communities between 2,500 and 15,000 population. Together, these two groups amount to 8.7 million Majority households—nearly one-third of Mexico's population.
- Even where coverage and phone ownership exists, lack of ability to pay and high costs remains the main barrier to both wider use of phones and to Internet access for Majority households;
- Approximately 96% of mobile phone users have pre-paid service, even though the tariffs for pre-paid service are significantly higher than for other communications options. These high costs inhibit widespread local calling.

Cell phones make distances shorter and allow people to communicate with family that live far away, without needing to walk long distances to be able to use a phone. [We] are interested in having a cell phone, but the cost of the equipment and monthly charges and our lack of funds prevent this.

– Focus group in a rural community

Market Conditions: More than 62 million Mexicans use mobile phones, and the market for mobile service is competitive in urban areas. However, the mobile market is highly concentrated: Telcel (Grupo Carso) has a 79% market share, Movistar (Telefonica) has 14%, and the remaining operators together have 7%. Moreover, mobile phone ownership, while relatively widespread in the Valley of Mexico, becomes very limited in other regions of the country, amounting to less than 2% of the population in more than a dozen states (see Figure). Many smaller rural communities have no mobile service at all. Both phone ownership and usage rates for pre-paid voice services are low among BOP customers, because of limited ability to pay.



Similar patterns are found in the distribution of Internet service, which is also limited in rural areas, and often available only (directly or indirectly) from Telmex.

Many youth have some familiarity with the Internet and computer usage, but most older inhabitants have none. Even so, there is a high willingness to learn, because many believe that computer and Internet skills represent an opportunity for better jobs and higher incomes.

-Focus group in a rural community, Jilotzingo State

Mexico does not have a specific regulatory framework for information and communication technologies and relies on the Federal Telecommunications Act. In light of modern-day rapid globalization and technological advances, the country has need of a flexible legal framework that facilitates adjustment to these changes, opens the door to new opportunities, and encourages the development and presence of the ICT market. The benefits would include increased security, confidence and speed of decision-making that is delivered to the private and public sectors. In absence of this type of a legal framework that allows the introduction of new technologies, the inclusion of the Majority in the customer base of modern ITC services might present a big challenge.

Nevertheless, our research found that there are potential models which can work within this current situation, including the WiFi-VOIP model described in the introduction to this sector, if launched in partnership with one or more of the current market players.

Market Opportunity: There appears to be a significant market opportunity to introduce a new technology/service model for rural communities—and potentially for peri-urban communities. The model, currently being piloted in Vietnam, significantly lowers the capital investment costs of providing rural coverage for voice and Internet service—by as much as a factor of five. It is based on advanced WiFi mesh networks, Intel-backed WiFi backhaul links to connect to existing optical fiber, and controlled Internet voice service (VOIP) via WiFi-enabled mobile phones. Thus the new model may:

- Enable mobile telecom companies to extend their coverage into unserved rural areas cost-effectively;
- Make use of low-cost “smart phone” handsets that can work on either WiFi or conventional mobile networks;
- Potentially allow significantly lower prices for local phone calls, overcoming cost barriers for BOP customers;

- Allow both voice and Internet service, as well as enabling advanced services such as mobile phone banking (now beginning to be rolled out in Mexico via a consortium of all major banks).

Preliminary meetings with Telmex, Movistar/Telefonica, and the Lusacell/Unefon group demonstrated a high degree of interest among incumbent telecom companies in Mexico in exploring the WiFi-VOIP model that could lower costs of building rural networks and could potentially lower cost barriers to phone usage and Internet access. That suggests there may be an opportunity for an external loan to finance network buildout in underserved regions using this new model, for one or more telecom companies.

Preliminary Financial Analysis: Two Mexican telecommunication companies were sufficiently interested in the new WiFi-VOIP approach discussed in this report that they have engaged the NIM to work with them in exploring the model further. To this end, as part of their normal business practice, they have placed New Ventures Mexico, as a NIM representative, under a non-disclosure agreement, so that they can have access and help the companies analyze proprietary information and market data. As a result, this report cannot disclose specific company data or financial analyses based on those ongoing analyses.

To provide a representative telecom-based analysis of the model, we instead provide here an analysis for Vietnam, using local costs for that country, developed by World Resources Institute in its prior work with EVN Telecom of Vietnam and other partners in that country. (See the Financial Models and Analyses appendix, Mexico.) The analysis reports costs and prospective income from a network covering every rural community of Quang Ngai Province—a rural, mountainous region with more than 1 million people. The province is among the poorest in Vietnam and has approximately 3% phone ownership, comparable in teledensity to more than one-third of the Mexican States.

The analysis shows that to build a WiFi-VoIP network covering every rural community in the province—comprising 159 communes, each with 2-6 villages—and a rural population of 1 million people would require capital investment of \$23,000 per commune or a total of \$2.9 million for the province as a whole. For comparison with conventional approaches to providing mobile voice service, a cellular tower would have approximately the same areas of coverage as a commune, yet typically would cost in excess of \$100,000, or roughly five times as much. (In the mountainous terrain of Quang Ngai, additional cellular towers might be required to provide complete coverage of all communities.) Thus a mobile telecom company opting to extend its network into rural areas with this new approach could dramatically lower its required capital investment, vastly improving its chances of profitable operation. In Vietnam, as in much of Mexico, most new mobile customers will come from rural, Majority populations. Thus the new approach modeled here may represent a strategic choice for telecom companies.

The revenue analysis assumes that in-commune calling (within the WiFi network) is charged at a very low, fixed rate (\$0.50 per household per month) regardless of usage, and that normal pre-paid tariffs apply for calls into the conventional phone or mobile networks. Even with very modest revenue assumptions, less than \$4 per phone per month in pre-paid charges (net of interconnection costs), and assuming only 25% penetration of phone ownership, the analysis suggests that the investment in the network can be recovered in little more than 1 year and that the investment will create a profitable business. The annual revenue estimate is \$21,720 per commune or \$2.76 million for the province as a whole. The analysis assumes that household will buy their own phones, and that the essentially unlimited local calling will be a powerful encouragement to do so. Internet service revenue is assumed to be very modest initially, but is likely to grow significantly over time.

Findings: We have investigated the feasibility of applying a new approach to providing connectivity to Majority populations, especially in underserved rural regions. The approach offers radically lower costs—for building networks, and for costs of Internet access and voice telephony—that can overcome a primary barrier to wider

enjoyment of ICT benefits by the Majority population. In Mexico virtually the only realistic vehicle for the application of this approach are the existing incumbent mobile telecom companies, given ambiguities in Mexico's ICT regulatory structure.

In discussions with these incumbents, we found that they were extremely interested in this approach—so much so that two of the largest companies asked to begin immediately a detailed exploration of the approach and its financial and technical feasibility, which is now underway with proprietary data. A sense of potential benefits of this approach, however, can be obtained from a model done for EVN Telecom in Vietnam. The benefits would be affordable access for voice and internet service for hundreds of thousands of rural people who now have no phone service of any kind, as well as a profitable business for the mobile company.

IDB Opportunity: Discussions with the Mexican telecom companies are not yet at a stage that specific loan opportunities can be discussed, but we recommend that IDB stand ready to finance the capital investment in building rural networks with this new approach, in the event that one or more Mexican company decides to seek financing. Like the situation in Brazil, this is an opportunity to make a significant contribution to enabling affordable ICT access for Majority populations in rural Mexico, and to establish a new approach that could also enable many millions of additional households through emulation by others.

III. Healthcare Sector

A. Introduction

The Problem: Inadequate and unequal access to healthcare is a fact of life for the Majority of the population in Latin America. Public healthcare systems all too often fail to provide promised services, and private services are typically priced for the wealthy. High disease burdens, costly but unreliable healthcare and medicines, and lack of access to prevention and treatment all conspire to keep the Majority poor. A WRI/IFC analysis of BOP spending on healthcare⁵ undertaken with help from the IDB shows that spending for pharmaceuticals absorbs a large proportion—typically more than one-third—of household healthcare spending. In effect, the Majority often go to pharmacies and seek to self-medicate when they are ill, reserving visits to doctors and hospitals for medical emergencies.

"In my neighborhood, pharmacies have become the neighborhood doctor; because of a lack of resources people no longer go to the doctor, so they go and get advice from the pharmacists.

– Participant in a Colombian community focus group.

Most pharmacies and other sources of medicines are in the private sector, many are poorly regulated, and quality control is highly variable. Many licensed pharmaceuticals are priced beyond the Majority's ability to pay; high quality generics are not widely available. In rural areas, access to pharmacies and other sources of health services is often limited, imposing travel costs and lost income over and above the cost of healthcare. What is needed is a more effective, sustainable system for improving affordable access to high quality healthcare—and especially for addressing the major ailments, diseases and other health conditions that threaten the well-being of Majority households.

A Potential Solution: A new approach to this problem is being tried in countries as diverse as Uganda, Mexico, and India. It combines the latest and best practices in public health, entrepreneurial engagement, and micro-franchising to build a profitable, sustainable distribution and service network; it targets a short list of locally-

⁵ Hammond et. al., 2007, The Next 4 Billion, Market Size and Business Strategy for the Base of the Pyramid, chpt 2. Washington, DC: World Resources Institute and International Finance Corporation.

relevant diseases that account for the major causes of mortality and morbidity and that can be prevented or treated at very low cost; and in addition to medicines, it will provide access to an emerging family of world-class but low-cost diagnostic tools as well as preventive healthcare commodities such as soap, condoms, and water treatment products. Where local conditions require, this approach will also provide basic family planning and reproductive health services to help reduce teenage pregnancies and lower mortality for pregnant women and newborns, and may offer low-cost health insurance. The combination of these products and services helps ensure adequate turnover and profitability, as well as improved health outcomes.

The essence of this new approach, often called a franchise pharmacy chain or a micro-pharmacy model, combines the efficiencies of modern logistics management and access to global best practices with the low costs of high quality generic medicines and new diagnostic tools. It can harness the energy and investment of local entrepreneurs to accelerate growth, or can build on and extend the presence of an existing pharmacy chain. It seeks to place hundreds—in larger countries, thousands—of micro-pharmacies in underserved neighborhoods and rural communities and to target those Majority populations who are poor but not completely destitute—and to price its services within their ability to pay.

Based on experience elsewhere, we believe that an investment together with appropriate enterprise development assistance can create a viable enterprise that can profitably and sustainably improve health outcomes for the Majority. In the sector analyses that follow, we consider whether this approach or an adaption of it has relevance to the healthcare needs of Colombia and El Salvador.

B. Colombia's Healthcare Sector

The Colombian Context: The Colombian Social Security System on Health is based on two basic pillars: 1) an insurance system (EPS) similar to HMOs in the United States, divided into a contributive regime for the wage-earning population and a subsidized regime for the unemployed or underemployed; and 2) a social assistance scheme (IPS), covering those not integrated into the insurance system, such as vulnerable populations and those in extreme poverty, and displaced or indigenous communities. The insurance system is administered by private operators—insurance companies—and delivered by private hospitals, clinics, and pharmacies among which there is increasing concentration and vertical integration, with subsidies provided by the state. The social assistance system—its regulations, policies, supervision, control and part of financing—is under the control of Colombian state entities. This institutional model makes the Colombian health system particularly complex compared to those of other countries in Latin America.

Moreover, the system fails to work in the way in which it was intended. In 2006, for example, only 38% of the population was registered with the contributive insurance system, compared to a projected 80%; in Bogota, the largest city, the share of the population covered by the contributive system is declining sharply. Approximately 45% of the population is now registered to the subsidized insurance system, far more than the available funds can cover; and 34%—some 14 million people—are not registered in the insurance system at all. Access to the alternative, public system is difficult for the most vulnerable population segments, because the locations of public hospitals, clinics, and pharmacies are often far from the relevant population. Many are concentrated in the south of Bogota, for example, while most of the IPS (public) facilities are in the north; zones of conflict also prevent access for some rural populations.

"Sometimes I rather prefer to pay from my pocket instead of requesting an appointment, which very often means losing a working day, paying for transportation, and making co-payments. The pharmacy simply recommends and provides the medicines needed."

– Community focus group participant

Unmet Needs: As a result of these conditions, there are significant unmet healthcare needs in Colombia:

- An estimated 40 to 60% of the population does not have good access to basic healthcare, high quality medicines, or preventive health commodities such as contraceptives.
- Because about 50% of the population lives below the poverty line, the cost of licensed pharmaceuticals is often beyond their ability to pay.
- A 2004 study found that the poorest families spend 6% of their total income on healthcare and pharmaceuticals, despite the obligation of the public healthcare system to provide more than 400 medicines at low prices.
- Medicines are not reliably in stock in the public system and sometimes carry high co-pay prices; as a result, and because of access issues, many people buy medicines from private pharmacies.
- Reliable information about medicines and their costs is generally unavailable to consumers, making informed health decisions difficult.

Market Conditions: Colombia has a large number of healthcare providers, more than 28,000 entities, of whom 84% are private and 15% are public. However, 40% of these entities are located in the central (Bogota) region, and many communities remain underserved, especially in Orinoquia, Amazonia and Pacifico provinces. Some experts believe that the capacity is not adequate for the amount of population. The Colombian pharmaceutical industry is also substantial, including more than 143 drug laboratories, 82 distributors, 23 separate drugstore chains, and more than 14,000 pharmacy outlets (concentrated in urban areas). The industry reported sales of \$1.3 billion in 2004, of which distributors accounted for 36%, pharmacy chains and supermarkets for 32%, the captive pharmacies and other outlets of the insurance and social assistance system (EPS and IPS) 14.5%, and others 10%.

The increasing concentration among insurance system (EPS) providers has brought some efficiencies and cost reductions, but has also sometimes brought monopoly pricing power and uneven service, as these dominant providers concentrate on the most profitable services and the locations where demand is large enough to offer volume cost-savings. At the same time, independent pharmacies are increasingly weak and in crisis, facing co-existence difficulties with the EPS system and unable to compete with large pharmacy chains. New regulatory requirements have set technical requirements for pharmacists that may, if enforced, shut down independent pharmacies; and similar reforms make starting new pharmacy chains very difficult, meaning that near-term efforts must involve actors within the existing system.

The public assistance system (IPS) has both a serious lack of capacity and performance problems: as mentioned above, its locations are not where the need is greatest, distribution of basic healthcare materials and medicines is uneven, and the system is saddled with perverse incentives such as out-of-date co-pay requirements that are higher than the cost of the same medicine from other sources.

“Whenever I take my daughter to receive treatment, I already know what they are going to prescribe her. So I prefer not to spend the whole day waiting for a doctor and even then have my daughter get worse. Instead I use the previous prescription and buy the medicine directly.

– Community focus group participant

Generics have begun to play a larger role in the marketplace—70% in units although still 37% in value in 2000—but remain underutilized.

Market Opportunity: Because of these unmet needs, there appears to be a potential market opportunity that is

- Focused on participants in the subsidized insurance system (18.5 million people) and those not covered at all (13.9 million)—e.g., some portion of a potential market of 32 million people—and in particular focused initially on under-served low income neighborhoods in urban areas.
- Focused on being the low-cost provider, selling low-cost but high quality generic medicines for the most prevalent illnesses and health conditions, providing low-cost diagnostic services that would otherwise require a visit to a doctor or a clinic, as well as selling preventive materials and other health-related commodities, and a few basic consumer needs.
- Bringing Internet-based computerized supply chain management to ensure timely restocking and provide detailed operational data, and thus potentially offering Internet access at each outlet.
- Based on existing actors, but with a revised business model that helps them go down-market.

Stakeholder interviews identified a number of entities potentially interested in such a business opportunity, including a new generics laboratory (HUMAX), a large distributor (AUDIFARMA), and a pharmacy chain (Colsubsidio). Additionally an entity within the EPS system (EPS SUSALUD) stated a willingness to contract a portion of the health services they provide from a model that can provide improved access and lower prices to Majority communities.

Preliminary Financial Analysis: The complexity of the Colombian pharmaceutical market means that detailed financial analysis can only be done once local actors are fully engaged. But analysis with a generic financial model suggests some insights (see Financial Models and Analyses Appendix). If each micro-pharmacy serves a community of about 3000 people (roughly the average for existing Colombian pharmacies), then average monthly expenditures of \$1.66 USD per month per family for the full range of goods and services described above means a monthly turnover for the micro-pharmacy of \$1000.

When the generic model is scaled to those units, the estimated free cash flow is adequate to repay a \$4000 start-up loan for the capital expenditures involved in each micro-pharmacy. Colombian data from stakeholder interviews suggests that most chain pharmacies invest or would be willing to invest about \$6000 per outlet, but these are typically larger than the micro-pharmacies we anticipate and do not offer the range of services we anticipate—especially high quality diagnostics and Internet access.

Thus start-up costs may be lower, consistent with the preliminary financial analysis, and revenue per unit may be higher (because of additional services) than would otherwise be expected in a low-income community. If the addressable market turns out to be only 15% of the 32 million underserved, that still translates into a 4.8 million customer base and a chain of about 1600 outlets, which would make the overall venture very profitable. A venture on that scale would require an estimated \$6.4 million in investment (debt), in addition to some equity.

Findings: We have investigated the applicability of a new, low-cost approach to providing basic healthcare to Colombia. There is clearly unmet need, and there appears to be both significant opportunity and entrepreneurial actors willing to undertake the new approach. In particular, the emergence of new, world-class, diagnostic systems designed and priced for low-income communities—combined with low-cost but high quality generics—offers the chance to provide better service and better health outcomes (including referrals to doctors or hospitals when appropriate) to Majority populations at locations that are within walking distance.

“If the EPS and the pharmacy were in the neighborhood, then it would be much easier. I would always prefer that service over any other.

– Community focus group participant

IDB Opportunity: While further enterprise development effort will be required to catalyze a specific venture in Colombia, we believe that the IDB has an opportunity, with the help of the Network for Inclusive Markets, to

support that enterprise development process with a high likelihood of it leading to a loan project. Moreover, the opportunity is also to help launch a new approach to providing accessible, affordable healthcare for Majority populations in Colombia—an approach that seems likely to be replicable across the region. We have identified specific local actors that appear interested in becoming the entrepreneurial core of the proposed venture; we have also identified policy constraints that inhibit new entrants into the Colombian pharmacy market and that contribute to the extensive unmet needs in this sector, raising the possibility of a parallel, public sector engagement by IDB.

C. El Salvador's Healthcare Sector

El Salvador Context. Both rural and marginal urban populations in El Salvador need better access to health services and medicines. Public healthcare systems have largely failed to provide services, and private services are priced only for the wealthy. In practice, medicines are largely unregulated, resulting in sales of low quality or fake drugs.

Unmet Needs. As a result of these conditions,

- 46% of the population (3 million people) lacks real healthcare coverage. About half of these underserved are rural, half urban.
- Availability of medicine was rated as “good” at just 44% of public sector facilities under the Ministry of Public Health in one study and at just 58% for another set of public facilities⁶, forcing users in many cases to acquire medicines in the private sector at high prices or to do without them.

“... Sometimes there is no medicine...the doctor only gives us the prescription, and then we go to the pharmacy and they say...“no, we don't have this”, and so only sometimes can we buy the medicine.”

-- Focus Group with Women of Rural Areas

- Salvadorians pay among the highest prices worldwide for licensed pharmaceuticals and for their equivalent generics—a median of 52 times higher for licensed drugs and 28 times higher for generics—compared to international reference prices as published by Management for Science Health 2005⁷.

“[I go to] San Nicolas (a Pharmacy Chain), because it's cheaper. In (another Pharmacy Chain) Beethoven, God, they can take your eyes! (it's really expensive).”

--Focus Group with Women of Marginal Urban Areas

- High unemployment and a continuing high incidence of poverty (46% in rural areas) contribute to an inability to pay for existing commercial services.

“Good, if we have the money to buy it, but there are times that we do not have it...there are prescriptions and I did not have the money, so I didn't buy the medicine, I waited until the pain had gone.”

-- Focus Group with Women of Rural Areas

- Lack of public knowledge about availability and appropriate use of medicines and lack of promotion or public education about essential medicines leads to under- or misuse of medicines.

Market Conditions: Middle and upper income consumers are well-served: there are several domestic and foreign (Mexican) pharmacy chains present in El Salvador, with 1,844 pharmacy outlets. Low income consumers, often

⁶ CENSALUD-UES, World Health Organization y Health Action International. “Disponibilidad de precios de medicamentos esenciales en El Salvador” durante el Segundo Semestre de 2006”. Septiembre 2007.

⁷ For the WHO the final prices do not have to exceed 5 times the price reference for the innovating marks and 2.5 times for the generic ones.

limited by access or by ability to pay, are not well served. For some (especially urban) households, the availability of remittances is a significant help, with 25% of households that receive remittances using them in part to buy medicines; in 2006, remittances spent on healthcare services by the households receiving them totaled \$79 million USD⁸.

The public health and social security health systems in theory provide coverage of 80% of the population and in theory provide medicines as well as primary care, but they are in disarray—many health professionals have left the public systems; 46% of the population doesn't use the public systems; medicines are frequently unavailable. Private expenditures for healthcare were higher than public expenditures for the 2002-2004 period, and combined household expenditures for drugs and medications in 2006 were 9 times higher than public spending (by the Ministry of Health) on these same materials. Local drug laboratories have shown little interest in competing with each other via lower prices. At the same time, imported drugs face high taxes and sometimes lengthy transaction times.

Market Opportunity: These deficiencies indicate that there is a significant market opportunity for a new approach that can provide lower cost service in locations where it is needed. The solution may include a franchise micro-pharmacy—or possibly for a hybrid pharmacy/clinic model—focused on low income communities and neighborhoods, selling low-cost but high quality generic medicines, and providing a distribution platform for new, low-cost diagnostic services and preventive commodities. There may also be an opportunity for a private, low-cost health insurance service modeled after the Guatemalan Salud a su Alcance service, which could benefit from using both existing and new pharmacy chains as service delivery outlets. A number of factors support this opportunity, including:

- A large proportion of the population is effectively unserved.
- The top 5 diagnosed conditions in El Salvador—respiratory infections, intestinal parasites, diarrhea, urinary tract infections, and skin infections—all have pharmaceutical or medicine-based remedies.
- The coming availability of several new diagnostic tools designed for and priced for low-income markets could provide a second stream of revenue for franchise pharmacy or pharmacy/clinic units, as well as improve service, especially given the dysfunctional public health system.
- The high prices prevalent in El Salvador suggest that the business opportunity is to be the low cost provider, as well as to provide service in unserved rural or marginal urban communities where possible. A micro-pharmacy model, possibly combined with the basic care model of Foundation SER/CEGIN may be appropriate. Additionally, a private insurance model may be feasible, especially if it enables use of remittances to pay for the service. Further development of these possibilities is needed.
- Underused capacity in local drug laboratories (60-70%) may provide an adequate source for low cost generics, if one or more of them can be motivated to become a partner and to provide a low-cost product in return for potential increases in volume; alternatively, a foreign (e.g. Mexican) generics laboratory may prove to be a feasible low-cost provider.

Findings and Recommendations. We have investigated the applicability of a new, low-cost approach to providing basic healthcare to El Salvador. There are clearly unmet needs, and the high cost of pharmaceuticals now available from the private sector suggests a generally uncompetitive local market, creating opportunity for the solutions we have explored. Specific actors within El Salvador that could organize a business venture have not yet been identified. However, further enterprise development efforts may identify such actors, and the NIM also knows of both low-cost Mexican pharmaceutical chains and a Guatemala-based health insurance provider potentially interested in this market. We strongly believe that much lower cost generic pharmaceuticals and related services can be provided, profitably, to improve healthcare service and health outcomes.

⁸ Central Bank of Reserve, El Salvador.

IDB Opportunity. Significant further enterprise development effort will be required to further define and catalyze a specific venture in El Salvador. However, we believe that the IDB has an opportunity, with the help of the Network for Inclusive Markets, to support such an enterprise development process with a high likelihood of it leading to a transformative solution for El Salvador as well as potentially enabling accessible, affordable healthcare for Majority populations throughout Central America. This opportunity may yield a small-scale IDB loan project.

IV. APPENDICES

A. Preliminary Financial Models and Analyses

Brazil

Individual coop model

This model is based on realistic costs for the geography of the Valente coop and its branch offices in other communities, as well as distances to the nearest optical fiber (bulk bandwidth source). It assumes modest revenues and realistic avoided expenses based on data provided by the Valente coop. The cost and revenue assumptions are then scaled to match the size of the average coop in the SICOOB system, based on number of members and users.

Brazilian Co-operative ISP Model

This model assumes co-ops will build their own wireless networks to offer Internet access and Internet phone service to their members and users, and to the communities in which they are located.

The following models the financials of such a venture for a typical coop within the SICOOB system:

Typical coop:

Members (affiliates):	2000
Dependents of members:	3000
Users:	4000
Total market per co-op:	9000

- *Model assumes 50% market penetration for members and dependents and 25% market penetration for coop users*
- *Model assumes WiFi mesh coverage of communities and WiFi backhaul to nearest fiber access*
- *Model assumes bulk bandwidth sales to local ISPs and sales of individual internet services to local businesses and wealthy households*
- *It may be possible to reduce bandwidth costs in this model by buying bandwidth from the proposed new WiMAX nationwide service, but such cost reductions are not assumed*

Capital Expenditures (CAPEX)

(All figures in \$US)

Network hardware

Function	# units	cost	total
Backhaul	5	2000	10000
Mesh	15	3000	45000
Towers	2	4000	8000
Network subtotal			63000

Shared access sites (telecenters, VoIP phone booths, etc)

Function	# units	cost	total
PCs	50	500	25000
Headsets	50	40	2000
Shared acces subtotal			27000

Total CAPEX per coop 90000 (to be financed by IDB loan)

Revenues per year
(All figures in \$US)

Function	# units	cost	total
Members/Users	3500	30	105000
Commercial	100	720	72000
Avoided leased line costs			15000
Revenue subtotal			192000

Cost of goods sold
Bulk bandwidth (20 megs) 120000

Gross operating income 72000

Operating expenses
Staff 10000
Facilities rental 15000
Customer training and support 10000
Total 35000

Net operating income 37000
(does not include interest and taxes)

This model predicts loan payback in about 3 years, once full-scale operation is obtained. As member and user penetration grows, coop ISP income might rise significantly.

Additional benefits: improved internet access, sharply reduced cost of phone service, for coop members and users and for local communities

North-East Region Multi-Coop Analysis

This analysis simply scales the co-op ISP model above to cover 500 typical coops in the North-East region of Brazil. It does not take into account likely synergies such as overlap in networks and efficiencies of regional-scale network management and regional bulk bandwidth purchases.

Aggregated impact of 500 co-op ISPs
Number of communities served: 1500
Number of users enabled: 1,750,000
Total CAPEX (loan opportunity) \$45,000,000
Free cash flow \$18,500,000

Mexico

Two Mexican telecommunication companies were sufficiently interested in the new WiFi-VOIP approach discussed in this report that they have engaged World Resources Institute and New Ventures-Mexico, as representatives of the Network for Inclusive Markets, to work with them in exploring the model further. To this end, as part of their normal business practice, they have placed New Ventures Mexico under a non-disclosure agreement, so that they can have

access and help the companies analyze proprietary information and market data. As a result, this report cannot disclose specific company data or financial analyses based on that proprietary information.

To provide a representative telecom-based analysis of the model, we instead provide here an analysis for Vietnam, using local costs for that country, developed by World Resources Institute in its work with EVN Telecom of Vietnam and other partners in that country. The analysis reports costs and prospective income from a network covering every rural community of Quang Ngai Province—a rural, mountainous region with more than 1 million people. The province is among the poorest in Vietnam and has approximately 3% phone ownership, comparable in teledensity to many of the poorer Mexican states. A key aspect of the model is the capability of providing very low cost local voice services (calls within the local WiFi network, which typically would account for 50% of calls initiated locally); a tariff structure that accommodates this capability is assumed.

The analysis shows that even with very modest revenue assumptions, including 25% penetration of phone ownership and only \$4/month prepaid net revenue per phone (e.g., above interconnection charges), the capex investment in the network can be recovered in little more than 1 year, once full operation begins.

Quang Ngai Province Model

EVN Telecom Rural WiFi Network Business Model Analysis

Quang Ngai Province

Population:	1,190,144
Rural population:	1,090,244

159 rural communes

Average population per commune:	6856.88
Total number of rural households:	241,803
Average households per commune:	1520.77

Capital Expenditures (CAPEX)

(All figures in \$US)

Function	# units	cost	total
WiFi Units	7	2000	14000
Backhaul Units	2	1000	2000
VoIP Switch	1	1000	1000
Towers	5	1000	5000
Labor		1000	1000
Per Commune Subtotal			23000

CAPEX per household	\$15.12
CAPEX per capita	\$3.35

Total CAPEX (province) \$2,925,600
(assume 80% of communes receive network and VOIP service)

3-tiered revenue model (Estimated figures)

Peer-to-peer voice service within commune	
Flat rate (per month, per household):	\$0.50

- Assume 25% penetration (380 households per commune); subtotal annual revenue:	\$2,280.00
Pre-paid switched voice, cellular rates	
Flat rate (per month, per phone – assumed)	\$4.00
- Subtotal annual revenue (380 phones per commune):	\$18,240.00
Additional applications (health, education, financial services)	
- Revenue model not yet established	
Broadband Internet service	
Flat rate (per month, per computer):	\$10.00
- Assume 10 PCs per commune; subtotal annual revenue:	\$1,200.00
Total annual revenue per commune	\$21,720.00
Assume 80% of 159 communes receive VOIP service;	
Total wireless network revenue, Quang Ngai Province:	\$2,762,784

Healthcare Sector

We give here a generic franchise pharmacy model based on experience in Mexico, Kenya, and Uganda. The model is not tied to specific local currency units, but rather shows the financial structure of a typical franchise micro-pharmacy, as well as of the franchisor, in terms relative to the monthly turnover, or revenue, of a typical outlet. As such, this model can serve as a preliminary reference model for both the Colombia and the El Salvador sector studies, pending additional market research in both countries to better quantify typical costs and revenue potential. (As described in the report, we believe that the turnover of individual units can be robust, because of offering a carefully targeted range of low-cost goods and services that make the units an indispensable part of a neighborhood.) The financial structure would be similar for a pharmacy chain that wholly-owned its retail units, with the exception of the franchise fee. The model assumes that retail space is rented. Capital expense involved in setting up a micro-pharmacy unit includes outlays for the initial stock of goods, for the computerized inventory system, for furnishing the retail space, and for the initial franchise buy-in fee. With good distribution and a computerized inventory control system, the initial stock of goods should not be greater than 1 month's turnover, or 100 in the units used below. We estimate that other start-up costs would not exceed 400, for a total investment of about 500. An investment in a franchise pharmacy would consist of equity (presumably from private sector investors) to underwrite the costs of launching the company and sustaining it until positive cash flow occurs, and debt (from IDB or equivalent) to be on-lent to franchisees to cover a significant part (perhaps 80%) of their start-up costs, or 400 in the units used below.

The spreadsheet gives a portrait of a typical micro-franchise unit in normal operation, after a start-up period. Note that revenue is diversified among several different types of goods and services. Markup is highest for pharmaceuticals, which also constitute the largest single category of goods sold; other categories are important, however, in terms of total revenue and also in terms of attracting and keeping customer traffic to the outlet.

Franchise Micro-Pharmacy Unit Model

For this analysis, assume that average franchise revenue is 100 currency units per month. The model gives franchise revenue and expenses, and average customer spending, in currency units (not dollars).

(All figures are per month)

Revenue

(Assume each pharmacy unit serves a community of 3000 customers or 600 households. Average monthly expenditure is 0.033 currency units per person; 0.165 currency units per household. Assume a 33% mark-up on cost of goods sold.)

Function	total
Diagnostic Services	10
Pharmaceuticals	50
Health Commodities	20
Living Goods	10
Internet Services	10
Revenue Subtotal	100

Expenditures

Cost of Goods Sold	75
Rent	2
Salaries	8
Franchise Fee	3.5
Expenses Subtotal	88.5
Net Income (before taxes and interest)	11.5
Projected Annual Net Income	138.0

Franchisor Level Model – Colombia

This model gives an overview of the aggregated loan and franchisee cash flow for repayment for 1600 franchise units, as well as the typical financial structure of the franchisor or chain entity, in normal operation after 1600 franchises are deployed. The units are those used in the model above, on an annual basis. Note that there is adequate cash flow to repay the loan over a 3-4 year period, and that the franchisor is potentially quite profitable, even with modest franchisee fees.

Addressable underserved population:	4,800,000
Projected number of units	1,600
Potential loan (400 currency units x 1600 franchises)	640,000
Annual net income from 1600 franchises (cash flow to pay loan)	220,800

Financial Projections for Franchise Network (annualized)

Franchise Revenues (from franchise fees)	67,200
Expenses (to operate and maintain franchise network)	
Staff	12,800
Advertising	6,400
Rent & Utilities	3,200
Franchisee Training	6,400
Subtotal Expenses	28,800
Annual Net Franchisor Income	38,400

If each micro-franchise unit serves 3000 people or about 600 households, and each household spends, on average, \$1.66 (USD) a month at the unit, then the monthly turnover is \$1000; likely it will be higher. Based on this assumption, the currency units in the model above can be multiplied by a factor of 10 to convert to USD.

Franchisor Level Model – El Salvador

This model gives an overview of the aggregated loan and franchisee cash flow for repayment for 250 franchise units, as well as the typical financial structure of the franchisor or chain entity, in normal operation after 250 franchises are deployed. The units are those used in the model above, on an annual basis. Note that there is adequate cash flow to repay the loan over a 3-4 year period, and that the franchisor is potentially quite profitable, even with modest franchisee fees.

Adressable underserved population:	750,000
Projected number of units	250
Potential loan (400 currency units x 250 franchises)	100,000
Annual net income from 250 franchises (cash flow to pay loan)	34,500

Financial Projections for Franchise Network (annualized)

Franchise Revenues (from franchise fees)	10,500
Expenses (to operate and maintain franchise network)	
Staff	2,000
Advertising	1,000
Rent & Utilities	500
Franchisee Training	1,000
Subtotal Expenses	4,500
Annual Net Franchisor Income	6,000

B. Detailed Sector Studies

Brazil

Antecedentes

- 1 No Brasil, até 1995, as telecomunicações constituíam-se em monopólio de empresas estatais, à exceção dos serviços de rádio e de televisão, prestados mediante concessão do poder público. Naquele ano, a Constituição Brasileira foi alterada para permitir a participação da iniciativa privada no setor de telecomunicações. A alteração na Constituição tinha como objetivo fundamental a privatização das empresas de telecomunicações então existentes todas estatais (com exceções locais de pouca significação). Basicamente, essas empresas tinham concessões para a prestação dos serviços em cada estado da federação e uma única – a Embratel – tinha a exclusividade da prestação dos serviços de longa distância, isto é, entre as operadoras que atuavam nos estados e, também, para as comunicações internacionais.
- 2 Feita à alteração na Constituição, no ano seguinte, foi promulgada a Lei nº 9.295 de 19/07/96 (Anexo I), que regulamentou de forma resumida a organização dos serviços de telecomunicações, em particular os serviços de telefonia móvel celular e de transmissão por satélite. Tratava-se, apenas, de dar parâmetros básicos para a organização do setor de telefonia celular, de maneira a assegurar, também, a participação da iniciativa privada na telefonia móvel, então uma tecnologia ainda relativamente nova e com grandes possibilidades de expansão, no menor prazo possível. Os dispositivos dessa lei foram parcialmente revogados ou alterados no ano seguinte, com a promulgação de uma lei mais abrangente.
- 3 As bases fundamentais da regulamentação dos serviços de telecomunicações foram estabelecidas no ano seguinte, com promulgação da Lei 9.472, de 16 de julho de 1997 (Anexo II), conhecida como Lei Geral de Telecomunicações, cujo conteúdo fundamental continua vigente. Essa lei autorizou a reestruturação e privatização de 29 (vinte e nove) empresas estatais federais de telecomunicações então existentes, e que, à época prestavam tanto serviços de telefonia fixa, como de telefonia móvel. A telefonia celular encontrava-se disponível apenas na Banda A – 824 a 891,5 MHz. O desmembramento das empresas estatais de forma a separar a telefonia fixa da telefonia móvel foi um passo importante para a privatização das empresas estatais de telecomunicações.
- 4 É importante notar que a lei deixou para posterior regulamentação – a ser feita por simples decreto presidencial - aspectos tão importantes quanto o Plano Geral de Outorgas – que dividiu o Brasil em apenas três regiões para efeito de outorgas de concessões dos serviços de telefonia fixa e móvel, além de uma outorga para a cobertura nacional (telefonia de longa distância). Assim, criaram-se as condições para uma significativa concentração da infra-estrutura já existente, mantendo-se a reserva de mercado por um longo período. Essa divisão regional pode ser visualizada no mapa a seguir.



Figura I -- Divisão do território brasileiro segundo áreas de concessão.

- 5 O curto espaço de tempo entre a definição do Plano Geral de Outorgas e a privatização do sistema de telefonia fixa – cerca de três meses – também foi objeto de críticas, mas o leilão de privatização foi considerado bem sucedido em função do valor alcançado com a venda das empresas estatais de telecomunicações.
- 6 É interessante ressaltar, também, que apesar da lei enfatizar o objetivo de amplo acesso às telecomunicações por tarifas módicas, todos os leilões foram feitos com base no valor máximo do pagamento da outorga de concessão ao governo, desconsiderados o valor das tarifas aos usuários finais ou qualquer proposta de antecipação das metas de universalização.

Principais Eventos

- 7 A tabela a seguir mostra as datas dos principais eventos no processo de privatização até recentemente.

Data	Principais Eventos
Julho 1995	Emenda Constitucional Quebrando o Monopólio Estatal
Julho 1996	“Lei Mínima” estabelecendo parâmetros gerais com foco na Banda B da telefonia celular
Abril 1997	Licitação da Banda B para telefonia celular
Julho 1997	Lei Geral de Telecomunicações
Novembro 1997	Criação da Agência Nacional de Telecomunicações – ANATEL
Abril 1998	Decreto presidencial com o Plano Geral de Outorgas
Maio 1998	Decreto presidencial contendo o Plano de Metas de Universalização dos Serviços de Telefonia Fixa Comutada – STFC
Julho 1998	Privatização do sistema de telefonia fixa e móvel (nas bandas A e B)
Julho 1999	Autorização para a competição nos Serviços de Telefonia Fixa Comutada (STFC) de longa distância
Janeiro 2000	Autorização para a competição nos Serviços de Telefonia Fixa Comutada Local (conhecidas como “espelinhos”)
Agosto 2000	Lei cria o Fundo de Universalização dos Serviços de Telecomunicações - FUST
Março 2001	Leilão das bandas C (nenhuma proposta), D, e E da Telefonia Móvel.
Fevereiro 2003	Leilão dos blocos de frequência de 3,5 GHz
Maio 2004	ANATEL libera a faixa de 5150-5350 MHz e 5470-5725 MHz para uso em redes locais sem fio.
Fevereiro 2006	ANATEL torna livres as faixas de 2.170 a 2.182 MHz e de 2.500 a 2.690 MHz, com sub-faixas destinadas aos serviços MMDS e SCM (incluindo o WiMAX).
Agosto 2006	Leilão das bandas de 3,5 Ghz e 10,5 Ghz. Cerca 100 empresas apresentaram propostas, mas licitação suspensa por decisão judicial, adiando, assim, a rápida disseminação do Wi-Max no Brasil.
Agosto 2007	Prorrogado o prazo para televisão testar, por 180 dias, um sistema de transmissão WiMAX.
Outubro 2007	Autorização para que uma operadora de telefonia fixa e móvel testar, durante 6 (seis) meses, na cidade de São Paulo, o WiMAX na frequência 3,5 GHz
Outubro 2007	Início da consulta pública sobre proposta de Decreto presidencial para a modificação do conceito de universalização nos STFC de maneira a substituí-lo pelo acesso à banda larga.

Tabela I - Processo de privatização dos serviços de telecomunicações no Brasil

Restrições ao Uso de Concessões para a Prestação de Serviços

- 8 A Lei Geral de Telecomunicações manteve os serviços de acesso à internet, bem como a oferta de “conteúdo”, numa categoria separada, denominada *serviços de valor adicionado – SVA*. Tais serviços independem de concessão governamental e não podem, ao menos formalmente, ser prestados pelas empresas operadoras de telecomunicações. À época, quando a internet ainda era pouco desenvolvida, o objetivo do governo foi separar a telefonia fixa e móvel daquilo que se denominou “provimento de conteúdo”, para evitar a competição com as grandes empresas de jornalismo e publicidade, o que gerou um impasse, inicialmente superado através de acordos entre os dois tipos de empresa.
- 9 Assim, uma empresa de telefonia a cabo criou uma subsidiária para fornecer serviços de acesso à Internet utilizando a mesma infra-estrutura física (com “vendas casadas”, isto é, os usuários só poderiam ter acesso aos serviços de internet se fossem também assinantes da televisão a cabo) e, mais recentemente, através de acordo com uma operadora de telefonia, passou a oferecer também os serviços de telefonia. Esses exemplos se multiplicaram rapidamente, como também se difundiram os serviços de acesso independente à internet através de contratos para linhas dedicadas (corporativas) e de provedores independentes com centros de acesso público e acesso através de redes sem fio.

Panorama Geral/Overview

- 10 Com a privatização do sistema de telefonia fixa, as longas esperas por terminais cessaram em poucos anos. O número de terminais disponíveis cresceu rapidamente, passando de cerca de 10 milhões de unidades em 1994 para 20 milhões em 1998 e 38 milhões em 2001. Em 2000, quando se realizou o último censo, a população do Brasil era de 169 milhões de habitantes. Desde então, a população estimada cresceu para 186 milhões de habitantes e o percentual de domicílios com telefonia fixa convencional manteve-se estável. Esses serviços encontram-se disponíveis em aproximadamente 47% dos domicílios, atendidos basicamente por três operadoras regionais.
- 11 A privatização das empresas de telefonia móvel seguiu modelo similar ao adotado para a telefonia fixa, com quatro operadoras assumindo praticamente todo o sistema então em operação.
- 12 Nos dois casos, o monopólio estatal foi substituído por monopólios privados regionais, assegurando-se, na prática, uma reserva de mercado por alguns anos.
- 13 Iniciaram-se, em 2001, os leilões de outras frequências de telefonia celular, dando alguma margem à concorrência entre as operadoras de telefonia celular. Só em 2007 foi autorizada a livre concorrência de todas as operadoras de telefonia celular em todas as áreas de concessão originalmente definidas.
- 14 Para a melhor compreensão dos números contidos neste relatório, é importante ressaltar que, ao longo desse período, cresceu rapidamente o número de corporações e outras entidades do gênero (associações de produtores, cooperativas de crédito e outras) que migrou para sistemas de comunicação de dados e voz pela internet (VoIP), enquanto as operadoras de telefonia móvel passaram a oferecer planos corporativos – até mesmo para pequenas empresas –, mantendo tarifas elevadas para os usuários individuais. Mais recentemente, as operadoras de telefonia celular passaram a oferecer serviços de acesso à internet móvel.

- 15 As tabelas e gráficos a seguir mostram a evolução dos vários tipos de serviços de telecomunicação no período 2001-2006 com base na Pesquisa Nacional por Amostragem de Domicílios feita pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE.

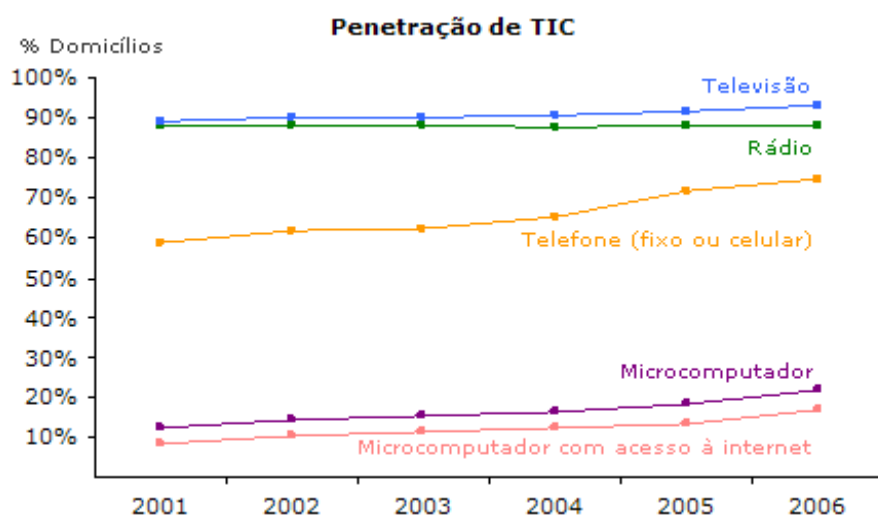


Fig II Domicílios Brasileiros (%)
com Rádio TV, Telefone,
Microcomputador e Micro com Acesso
à internet.

- 16 Os números referentes à televisão incluem todos os tipos de serviço, isto é, a televisão aberta, por cabo, e via satélite. As possibilidades de acesso à rádio variam bastante em função da localização, que é função da densidade populacional das áreas atendidas pelas emissoras. Nas cidades e bairros com maior renda *per capita*, o acesso domiciliar à internet pode ser feito através da telefonia convencional (sistema ADSL com velocidades variáveis, dependendo da localidade), através dos sistemas de TV a cabo, ou por sistemas Wi-Fi, cuja cobertura se expande rapidamente. Nesses casos, o acesso é livre, ou seja, não depende do volume de tráfego. Só recentemente – em 2007 – começaram a se disseminar os acessos à internet banda larga através das operadoras de telefonia celular, ainda com preços bastante elevados e com sistema de tarifa básica e franquia para um volume de tráfego limitado (o que tem limita o número de clientes desses serviços em função dos níveis de renda).
- 17 Os sistemas do tipo Wi-Max encontram-se disponíveis de forma muito limitada, sobretudo em áreas rurais ou pequenas cidades. Essa tecnologia também está sendo utilizada comercialmente por uma empresa que adquiriu a frequência de 3,5 GHz antes de se definir que frequências seriam disponibilizadas para o Wi-Max. A empresa Neovia (www.neovia.com.br), que tem a Intel como sócia, atende a cerca de 40.000 clientes em 25 municípios. Disponibilizando serviços de acesso à internet e VoIP.
18. A tabela a seguir dá uma clara idéia da penetração das diferentes tecnologias da informação a nível nacional (a situação varia bastante de uma região para outra, como será visto mais adiante).

TI	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Rádio	88,0%	87,9%	87,8%	87,8%	88,0%	87,9%

Televisão	89,0%	90,0%	90,1%	90,3%	91,4%	93,0%
Telefone (Fixo ou Celular)	58,9%	61,7%	62,0%	65,4%	71,6%	74,5%
Microcomputador	12,6%	14,2%	15,3%	16,3%	18,6%	22,1%
Microcomputador com acesso à Internet	8,60%	10,3%	11,5%	12,2%	13,7%	16,9%
Total de Domicílios (milhares)	46.507	48.036	49.712	51.753	53.053	54.610

Tabela II - Acesso à Tecnologia da Informação por Tipo de Mídia

Nota: Até 2003, não inclui a população da área rural dos estados de Rondônia, Acre, Amazonas, Roraima, Pará e Amapá.

- 19 O gráfico a seguir indica com clareza como a telefonia fixa vem perdendo terreno para a telefonia celular. Isso pode ser atribuído, em boa parte, ao fato de que a telefonia fixa ainda requer o pagamento de uma assinatura básica, que independe do uso ou do tempo de uso, enquanto a maioria dos telefones celulares é do tipo pré-pago, permitindo um melhor controle do orçamento pela população de menor renda.

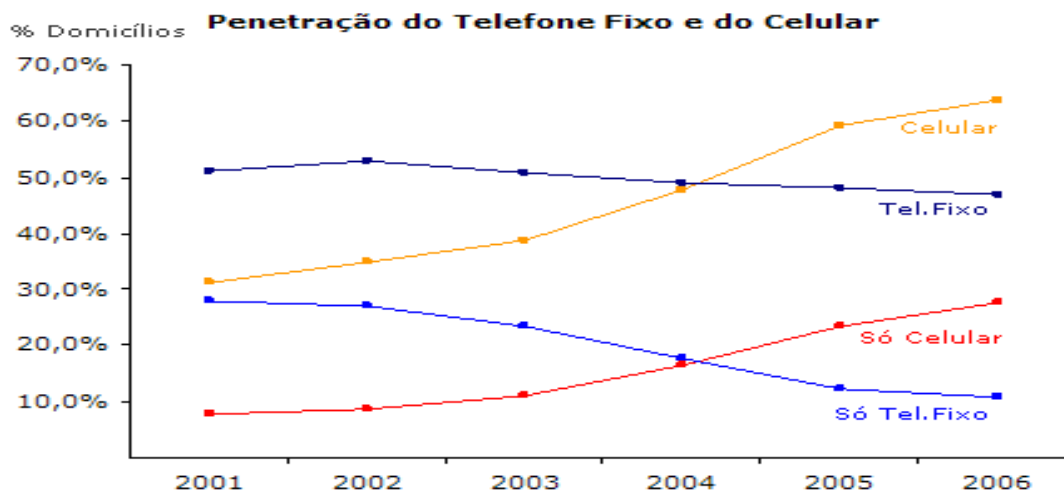


Fig III - Domicílios Brasileiros (%) com Telefone Fixo e Celular

- 20 Os mesmos percentuais encontram-se de forma mais detalhada na tabela a seguir, que possibilita uma melhor visualização da evolução, no Brasil, da tendência internacional para a migração em direção à telefonia móvel.

Tipo de TI	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Telefone (Fixo ou Celular)	58,9%	61,7%	62,0%	65,4%	71,6%	74,5%
Celular	31,1%	34,7%	38,6%	47,8%	59,3%	63,6%
Só celular	7,8%	8,8%	11,2%	16,5%	23,5%	27,7%
Telefone Fixo	51,1%	52,9%	50,8%	48,9%	48,1%	46,8%
Somente fixo	27,9%	27,0%	23,4%	17,6%	12,3%	10,9%
Celular e Fixo	23,2%	25,9%	27,4%	31,3%	35,8%	35,9%
Total de Domicílios (milhares)	46.507	48.036	49.712	51.753	53.053	54.610

Tabela III - Migração brasileira em direção à telefonia móvel - Fonte: IBGE - PNAD.

Até 2003, exclusive a população da área rural de Rondônia, Acre, Amazonas, Roraima, Pará e Amapá.

- 21 A universalização, a cobertura das operadoras de telefonia e outros critérios utilizados nesse tipo de pesquisa têm apenas uma relação vaga com as efetivas possibilidades de utilização da tecnologia da informação, que depende bem mais dos níveis de renda. Frequentemente, as pessoas das camadas mais pobres têm um telefone fixo e limitam o seu uso em função das altas tarifas – por “pulso” e, mais recentemente, com a opção de tarifas por minuto. Da mesma forma, a disponibilidade de telefones celulares, *per se*, não reflete o real acesso à telefonia celular, já que entre 80 e 90% dos usuários optam por sistemas pré-pagos, com acesso limitado pelas disponibilidades orçamentárias e tarifas bem mais elevadas, do que àquelas cobradas aos usuários de sistemas pós-pagos.
- 21 De fato, como se vê na tabela abaixo, as tarifas de telefonia, e em particular as tarifas de telefonia móvel são muito elevadas no Brasil. Em alguns relatórios, encontra-se a referência de que estariam entre as mais elevadas do mundo

Tarifas de telecomunicações no Brasil

(valores em R\$ de outubro de 2007)

		Sem Tributos	Com Tributos
Chamadas Fixo x Fixo		0,26	0,386897 (± 0,02039)
Chamadas Fixo x Móvel		0,81	1,20534 (± 0,06353)
DDD Fixo x Fixo	Intra-estadual	0,29	0,431537 (± 0,022745)
	Inter – estadual	0,38	0,565467 (± 0,029803)
	Entre capitais	0,32	0,47618 (± 0,025097)
DDD Fixo x Móvel	Intra-estadual	0,8643	1,286 (± 0,06777)
	Inter – estadual	0,9829	1,4626 (± 0,07708)
Móvel Pós - Pago	Minuto	0,5710 (± 0,2441)	
	Em Roaming	1,00	
Móvel Pré - Pago	Minuto	1,5466 (± 0,3842)	
	Em Roaming	1,8933 (± 0,3579)	
UOL VoIP	Fixo	0,14	
	Móvel	0,70	

Tributos incidentes: ICMS (AC, AP, AM, DF, ES, PI, RR, RS, SC, SP, TO, MG = 25%; RO = 35%; GO e MS = 29%; AL, BA, CE, PR, MA, RN, SE = 27%; PE = 28%; RJ, PB, PA, MT = 30%); PIS (3%); COFINS (0,65%).

- 22 Os impostos incidentes sobre os serviços de telefonia também são muito elevados no Brasil, oscilando os impostos estaduais entre 25% e 35%, além de tributos federais de cerca de 4%. Na verdade, esses tributos são bastante mais elevados em decorrência de uma metodologia de cálculo absurda, já que a alíquota incide sobre o valor total da conta já com os impostos. A dificuldade de entender essa “lógica” é de tal ordem que faz-se recomendável dar um exemplo concreto, ou seja, de como aparecem numa fatura de telefonia fixa (em R\$).

Valor total a pagar	72,62
Alíquota	30%
Valor do tributo	21,78

Ou, numa fatura de telefonia celular:

Valor total a pagar	325,08
Alíquota de ICMS 30%	30%
Valor total do tributo	179,90

- 22 Os impostos incidentes sobre a fabricação e venda dos equipamentos também são muito elevados, chegando facilmente a 45-50% do preço final (no Brasil, existe essa prática de calcular imposto sobre imposto, ou seja, o imposto estadual – ICMS – incide sobre o preço do produto já incluído o imposto federal – IPI. Para não falar nos encargos trabalhistas, vale dizer que os impostos sobre produtos importados – e na área da TI o percentual de componentes ou produtos importados é elevado – podem facilmente ultrapassar alíquotas de **100% do preço FOB**. Para usar as palavras de um grande especialista brasileiro em TI entrevistado para a elaboração deste relatório, “o Brasil não tem políticas industriais e isso dificulta qualquer avanço no campo das telecomunicações”. Acrescente-se a isso o fato de que não há diferenças de alíquotas de impostos entre serviços considerados essenciais e outros, e assim há impostos estaduais de cerca de 20% incidindo até mesmo sobre serviços de abastecimento de água e esgotamento sanitário, além de alíquotas de 25% sobre o lucro das empresas de água e esgoto, estatais ou privadas.
- 23 A tabela abaixo mostra que é evidente a influência da distribuição de renda – o Brasil inclui-se entre os países de maior desigualdade de distribuição de renda no mundo – no acesso à tecnologia da informação e telecomunicações. Nas famílias de menor renda – até 10 salários mínimos mensais – o percentual de acesso aos computadores (domiciliares) é de apenas 15% e o acesso à Internet é de apenas 10,7%, num contraste acentuado com os domicílios com rendimentos mensais acima de 10 salários mínimos.

Salário Mínimo	Total	Até 10	10 a 20	> 20
Telefone Fixo	46,8	41,5	90,6	96,1
Telefone Celular	63,6	60,0	90,0	96,9
Telefone (Fixo ou Celular)	74,5	71,7	99,3	99,6
Telefone Fixo e Celular	35,9	29,8	85,5	93,4

Só Telefone Fixo	10,9	11,7	4,5	2,7
Só Celular	27,7	30,2	9,3	3,5
Microcomputador	22,1	15,6	73,8	87,0
Microcomputador com acesso a internet	16,9	10,7	64,2	83,0

Tabela IV – Domicílios (%) com telefone e microcomputador por classe de rendimento mensal familiar

Fonte: Pesquisa Nacional de Amostragem por Domicílio, 2004, IBGE.

- 24 O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, órgão do governo que é a principal fonte de estatísticas no Brasil, ao realizar a última Pesquisa Nacional de Amostragem por Domicílios – PNAD, em 2004, optou pela divisão em apenas três faixas de renda para avaliar as diferenças entre os percentuais de acesso à tecnologia da informação. No entanto, os dados disponíveis na mesma pesquisa sobre níveis de renda por grandes regiões as informações são bastante mais detalhadas, mostrando a estratificação indicada na tabela a seguir.

Classes de Rendimento Mensal	Brasil	Grandes regiões				
		Nordeste	Norte	Sudeste	Sul	Centro-Oeste
Até 1(um) salário	11,5	23,1	13,2	6,9	6,7	8,4
Entre 1 (um) e 2 (dois) salários	20,6	29,9	26,1	16,2	15,9	21,3
Entre 2 (dois) e 3 (três) salários	15,7	16,9	18,0	14,9	14,9	16,8
Entre 3 (três) e 5 (cinco) salários	20,3	13,4	20,0	22,6	24,2	21,7
Entre 5 (cinco) e 10 (dez) salários	16,9	8,4	13,2	20,4	22,3	16,9
Subtotal	85,0	92,2	90,5	81,0	84,0	85,1

Mais de 10 até 20 salários	7,7	3,4	5,2	9,7	10,0	7,8
Mais de 20 salários	3,7	1,9	2,2	4,6	4,0	5,1
Sem rendimento	1,2	1,2	1,0	1,2	0,9	1,3
Sem declaração	2,4	1,8	1,1	3,5	1,1	0,7
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Tabela V - Domicílios particulares (%) - 2004

Segundo as classes de rendimento domiciliar, por grandes regiões.

- 25 Esses dados não são suficientes para fazer uma extrapolação de maneira a quantificar os percentuais que têm acesso à tecnologia da informação nos vários grupos de renda abaixo de 10 salários mínimos, mas observando o rápido crescimento desse acesso em função do nível de renda indicado na tabela anterior, é possível supor que à medida que a renda domiciliar diminui o acesso à tecnologia da informação e, em particular, à disponibilidade de computadores e acesso à internet nos domicílios tende a zero. A tabela a seguir apresenta os percentuais acumulados relacionados aos várias faixas de rendimento domiciliar, indicando claramente o quanto são elevados os percentuais de domicílios com renda familiar até 2 (dois) e 3 (três) salários mínimos, em particular nas regiões norte e nordeste.

Classes de Rendimento Mensal	Brasil	Grandes regiões				
		Nordeste	Norte	Sudeste	Sul	Centro-Oeste
Até 1 (um) salário	11,5	23,1	13,2	6,9	6,7	8,4
Até 2 (dois) salários	32,1	53,0	39,3	23,1	22,6	29,7
Até 3 (três) salários	47,8	69,9	57,3	38,0	37,5	46,5
Até 5 (cinco) salários	68,1	83,3	77,3	60,6	24,2	68,2
Até 10 salários	85,0	91,7	90,5	71,0	61,7	85,1

Até 20 salários	92,7	95,1	95,7	80,7	71,7	92,9
Mais de 20 salários	96,4	1,9	2,2	85,3	75,7	98,0
Sem rendimento	1,2	1,2	1,0	1,2	0,9	1,3
Sem declaração	2,4	1,8	1,1	3,5	1,1	0,7
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Tabela VI - Faixas de rendimento domiciliar

Por grandes regiões (%).

- 26 Ainda que a pesquisa classifique como “usuários” as pessoas que acessaram à internet “pelo menos uma vez” nos três meses anteriores à sua realização, tais apresentaram um perfil bastante distinto em função da idade, nível de educação e faixas de renda (não sendo especificada a correlação entre as duas últimas variáveis). Em todas as grandes regiões, as pessoas com maior tempo de frequência ao sistema educacional tiveram maior percentual de acesso à internet. O gráfico abaixo mostra a correlação entre o tempo de acesso à internet e o número de anos de acesso à educação formal (valendo ressaltar que de acordo com estudos do próprio governo os índices médios de qualidade da educação básica no Nordeste são muito inferiores ao restante do país):

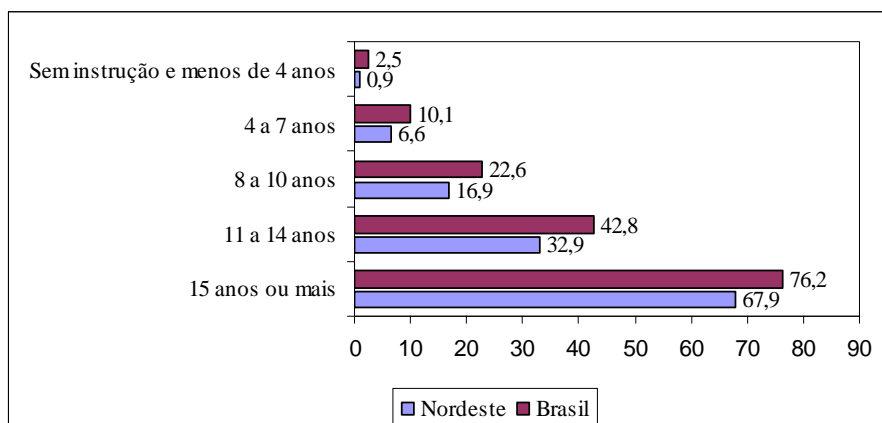


Fig IV - Pessoas que utilizaram a internet, segundo anos de estudo e por faixa etária - 2005.

- 27 Com base nos níveis de renda, diferenciam-se os percentuais de acesso à internet.

	Brasil	Grandes regiões				
		Nordeste	Norte	Sudeste	Sul	Centro-Oeste
Total	32 109 939	4 912 172	1 365 237	17 492 193	5 829 100	2 511 237
% da população	21,0	11,9	11,9	26,3	25,5	23,3

Tabela VII – Brasileiros com idade superior á 10 anos que acessaram a internet

Em valores absolutos e relativos

Fonte – Pesquisa Nacional de Amostragem por Domicílio – PNAD, IBGE.

Diferentes Tipos de Acesso à Internet

- 28 Há uma diferença significativa entre o acesso à internet nos domicílios, em locais de acesso público (pagos ou comunitários), locais de trabalho e outros. O gráfico abaixo indica os percentuais de acesso em função do local, deixando claro que, sob esse aspecto, a situação do Nordeste só se diferencia de maneira significativa do restante do Brasil no que se refere aos percentuais de acesso em centros públicos pagos e nos acessos domiciliares. Ou seja, é maior o percentual de pessoas que acessa a internet em locais de acesso público e menor escala o percentual dos que dispõem de tal acesso nos domicílios no nordeste quando comparadas essas taxas com a média brasileira.

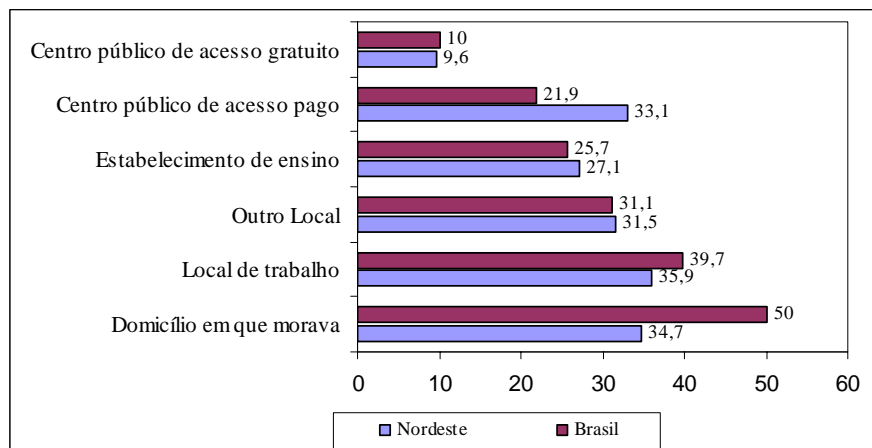


Fig V - População de 10 anos ou mais que utilizou a internet, no período de referência dos últimos três meses, por local de acesso à internet (%)– 2005

- 28 Quando considerados os acessos por categoria profissional, pode-se ver que as desvantagens da região Nordeste também são significativas. Em todas as regiões do Brasil, os têm índices de acesso à internet entre os trabalhadores agrícolas são **muito inferiores** aos das demais categorias profissionais. Esses índices de acesso no meio rural são, na verdade, irrisórios, reduzindo-se a apenas 0,6% na região Nordeste.

Utilização da internet no período de referência dos últimos três meses	População de 10 anos ou mais de idade, ocupadas na semana de referência.	
	Brasil	Nordeste
Total	22,9	12,2
Trabalhadores Agrícolas	1,7	0,6
Vendedores e prestadores de serviço do comércio	21,9	12,8
Técnicos de nível médio	51,9	34,8
Profissionais das ciências e das artes	72,8	57,9

Tabela VIII - População com idade superior a 10 anos que utilizam a internet por agrupamentos ocupacionais (%).

Banda larga no Brasil

- 29 Quando considerados todos os tipos de local de acesso, a região nordeste também se apresenta em grande desvantagem.
- 30 O acesso à banda larga no Brasil cresceu rapidamente nos últimos anos, tanto em função da oferta dos serviços pelos canais de televisão a cabo, inicialmente, quanto em decorrência de investimentos feitos em sistemas ADSL pelas operadoras de telefonia convencional nas áreas de maior nível de renda, quanto pela rápida multiplicação da oferta de sistemas WiFi em todas as regiões e municípios, como mostra a tabela a seguir.

Municípios Atendidos por pequenos provedores de Internet Banda larga

Grandes Regiões	Municípios	%
Centro – Oeste	280	60,27%
Alagoas	80	78%
Bahia	353	85%
Ceará	156	85%
Maranhão	146	67%
Nordeste		
Paraíba	158	71%
Pernambuco	160	86%
Piauí	62	28%
Rio Grande do Norte	143	86%
Sergipe	48	64%
Sub-total	1306	72,93%
Norte	240	53,26%
Sudeste	1280	76,99%
Sul	1024	86,35%
Brasil	4.130	74%

- 31 A disponibilidade de acesso à internet não significa que os mesmos percentuais de população, por região, tenham os mesmos níveis de acesso. Ao contrário, o percentual da população que acessa à internet é muito inferior nas regiões norte e nordeste.
- 32 As grandes e médias empresas frequentemente têm acesso através de IP e não existem estatísticas sobre esse tipo de serviço. Os serviços do tipo ADSL e por TV a cabo são majoritariamente residenciais, enquanto os serviços WiFi atendem a centros públicos e pagos de acesso, bem como a condomínios residenciais e centros comerciais. Ainda não existindo séries históricas consistentes sobre o número de acessos por tipo de serviço, a tabela abaixo é interessante para dar uma idéia da evolução recente por tipo de acesso, em particular no que à subscrição aos serviços do tipo ADSL e dentro dos pacotes oferecidos pelas redes de televisão por assinatura.

Milhares	1T06	2T06	3T06	4T06	1T07	2T07	3T07
ADSL	3.432	3.685	3.997	4.341	4.573	4.881	5.241
TV Assinatura	789	914	1.057	1.200	1.347	1.413	1.585
Outros(Rádio)	80	92	105	115	120	123	125*
Total	4.301	4.691	5.159	5.656	6.040	6.417	6.951

Tendências Atuais

- 33 Três temas específicos dominam o quadro atual das telecomunicações no Brasil. Em primeiro lugar, o governo não parece absolutamente interessado em resolver as pendências judiciais em torno do WiMAX, já que isso poderia resultar numa maior disponibilidade de acesso à internet e, portanto, a serviços do tipo VoIP, com prejuízos para as grandes operadoras de telefonia fixa e celular.
- 34 Em segundo lugar, o governo espera arrecadar algo em torno de US\$ 2,8 bilhões com o leilão das frequências de 1,9 GHz a 2,1 GHz (faixas F, G, I e J), para a prestação de serviços móveis conhecidos com 3G (terceira geração). O leilão está previsto para o dia 18 de dezembro, uma data-chave do ponto de vista político, já que poderão ser anunciados elevados valores enquanto eventuais impugnações não terão destaque na imprensa.
- 35 O edital divide o Brasil em 36 lotes – sem impedir que uma mesma operadora adquira vários lotes -, e associa as concessões a áreas altamente rentáveis a áreas de menor rentabilidade (assim, o vencedor da concorrência para a Região Metropolitana de São Paulo terá compromissos em algumas áreas da região Amazônica, e o vencedor da concorrência para as cidades do interior de São Paulo receberá lotes no Nordeste).
- 36 Como o edital não se encontra disponível na Internet e só pode ser adquirido em papel com autenticação em cartório, não é possível uma análise prévia dessas combinações de lotes, mas sabe-se que após a assinatura dos contratos as empresas vencedoras terão o prazo de 2 (dois) anos para atender no mínimo 80% das áreas urbanas das cidades com mais de 500.000 habitantes com telefonia banda larga móvel (acesso à Internet), e os mesmos serviços e percentuais deverão estar disponíveis ao final de 4 anos para todos os municípios com população acima de 200.000 habitantes. Essas metas de atendimento prevêem que os serviços só deverão, obrigatoriamente, estar disponíveis em 50% dos municípios com populações entre 30.000 e 100.000 habitantes no prazo de 5 (cinco) anos após a assinatura dos contratos, e em 60% dos municípios com menos de 30.000 habitantes apenas após o 8º ano. Os critérios técnicos e econômicos que levaram à divisão em 36 lotes e a essas metas de atendimento não foram explicados. Novamente, as concessões dessas faixas de frequência para a telefonia celular serão feitas com base no preço máximo ofertado ao governo.

- 37 Em terceiro lugar, como as empresas prestadoras de serviços de telefonia fixa não atenderam às metas de universalização originalmente previstas nos contratos de concessão, anunciou-se uma revisão dessas metas a ser feita através de decreto presidencial. Curiosamente, sem nenhuma ênfase na resolução dos obstáculos relacionados à concessão das frequências para os sistemas do tipo WiMAX, a ANATEL colocou em consulta pública a minuta de um decreto presidencial que permitirá a alteração do Plano Geral de Metas para a Universalização – PGMU da telefonia fixa e a assinatura de termos aditivos com as concessionárias de maneira a substituí-lo pelo acesso à banda larga nos municípios onde essa tecnologia não esteja disponível. A minuta prevê que o prazo até 2008 para o atendimento de 40% dos municípios, até 2009 para o atendimento de 80% dos municípios, e até 2010 para o atendimento a 100% dos municípios em suas respectivas áreas de concessão.
- 38 Na mesma minuta de decreto, consta que a partir de 1º de janeiro de 2008 (dificilmente o decreto presidencial será assinado antes disso e, portanto, essa data está sujeita a alteração, as concessionárias de serviços de telefonia fixa) as concessionárias deverão disponibilizar os serviços no prazo máximo de 90 dias em zonas rurais quando solicitadas por cooperativas (isto é, onde já existam cooperativas ou a partir do momento em que venham a ser criadas). No Brasil, a criação de uma cooperativa depende da presença de no mínimo 20 pessoas e os procedimentos administrativos requerem no mínimo cerca de 90 dias.
- 39 É interessante ressaltar, aqui, que em fevereiro de 2007, os recursos de Fundo de Universalização dos Serviços de Telecomunicações – FUST, que correspondem a 1% do total das receitas brutas das operadoras de serviços de telefonia públicos e privados, nunca haviam sido utilizados e totalizavam R\$ 4,6 bilhões. Não é improvável que, com base nessa mudança de regras, as empresas de telefonia fixa venham a ter acesso a esses recursos para expandir as suas redes de banda larga.

Conclusões

40. As grandes corporações, bem como as associações industriais e comerciais já migraram ou estão migrando rapidamente para VoIP, com reduções de 70% ou mais nos valores antes gastos com serviços de telefonia. As pessoas físicas que usam computadores também começam a migrar, inicialmente com o Skype e agora com o uso de softwares locais – que no entanto ainda demandam o uso de computadores. Ao contrário do que se poderia esperar, isso não resultou, ainda, em qualquer impacto no preço das tarifas de telefonia fixa ou móvel, que continuam altas e continuam crescendo através de mecanismos diferentes de cobrança por minuto ou pulso (mecanismo recentemente aprovado pela ANATEL). A decisão de novamente distribuir o país em três grandes áreas – ainda que com sub-áreas – para a concessão das frequências 3G só confirma uma política de consolidação dos oligopólios com as suas altas tarifas e elevadas margens de lucro. Isso significa que há um grande espaço para a introdução dos serviços VoIP para as camadas de menor renda e, também, para a telefonia rural ou em cidades/regiões de menor renda, em especial com o advento de novas tecnologias, como aquela recentemente anunciada pela Google – isto é, o acesso sem o uso dos computadores.

B. Detailed Sector Studies (continued)

Mexico

Las Tecnologías de Información y Comunicación (TIC) necesitan estar orientadas a disminuir el analfabetismo, prevenir los desastres naturales, contribuir al desarrollo económico, social y cultural de las personas que integran la Base de la Pirámide (BOP). El incluirlos en esta nueva era ayudará a disminuir la desigualdad económica y social que viven los países, pudiendo integrarlos en la globalización. Esto se logrará por medio de incluir a los de la BOP en el acceso y la conectividad de las Tecnologías de Información y Comunicación, facilitándoles el camino para poder acceder a ellas.

México tiene una gran desigualdad entre pobres y ricos, donde los ricos tienen los recursos para poder acceder a las tecnologías y las comunicaciones, haciéndose de esta forma cada vez más ricos. Los pobres, al no poder tener la oportunidad de acceso y conectividad, pierden la ventaja de crecer y desarrollarse en lo económico y social, esto origina que exista mayor desigualdad.

Actualmente en México, las comunidades rurales no tienen conectividad debido a la falta de infraestructura y de interés de las poblaciones, originado por la falta de acceso. Es por esto que se requiere abrir las puertas a nuevas tecnologías, que permitan abaratar los costos de infraestructura, para que de esta forma permitan a las comunidades menos favorecidas poder tener acceso y conectividad de las TICs.

El establecimiento de nuevos proyectos donde se permita la participación de la BOP para poder establecer contacto con las personas, va permitir realizar nuevos modelos de negocios y aprobar la entrada de nuevas tecnologías. Un caso de éxito de esta índole es el de Vietnam, donde se introdujo una nueva tecnología basado en telefonía WiFi, reduciendo el costo de infraestructura en una quinta parte; esto permitió a las personas con escasos recursos poder tener acceso a ella y así comenzar a realizar negocios entre comunidades, y expandirse.

MARCO TEÓRICO

Tecnologías de información y comunicación

El concepto de Tecnologías de Información (TI), según la Asociación Americana de Tecnologías de Información (ITAA), es el estudio, diseño, desarrollo, implementación, soporte o gerencia de los sistemas de información computarizados, particularmente software y hardware; actualmente se le ha agregado la parte de Comunicación (TIC), que incluye todas las telecomunicaciones y redes. La Encuesta Nacional sobre Disponibilidad y Uso de Tecnologías de Información de los Hogares (ENDUTIH) realizada en el 2006, divide a las TIC's en tres áreas (Nicol, 2005), como se muestra en el Cuadro 1. Las tecnologías de información son aquél capital humano e infraestructura que nos sirven para obtener cualquier tipo de información *digital (en sistema binario)*. En lo referente a las tecnologías de telecomunicaciones, son las que nos sirven para poder tener contacto de voz e imagen a distancia. Por último, las tecnologías de redes, son aquellos medios que nos permiten realizar las comunicaciones de información, sonido e imagen.

Cuadro 1. División por áreas de Tecnologías de Información y Comunicación

Tecnologías de información	Tecnologías de telecomunicaciones	Tecnologías de redes
----------------------------	-----------------------------------	----------------------

Hardware y componentes periféricos.	Sistemas de telefonía	Internet
Software	Transmisiones de radio y televisión	Teléfonos móviles
Conocimientos Informáticos		Medios de conectividad: cable, enlace dedicado (DSL), satélite y otras formas de conectividad

Fuente: Elaboración propia en base a ENDUTIH 2006

Debido a las preocupaciones de desarrollo social, las TIC's han tenido una nueva orientación al desarrollo de las poblaciones, y las políticas públicas van enfocadas primordialmente a los de zonas rurales.⁹ El Banco Mundial ha desarrollado proyectos y políticas donde toma medidas focalizadas al desarrollo de comunidades pobres, por ejemplo, en Egipto se está realizando un programa para extender la agricultura donde sus principales funciones sean comerciar productos agrícolas de forma electrónica, así como realizar actividades que permiten a los agricultores tener acceso a información como es los pronósticos del tiempo, compra y venta de insumos, banca electrónica, entre otros.

Perspectiva General México y el Mundo

En la Cumbre Mundial sobre la Sociedad de la Información (CMSI) realizada el 12 de diciembre de 2003 en Ginebra, Suiza, se firmó el documento de Declaración de los Principios, siendo actores principales los países que integran a las Organización de las Naciones Unidas (ONU) y el Instituto Unión Internacional de Telecomunicaciones (ITU, por sus siglas en inglés), donde se menciona en primera instancia el compromiso de extender el acceso a las tecnologías de información. Así mismo, se trata de conciliar las metas de *Millenium Development Goals (MDGs)* y las TIC's, que principalmente se centran en erradicar la pobreza y el hambre, mayor educación, igualdad de género, mejores sistemas de salud, sustentabilidad y medio ambiente, entre otros objetivos que se han ido estableciendo, pero enfocándose principalmente en la Base de la Pirámide.

En el documento del CMSI menciona en el apartado A, octavo punto que *la educación, el conocimiento, la información y la comunicación son esenciales para el progreso la iniciativa y el bienestar de los seres humanos. Es más, las TIC's tienen inmensas repercusiones en prácticamente todos los aspectos de nuestras vidas. El rápido progreso de estas tecnologías brinda oportunidades sin precedentes para alcanzar niveles más elevados de desarrollo. La capacidad de las TIC es para reducir muchos obstáculos como son el tiempo y la distancia.*

El consenso al que se ha llegado por los países integrantes de la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico (OCDE), es expandir el acceso a las tecnologías de información, a través de la ampliación de la cobertura de telefonía (móvil y fija), disminuir los costos de los servicios, incrementar la infraestructura de los servicios de Internet y proporcionar, por medio de programas de gobierno, el incremento equipos de cómputo, en pocas palabras expandir el acceso y la conectividad a las TIC's.

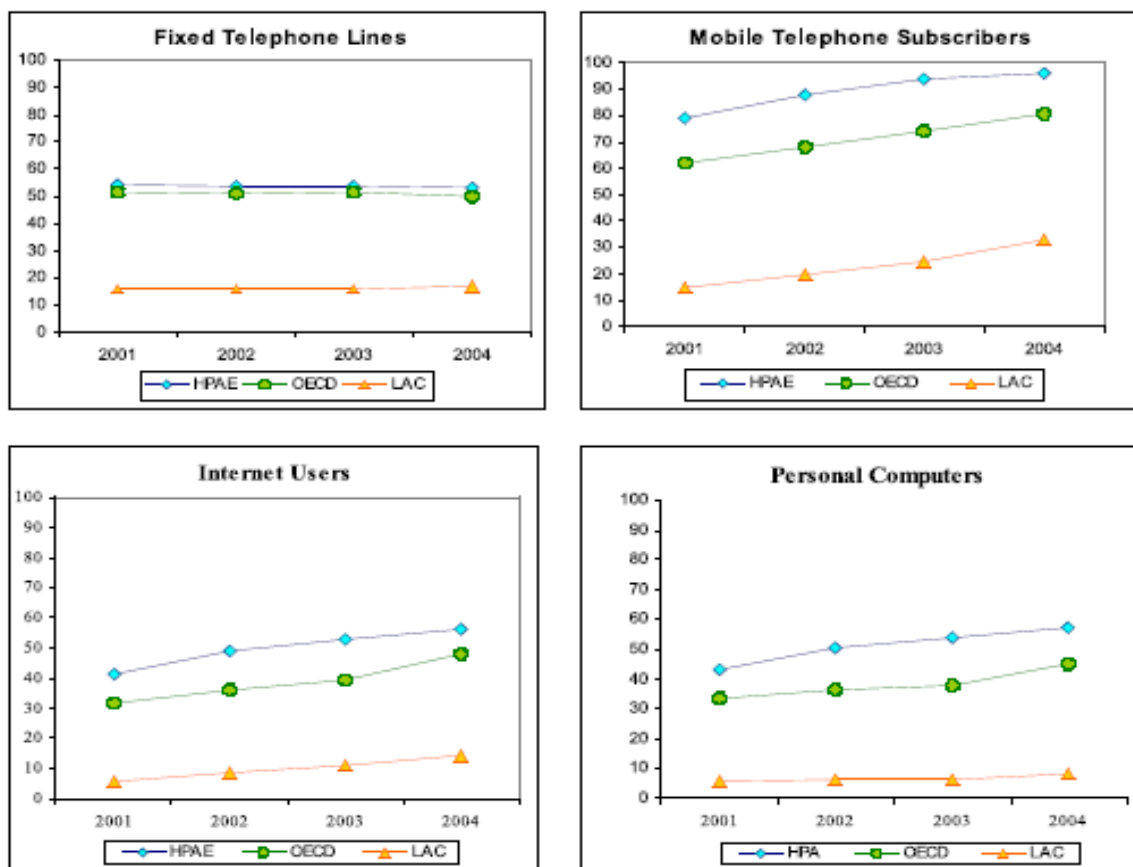
Latinoamérica y el Caribe

Los países de Latinoamérica han enfrentado un gran rezago en Tecnología, debido a los altos costos de los servicios y a la falta de infraestructura. Las estadísticas nos dicen que de cada cien habitantes en Latinoamérica

⁹Information Technology and Communication for Development (ICT4D) es el nuevo panorama focalizado a las clases bajas para implementar el desarrollo social, económico y cultural.

tienen sólo 12 teléfono fijo, 30 celulares, 15 son usuarios de Internet y menos de 10 tienen computadora personal, comparando estos datos con los de la OCDE vemos que de cada 100 habitantes 55 tienen teléfono fijo, 80 celular, 52 son usuarios de Internet y 45 tienen una computadora personal. Esto nos muestra una diferencia grande que existe entre la OCDE y Latinoamérica, y aún más grande si lo comparamos con países de las *Economías Asiáticas de Alto Desempeño* (HPAE, por sus siglas en inglés), que son Japón, Hong Kong, Singapore, Korea y Taiwán, siendo estos países los más avanzados en el acceso y la conectividad.

Figura 1: Comparativo, acceso de la TIC's por 100 habitantes

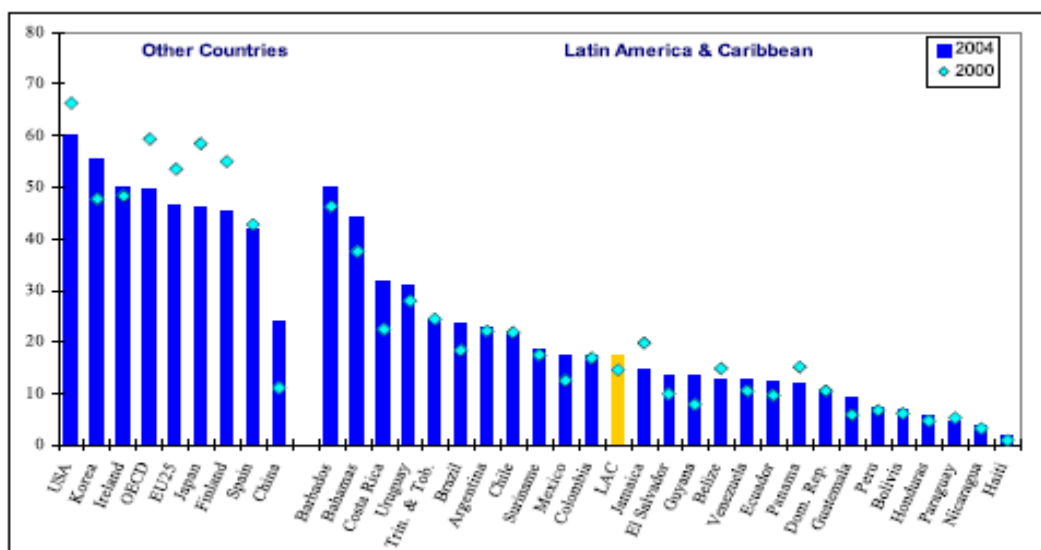


Fuente: ITU, Internet World Statistics.

Telefonía fija en Latinoamérica y el Caribe-México

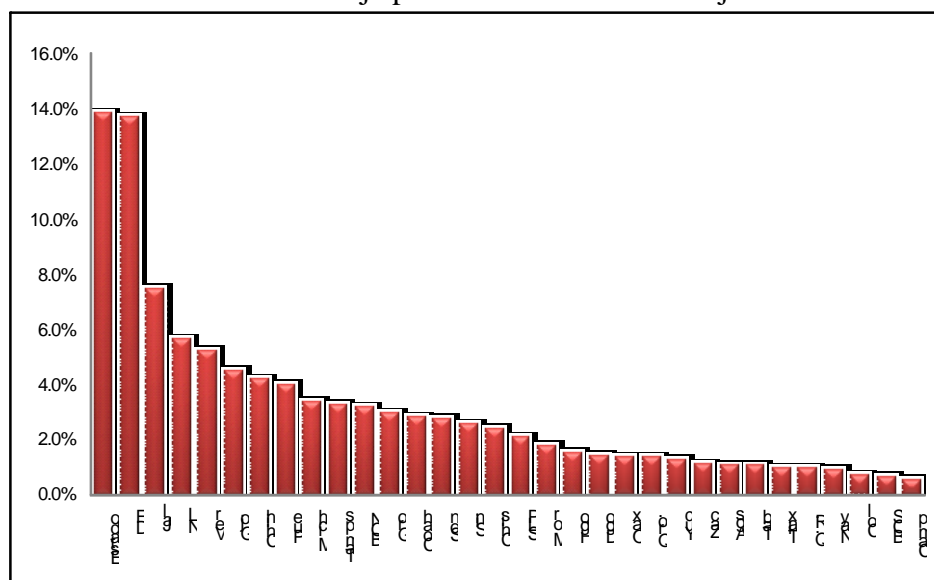
En lo referente a la Telefonía fija, México es un país al que aún le hace falta dar grandes pasos, pero debido a la penetración de la telefonía móvil, se ha visto una baja en la demanda de Telefonía fija. En comparación con otros países latinoamericanos, de cada 100 habitantes 20 habitantes mexicanos tienen un teléfono fijo, esto está por arriba de El Salvador y Colombia.

Figura 2. Telefonía fija LAC y otros países por cada 100 habitantes



Fuente: Education, Science and Technology in LAC, BID 2006

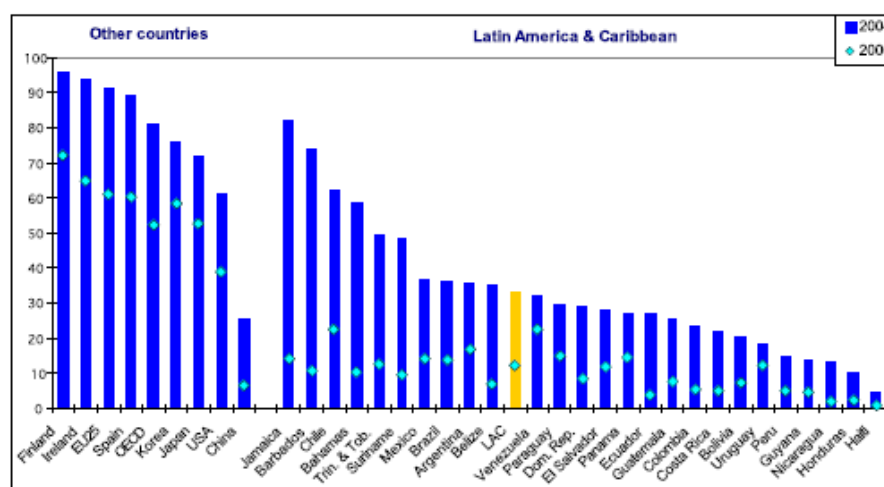
En la Gráfica 1 se puede observar - el porcentaje de hogares que cuentan con un teléfono fijo por estado. Estados como Campeche, Baja California Sur y Colima son los que menor porcentaje de telefonía fija tienen, siendo éste menor al dos por ciento, por el contrario, en megaciudades como Estado de México, Distrito Federal, Jalisco y Nuevo León su porcentaje es mucho mayor; ésto nos demuestra la desigualdad existente en los Estados, siendo éste un punto importante para poder introducir tecnologías en las zonas rurales, y en los estaos menos beneficiados.



Telefonía móvil LAC-México

La introducción de la telefonía móvil ha sido un factor clave para los países latinoamericanos. Actualmente muchos países como Nicaragua presenta porcentajes muy por debajo del 10% para telefonía fija mientras que, en contraparte, en telefonía móvil presentan porcentajes por arriba del 10%. La telefonía móvil ha traído grandes beneficios a la sociedad, debido al valor de la movilidad y al costo asumido por las telefonías de las interconexiones.

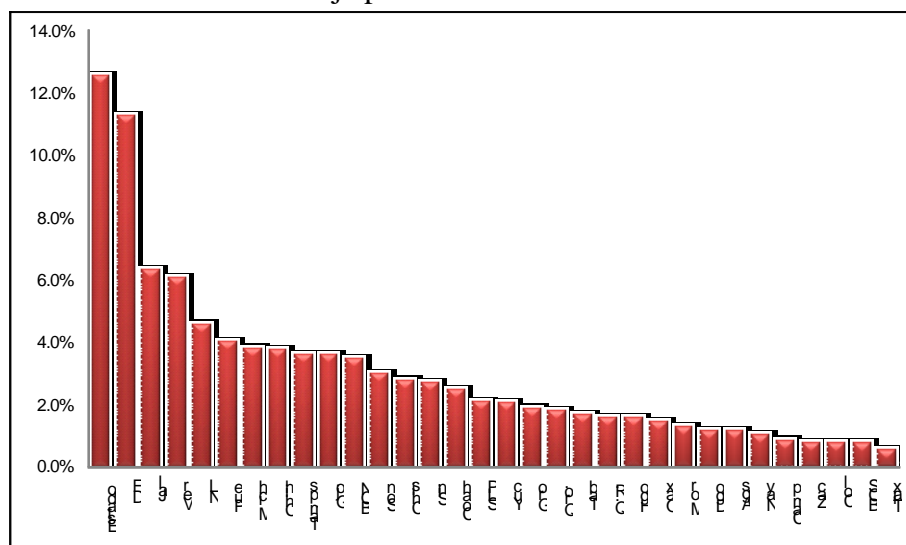
Figura 3. Telefonía fija LAC y otros países por cada 100 habitantes



Fuente: Education, Science and Technology in LAC, BID 2006

Desde la perspectiva nacional estados como Tlaxcala, Colima y Baja California Sur, muestran porcentajes muy bajos de inclusión a la telefonía móvil; esto es un factor de oportunidad para integrarlos y realizar proyectos focalizados para el crecimiento en conectividad y acceso al mercado de los estados que menos oportunidades han tenido.

Gráfica 2. Porcentaje por estado con teléfono móvil México

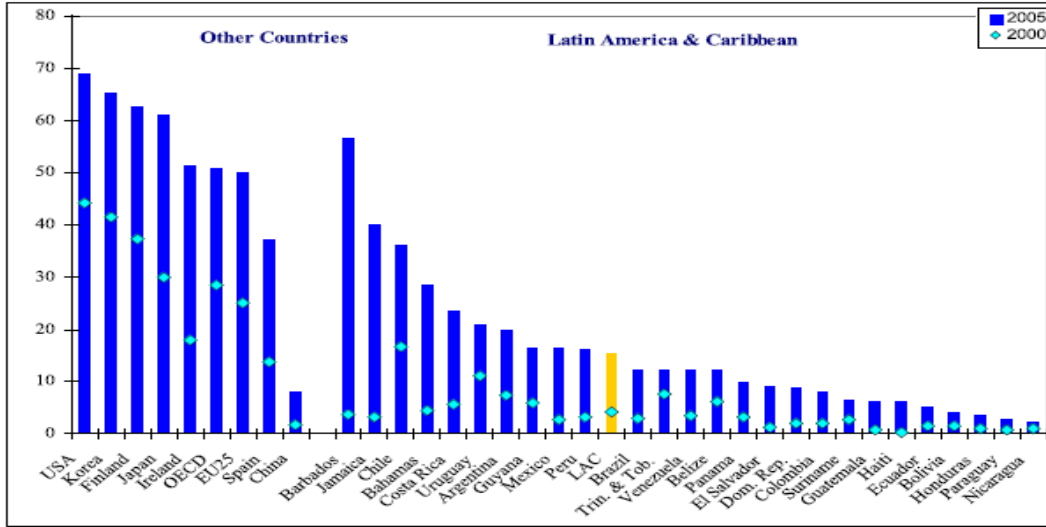


FUENTE: Elaboración propia, datos de ENIGH

Internet LAC-México

El poder contar con el servicio de Internet ha tenido un crecimiento favorable, este crecimiento es gracias a la implementación de lugares (por ejemplo, los café internet) que ofrecen este servicio, así como gracias a políticas que han forzado al gobierno a establecer equipos de cómputo en las escuelas, y de esta forma se ha familiarizado el alumno con esta herramienta. Pero a pesar de ello, México aún se encuentra por debajo de países como Jamaica, Chile o Costa Rica, que han implementado programas a favor de la población para poder contar con servicios de Internet.

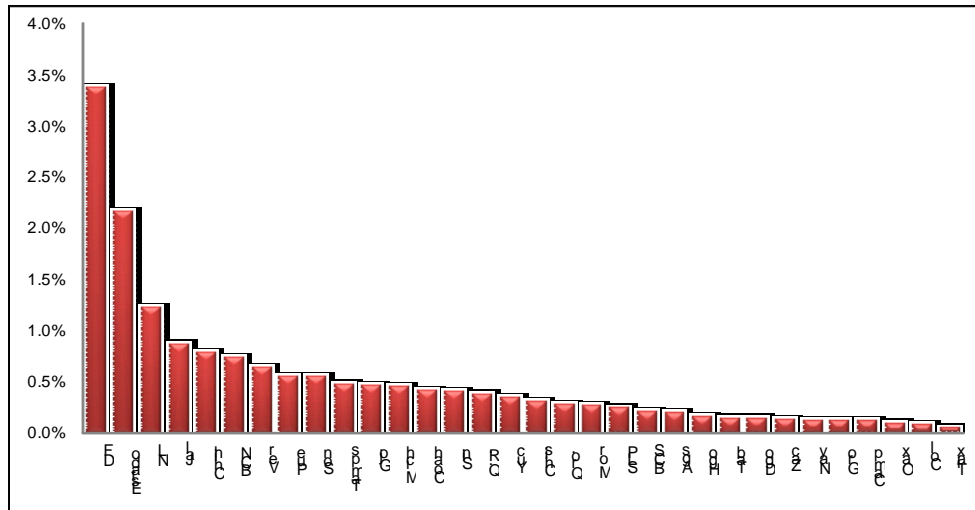
Figura 4: Internet LAC y otros países por cada 100 habitantes



Fuente: Education, Science and Technology in LAC, BID 2006

Nuevamente observamos a los estados con megaciudades por arriba de todos los demás estados, sin embargo, Nuevo León tiene una muy baja participación en este mercado.

Gráfica 3: Porcentaje por estado con Internet México



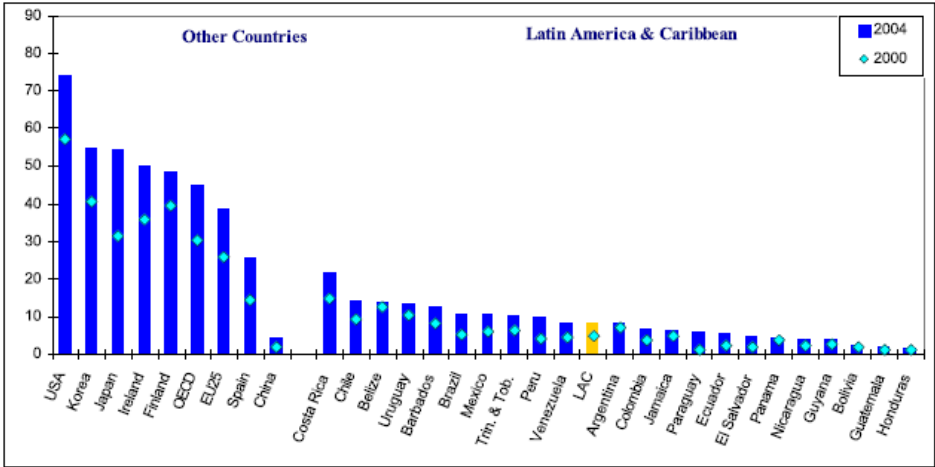
FUENTE: Elaboración propia, datos de ENIGH

Computadora LAC-México

El poder adquirir un equipo de cómputo ha sido muy bajo debido a la inexistencia de políticas o programas que permitan a la BOP adquirir una computadora, además de que los costos de adquisición son altos para sectores de la población de bajos recursos.

Actualmente las compañías que ofrecen los servicios de internet son las que han realizado programas para adquirir equipos de cómputo, por medio de créditos (por ejemplo, Prodigy, impulsado por Telmex). En la Figura 5 podemos observar que a pesar de que nos encontramos por arriba del promedio de países latinoamericanos y el Caribe, México aun cuenta con grandes rezagos en este ámbito.

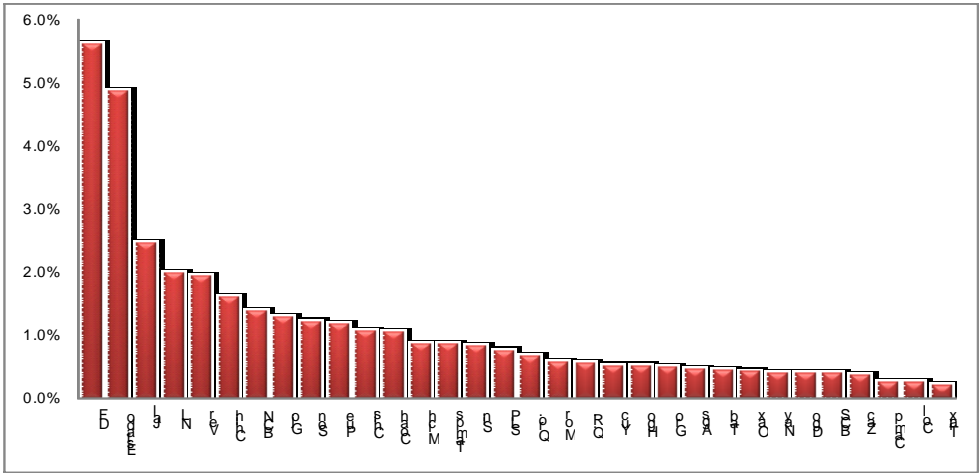
Figura 5: Porcentaje de computadora LAC y otros países por cada 100 habitantes



Fuente: Education, Science and Technology in LAC, BID 2006

En relación a los estados mexicanos, observamos los estados de Tlaxcala y Colima los que menos acceso tienen a equipos de cómputo.

Gráfica 4: Porcentaje por estado con computadora en México



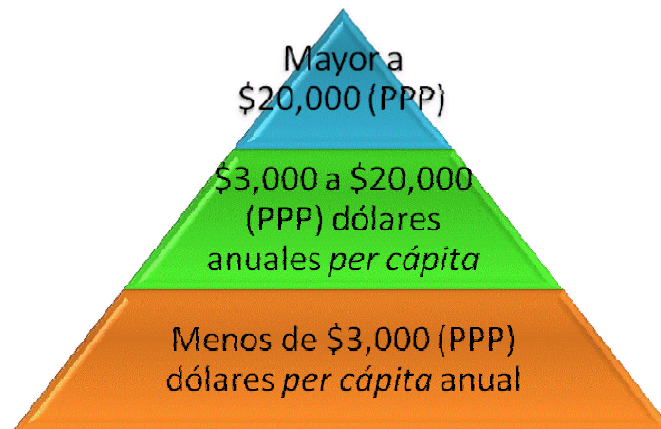
FUENTE: Elaboración propia, datos de ENIGH

MÉXICO

Base de la pirámide

La mayoría de la población mexicana enfrenta una situación de ingreso muy por debajo de las posibilidades de subsistencia, es decir, abastecer sus necesidades básicas. El estudio realizado, en base al Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos en los Hogares (ENIGH) nos dice que aproximadamente el 72.4% de la población se encuentra en la Base de la Pirámide (BOP, por sus siglas en inglés), teniendo ganancias menores a las \$3,000 dólares americanos anuales (PPP). La base de la pirámide se conforma según el World Resources Institute (WRI):

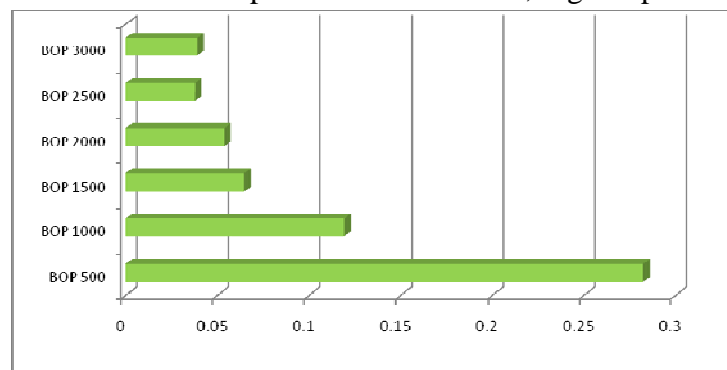
Figura 6. BOP Distribución de ingresos



Fuente: Elaboración propia, datos del ENIGH 2006

Dividiendo la proporción de los que se encuentran en la BOP, en seis grupos dependiendo de su ingreso por hogar, refiriéndose: BOP 500, BOP 1000, BOP 1500, BOP 2000, BOP 2500, BOP 3000, entendiéndose BOP 500 como los que ganan por debajo de los \$500 dólares, y sucesivamente, se tienen la siguiente distribución porcentual:

Gráfica 5. Distribución porcentual de la BOP, según tipo de ingreso



Fuente: Elaboración propia, datos del ENIGH 2006

(los porcentajes son en base al total de los hogares)

¿Por qué el análisis de la BOP y las TIC's?

La importancia del estudio de la BOP y las TIC's, a nivel nacional, como internacional, es debido a que es un gran nicho de mercado, actualmente se tiene olvidado, porque la infraestructura tiene un alto costo así mismo por la

rentabilidad. La solución radica en establecer precios accesibles para este nicho de mercado, para poder generar ganancias tanto para el productor como beneficios para el consumidor.

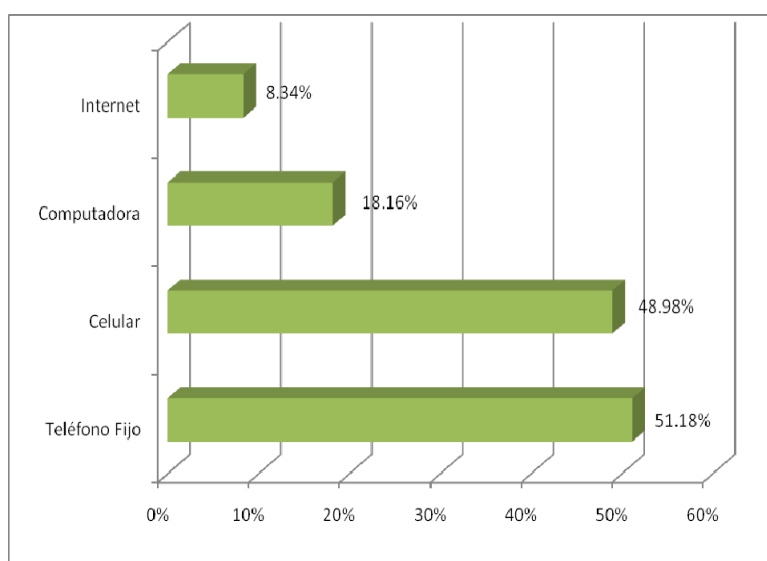
El consumidor se verá beneficiado porque al poder contar con medios de comunicación óptima; podrán por medio de terceros, obtener información de campañas educativas, de prevención de enfermedades, para proteger la salud, poder prevenirse de desastres naturales, hacerse valer de sus derechos ciudadanos, como es el derecho a la información. Así mismo, podrán beneficiarse porque estarán involucrados dentro del mercado, podrá crecer la economía de forma individual y comunal.

Los productores podrán verse beneficiados por la posibilidad de extender su mercado, pero siempre realizando *trajes a la medida*¹⁰, para la población que pertenece a la BOP. Las empresas, al tener un mercado muy limitado, obtienen la oportunidad de penetrar en este tipo de mercado y beneficiarse así como beneficiar a la sociedad.

México y las TIC's

México no tiene una cobertura amplia en lo que se refiere las tecnologías de información y comunicaciones, esto es debido a que todavía quedan muchos hogares que no tienen acceso a estos medios. La ENIGH nos muestra cómo se encuentran los hogares en México; en la Gráfica 6 podemos observar que del total de los hogares considerados en la encuesta, 26,541,327 hogares, el 51% de la población cuenta con un teléfono fijo, y el 49% con un teléfono móvil. Por el lado de las tecnologías de redes, Internet y computadoras, sólo el 19% de hogares cuentan con una computadora, y el 8% cuentan con servicio de Internet.

Gráfica 6: Servicios en los hogares

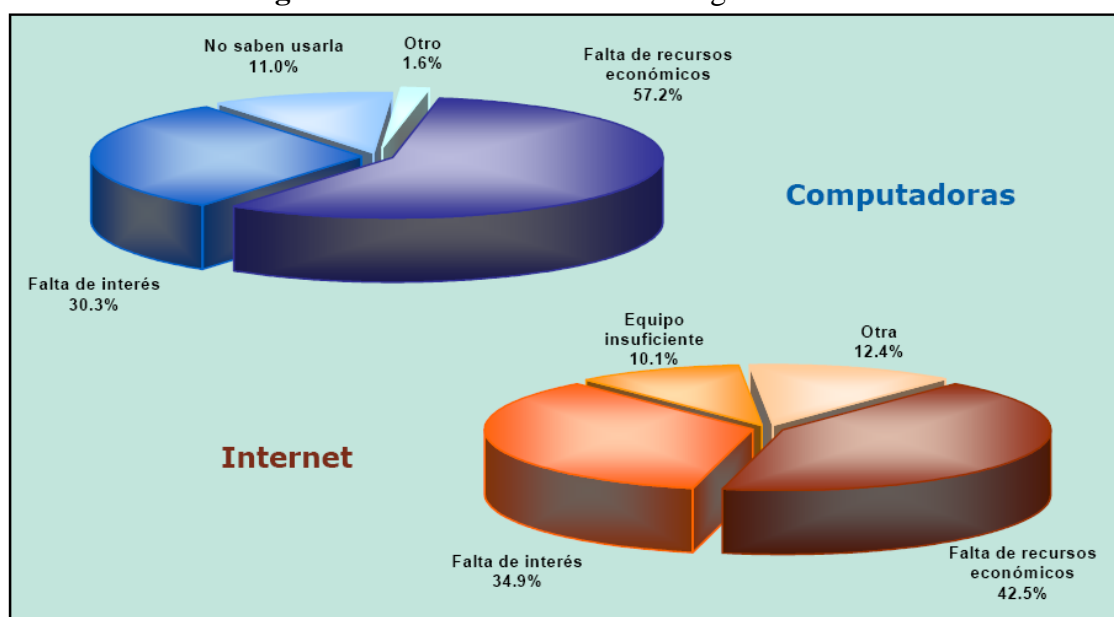


Fuente: Elaboración propia, datos del ENIGH 2006

La ENDUTIH realizada en el 2006, muestra que para poder tener acceso a las tecnologías de información y comunicación, es importante observar las limitantes que existen; los resultados arrojados por esta encuesta, como se puede observar en la Figura 7, son principalmente, para ambos casos, el disponer de un equipo de cómputo o el acceso a Internet, son principalmente el poder adquisitivo de la población; y en segundo lugar se muestra la falta de interés por los hogares.

¹⁰ Entiéndase trajes a la medida como productos diseñados con las necesidades y perfiles de cada tipo de mercado.

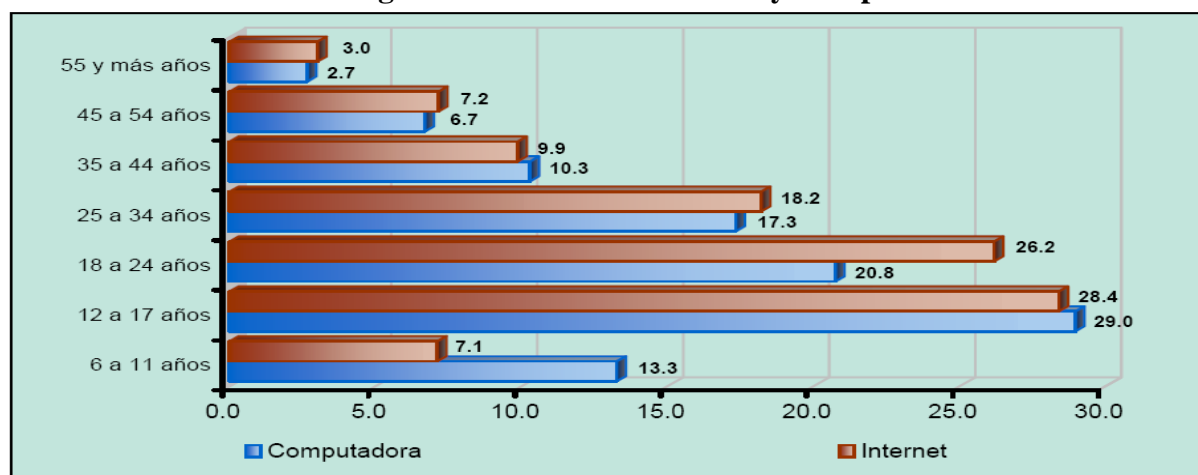
Figura 7. Limitantes de las Tecnologías de Redes



Fuente: **INEGI**. Encuesta Nacional sobre Disponibilidad y Uso de Tecnologías de Información en los Hogares, 2006.

Los individuos que utilizan los servicios de Internet y Computadora, se pueden observar en la Figura 8, dónde niños menores de once años representan un porcentaje importante como usuarios de equipos de cómputo. Se observa que la conglomeración de los servicios de redes se encuentra en el rango de 12 a 34 años, esto es debido a que los individuos de estos rangos tuvieron acceso a estos servicios desde los comienzos de la introducción de las tecnologías de información.

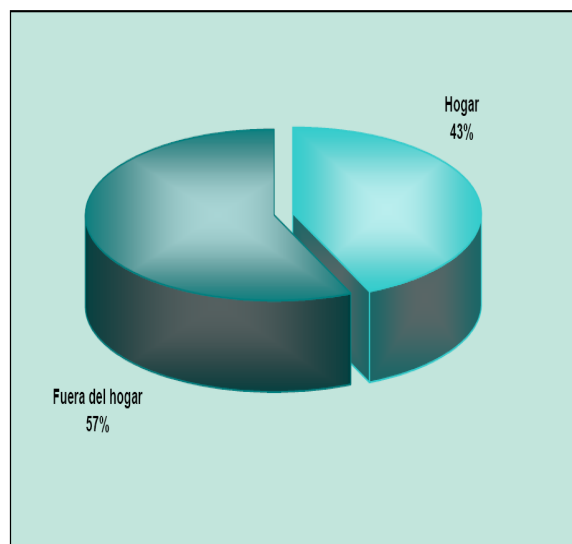
Figura 8. Usuarios de Internet y Computadora



Fuente: **INEGI**. Encuesta Nacional sobre Disponibilidad y Uso de Tecnologías de Información en los Hogares, 2006.

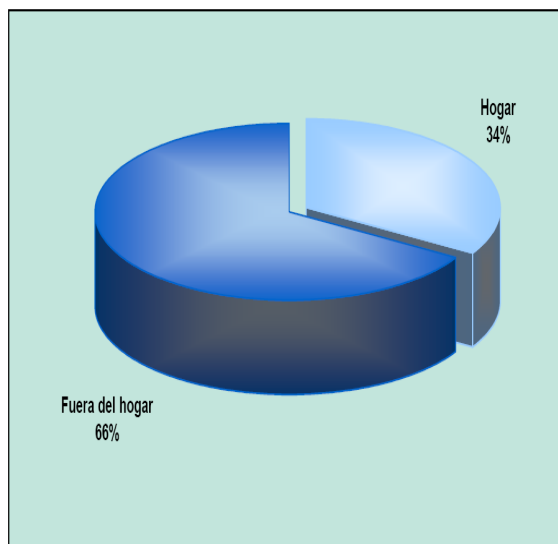
El lugar de acceso es principalmente fuera del hogar, dando como resultado zonas como café Internet, escuelas, o locales con acceso a Internet. Este es un factor importante para la toma de decisiones, si un individuo no tiene el poder adquisitivo para obtener un equipo de cómputo o poder contar con una renta de acceso a Internet, su opción es irse a un lugar de renta de Internet; aquí la importancia de fomentar la apertura de los mejor conocidos como "café internet".

Figura 9. Lugar de acceso de la computadora



Fuente: INEGI. Encuesta Nacional sobre Disponibilidad y Uso de Tecnologías de Información en los Hogares, 2006.

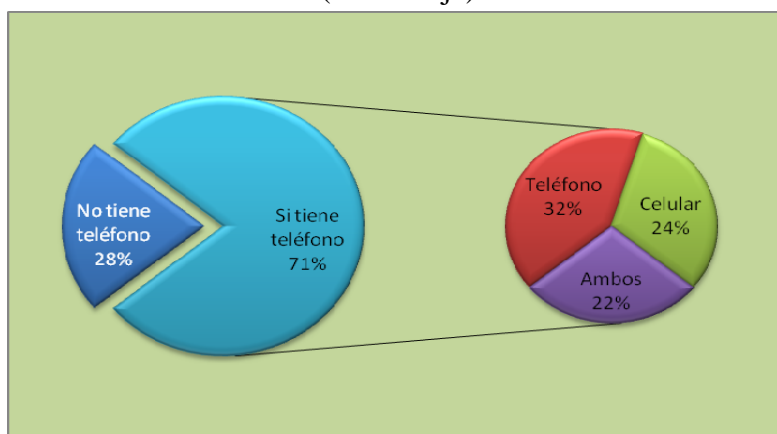
Figura 10. Lugar de acceso de Internet



Fuente: INEGI. Encuesta Nacional sobre Disponibilidad y Uso de Tecnologías de Información en los Hogares, 2006.

La telefonía celular y fija, los resultados arrojados de la ENIGH nos muestran, que de cada 100 hogares, 71 hogares sí cuentan con un teléfono, siendo éstos de carácter móvil o fijo. Pero hay muchos municipios completos que carecen de este servicio, y como dice Hammond es debido a "baja conectividad quiere decir que no la conectividad no es fiable o accesible para las zonas rurales".¹¹

Gráfica 7: Distribución de telefonía fija y celular
(Porcentaje)



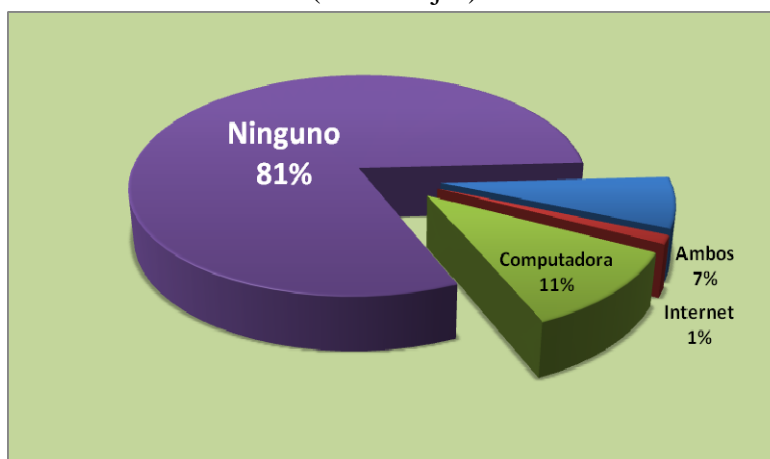
Fuente: Elaboración propia, datos del ENIGH 2006

El mercado de Internet y de las computadoras es muy pequeño; la ENIGH muestra que el 81% de los hogares no cuenta ni de los servicios de Internet, ni de un equipo de cómputo. La Comisión Federal de Telecomunicaciones (COFETEL), en sus estadísticas (Tabla 1) muestra que la mayoría de la conectividad la tienen en base a la tecnología de XDSL, y otro gran porcentaje a Dial Up. Datos de COFETEL, dicen que la inversión de dicha dependencia ha disminuido de \$5,749 millones de dólares en el 2001, a \$3,194.3 millones de dólares en el 2007¹², esta disminución fomenta a que el mercado no crezca por falta del motor, la infraestructura.

¹¹ Al Hammond, *A presentation to the Mexico BOP Circle*, Mexico City: 2006

¹² COFETEL 2007

Gráfica 8: Distribución de computadora e Internet
(Porcentajes)



Fuente: Elaboración propia, datos del ENIGH 2006

Tabla 1. Cuentas de acceso a Internet por tipo de Tecnología

Tipo Cuenta	2000	2001	2002	2003	2004	2005 p/	2006
Dial Up	1,023,024	1,772,568	1,864,929	2,015,996	2,134,042	1,959,544	1,710,494
XDSL	0	5,300	78,120	213,494	695,912	1,198,725	1,961,522
Cable Coaxial	8,622	64,479	124,052	180,752	326,774	668,874	995,789
Otras*/	103,341	41,291	29,314	34,125	34,596	54,753	136,477
Total	1,134,987	1,883,638	2,096,415	2,444,367	3,191,324	3,881,896	4,804,282

Fuente: Dirección de Información Estadística de Mercados, **COFETEL.**


TELEFONÍA MÓVIL Y FIJA EN MÉXICO

Telefonía móvil

La distribución de la telefonía móvil en México se distribuye por regiones, en la Figura 11, se observa cómo se distribuye ésta y las concesiones otorgadas por cada región. La barrera, traducida en oportunidad, es expandir la telefonía celular a las regiones que no tienen acceso, por ejemplo, los municipios de algunos estados como son Oaxaca o Jalisco.

Figura 11. Distribución por regiones de la telefonía móvil

REGIONES DE TELEFONÍA MÓVIL

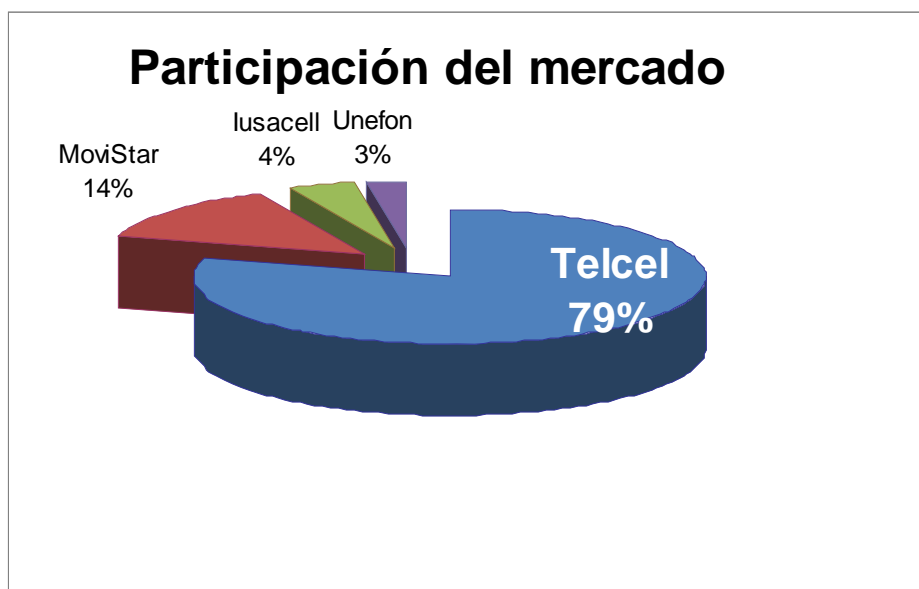
		Concesiones otorgadas
 <p>Celular PCS</p>		<ul style="list-style-type: none"> • Telcel: Banda B celular y PCS 9 Regiones. • Iusacel: Regiones 5,6,7,8 y 9 de la Banda A, de telefonía celular, y regiones 1 a 4 de PCS • Telefónica Móviles: En la Banda A de telefonía celular, regiones 1, 2, 3, y 4 Telefonía con tecnología PCS, regiones 1 a 9. • Unefon: Telefonía con tecnología PCS, regiones 1 a 9.
1	1 Baja California	<p>Baja California: Baja California, Baja California Sur, Sonora (San Luis Río Colorado). Sinaloa, Sonora (excluyendo San Luis Río Colorado). Chihuahua, Durango, Coahuila de Zaragoza (Torreón, San Pedro, Matamoros, Francisco I. Madero, Viesca). Nuevo León, Tamaulipas, Coahuila de Zaragoza (excluyendo los municipios de la región Norte). Jalisco (excluyendo los municipios de la región Centro), Michoacán de Ocampo, Nayarit, Colima. Guanajuato, San Luis Potosí, Zacatecas, Querétaro de Arteaga, Aguascalientes, Jalisco (Lagos de Moreno, Encarnación de Díaz, Teocaltiche, Ojuelos de Jalisco, Cololón, Villa Hidalgo, Mezquillo, Huejuquilla el Alto, Huejúcar, Villa Guernero, Boleños, Santa María de los Ángeles). Veracruz-Llave, Puebla, Oaxaca, Guerrero, Tlaxcala. Chiapas, Tabasco, Yucatán, Quintana Roo, Campeche. Estado de México, Distrito Federal, Hidalgo, Morelos.</p>
2	2 Noroeste	
3	3 Norte	
4	4 Noroeste	
5	5 Occidente	
6	6 Centro	
7	7 Golfo y Sur	
8	8 Sureste	
9	9 Metropolitana	

FUENTE: Dirección de Información Estadística de Mercados, COFETEL

Participación de la Telefonía Móvil

La intervención del mercado, es mostrada en porcentajes por las diferentes operadoras de telefonía móvil en la gráfica 9, siendo el competidor con mayor contribución Telcel, con un 79% de la participación.

Gráfica 9. Mercado de las telefónicas

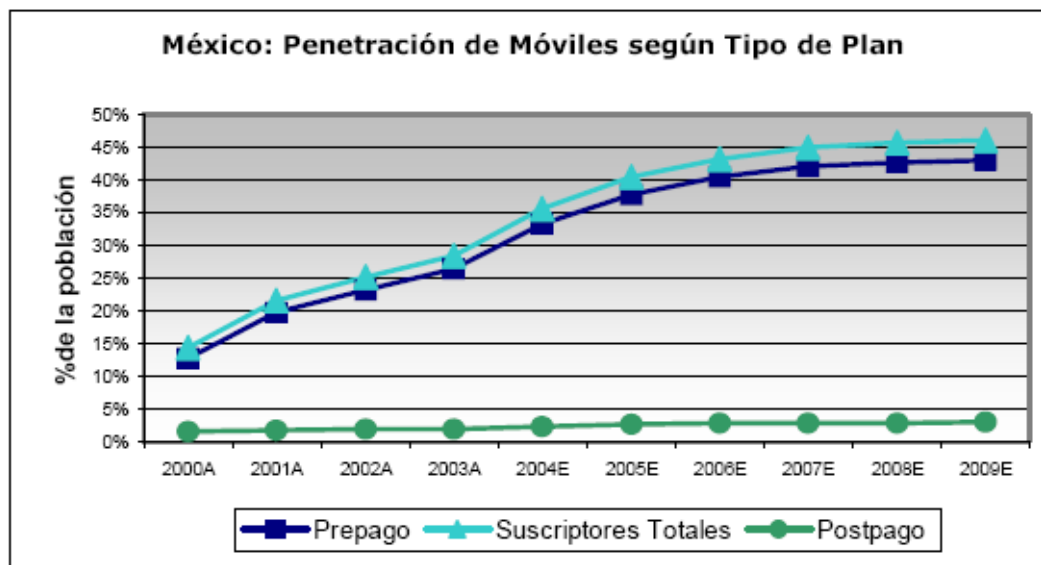


Fuente: Casa de Bolsa (Scotiabank) Septiembre 2006

Tipo de servicios que ofrecen las operadoras

Existen dos tipos de servicios, el de prepago y el postpago, siendo el de mayor preferencia para los suscriptores el de prepago. El poder contar con una tarjeta de prepago, es más conveniente para la administración del gasto de los hogares en telefonía celular; las personas que no cuentan con el ingreso suficiente para tener que realizar pagos mensuales obligatorios e incurrir en deuda, pueden recurrir a realizar pagos cuando tengan el ingreso suficiente para comprar tiempo aire.

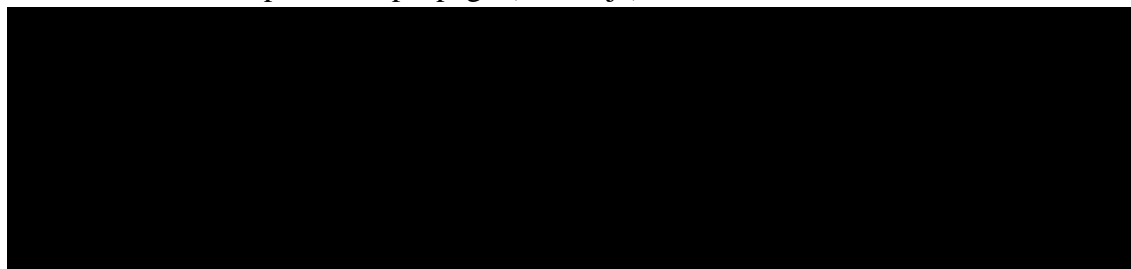
Gráfica 10. Penetración de Telefonía Móvil



Fuente: TELECOM CIDE 2006

En la siguiente tabla se muestra un comparativo de las tarifas de las diferentes operadoras que tienen de los planes de postpago, es decir, renta fija.

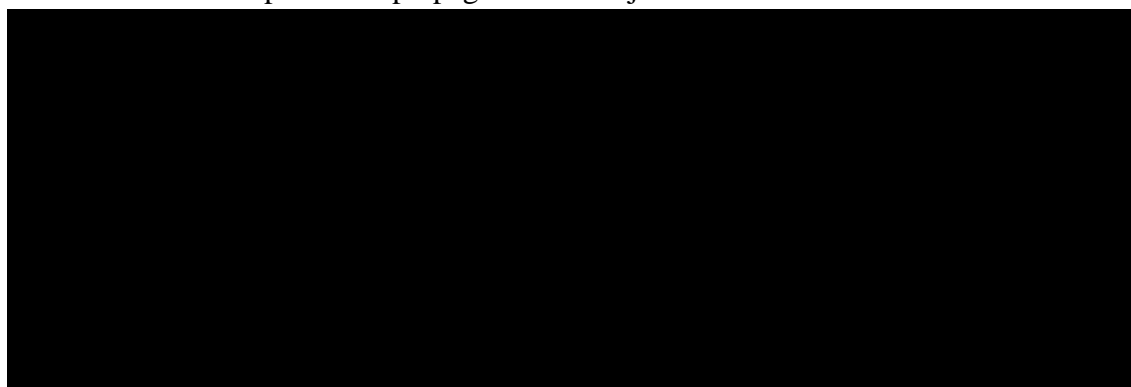
Tabla 2. Tarifas de planes de pospago (renta fija)

A large black rectangular box redacting the content of Table 2.

Fuente: Información recabada por la Dirección General de Estudios sobre Consumo de Profeco el 25 de octubre del 2006 en el sitio de Internet de Telcel y Movistar. Comisión Federal de Competencia. (*)Límite del consumo incluido en la renta para cualquier servicio. Precios con IVA.

A continuación, se muestra el comparativo de las operadoras con planes de prepago de una tarjeta de \$100 pesos mexicanos, donde se observa que para envío de mensajes encontramos a Telcel y lusacell que sus servicios son de los más económicos, así como para llamadas de teléfono fijo se encuentra Movistar y para llamadas de teléfono móvil a teléfono móvil se encuentra Movistar.

Tabla 3. Tarifas de planes de prepago de una tarjeta de \$100

A large black rectangular box redacting the content of Table 3.

Fuente: Información recabada por la Dirección General de Estudios sobre Consumo de Profeco el 25 de octubre del 2006 en el sitio de Internet de las propias compañías. Los precios incluyen IVA.

ANÁLISIS CUALITATIVO

A nivel Estatal, encontramos que Oaxaca es el estado que tiene menor número de tecnologías en lo que se refiere a teléfono fijo, celular, Internet y computadora, como se muestra en el Cuadro 2. En este cuadro se representa la mayor cantidad de hogares por estado que carecen en su totalidad de los servicios de las Tecnologías de Información. Encontrando estados como Guerrero, Tabasco y Tlaxcala se encuentran en tres de los cuadros de menores TIC's.

Cuadro 2. Primeros cinco Estados con menor número de tecnología

Teléfono Fijo	Celular	Internet	Computadora
<ul style="list-style-type: none"> • Oaxaca • Tabasco • Chiapas • Veracruz • Campeche 	<ul style="list-style-type: none"> • Oaxaca • Tlaxcala • Zacatecas • Guerrero • Chiapas 	<ul style="list-style-type: none"> • Oaxaca • Guerrero • Tlaxcala • Tabasco • Hidalgo 	<ul style="list-style-type: none"> • Oaxaca • Guerrero • Tlaxcala • Tabasco • Michoacán

Fuente: Elaboración propia, datos del ENIGH 2006

Selección del Mercado Objetivo

El mercado objetivo es basado en la realización del estudio de las zonas rurales que carecen en mayor proporción de los servicios de Tecnologías de Información y Comunicación, se detectaron varios municipios que no cuentan con ellos. En este estudio, se analizaron tres municipios en especial, por medio del análisis de su mercado y como un piloto para la integración a la nueva era digital y la apertura a un nuevo mercado de tecnologías y comunicación.

Los municipios seleccionados son Jiloztingo, Estado de México, San Bartolo Tutotepec, Hidalgo Briseñas, Michoacán; a continuación se analizan las características de cada uno de los municipios.

Briseñas y el mercado de las computadoras e Internet

Briseñas es un municipio del estado de Michoacán, se localiza al Noroeste del estado, el agua de los ríos Lerma y Duero riegan las tierras de este municipio, dándole una gran oportunidad a la agricultura. El total de la población es de 9,641 habitantes, con 47.69% de hombres y 52.31% de mujeres.



Servicios	Características
Educación ¹³	Educación preescolar, primaria y secundaria, el promedio de escolaridad es de 6.12 grados.

¹³ Datos calculados del Censo de Población y vivienda 2005.

	<p>El 2% de la población menor de 14 años no sabe leer ni escribir.</p> <p>El 11.3% de la población mayor a 15 años es analfabeta. Tomando en cuenta que el 10% de la población no tiene ningún estudio, el 56.7% de la población pertenece al grupo de educación básica incompleta, el 16.7% tiene la educación básica completa y el 15.1% cuenta con educación post-básica.</p>
Salud ¹⁴	Organismos oficiales y privados: centro de salud de Secretaría de Salud y clínica IMSS.
Abasto ¹⁵	Tianguis y tiendas de abarrotes.
Vivienda ¹⁶	En el censo del 2005, el municipio cuenta con 2,276 viviendas, el 98.9% cuenta con energía eléctrica, 96.7% con drenaje, 97.6% cuenta con agua entubada y el 5% cuenta con una computadora.
Comunicación ¹⁷	<p>Los medios de comunicación con que cuenta son con periódicos y revistas de circulación regional, estatal y nacional. Televisión nacional y radio AM-FM.</p> <p>La carretera federal No. 15 y 110, en sus tramos Morelia-Guadalajara y Jiquilpan-La Barca.</p> <p>Cuentan con servicio de telégrafo, correo, teléfono en vivienda, caseta telefónica, cobertura del servicio celular y fax.</p>
Actividad económica ¹⁸	<p>La actividad principal de este municipio es la agricultura basado en: sorgo, trigo y maíz, en menor escala el cártamo, cebolla, jitomate, chile, tomate, camote, calabaza, brócoli, alfalfa, garbanzo, coliflor, rábano, betabel, repollo, cilantro y fresa.</p> <p>La ganadería se basa en ganado bovino, porcino, caprino y aves.</p>
Industria ¹⁹	Cuenta con dos microempresas familiares en la industria del vestido y manufacturan implementos agrícolas: arados, sembradoras, devanadoras, etc., y productos lácteos.
Turismo ²⁰	<p>Este sector no se ha explotado de forma conveniente para el municipio, pero es una gran oportunidad, ya que es vital para el municipio.</p> <p>La artesanía son manteles, servilletas y muebles finos de encino, parota y cedro.</p>

¹⁴ Datos obtenidos de Enciclopedia de los Municipios de México. 2005.

¹⁵ Datos obtenidos de Enciclopedia de los Municipios de México. 2005.

¹⁶ Datos calculados del Censo de Población y vivienda 2005.

¹⁷ Datos obtenidos de Enciclopedia de los Municipios de México. 2005.

¹⁸ Datos obtenidos de Enciclopedia de los Municipios de México. 2005.

¹⁹ Datos obtenidos de Enciclopedia de los Municipios de México. 2005.

²⁰ Datos obtenidos de Enciclopedia de los Municipios de México. 2005.

Jilotzingo y la introducción al mercado de la telefonía celular

El municipio de Jilotzingo, se distribuye en 31 localidades, siendo un municipio que cuenta con muy poca infraestructura para tener acceso servicios celulares y que además cuenta con poco acceso a la información. Este municipio cuenta con 13,825 habitantes distribuidos por su territorio.



Servicios	Características
Educación ²¹	Educación primaria, secundaria y preparatoria. El promedio de la educación es de 7.78. Aunque presenta un porcentaje de 10.1% de analfabetismo, siendo este muy bajo.
Salud ²²	Cuenta con clínicas además de doctores particulares.
Abasto ²³	No existe una central de abastos, se deben trasladar a comunidades aledañas. Tampoco se cuenta con mercados públicos, pero se tienen pequeños tianguis.
Vivienda ²⁴	Existen 3,257 viviendas, teniendo como cifras de 86% de viviendas que cuentan con drenaje, 98% con energía eléctrica, 96% con agua entubada y 12% cuentan con un equipo de cómputo.
Comunicación ²⁵	<p>Se captan todas las radioemisoras y canales de televisión del Distrito Federal no así las señales transmitidas de Toluca.</p> <p>No hay un solo puesto de periódicos y revistas, los periódicos de mayor circulación son semanarios editados en municipios aledaños, aunque debe aclararse que estos medios de comunicación tiene ubicados sus lectores en el medio oficial, pues sólo son repartidos en las oficinas municipales.</p> <p>Es notorio que la ciudadanía está desinformada en cuanto a las acciones que emprende el ayuntamiento, y cuando llega a enterarse, es por la comunicación oral, que si bien es común en la región, no es la</p>

²¹ Datos calculados del Censo de Población y vivienda 2005.

²² Datos obtenidos de Enciclopedia de los Municipios de México, 2005

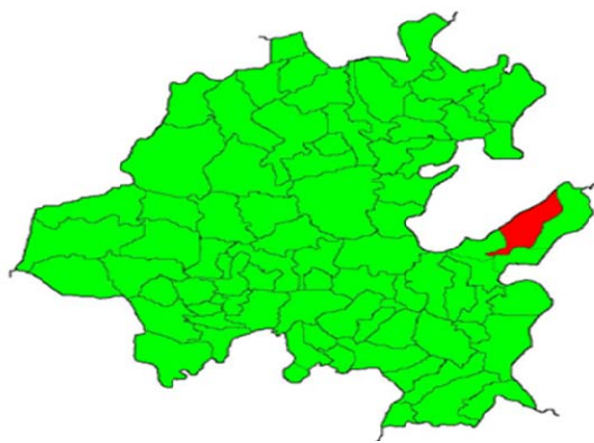
²³ Datos obtenidos de Enciclopedia de los Municipios de México, 2005.

²⁴ Datos calculados del Censo de Población y vivienda 2005.

	ideal.
Actividad económica ²⁶	<p>La actividad principal que se desarrolla en el municipio es la agricultura, aunque actualmente ha disminuido debido a que existen centros fabriles, por su facilidad de transporte se ha dedicado más a la industria y se han abandonado las tierras.</p> <p>Los cultivos tradicionales son el maíz, avena y haba; aunque existen áreas mayores que se destinan a la siembra de la papa, tubérculo con probabilidad de ser rentable y que por falta de una adecuada organización su comercialización es deficiente.</p>
Turismo ²⁷	La falta de infraestructura no ha permitido el crecimiento del turismo, contando con una zona boscosa, valles, arroyos y tranquilidad, por su cercanía a la zona metropolitana es un lugar idóneo para esta actividad.

San Bartolo Tutotepec

Municipio localizado en Hidalgo, cuenta actualmente con la cobertura de los servicios de telecomunicaciones, pero son muy escasas las personas que cuentan con ellos. Lo tomamos como piloto para saber cuáles son las necesidades para las zonas rurales para que pueda abrirse el mercado a mayor cantidad de pobladores en la región. El total de la población es de 17,837 habitantes, siendo 49% población masculina y 51% población femenina.



San Bartolo Tutotepec

Servicios	Características
Educación ²⁸	El municipio cuenta con educación preescolar, primaria, secundaria y una escuela de nivel bachillerato, pero el promedio de educación es de 4.15. El analfabetismo en la región es del 19.5%.

²⁵ Datos obtenidos de Enciclopedia de los Municipios de México. 2005.

²⁶ Datos obtenidos de Enciclopedia de los Municipios de México. 2005.

²⁷ Datos obtenidos de Enciclopedia de los Municipios de México. 2005.

²⁸ Datos calculados del Censo de Población y vivienda 2005.

Salud ²⁹	El municipio cuenta con cuatro centros de salud, así como servicios que ofrece el IMSS.
Abasto ³⁰	La presencia de tiendas urbanas en toda la región, así como tiendas de DICONSA distribuidas por el municipio.
Vivienda ³¹	El número de viviendas es de 3,931, teniendo porcentajes de servicios de 39% de disposición de drenaje, 69% energía eléctrica, 52% agua entubada y 2% con computadora.
Comunicación ³²	El municipio cuenta con paradero de autobuses y líneas intraurbanas, así como teléfono y correo.
Actividad económica ³³	La agricultura es el principal detonante de la economía local, como son la siembra de maíz, frijol y avena, de producción importante es el café. La ganadería es esencialmente la cría de ganado bovino, porcino, caprino y ovino.
Turismo ³⁴	Se cuenta con atractivos culturales, como naturales (Grutas de San Bartolo), existe una infraestructura adecuada para la región y su crecimiento turístico.

Factores de programa de inclusión para TIC's

Debido a la existencia en México de una gran desigualdad de oportunidades de accesibilidad y conectividad, se requiere plantear programas que ayuden y beneficien primero a los estados con menores servicios de tecnologías, segundo a las localidades que no cuentan con ningún tipo de tecnología. Es por esto que se debe de incluir al sector menos beneficiado, que por lo descrito antes es el de la Base de la Pirámide, esto se puede lograr por medio de la creación de productos destinados a ellos, con costos bajos para que la adquisición por este sector se pueda llevar a cabo.

Siendo un mercado muy grande los que integran la BOP, existe la necesidad de expandir nuevas tecnologías de información a este sector, por medio de:

- Reducción de tiempos.
- Mayor información para desastres naturales, tráfico, vialidades, emergencias inesperadas.
- Facilita búsqueda de empleo y negocios.
- Consulta de precios de los productos (competitividad)
- Consulta de precio de insumos o herramientas.
- Promoción
- Acceso a servicios bancarios
- Educación y salud

²⁹ Datos obtenidos de Enciclopedia de los Municipios de México. 2005

³⁰ Datos obtenidos de Enciclopedia de los Municipios de México. 2005.

³¹ Datos calculados del Censo de Población y vivienda 2005.

³² Datos obtenidos de Enciclopedia de los Municipios de México. 2005.

³³ Datos obtenidos de Enciclopedia de los Municipios de México. 2005.

³⁴ Datos obtenidos de Enciclopedia de los Municipios de México. 2005.

MARCO LEGAL

Antecedentes del Marco Regulatorio

En 1940 la regulación de las telecomunicaciones se basaba en la Ley de Vías Generales de Comunicación, esta regulación era muy proteccionista y además no permitía el desarrollo de las tecnologías de información. Esta Ley estuvo vigente hasta 1995, cuando entró en vigor la Ley Federal de Telecomunicaciones el 7 de junio de 1995, a partir de esta ley se crea la Comisión Federal de Telecomunicaciones la cual adquiere el compromiso de regular las telecomunicaciones para que tengan una sana competencia, desarrollar programas para la infraestructura, prestación de servicios y la introducción de nuevas tecnologías.³⁵

A partir de esto se publicaron los siguientes acuerdos, planes y reglas:

- *Acuerdo para la obtención de concesión de redes públicas de telecomunicaciones interestatales*, este instrumento tiene como objetivo especificar los requisitos deberán cumplir los interesados ante la SCT para obtener la concesión de una red pública de telecomunicaciones interestatales que no requiera de espectro radioeléctrico.³⁶
- *Acuerdo por el que se establece el procedimiento para obtener concesión para la instalación, operación o explotación de redes públicas de telecomunicaciones locales al amparo de la Ley Federal de Telecomunicaciones*, este instrumento especifica los requisitos deberán cumplir los interesados ante la SCT para obtener la concesión de una red pública de telecomunicaciones interestatales que no requiera de espectro radioeléctrico.³⁷
- *Plan Técnico Fundamental de Señalización*, la SCT debe elaborar y administrar los planes técnicos de numeración, conmutación, señalización, transmisión, tarificación y sincronización, entre otros, a los que deberán sujetarse los concesionarios de redes públicas de telecomunicaciones para permitir la interconexión e interoperabilidad de sus redes.³⁸
- *Plan Técnico Fundamental de Numeración*, tiene como objetivo establecer las bases para una adecuada administración y uso de la numeración nacional mediante la asignación eficiente, justa, equitativa y no discriminatoria de los recursos disponibles.³⁹
- *Reglas del Servicio de Larga Distancia*, tienen por objeto regular el servicio de larga distancia que presten concesionarios de redes públicas y permisionarios de servicios de telecomunicaciones, por sí mismos o mediante interconexión con las redes de otros concesionarios.⁴⁰
- *Acuerdo por el que se establecen bandas de frecuencias del espectro radioeléctrico de uso libre*, tiene por objeto establecer bandas de frecuencias del espectro radioeléctrico de uso libre en VHF y UHF, de conformidad con el artículo 10 fracción I, de la Ley Federal de Telecomunicaciones. Son bandas de frecuencias del espectro radioeléctrico de uso libre, a nivel nacional, las siguientes⁴¹:

³⁵ Misión de la COFETEL 2007

³⁶ DOF del 4 de septiembre de 1995.

³⁷ DOF del 2 de enero de 1996.

³⁸ DOF del 21 de junio de 1996.

³⁹ DOF del 21 de junio de 1996.

⁴⁰ DOF del 21 de junio de 1996.

⁴¹ DOF del 24 de septiembre de 1996.

A. Bandas de frecuencias en VHF:

- I. De 153.0125 Megahertz (MHz) a 153.2375 MHz
- II. De 159.0125 MHz a 159.2000 MHz
- III. De 163.0125 MHz a 163.2375 MHz

B. Bandas de frecuencias en UHF:

- I. De 450.2625 MHz a 450.4875 MHz
- II. De 455.2625 MHz a 455.4875 MHz
- III. De 463.7625 MHz a 463.9875 MHz
- IV. De 468.7625 MHz a 468.9875 MHz

- *Acuerdo por el que se establece el procedimiento para el registro de tarifas de los servicios de telecomunicaciones*, procedimiento tiene por objeto dar a conocer a los concesionarios y permisionarios de los servicios de telecomunicaciones los requisitos que deberán cumplir ante la Comisión Federal de Telecomunicaciones para el registro y, en su caso, autorización de las tarifas y los planes de descuentos de los servicios de telecomunicaciones, de conformidad con lo establecido en la Ley Federal de Telecomunicaciones.⁴²
- *Reglamento del Servicio de Telefonía*, tiene por objeto regular el establecimiento, operación y explotación de empresas comercializadoras de telefonía pública, así como la prestación del servicio que se realiza a través de aparatos telefónicos de uso público.

Para la prestación de servicio de telefonía pública se requiere: ⁴³

- I. Concesión para instalar, operar o explotar una red pública de telecomunicaciones con autorización para prestar el servicio de telefonía pública, o
 - II. Permiso para establecer, operar o explotar una comercializadora de telefonía pública.
- *Reglamento de Comunicación Vía Satélite*, por objeto reglamentar la Ley Federal de Telecomunicaciones en lo relativo a la comunicación vía satélite. ⁴⁴
 - *Reglas del Servicio Local*, tienen por objeto lograr una mayor cobertura y penetración del servicio telefónico para aumentar la productividad de la economía en su conjunto, brindar más oportunidades de desarrollo en el país, elevar la calidad y aumentar la diversidad de los servicios, con precios más accesibles, en beneficio de un mayor número de usuarios, de acuerdo con los objetivos y estrategias establecidos en el Programa de Desarrollo del Sector Comunicaciones y Transportes 1995-2000. Para lograr la consecución de los objetivos antes indicados, el presente ordenamiento está orientado a⁴⁵:
 - Fomentar la prestación del servicio local en un ambiente de sana competencia;
 - Regular la instalación, operación y explotación de las redes públicas de telecomunicaciones de los concesionarios autorizados para prestar el servicio local fijo o móvil, y
 - Establecer las condiciones aplicables a la interconexión e interoperabilidad de las redes públicas de telecomunicaciones autorizadas para prestar el servicio local fijo o móvil, cuando ésta se lleve a

⁴² DOF del 18 de noviembre de 1996.

⁴³ DOF del 16 de diciembre de 1996.

⁴⁴ DOF del 1 de agosto de 1997.

⁴⁵ DOF del 22 de octubre de 1997.

cabo exclusivamente entre este tipo de redes o con redes públicas de telecomunicaciones autorizadas para prestar el servicio de larga distancia.

- *Reglamento de Televisión y Audio Restringidos*⁴⁶, regula la prestación de los servicios de televisión y audio restringido.
- *Plan Técnico Fundamental de Calidad de las Redes del Servicio Local Móvil*, tiene como objetivo establecer las bases para que el servicio local móvil se preste en mejores condiciones de calidad en el territorio nacional, en beneficio de los usuarios.⁴⁷

Marco Regulatorio de las Tecnologías de Información y Comunicaciones

México no cuenta con un específico marco regulatorio acerca de las tecnologías de información y comunicaciones, lo más cercano a ello es la Ley Federal de Telecomunicaciones. Pero lo que está sucediendo en la actualidad, es que día a día hay nuevos cambios tecnológicos, y la globalización está siendo tan rápida que el país se está quedando fuera de ella en lo que respecta a un marco legal de las telecomunicaciones, que son parte de la modernización.

El marco regulatorio de las TICs debe ser elaborado tomando en cuenta los siguientes factores⁴⁸:

- Un marco legal flexible, debido a que permite la entrada de nuevos competidores, fomenta la competencia, y permite la entrada de productos y servicios innovadores
- Una política de Estado claramente definida, se deben de focalizar los objetivos y pronosticar su plazo de cumplimiento, corto, mediano o largo plazo. Entre ellos debe de existir mayores permisos para la entrada de nuevos productos o de aumentar el acceso a ellos, como es impulsar el acceso de banda ancha. Así mismo, se deben de focalizar programas que disminuyan la brecha digital, y a favor de los individuos que integran la BOP, para que de esta forma exista un crecimiento más equitativo y no siga creciendo la desigualdad de un país, al contrario que las TICs sirvan para disminuir la desigualdad del país.
- Un marco institucional propicio, que exista una entidad reguladora con suficiente autonomía y capital humano especializado, que las ya existentes instituciones dependan de ella, como son los Ministerios de Comunicaciones, autoridades de competencia, instancias judiciales y legislativas.

Este marco regulatorio debe de incluir temas asociados con el desarrollo social, de protección a los usuarios y a la información, así como obligar al gobierno a invertir en investigación y desarrollo. Esto debe de ser a base de integrar lo siguiente:

1. *Investigación y desarrollo*, se requiere de una digitalización de la información del gobierno como de programas de salud y educación que sirvan a la ciudadanía para que pueda estar bien informada. (Artículo 6to. El derecho a la información será garantizado por el Estado)⁴⁹. El En la actualidad sólo el 3.2% del PIB es destinado para la investigación y desarrollo de tecnología de información. Esto nos señala que se debe de invertir en el desarrollo e investigación, y así mismo se debe de considerar en el presupuesto de la nación, e impulsar a organizaciones privadas como públicas en investigar más acerca del desarrollo social en conjunto con las TIC.

⁴⁶ DOF del 29 de Febrero de 2000.

⁴⁷ DOF del 5 de Agosto de 2003

⁴⁸ COFETEL 2007

⁴⁹ Constitución Políticas de los Estados Unidos Mexicanos 2007

2. *Crímenes informáticos*, se debe de castigar a todo aquel que cometa un crimen ya sea que se involucre en la construcción de la creación de virus informático o que promueva la piratería. Este castigo debe de ser creíble y veraz, porque es una gran barrera para el desarrollo económico de una sociedad. Así mismo, debemos de pensar en que los individuo al no tener confianza la aplicación de la ley, por temor no van a querer involucrar en el mundo de la Tecnología, y esto perjudica en la brecha digital que existe en el país.

BIBLIOGRAFÍA

- Banco Mundial. Recuperado en Octubre 2007: <http://www.bancomundial.org/>
- BID. *Estrategia para la reducción de la pobreza rural*. Washington D.C.: Junio 1998.
- Boyer, Nicole. *The Base of the Pyramid (BOP)*. Global business Network: Mayo 2003.
- Enciclopedia de los Municipios de Michoacán. 2000. *Centro Estatal de Desarrollo Municipal, Gobierno del Estado de Michoacán*. <http://www.michoacan.gob.mx>
- Hammond, Allen, *Tomorrow's Markets: BOP Business Opportunities*. A presentation to the Mexico BOP Circle. World Resources Institute. Mexico City: 19 September 2006.
- INEGI. *Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares (ENIGH)*. INEGI 2006.
- INEGI. *Censo de Población y Vivienda 2005*.
- International Telecommunication Union (ITU). *Case Studies*. Recuperado en Septiembre-Octubre, 2007 de <http://www.itu.int/osg/spu/casestudies/index.html>
- International Telecommunication Union (ITU). *Acceso Universal en Latinoamérica: Situación y desafíos*. 2005.
- Nicol, C. *Políticas TIC: Manual para principiantes*. Asociación para el Progreso de las Comunicaciones. Montevideo: 2005.
- Piedras, Ernesto y Carla Bonina. *Contribuciones Sociales y Económicas de la Telefonía Móvil*. TELECOM-CIDE: Febrero 2006.
- PROFECO. Recuperado en Octubre 2007, de http://www.profeco.gob.mx/encuesta/brujula/bruj_2006/bol29_celulares.asp
- SEGOB. *Enciclopedia de los Municipios de México*. 2005. Recuperado en Octubre de 2007: http://www.e-local.gob.mx/wb2/ELOCAL/ELOC_Enciclopedia
- World Resources Institute. Recuperado en Septiembre-Octubre, 2007 de <http://www.wri.org/>

LEYES

- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos 2007, Trillas.
- Acuerdo por el que se establece el procedimiento para la obtención de la concesión de redes públicas de telecomunicaciones interestatales, al amparo de la ley federal de telecomunicaciones*. DOF del 4 de septiembre de 1995.
- Acuerdo por el que establece el procedimiento para la obtención de la concesión de redes públicas de telecomunicaciones locales*. DOF del 2 de enero de 1996
- Plan técnico fundamental de señalización*. DOF del 21 de junio de 1996.
- Plan técnico fundamental de numeración*. DOF del 21 de junio de 1996.
- Reglas de servicio de larga distancia*. DOF del 21 de junio de 1996.
- Acuerdo por el que se establecen bandas de frecuencias del espectro radioeléctrico de uso libre*. DOF del 24 de septiembre de 1996.
- Acuerdo por el que se establece el procedimiento para el registro de tarifas de los servicios de telecomunicaciones, al amparo de la Ley Federal de Telecomunicaciones publicado el 18 de noviembre de 1996*. DOF del 18 de noviembre de 1996.
- Reglamento del servicio de telefonía pública* DOF del 16 de diciembre de 1996.
- Reglamento de Comunicación Vía Satélite* DOF del 1 de agosto de 1997.
- Reglas del servicio local* DOF del 22 de octubre de 1997
- Reglamento del Servicio de Televisión y Audio Restringidos*. DOF del 29 de febrero de 2000.
- Acuerdo mediante el cual la Secretaría de Comunicaciones y Transportes, a través de la Comisión Federal de Telecomunicaciones, emite el Plan Técnico Fundamental de Calidad de las Redes del Servicio Local Móvil*. DOF del 5 de agosto de 2003

B. Detailed Sector Studies (continued)

Colombia

Introducción

A pesar de los avances y esfuerzos realizados, en Colombia entre un 40% y un 60% de la población no tiene condiciones favorables de acceso a los servicios de salud⁵⁰.

En materia de medicamentos, existe un marco normativo favorable desde la década de los ochenta y transformaciones del panorama de la oferta de medicamentos y en la prestación de los servicios farmacéuticos entendidos más allá de la entrega o venta de medicamentos.

La inclusión de los medicamentos esenciales como parte integral de los servicios de salud y los mecanismos para garantizar su entrega se establecieron de forma explícita en el marco del sistema de seguridad social en salud.

Así mismo, en términos de servicio, se estableció que la entrega de medicamentos debía realizarse en una farmacia institucional con infraestructura básica que cumpla con estándares mínimos contenidos actualmente en el sistema de garantía de calidad en salud (Decreto 1011 de 2006⁵¹) y otras normas técnicas de reciente expedición.

Sin embargo, en el sistema de salud persisten inequidades en el acceso a los medicamentos. Diferentes estudios establecen insatisfacción en la entrega de medicamentos dentro del sistema⁵². No se ha garantizado el acceso universal y, particularmente, en medicamentos la demanda insatisfecha dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) alcanza el 48.4%⁵³.

Adicionalmente, el acceso a medicamentos en Colombia presenta notables inequidades en cuanto al porcentaje de ingreso y el gasto de bolsillo⁵⁴, además de las inequidades documentadas entre los regímenes de afiliación⁵⁵.

Persisten también problemas de acceso en patologías de alto impacto como el SIDA⁵⁶. No hay documentación referenciada sobre el acceso a medicamentos en los programas de suplementación de micronutrientes, lucha contra la malaria, tuberculosis y otros programas especiales y existe poca información sobre los gastos y la racionalidad en el manejo de los medicamentos entregados a la población desplazada por la violencia y los medicamentos de control especial, así como la distribución y acceso a anticonceptivos orales y otros insumos de planificación familiar.

Estas cifras, llaman la atención sobre la necesidad establecer mecanismos que permitan mejorar el acceso, complementarios a los existentes en el marco del sistema de salud, en particular los operadores logísticos de las aseguradoras (EPS) y de las diversas iniciativas para el fortalecimiento de la capacidad de negociación de precios de compra de medicamentos en el sector público⁵⁷.

Una opción complementaria, orientada a resolver los problemas mencionados de acceso a medicamentos en el marco del sistema de salud y en la órbita privada podría ser la incorporación de redes de farmacias privadas (droguerías), establecidas bajo el concepto de negocios inclusivos. Este concepto hace referencia a iniciativas empresariales que contribuyan a la superación de la pobreza a través de la incorporación de personas de menores recursos en su cadena de valor, utilizando las fuerzas del mercado para generar valor social y equidad.

50 Informe defensorial. Evaluación de los servicios de salud que brindan las empresas promotoras de salud – 2005. http://www.defensoria.org.co/pdf/informes/informe_112.pdf?

51 Disponible en: http://www.cundinamarca.gov.co/Cundinamarca/Archivos/fileo_otrssecciones/fileo_otrssecciones1767423.doc

52 Medición indicadores de política farmacéutica. OPS MINPROTECCIÓN SOCIAL. 2003. Defensoría del Pueblo. Primera Encuesta Nacional de Calidad en Salud Percibida por los Usuarios. Bogotá, Colombia, Año 2003,

53 Defensoría del pueblo 2005. Op cit.

54 Ramirez M. et al. El gasto en salud de los hogares Colombianos. Universidad del Rosario. 2002.

55 Defensoría del pueblo 2005. Op cit.

56 Acosta J, et al. Situación de las enfermedades de transmisión sexual en Colombia. 1976-2000. Biomédica 22: 77-88. 2002.

57 Política farmacéutica nacional. Op.cit.

FUNDES, AVINA y WRI quieren contribuir al fortalecimiento y expansión de los negocios inclusivos en Colombia, mediante la identificación y desarrollo de nuevos modelos de estos negocios en el área de servicios de salud del país.

Con tal objetivo, este trabajo presenta un análisis sectorial para establecer probables modelos de negocios inclusivos factibles de operar en Colombia.

En el documento se realiza inicialmente una presentación de los objetivos y metodología, seguida de una descripción del mercado de los servicios de salud y de medicamentos en Colombia, de sus actores claves y del entorno normativo que lo regula; en el marco de una caracterización socioeconómica, demográfica y epidemiológica de la población. Se identifican los principales problemas de aseguramiento, accesibilidad y cobertura en el tema de salud y de medicamentos para proponer las características deseables de un modelo de negocios aplicable en el país, evaluadas por expertos.

Objetivos

A. *OBJETIVO GENERAL*

Describir y caracterizar el mercado de los servicios de salud primaria y medicamentos para sectores de la base de la pirámide con difícil acceso a ellos, para establecer probables modelos de negocios inclusivos factibles de operar para brindarlos con mínimo costo y alta calidad.

B. *OBJETIVOS ESPECÍFICOS*

1. Describir el entorno normativo y de fiscalización en que funciona el mercado de salud primaria en promoción (de estilos de vida saludable y control sano de la población) y prevención y protección (control de vacunaciones, control de signos vitales, educación y control para patologías crónicas de cuidado ambulatorio y exámenes de laboratorio).
2. Describir el entorno normativo y de fiscalización en que funciona el mercado de medicamentos (personal autorizado para prescripción de medicamentos, categorías de drogas, licencias y otros).
3. Caracterizar el mercado actual de salud primaria y medicamentos, dimensionando la población, según segmentos socioeconómicos, ubicación geográfica, edad, estadígrafos de salud, rutinas actuales de acceso a la salud y problemas actuales que enfrentan (acceso, precios, calidad).

Metodología

A. *INVESTIGACIÓN DE FUENTES SECUNDARIAS*

Para la investigación de fuentes secundarias se realizó una consulta de la normatividad vigente tanto en el sector salud como en el farmacéutico, se tuvieron en cuenta informes y estadísticas demográficas, epidemiológicas y ocupacionales, de entidades oficiales, como por ejemplo el Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas – DANE- y el Ministerio de la Protección Social; de organismos internacionales, como la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud y de estudios de investigación de carácter nacional e internacional.

B. *ENTREVISTAS DE PROFUNDIDAD CON EXPERTOS CLAVE*

Se desarrollaron 10 entrevistas a profundidad con expertos del sector con el fin de conocer su experiencia y opiniones sobre los servicios de salud y farmacéuticos, tanto del sector público como privado, de las principales barreras de acceso y oportunidades de mejoramiento, así como su concepto sobre los modelos de negocios inclusivos existentes y la posibilidad de aplicar similares en nuestro país.

C. *GRUPOS FOCALES*

Se realizaron cuatro grupos focales, dos con prestadores de servicios de salud y dos con la comunidad, los cuales fueron realizados en las ciudades de Medellín y Bogotá, debido a su ubicación central, a su tamaño y a la concentración de la demanda nacional de medicamentos y servicios de salud.

Los grupos objetivo fueron:

Comunidad

- Medellín: Personas de las comunas (una por cada comuna), que realizan trabajo comunitario y político, escogidos por que trabajan una iniciativa asociada a prestación de servicios dado que la oferta se concentra en sitios lejanos a sus viviendas. Usuarios del sistema de salud, tanto del régimen contributivo como subsidiado.
- Bogotá: Amas de casa, líderes comunitarios, por un miembro de la red de personas viviendo con VIH, una representante del Banco de Medicamentos, un líder de comedores comunitarios y por usuarios del sistema de salud, tanto del régimen contributivo como subsidiado.

Presentadores

- Medellín: FARMACIA APOTEMA, Laboratorios HUMAX, Proveedora de insumos farmacéuticos MIX SUPPLYER, Asociación de farmacéuticos de Antioquia AQUIFAR y Distribuidora de medicamentos DEMPOS.
- Bogotá: Caja de compensación familiar COLSUBSIDIO, COLEGIO NACIONAL DE QUÍMICOS FARMACÉUTICOS/ASOSALUD, Fundación IFARMA, Agremiación de ARS-GESTAR SALUD, BANCO DE MEDICAMENTOS, Universidad de la Sabana

D. *REUNIÓN DE EXPERTOS*

Se realizó una reunión de expertos para discutir los elementos centrales de un modelo de negocio deseable. Contó adicionalmente con la participación de FUNDES Costa Rica y Colombia:

- Colegio Nacional de Químicos Farmacéuticos/Asosalud.

- Organización Panamericana de la Salud.
- Laboratorios HUMAX.
- Distribuidora de medicamentos AUDIFARMA.
- Distribuidora de medicamentos DEMPOS
- Caja de compensación familiar – Cadenas de droguerías COLSUBSIDIO
- Secretaría de Hacienda de Bogotá

Caracterización Poblacional

A. *CONTEXTO GEOGRÁFICO*

Colombia es un país que cuenta con una superficie de 1.138.910 km², y un relieve marcado por tres ramales de la cordillera de los Andes; cuenta con 1.098 municipios, distribuidos en 32 departamentos, 4 distritos (Bogotá Distrito Capital, Barranquilla, Cartagena y Santa Marta) y el Archipiélago de San Andrés y Providencia.

La población censada en 2005 fue de 41.242.948 habitantes; la ciudad de Bogotá es la más populosa, con 6.776.009 habitantes y, en conjunto con las ciudades de Medellín, Cali y Barranquilla, concentra 29,5% de la población del país.

La densidad poblacional es de 36,2 habitantes/km² y la población es predominantemente urbana (72% vive en cabeceras) ⁵⁸.

B. *CONTEXTO SOCIAL*

Población vulnerable

a. Analfabetismo

En general, para el año 2004, se encontraba una tasa de analfabetismo en población mayor de 15 años de 7,18%, y niveles de cobertura neta de población por grupos de edad que asiste a la escuela entre 100 y 60%⁵⁹.

b. Acceso a acueducto y alcantarillado

En las cuatro principales ciudades (Bogotá, Medellín, Barranquilla y Cali), las coberturas se acercan al 100%, en el resto de capitales departamentales (Pasto, Ibagué, Yopal, Santa Marta, Florencia, Cartagena, Cúcuta, Montería y las ciudades de los antiguos territorios nacionales) se observan coberturas inferiores al 90%⁶⁰. Según el último Censo, el porcentaje de población con acceso a fuentes de abastecimiento de agua, es de 99% en el área urbana y de 71% para la rural. El acceso a servicios de saneamiento, es de 96% para población urbana y de 54% para la rural.

c. Conflicto armado y desplazamiento

Otro aspecto importante en la realidad colombiana es el conflicto armado interno que afecta al país desde hace cuatro décadas. En la última década, las muertes violentas por homicidio han sido la primera causa de mortalidad en el país y los datos demográficos demuestran una disminución de la población en los grupos de edad entre 15 y 35 años, como efecto de la migración y la violencia. La dinámica poblacional ha sufrido fuertes cambios debido a los efectos migratorios tanto externos como internos, causados por el desplazamiento violento generado por las acciones de los grupos armados ilegales, la delincuencia común y el narcotráfico ⁶¹.

Con el ánimo de prevenir la violencia en los jóvenes, en la Argentina, Colombia, El Salvador, Honduras, Nicaragua y Perú se ha implementado por parte de la Organización Panamericana de la Salud, el proyecto de Fomento del Desarrollo Juvenil y Prevención de la Violencia, con financiación del Organismo Alemán para la Cooperación Técnica y el Ministerio Federal para la Cooperación y el Desarrollo Económicos, de Alemania (GTZ/BMZ). Se ha logrado la conformación de equipos asociados de trabajo en cada país en los que participan instituciones

58 Salud en las Américas 2007. Capítulo Colombia. Organización Panamericana de la Salud. Disponible en: <http://www.paho.org/HIA/archivosvol2/paisesesp/Colombia%20Spanish.pdf>

59 Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud. Ministerio de la Protección Social. 2005.

60 Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud. Ministerio de la Protección Social. 2005.

61 Salud en las Américas 2007. Capítulo Colombia. Organización Panamericana de la Salud. Octubre de 2007. Disponible en: <http://www.paho.org/HIA/archivosvol2/paisesesp/Colombia%20Spanish.pdf>

gubernamentales y no gubernamentales y grupos de jóvenes. Estos equipos realizan promoción, coordinan actividades y buscan mejorar el efecto de las intervenciones⁶².

La dinámica del desplazamiento forzado alcanzó en Colombia los más altos niveles de impacto sobre la población civil en 2002, cuando cerca de 900 municipios de los 1.098 del país expulsaban y recibían población desplazada. Durante el último decenio se han registrado 1.796.508 personas desplazadas.

Los departamentos en los cuales han ocurrido más desplazamientos son los de Antioquia, Bolívar, Magdalena, Cesar, Chocó y Putumayo. Los departamentos que han recibido mayor número de desplazados son los de Antioquia, Bolívar, Bogotá D.C., Magdalena, Valle del Cauca y Sucre ⁶³.

En comparación con la población receptora, en la población desplazada más de la mitad de los hogares tienen jefatura femenina, el analfabetismo es tres veces más alto que el promedio nacional, las condiciones de vivienda y acceso a los servicios públicos son más precarias y el hacinamiento es crítico.

La condición de desplazamiento tiene implicaciones de salud, por ejemplo en disminución de defensas para enfermedades infecciosas, exposición a diferentes factores de riesgo, movilización de personas vulnerables hacia lugares donde puede haber gérmenes que infectan con facilidad causando morbi-mortalidad, disminución de la ingesta de alimentos, desnutrición y otras consecuencias en la salud individual bien definidas ⁶⁴.

La cobertura de aseguramiento de la población en desplazamiento fue 24% y en la población pobre receptora 34%⁶⁵.

En primer lugar la demanda de atención por desplazados rebasa la capacidad financiera del estado para cubrir sus gastos de atención. En efecto, el Consejo Nacional de Seguridad Social, rector del sistema de salud, requirió incrementar el aporte para atención de desplazados en 70.000 millones de pesos para el año 2002 y establecer una nueva reglamentación para su atención trasladando la responsabilidad a los entes territoriales⁶⁶.

En Colombia, con el apoyo de agencias donantes de Canadá, Estados Unidos y la Unión Europea, se está ejecutando desde 1998 por la Organización Panamericana de la Salud, un programa de cooperación destinado a mejorar el acceso a bienes y servicios de salud por parte de la población desplazada. Se ha diseñado y difundido, con la participación de los beneficiarios y de las autoridades, material informativo; también se ha apoyado el diseño y desarrollo de un *software* para organizar la base de datos de las poblaciones desplazadas y se ha dado promoción y apoyo al sistema de información de salud y vigilancia epidemiológica de estas poblaciones.

En este proceso se establecieron, en coordinación con las autoridades sanitarias, ocho oficinas de terreno en las ciudades y departamentos con el mayor número de desplazados; estas oficinas, en adición al trabajo con los programas de desplazados, han apoyado a las autoridades en mitigar los efectos de los desastres naturales que han afectado al país, particularmente por inundaciones y deslizamientos por la ola invernal, y otras emergencias provocadas por erupciones volcánicas⁶⁷.

62 Organización Panamericana de la Salud. Informe anual de la Directora, 2006. Cerrar las brechas de salud en la población menos protegida. Disponible en: http://www.paho.org/Director/AR_2006/spanish/downloads/InformeAnual06.pdf

63 Salud en las Américas 2007. Capítulo Colombia. Organización Panamericana de la Salud. Octubre de 2007. Disponible en: <http://www.paho.org/HIA/archivosvol2/paisesesp/Colombia%20Spanish.pdf>

64 Las implicaciones del conflicto en las enfermedades transmitidas por vectores. Revista Academia de Medicina. Disponible en: <http://anm.encolombia.com/academ26164-comentarios1.htm>

65 Organización Panamericana de la Salud-Colombia. Comparación de la situación de salud entre población en situación de desplazamiento y receptora en seis ciudades. Serie Salud y Desplazamiento en Colombia. 2002–2003.

66 Las implicaciones del conflicto en las enfermedades transmitidas por vectores. Revista Academia de Medicina. Disponible en: <http://anm.encolombia.com/academ26164-comentarios1.htm>

67 Organización Panamericana de la Salud. Informe anual de la Directora, 2006. Cerrar las brechas de salud en la población menos protegida. Disponible en: http://www.paho.org/Director/AR_2006/spanish/downloads/InformeAnual06.pdf

d. Pobreza y desempleo

Los resultados en erradicación de la pobreza extrema y el hambre son aun muy reducidos. En 1993, el 35,8 por ciento de la población contaba con al menos una necesidad básica insatisfecha. En 2005 esta cifra fue de 27,6 por ciento⁶⁸.

A 2005, el 49% de la población se encontraba bajo la línea de pobreza y el 14,7% bajo la línea de indigencia.

El asunto es que en Colombia hay una brecha grande entre las regiones. La desigualdad en la distribución de ingresos en nuestro país es evidente entre la zona rural y urbana: esta última se acerca a los índices de países clasificados como de alto desarrollo, mientras que la zona rural está en los niveles medios.

Aunque desde 2000 el país ha bajado en 10 puntos el índice de pobreza y en 8 el de indigencia, los investigadores estiman que para 2015 la meta trazada por los Objetivos de Desarrollo del Milenio para Colombia en pobreza probablemente no se logrará (28,5 por ciento), pero la de indigencia sí (8,8 por ciento).

En 2005, mientras el 20 por ciento más pobre de los habitantes percibía 2,9 por ciento del ingreso nacional, el 20 por ciento más rico concentraba el 6,17 por ciento del total del ingreso. El coeficiente Gini, que mide la desigualdad de ingresos, en Colombia era de 0,553 en 2005, lo que significa que es un país con alta desigualdad. Según este indicador, cero es igual a una distribución completamente igualitaria y uno es cuando todos los ingresos del país se concentran en los más ricos. El índice se redujo en 4 puntos entre 2002 y 2006. Es decir, los ingresos de los hogares hoy están mejor distribuidos en toda la población que hace 4 años⁶⁹.

La tasa de desempleo se ha mantenido en los últimos años alrededor de un 13% y la de subempleo cerca al 29%. Chocó (con alta densidad de población afrodescendiente), Cauca y Nariño (con significativa composición de población indígena) se mantienen como los departamentos de menor desarrollo humano en los últimos 14 años⁷⁰.

Contexto demográfico

Al igual que el resto de los países de la Región, Colombia experimenta cambios demográficos propios de las sociedades en transición; la esperanza de vida total al nacer para 2005 fue de 72,9, (69,9 para mujeres y 75,9 para hombres); se proyecta que la tasa bruta de natalidad disminuirá de 21,1 por 1.000 habitantes en 2000–2005, a 20,57 en 2005–2010. La tasa global de fecundidad fue de 2,5 y la tasa cruda de mortalidad para 2005 fue de 5,4 por 1,000 habitantes; el porcentaje de crecimiento demográfico, de 1,5%⁷¹.

Los datos demográficos demuestran una disminución de la población en los grupos de edad entre 15 y 35 años, como efecto de la migración y la violencia, y un crecimiento del grupo de población mayor de 60 años.

Se estima que en Colombia se cuenta con una población indígena entre 700.000 – 1.000.000 de personas, lo que representa aproximadamente un 1,8% del total de la población Colombiana, los cuales son miembros de 82 pueblos y habitan en la mayoría de los departamentos y municipios del país. La mayor concentración se encuentra en los departamentos de Vaupés (69,9% de la población del departamento), Guainía (50,67%), Amazonas (44,54%), La Guajira (27,15%), Vichada (24,78%), y Chocó (8,85%)⁷².

En cuanto a la población afrocolombiana, frente al total de la población departamental, el Chocó cuenta con el mayor porcentaje de afro colombianos (con un 85% aproximadamente), seguido por Magdalena (72%), Bolívar (66%), y

68 Pobreza. Camino largo. Revista Semana.com. Octubre 20 de 2007. Disponible en: http://www.semana.com/wf_InfoArticulo.aspx?idArt=107056

69 Ibid.

70 Ibid.

71 Organización Panamericana de la Salud. Disponible en: <http://www.paho.org/spanish/dd/ais/IB-folleto-2005.pdf>

72 Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud. Ministerio de la Protección Social. 2005.

Sucre (65%). En términos absolutos, los departamentos con mayor número de habitantes afrocolombianos son, Valle del Cauca (1.720.257 habitantes aproximadamente), Antioquia (1.215.985) y Bolívar (1.208.181).

La población raizal habita el Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, donde de los 80.000 habitantes, según los datos del DANE, en el año 2002, 42,6% de la población se definió como raizal. El pueblo raizal ha conservado un idioma propio, el criollo sanandresano, uno de los dos idiomas criollos hablados en territorio colombiano.

En el año 2002 se estimó que el número de gitanos con ciudadanía colombiana estaba entre 5.500 y 8.000 personas.

Los factores que influyen en la problemática de salud de los grupos étnicos son la pérdida de territorio, destrucción de recursos naturales y deterioro de medio ambiente; cambios socioculturales asociados al incremento del contacto e interacción con el entorno social; abandono progresivo de la medicina tradicional; dificultades para acceder a los servicios de salud y precariedad de estos servicios en los territorios étnicos; pobreza y marginalidad social y geográfica y otras barreras culturales.

En cuanto a sus principales problemas de salud, se evidencia que en la selva y el llano prevalecen las enfermedades carenciales, infectocontagiosas y parasitarias, y en la zona andina las enfermedades de los tejidos dentales. Las etnias indígenas de la Sierra Nevada de Santa Marta presentan enfermedades diarreicas agudas (EDA), infecciones respiratorias agudas (IRA), desnutrición y enfermedades carenciales, tuberculosis, enfermedades dentales y enfermedades de la piel. En la etnia de los gitanos la situación de salud es mejor, aunque se presentan algunos casos de enfermedades cardiovasculares y respiratorias. En la región Pacífica, donde habita gran parte de la población afrocolombiana, prevalecen tuberculosis, EDA, IRA, desnutrición, paludismo, fiebre tifoidea, fiebre amarilla y otras enfermedades como cáncer y VIH/sida.

En Colombia, se han diseñado modelos de atención en salud para comunidades indígenas, afrodescendientes, raizales y gitanas, que serán incorporados en las políticas nacionales de protección social. Una de las experiencias, en alianza con el Organismo Canadiense de Desarrollo Internacional, se relaciona con la ampliación de la cobertura del tratamiento breve bajo observación directa (DOTS, por su sigla en inglés) en la población indígena de departamentos con una prevalencia de tuberculosis alta. Se notificó una adherencia de 80% de los indígenas de los departamentos interesados en la iniciativa, lo que evidencia su participación en el diseño, la implementación y la difusión de los productos; también se ha logrado producir un acercamiento entre las autoridades y los grupos étnicos. Los grupos indígenas han participado en las mesas nacionales de concertación, con elementos técnicos para orientar las políticas nacionales con los aspectos interculturales específicos⁷³.

Contexto epidemiológico

a. Desnutrición crónica y anemia

Respecto a la seguridad alimentaria, según datos de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSIN) de 2005, 59,4% de la población del estrato socioeconómico 1 (el más pobre) percibe que existe inseguridad alimentaria, en contraste con 16,4% de los estratos económicos más altos, denominados 4, 5 y 6.

La desnutrición crónica en menores de 5 años disminuyó ligeramente en 2005 en relación con 2000, de 13,5% a 12% (10% moderada y 2% severa, especialmente en niños entre 1 y 2 años de edad). La desnutrición aguda se presentó en 1% de los menores de 5 años.

⁷³ Ibid.

La prevalencia de anemia en menores de 5 años aumentó de 18% en 1977 a 23% en 1995 y a 33,2% en 2005. En el grupo de niños de 5 a 9 años, 13% presentó retraso en el crecimiento y 5% bajo peso para su estatura. En 2005 la región Atlántica tuvo la mayor desnutrición infantil, desplazando a la región Pacífica. El sobrepeso estuvo presente en 40% de las mujeres y 6% tuvo un bajo índice de masa corporal. El bajo peso para la edad gestacional es dos veces más prevalente en gestantes menores de 15 años (47%) que en el promedio (21%) ⁷⁴.

b. Enfermedades transmitidas por vectores

En las últimas tres décadas la morbilidad por malaria ha mantenido una tendencia ascendente, registrándose un promedio anual de 142.297 casos entre 2001 y 2005.

Los esfuerzos por reducir a la mitad la carga de la malaria en 2010 comprenden diversas estrategias como el diagnóstico y tratamiento tempranos; utilización adecuada de los medicamentos, incluidas las nuevas terapias llamadas artemisininas; terapia preventiva e intermitente durante el embarazo y la lactancia; uso de mosquiteros tratados con insecticidas, y control de vectores⁷⁵.

En 2004 se notificaron 24.460 casos de dengue (54 por 100.000 habitantes). En 2005 los grupos de edad más afectados fueron el de 5 a 14 años (26%) y el de 45 a 64 años (48%) ⁷⁶.

Existen focos selváticos de fiebre amarilla, principalmente en los departamentos de las zonas Orinoquía, Amazonía, la cuenca del Río Catatumbo y el pie de monte de la Sierra Nevada de Santa Marta. En los últimos cinco años se registraron 179 casos, con una letalidad de 47%. Durante 2003 se registró una epidemia de 102 casos, que afectó principalmente al departamento de Norte de Santander.

En 2004 se registraron cerca de 15.000 casos de leishmaniasis y 22.000 casos en 2005⁷⁷.

Se han registrado esporádicamente de 2 a 5 casos por año de casos agudos de Chagas ⁷⁸.

La tuberculosis es un problema de salud pública en el país. Su recrudecimiento se relaciona con el incremento de la pobreza y de poblaciones marginales, el aumento de migraciones, la debilidad de los programas de control, las dificultades en acceso a servicios y la escasa educación⁷⁹.

La re-emergencia de las enfermedades transmitidas por vectores se ha visto particularmente importante en las zonas de conflicto⁸⁰.

c. Neoplasias malignas

Las muertes por neoplasias aumentaron su frecuencia desde 1998 (62,7 por 100.000) hasta 2002 (67,3 por 100.000), año en el que constituyeron la tercera causa de muerte de acuerdo con los Indicadores Básicos.

74 Salud en las Américas 2007. Capítulo Colombia. Organización Panamericana de la Salud. Disponible en: <http://www.paho.org/HIA/archivosvol2/paisesesp/Colombia%20Spanish.pdf>

75 Eberwine, D (2007) "Mejores inversiones en salud pública". En: Perspectivas de salud, Organización Panamericana de la Salud, Volumen 11 (Número 1): páginas 5 – 11.

76 Colombia, Ministerio de la Protección Social, Instituto Nacional de Salud. Enfermedades Transmitidas por Vectores (ETV). Dengue. Inf Quinc Epidemia Nac 2006;11(3):33–44.

77 Colombia, Ministerio de la Protección Social. Instituto Nacional de Salud. Informe situación epidemiológica de la leishmaniasis. Bogotá: Ministerio de la Protección Social; 2006.

78 Colombia, Ministerio de la Protección Social. Instituto Nacional de Salud. Informe situación epidemiológica de Chagas. Bogotá: Ministerio de la Protección Social; 2006.

79 Perfil del Sistema de Servicios de Salud de Colombia. Organización Panamericana de la Salud. Programa de Organización y Gestión de Sistemas y Servicios de Salud. Mayo de 2002.

80 Organización Panamericana de la Salud. 46.a sesión del Comité Directivo. Estrategia Regional para el control de la Tuberculosis para 2005 – 2015. Washington. Septiembre 2005. Disponible en: http://www.col.ops-oms.org/prevencion/tuberculosis/estrategia_tuberculosis_2005-2015_OPS.pdf

d. Mortalidad general

En 2005, la tasa de mortalidad general total fue de 538,1 x 100.000 habitantes; la principal causa de mortalidad fue la enfermedad isquémica del corazón (26322 muertes) y en segundo lugar, se encuentran las muertes violentas (18875 homicidios). Dentro de estas primeras causas, aparecen también las enfermedades cerebrovasculares, hipertensivas y diabetes mellitus, las enfermedades de las vías respiratorias agudas y crónicas, entre otras. Lo anterior, refleja que además del fenómeno de violencia que vive el país, las principales causas de muerte son potencialmente evitables y controlables, lo que da pie para el fortalecimiento de los programas y acciones de promoción y prevención.

e. Mortalidad materna y perinatal y embarazo adolescente

A pesar de todos los programas de Promoción y Prevención, aún continúan presentándose un alto porcentaje de mortalidad materna y perinatal. La razón de mortalidad materna para 2005 fue de 84,4 x 100.000 nacidos vivos.

Para el año 2000, los programas de planificación familiar registran un importante avance: el 76,9% de las mujeres en unión usaban métodos anticonceptivos, y de ellas, el 64% utilizaban métodos modernos, mostrando que el uso de anticonceptivos se está extendiendo cada vez más. Según la ENDS-2000, la oferta anticonceptiva con métodos modernos ofrecida por el sector público de salud, pasó del 19,4% en 1990 a 30,7% en 2000. El uso de anticonceptivos modernos es mayor en el área urbana (62,6%), que en el área rural donde sólo alcanza el 51,6%⁸¹.

Sin embargo, en la actualidad se observa un aumento de la fecundidad en el grupo de adolescentes porque un alto porcentaje de ellos inicia su vida sexual tempranamente. La tasa de fecundidad de las adolescentes (15 a 19 años) fue de 90 por 1.000 en 2005 ⁸². La proporción de adolescentes en gestación pasó de 19% a 21% entre 2000 y 2005. En los últimos 15 años se duplicó el número de mujeres entre 15 y 19 años que han estado embarazadas (10% en 1990 vs. 19,7% en 2005). En poblaciones desplazadas, se encontró que 30% de las mujeres entre 13 y 19 años había estado alguna vez embarazada, 23% ya había sido madre y 7% estaba embarazada de su primer hijo ⁸³. El embarazo adolescente es más alta en las comunidades marginadas (estratos 1 y 2) que el promedio nacional: 2 de cada 3 jóvenes de 19 años ya eran madres.

Esto es todo un problema de salud pública que debería tratarse como emergencia y es considerado actualmente causa y consecuencia de la pobreza y en muchos trabajos se ha señalado este fenómeno como uno de los causantes de la desigualdad económica en los países del Tercer Mundo.

Las restricciones económicas propias de la madre adolescente, limitan en gran medida las posibilidades de movilidad social de los hijos lo que obstaculiza el desarrollo por vías alternas como la educación; cerrando el círculo de reproducción de la pobreza que se profundiza más intergeneracionalmente⁸⁴.

Los/las adolescentes no acuden con facilidad a los servicios de consejería y atención y, por lo tanto, es indispensable que el sistema cuente con mecanismos que les permitan aprovechar las oportunidades en que se acercan a solicitar orientación o servicios, particularmente para suministrarles métodos de control de la fecundidad y de protección contra ITS y VIH/SIDA, y para vincularlos a programas específicos según sus necesidades ⁸⁵.

81 Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud. Ministerio de la Protección Social. 2005.

82 Asociación Probienestar de la Familia Colombiana; Instituto Colombiano de Bienestar Familiar; Agencia de Estados Unidos para el Desarrollo Internacional. Fecundidad. Pág. 95– 108. En: Salud Sexual y Reproductiva en Colombia. Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2000.

83 Asociación Probienestar de la Familia Colombiana. Salud sexual y reproductiva en zonas marginales: situación de las mujeres desplazadas la encuesta de salud sexual y reproductiva entre mujeres desplazadas. 2002. Disponible en: <http://www.disaster-info.net/desplazados/informes/profamilia/saludsexual1.htm>. Acceso el 12 de junio de 2006.

84 Cuevas Aura. Embarazo en adolescentes: Una visión desde la realidad Colombiana. Bogotá, Colombia. Disponible en: http://www.provida.es/pensamiento/Publicaciones/Aura_Cuevas.htm

85 Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. Ministerio de la Protección Social. Disponible en: http://www.colombiajoven.gov.co/documentos/prevencion/POLITICA_SSR27.pdf

Profamilia ⁸⁶ es una institución que ha abanderado programas de salud sexual y reproductiva en población joven, abarcando temas como la asesoría para anticoncepción, prevención de embarazo no deseado, infecciones de transmisión sexual, derechos sexuales y reproductivos, violencia intrafamiliar y de pareja, entre otros. Sin embargo, este tipo de intervenciones son insuficientes para todo el país, por lo cual se presenta una necesidad sentida que justifica diseñar un trabajo intersectorial y/o modelos de atención dirigidos a esta población.

f. Mortalidad infantil

Para los menores de edad, la tasa de mortalidad en 2005 fue de 18 x 1.000 nacidos vivos y para los menores de 5 años, de 30,9 x 1.000 nacidos vivos. Con la tendencia actual, en 2015 la cifra sería de 21 por 1.000.

Aunque entre 1980 y el año 2000 la mortalidad en menores de 5 años se redujo más de la mitad, muchas de las causas de esas muertes son evitables con herramientas técnico-científicas⁸⁷.

g. Patologías crónicas

Las personas mayores de 60 años representaron 7,6% de la población total en 2003, según el DANE. La morbilidad por enfermedades nutricionales ocupa el segundo lugar en importancia y, al igual que la población menor de 10 años, los adultos mayores presentan una mayor frecuencia de defunciones debidas a anemias y deficiencias nutricionales (42%). En este grupo, las principales causas de mortalidad son las enfermedades cardio y cerebrovasculares, diabetes, enfermedades gastrointestinales, obesidad, cáncer y osteoporosis.

h. Salud sexual

En 2005 se estimaron 171.504 personas entre 15 y 49 años con VIH, con una prevalencia estimada de 0,7%.

Los factores de vulnerabilidad más frecuentemente asociados a condiciones precarias de Salud Sexual y Reproductiva (SSR) son el bajo nivel de escolaridad, la situación de pobreza, la ubicación en zonas rurales o urbanas marginales, la situación de desplazamiento, la residencia en zonas de conflicto, las limitaciones de la cobertura de seguridad social, los comportamientos de riesgo y el inicio temprano de relaciones sexuales.

Desde el punto de vista de la prestación de servicios, los factores que afectan la SSR están asociados a debilidades en la gestión que se traducen principalmente en deficiencias de calidad y limitaciones de las posibilidades de acceso, así como en la institucionalización de prácticas que en algunos casos hacen que la atención sea fragmentada y que, por lo tanto, carezca del componente de integralidad esencial para garantizar un servicio adecuado.

i. Discapacidad

De acuerdo con datos provisionales del Censo de 2005, la prevalencia de limitaciones permanentes en la población fue de 6,4% (6,6% en hombres y 6,2% en mujeres).

j. Vacunación

Para junio de 2007, las coberturas de vacunación en Colombia no alcanzaron la meta esperada del 95% en todos los biológicos; se logró un porcentaje de cobertura nacional de 40,9% en BCG, 42,1% en polio y DPT, 42,2% en Hepatitis B y 42% Haemophylus influenzae tipo b, 41,3% en triple viral (SRP) y 34,8% en fiebre amarilla. Los departamentos que alcanzaron coberturas superiores al 47,4% en VOP3 fueron: Córdoba, Guajira, Sucre, Cesar, Magdalena, Tolima, Huila, Cundinamarca y los distritos de Cartagena, Santa Marta y Barranquilla. La cobertura

⁸⁶ http://www.profamilia.org.co/jovenes/002_servicios/01servicios_profamilia.htm

⁸⁷ Pobreza. Camino largo. Revista Semana.com. Octubre 20 de 2007. Disponible en: http://www.semana.com/wf_InfoArticulo.aspx?idArt=107056

nacional alcanzada de triple viral a junio de 2007 fue de 41,3%. El 14% de los 36 entes territoriales tienen coberturas útiles (47,4%) de vacunación en triple viral a junio ⁸⁸.

⁸⁸ Documento Marco semana de la vacunación en las Américas. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Dirección General de Salud Pública. Programa Ampliado de Inmunizaciones. Colombia Septiembre, 2007. Disponible en: <http://www.minproteccionsocial.gov.co/pai/>

Funcionamiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud

A. SECTOR SALUD

La Constitución Política Nacional en su artículo 49 señala que la atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado⁸⁹.

La Ley 100 de 1993 creó el Sistema de Seguridad Social en Colombia (SGSSS). La Dirección del sistema está a cargo del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, Ministerio de la Protección Social, Direcciones departamentales y municipales, el financiamiento a cargo del FOSYGA, Fondo de Solidaridad y Garantía; la Administración a cargo de las Empresas Promotoras de Salud -EPS- del Régimen Contributivo y Subsidiado - ARS; la Prestación de Servicios a cargo de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud -IPS los conocidos hospitales - y de las Empresas Sociales del Estado -ESE- y la Inspección, Vigilancia y Control llevada a cabo por la Superintendencia Nacional de Salud⁹⁰. Gráfico 1.

El SGSSS separó los servicios individuales y servicios colectivos en salud, para dejar los primeros en manos del mercado con competencia regulada y, los segundos, a cargo del Estado⁹¹.

Los servicios individuales quedaron organizados por la lógica del mercado de aseguramiento, el cual es de carácter mixto, compuesto por dos regímenes de afiliación para la población: el régimen contributivo (para las personas con capacidad de pago) y el régimen subsidiado (para la población más pobre y vulnerable sin capacidad de pago). La población de bajos recursos no afiliada al sistema se denomina *participantes no asegurados*, la cual es atendida bajo responsabilidad de las alcaldías de cada municipio a través de la red pública hospitalaria⁹².

La población asegurada recibe una serie de beneficios establecidos en el Plan Obligatorio de Salud (POS) diferenciado para los regímenes subsidiado y contributivo. Adicionalmente, los municipios se encargan de las actividades de promoción y prevención a nivel colectivo a través de un Plan de Atención Básica (PAB), que incluye la vigilancia en salud pública y otras acciones colectivas.

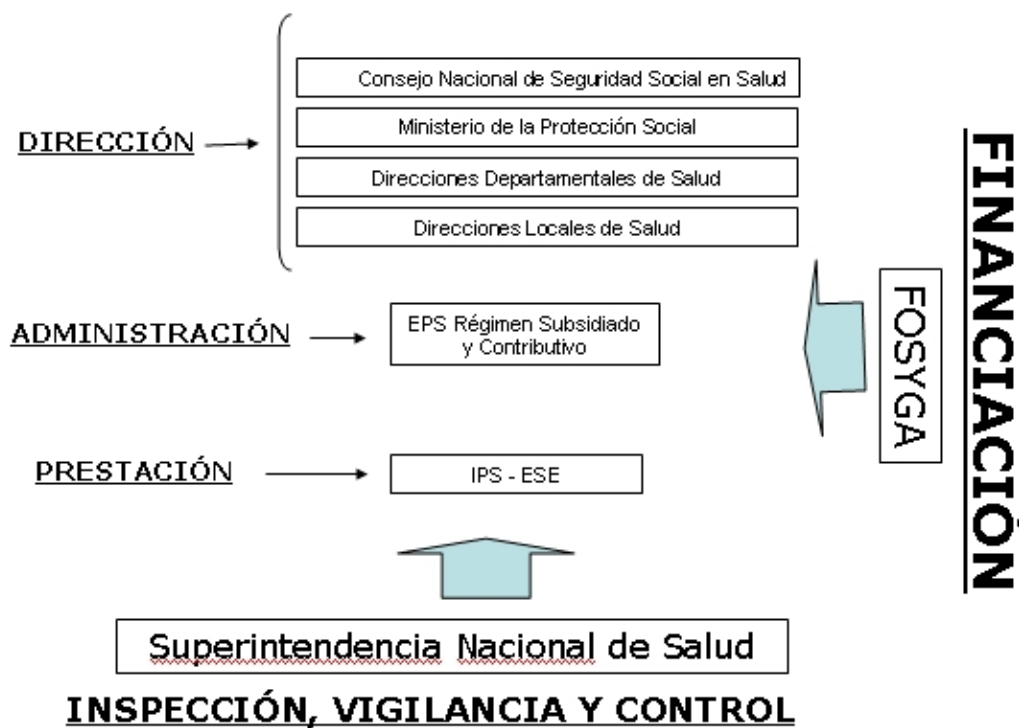
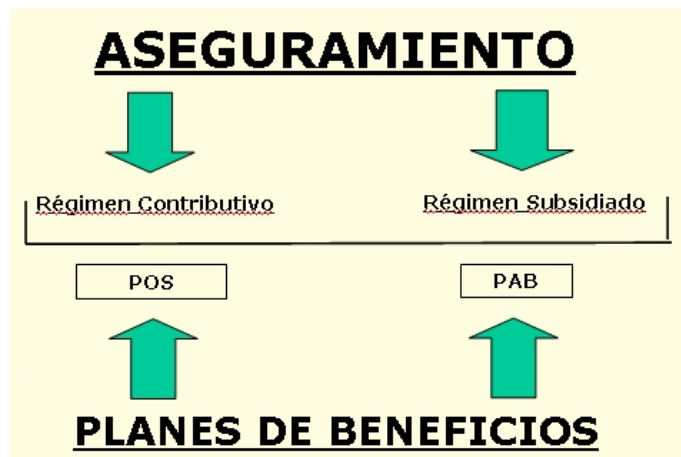
Gráfico 1. Funcionamiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

89 Vacca Claudia, Becerra Javier, Acosta Angela. Acceso a medicamentos y derechos humanos. Informe Colombia. Documento borrador. AIS -LAC. Suministrado por Autor principal.

90 Perfil del Sistema de Servicios de Salud de Colombia. Organización Panamericana de la Salud. Programa de Organización y Gestión de Sistemas y Servicios de Salud. Mayo de 2002.

91 Colombia. Ministerio de Salud. Estudio Integral del Equilibrio Financiero del SGSSS. Diciembre, 2001.

92 Ibid.



Con base en la información recopilada a través del Registro Especial de Prestadores de Salud, para Diciembre de 2004 se encontraban registrados 54.952 puntos de atención de prestadores de servicios de salud en todo el territorio nacional⁹³ (incluyendo prestadores independientes, servicios de ambulancia, farmacias, y otros), 33.010 sedes, 36.635 camas y 2.788 salas de cirugía. Ver detalles en Anexo 2.

Aseguramiento

El sistema de salud colombiano ha avanzado de manera importante en la parte regulatoria, pues cuenta con normatividad en temas fundamentales como aseguramiento, prestación de servicios, generación y uso de los

93 Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud. Ministerio de la Protección Social. 2005.

recursos en salud, planes de beneficios, salud pública, recursos humanos, vigilancia, inspección y control, y funciones y competencias de los actores en el SGSSS. Los diferentes mecanismos del sistema velan por el logro de equidad, calidad, eficiencia, sostenimiento financiero y participación social. Igualmente, en los últimos años se le ha dado mayor importancia a aspectos como la violencia intrafamiliar, violencia contra la mujer, maltrato infantil, violencia sexual, delitos contra la libertad sexual y la dignidad humana⁹⁴.

En el período 1993-2000 se incrementó significativamente la cobertura de afiliación que pasó del 22 % en 1993, al 53.76 % en el 2000. De la población no pobre, el 47.6 % estaba cubierta por el régimen contributivo, el 13.7 % por el régimen subsidiado y el 38.5 % no estaba afiliada. De la población pobre el 35 % estaba cubierta por el régimen subsidiado, mientras el 10.7 % por el contributivo y el 53.9% no estaba afiliada.

Aunque el aseguramiento establecido por la Ley 100 busca proteger contra determinados riesgos, distribuirlos entre la población y mantener la calidad de vida de los individuos y las familias, ha sido imposible para el Sistema alcanzar la meta de universalidad y equidad en el financiamiento y se observa una mayor distancia entre la cobertura proyectada y la observada en el país⁹⁵.

Del total de la población del país, a 2006 se registraba un total de 18.581.410 personas afiliadas al régimen subsidiado y 15.533.582 al contributivo⁹⁶, aunque hay diversas fuentes⁹⁷ que reportan un número mayor de afiliados al sistema⁹⁸. Cerca de 13.922.761 personas no se encontraban afiliadas al sistema de salud, pertenecientes a la población pobre no asegurada de la base de la pirámide. Es importante destacar cómo el uso y accesibilidad a los servicios es contundente a favor del asegurado en metrópolis y ciudades intermedias.

El Régimen Contributivo presenta limitaciones a la afiliación por los problemas de empleo no resueltos. Por otra parte, el Régimen Subsidiado excluye millones de pobres urbanos, por no encontrarse dentro de la definición de pobreza establecida para la Seguridad Social muy ligada a la vivienda y los servicios públicos⁹⁹.

Respecto al gasto en salud, de acuerdo con el sistema de cuentas de salud en Colombia, los recursos públicos y privados destinados para la salud, han pasado del 6% del PIB en 1993 al 10% en 1997, y al 8.2% en el año 2002.

B. MERCADO FARMACÉUTICO

En los últimos 10 años el mercado nacional de productos farmacéuticos ha experimentado tres grandes transformaciones en su estructura. Por el lado de la oferta se ha reducido el número de laboratorios extranjeros con plantas en el país y ha aumentado el número de laboratorios nacionales; esto ha sido acompañado por una mayor apertura externa del sector, con aumento tanto en la tasa de penetración de importaciones, como en la tasa de apertura exportadora.

Por el lado de la demanda ha habido un crecimiento muy significativo en la cobertura del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), que se ha reflejado en un incremento en la participación de genéricos de menor costo en la demanda total, a costa de productos de marca más costosos, lo que ha conducido a un cierto estancamiento del valor de las ventas, a pesar de un aumento significativo en las unidades de dosis vendidas¹⁰⁰.

94 Salud en las Américas 2007. Capítulo Colombia. Organización Panamericana de la Salud. Disponible en: <http://www.paho.org/HIA/archivosvol2/paisesesp/Colombia%20Spanish.pdf>

95 Esta diferencia es mayor, debido también al desfase del Régimen Contributivo por mostrar mayor diferencia de brecha de crecimiento: 5% anual contra 3.5% del subsidiado en tendencia lineal.

96 Situación de Salud en Colombia, Indicadores Básicos. Ministerio de la Protección Social, Organización Mundial de la Salud. 2006

97 Toro, Dilian. Reforma a la Ley 100. Disponible en: <http://www.ccc.org.co/Documents/2005/Salud/5.pps#257,1,Reforma a la Ley 100>.

98 Reporta 22.000.000 de afiliados al Régimen Subsidiado y 15.800.000 al Contributivo.

99 Restrepo J. Lopera J. Rodríguez S. Integración vertical en el sistema de salud Colombiano: aproximaciones empíricas y análisis de doble marginalización. Centro de investigaciones Económicas. Universidad de Antioquia. Medellín, Colombia. Mayo e 2006. Disponible en: <http://ideas.repec.org/p/col/000110/002900.html>

100 Estudio de la Política de precios de medicamentos en Colombia. Econometría S. A., Ministerio de la Protección Social, Ministerio de Comercio, Industria y Turismo, ANDI, ASINFAR, AFIDRO. Agosto de 2005.

Los principales actores involucrados en la cadena de distribución y manejo de medicamentos son: Industria, distribuidores mayoristas, droguerías y cadenas de droguerías, cajas de compensación, Empresas Promotoras de Salud del Régimen Contributivo (EPS) y del Subsidiado (antiguas ARS), gobierno, IPS y Cooperativas de Hospitales.

En Colombia a enero de 2006 se encontraban certificados por el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos¹⁰¹ –INVIMA- 143 laboratorios fabricantes de medicamentos, 222 laboratorios de productos cosméticos, 54 laboratorios de productos naturales; se reportan 39 laboratorios acondicionadores, y 26 laboratorios almacenadores.

Existen 82 distribuidores mayoristas, 23 cadenas de droguerías, cerca de 58 cajas de compensación y 21 EPS. En el Censo Nacional de Droguerías de 2003, se reportan 14208 establecimientos. La Asociación Colombiana de Droguistas Detallistas - Asocoldro - cuenta en la actualidad con 2700 afiliados, lo que representa 6000 droguerías aproximadamente, en todo el territorio nacional. Existe una cooperativa de droguerías de barrio que funciona mediante una cuota de afiliación accesible y que brinda beneficios de descuentos en la compra de medicamentos llamada COPIDROGAS, que cuenta en la actualidad con más de 2.800 asociados, 3.300 droguerías y cerca de 380 proveedores; tiene presencia en 31 departamentos y en 350 municipios y tiene cinco sedes propias, Bogotá, Pereira, Medellín, Cali y Barranquilla¹⁰².

De los 1300 millones de dólares de ventas de medicamentos de 2004, el 36% se vendió directamente a mayoristas (incluida copidrogas), a las cadenas de droguerías y grandes superficies el 32%, a las cajas de compensación el 7.3%, al Seguro Social el 3% y a las EPS e IPS el 14.5%¹⁰³. Eso significa que los tres más importantes canales de distribución de los medicamentos son los mayoristas, las cadenas de droguerías y las EPS.

La definición y adopción de una lista de medicamentos esenciales (Listado del Plan Obligatorio de Salud-POS-) tuvo como consecuencia una drástica reducción en el espectro de presentaciones y principios activos (moléculas) demandados por el SGSSS y de clases terapéuticas atendidas; cerca de 71% de los principios activos diferentes existentes en el mercado no son demandados por el POS y 24% de las clases terapéuticas no son atendidas por el SGSSS¹⁰⁴.

A partir de la ley 100 se generaron cambios evidentes en la estructura del mercado farmacéutico. En 1995 los medicamentos de marca correspondían al 70% y los genéricos el 15% del mercado privado, con una tendencia de aumento de la prescripción de medicamentos POS –Medicamentos esenciales_. De los 200 productos mas vendidos la participación de los medicamentos POS pasó del 36 al 44% entre el 2000 y el 2001^{105, 106}, con las consecuentes mejoras en el acceso. La inclusión de medicamentos genéricos ha hecho que al momento de la contratación se compita por el precio, lo que a su vez se traduce en racionalidad en el uso y baja del costo. Ello ha significado enormes ahorros para el Sistema¹⁰⁷.

Colombia cuenta con una interesante dinámica en el sector farmacéutico con una industria de genéricos fuerte y de larga tradición. Desde 1963 se reglamentó la expedición de licencias, la fabricación y la venta de productos farmacéuticos básicos bajo su nombre genérico o técnico con el propósito de reducir el precio de esos medicamentos¹⁰⁸. Más tarde, en 1992, se reglamentó la producción y el expendio de los medicamentos esenciales

101 institución oficial de vigilancia y control de carácter técnico científico, que trabaja para la protección de la salud individual y colectiva de los Colombianos mediante la aplicación de las normas sanitarias relacionadas con los productos de su competencia.

102 <http://www.copidrogas.com.co/>

103 Estudio de la Política de precios de medicamentos en Colombia. Econometría S. A., Ministerio de la Protección Social, Ministerio de Comercio, Industria y Turismo, ANDI, ASINFAR, AFIDRO. Agosto de 2005.

104 Estudio de la Política de precios de medicamentos en Colombia. Econometría S. A., Ministerio de la Protección Social, Ministerio de Comercio, Industria y Turismo, ANDI, ASINFAR, AFIDRO. Agosto de 2005.

105 Medición indicadores de política farmacéutica. OPS MINPROTECCIÓN SOCIAL. 2003. Defensoría del Pueblo. Primera Encuesta Nacional de Calidad en Salud Percibida por los Usuarios. Bogotá, Colombia, Año 2003.

106 IMS HEALTH – INTERDATA S.A. 1995-2000.

107 Comentario del Dr. Francisco Rossi Buenaventura. Entrevista realizada por la revista Salud Colombia. Disponible en: <http://www.saludcolombia.com/actual/salud50/report50.htm>

108 República de Colombia, Ministerio de Salud. Decreto 0291 de 1963. Por el cual se reglamenta la expedición de licencias, la fabricación y la venta de productos farmacéuticos básicos bajo su nombre genérico o técnico, con el propósito de realizar el plan de abaratamiento en el precio de las drogas y se dictan otras disposiciones. Santa Fe de Bogotá: Ministerio de Salud; 1963.

del Formulario Nacional bajo su nombre genérico¹⁰⁹. La Ley 100 de 1993 estableció posteriormente la incorporación de los medicamentos en los planes de beneficios como se mencionó¹¹⁰.

El mejoramiento de la industria farmacéutica colombiana, en términos de calidad, se llevó a cabo mediante la certificación de las BPM, cuyo cumplimiento es obligatorio para todos los interesados en comercializar medicamentos en Colombia.

Aunque la calidad es un componente general de la política farmacéutica de Colombia¹¹¹, es frecuente que se asocie más el incentivo de uso de los medicamentos genéricos, debido a la creencia de que los medicamentos competidores son de peor calidad que los llamados originales. Conviene aclarar que la calidad farmacéutica se garantiza mediante los **sistemas de aseguramiento de la calidad**, cuya columna vertebral son las Buenas Prácticas de Manufactura (BPM).

Ahora bien, con la misma argumentación, lamentablemente se piensa de forma errónea que las pruebas de bioequivalencia (BE) son el único estándar de calidad de los medicamentos genéricos y, a pesar de que la exigencia de realizar pruebas de BE en algunos países forma parte de las estrategias de genéricos¹¹², su reglamentación difiere de un país a otro¹¹³, sin detrimento de la calidad de los medicamentos comercializados. Por ejemplo, en algunos países de la Región de las Américas, se observa una tendencia a exigir la realización de las pruebas de BE en dependencia del riesgo sanitario específico de cada producto¹¹⁴, con un fortalecimiento de los procesos de registro, la certificación de Buenas Prácticas de Manufactura (BPM) y los programas de vigilancia postcomercialización.

Las normas que establecen la realización de las pruebas de bioequivalencia en Colombia se pusieron en vigor a partir de 2001 y a la fecha se exigen de forma particular, de acuerdo al riesgo que representa el medicamento caso a caso¹¹⁵. No obstante, según la Asociación de Industriales Farmacéuticos (ASINFAR) de Colombia, las exportaciones de medicamentos a países de la región andina y a los Estados Unidos se incrementó de forma abrupta de 27,1 millones de dólares en 1991 a 248,5 millones de dólares en 2002¹¹⁶.

En el caso de los medicamentos, la diferencia de precios no debe asociarse con diferencias en la calidad, sino con la existencia de competencia. Datos de Colombia, muestran por ejemplo que, en medicamentos para el SIDA, el precio puede bajar promedio hasta en un 59% y oscila entre el 23% y el 85%, dependiendo del número de competidores en el mercado¹¹⁷.

109 República de Colombia, Ministerio de Salud. Decreto 709 de 1992. Por el cual se reglamenta la producción y expendio de los medicamentos esenciales del Formulario Nacional bajo su nombre genérico. Santa Fe de Bogotá: Ministerio de Salud; 1992.

110 República de Colombia. Ley 100 de 1993 del 23 de diciembre de 1993. Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones. Diario Oficial de la República de Colombia; 1993. (D.C. No. 41.148). Aunque la calidad es un componente general de las políticas farmacéuticas, es frecuente que se asocie más con las que incentivan el uso de los medicamentos genéricos, debido a la creencia de que los medicamentos competidores son de peor calidad que los llamados originales. Conviene aclarar que la calidad farmacéutica se garantiza mediante los sistemas de aseguramiento de la calidad, cuya columna vertebral son las Buenas Prácticas de Manufactura (BPM).

Hallado en: http://www.secretaria.senado.gov.co/leyes/L0100_93.htm. Acceso el 7 de julio de 2007.

111 Ministerio de Salud. Organización Panamericana de la Salud. Política farmacéutica nacional. 2005. Disponible en www.invima.gov.co

112 Organización Panamericana de la Salud. Elementos técnicos de una política de medicamentos genéricos. Washington, D.C.: OPS; 1993.

113 Vacca C., Fitzgerald J., Bermúdez J. Definición de medicamento genérico ¿un fin o un medio? Análisis de la regulación en 14 países de la Región de las Américas. Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health 20 (5): 314-326, 2006

114 Red Panamericana para la Armonización de la Reglamentación Farmacéutica, Grupo de Bioequivalencia. Criterios científicos para los ensayos de bioequivalencia “in vivo” e “in vitro”, las bioexenciones y las estrategias para su implementación [documento en discusión]. Washington, D.C.: OPS; 2005. Hallado en <http://www.paho.org/spanish/ad/ths/ev/bedocumentocientificoborradorespanol.pdf>. Acceso el 7 de julio de 2007.

115 República de Colombia, Ministerio de Salud. Resolución 1400 de 24 de agosto de 2001. Por la cual se establece la Guía de Biodisponibilidad y de Bioequivalencia de Medicamentos de que trata el Decreto 677 de 1995. Santa Fe de Bogotá: Ministerio de Salud de Colombia; 2001.

116 A. Bravo, comunicación personal, 2003 referenciado en Vacca C., Fitzgerald J., Bermúdez J. Definición de medicamento genérico ¿un fin o un medio? Análisis de la regulación en 14 países de la Región de las Américas. Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health 20 (5): 314-326, 2006.

117 IFARMA. “IMPACTO DE LA PROPIEDAD INTELECTUAL SOBRE LA ESPERANZA DE VIDA DE PACIENTES CON VIH/SIDA EN COLOMBIA”. 2006.

En América Latina, el aumento promedio de precios de medicamentos mas bajo lo presenta Colombia (2.8%); frente al 5% de la región (Datos a 2003)¹¹⁸. Comportamiento que puede ser explicado por proporción de venta de genéricos en unidades del total del mercado farmacéutico, 37% frente al 16% de la región (Datos a 2003)¹¹⁹.

Ahora bien, en el marco del sistema de salud, la integración vertical entre el aseguramiento y la prestación de servicios puede constituirse en un mecanismo de disminución de costos, en algunos casos sacrificando calidad¹²⁰ y puede propiciar monopolios y desequilibrios en la oferta de servicios¹²¹. Sin embargo, la integración de las EPS en la operación logística de entrega de medicamentos ha permitido a las mismas cumplir con los estándares de operación del sistema de calidad en salud y ampliar e integrar el cubrimiento en la atención, pero persiste un tipo de incentivo perverso que se traduce en la demanda no satisfecha descrita anteriormente.

La negociación sobre los medicamentos la están haciendo las EPS, IPS grandes, cadenas de farmacias, con los laboratorios, a gran escala y gracias a esto, se han podido ofrecer estupendos negocios por volumen¹²².

De otro lado, las cooperativas de hospitales ofrecen negociaciones del orden de diez millones de dólares (20.000 millones de pesos) en adquisiciones de medicamentos para todos los hospitales con reducciones de precios por encima del 50% en promedio y casos de reducciones hasta del 90%, que por supuesto tienen que ver con el incremento de la capacidad de negociación¹²³

Las farmacias independientes o de barrio actualmente son débiles en el sistema y están en crisis dada la existencia de operadores logísticos de las EPS, la baja formación de las personas que las atienden y las insuficientes condiciones locativas, además de la existencia de cadenas de farmacias, en particular las franquicias del exterior que están penetrando el mercado (por ejemplo Farmacity). También existen amenazas para estos negocios dadas por la regulación sobre los altos estándares exigidos en la atención.

La integración de las EPS con el negocio de entrega de medicamentos se convierte, al lado de la regulación, en la limitación más importante para la configuración de un modelo de negocio complementario tipo droguerías para resolver los problemas de acceso mencionados en el marco del régimen contributivo. Sin embargo, este esquema en el caso del régimen subsidiado y acceso a medicamentos a la población pobre podría cumplir un papel importante.

Sector naturista nacional

En Colombia, la gran mayoría de las empresas de este sector podrían calificarse dentro del grupo de pequeñas y medianas empresas, sin embargo, este es uno de los sectores con mayores perspectivas de crecimiento a futuro y uno de los mas relevantes para lograr la conservación y uso sostenible de las plantas y otros productos de la naturaleza, al introducirse buenas prácticas ambientales y sociales¹²⁴.

La cadena productiva de este sector está conformada por los Proveedores, quienes suministran la materia prima y lo integran los cultivadores, importadores, recolectores y aquellos que se encargan de vender la materia prima molida y

118 Cálculos AFIDRO 2003 basados en datos IMS 2004.

119 IMS - Prescript Plus MAT 04/2004.

120 Castaño. Ramón Abel. "Integración Vertical entre empresas promotoras de salud e instituciones prestadoras de servicios de salud". Revista Gerencia y Políticas de Salud. 2004.

121 Restrepo J. Lopera J. Rodríguez S. Integración vertical en el sistema de salud Colombiano: aproximaciones empíricas y análisis de doble marginalización. Centro de investigaciones Económicas. Universidad de Antioquia. Medellín, Colombia. Mayo de 2006. Disponible en: <http://ideas.repec.org/p/col/000110/002900.html>

122 Rossi Buenaventura, Francisco. Entrevista realizada por la revista Salud Colombia. Disponible en: <http://www.saludcolombia.com/actual/salud50/report50.htm>

123 Ibid.

124 "Situación Actual del sector naturista" Unidad Sectorial del sector naturista. Asociación Colombiana de Pequeños y Medianos Industriales ACOPI [online]. 2005 [citado 13 Noviembre 2006]. Disponible en la World Wide Web: <<http://www.colombiacompite.gov.co/archivos/perfil%20productos%20naturales.pdf>>.

deshidratada¹²⁵; por los Transformadores, que son los laboratorios encargados del procesamiento de la materia prima y de la fabricación de los productos naturales; y por comercializadores y distribuidores, como las tiendas naturistas, centros médicos naturistas y médicos naturistas independientes que promueven el uso de este tipo de productos.

Según un sondeo realizado por empresarios del sector, en Colombia existen actualmente cerca de 100 laboratorios naturistas, y 2500 establecimientos que comercializan sus productos. Entre ellos se encuentran las tiendas naturistas, los centros médicos, y médicos independientes. Se estima que en promedio, estos establecimientos tienen ventas mensuales por 15 mil millones de pesos. Igualmente se calcula, que el sector genera 8200 empleos directos entre laboratorios y comercializadores¹²⁶.

A pesar de ser un sector en consolidación, poco a poco los productos naturistas han ido tomando importancia en el ámbito económico nacional.

Industria cosmética y de productos de aseo

Esta industria ¹²⁷ ha tenido gran auge en los últimos años y constituye una importante rama industrial que se caracteriza por su elevada inversión anual en el lanzamiento de nuevos productos y en refuerzo y aumento de los atributos de las formulaciones existentes.

Este subsector se caracteriza a nivel mundial por producir y comercializar bienes de consumo final que pese a presentar una demanda sensible al ingreso de los individuos, han ido ocupando un espacio cada vez mayor en la vida cotidiana.

América Latina aportó el 10% de la producción mundial para el año 2000, siendo los mayores productores México, Chile, Venezuela y Colombia. Según datos de la Cámara Sectorial de Cosméticos de la ANDI (Asociación Nacional de Industriales) en Colombia el tamaño del mercado del sector cosmético supuso en el 2002 un total de 558 millones de dólares. Entre 1995 y 2002 ha crecido a un promedio del 7,15%, porcentaje muy superior al crecimiento de la industria, que lo ha hecho a un promedio del 3,75%. Por lo tanto, el crecimiento del sector del cosmético en términos reales ha sido casi el doble que el crecimiento de la industria en general y además permaneció relativamente inmune a la depresión económica que experimentó el país a finales de los 90.

Este es uno de los sectores en donde se ha promocionado el desarrollo de las Pymes. Existen 2.024 empresas productoras de cosméticos de las cuales sólo 25 de ellas son multinacionales, y 600 de las restantes son empresas de menos de 10 trabajadores.

Regulación de apertura de farmacias y sector farmacéutico ¹²⁸

La Ley 1122 de 2007 establece que los establecimientos farmacéuticos minoristas se ajustarán a las siguientes definiciones:

- Farmacia-Droguería es el establecimiento farmacéutico dedicado a la elaboración de preparaciones magistrales y a la venta al detal de medicamentos alopáticos, homeopáticos, fitoterapéuticos, dispositivos médicos, suplementos dietarios, cosméticos, productos de tocador, higiénicos y productos que no produzcan contaminación o pongan en riesgo la salud de los usuarios.

¹²⁵ El impacto social y económico que se podría generar a partir del trabajo con recolectores es muy importante. La capacitación en técnicas de cultivo y cosecha permitirá aumentar el valor agregado de la materia prima, hacer más eficiente el proceso y mejorar la calidad.

¹²⁶ Sepúlveda, J. Caracterización del sector Farmacéutico en Colombia en el Enfoque por entornos. Entorno organizacional. Medellín, Junio 2006.

¹²⁷ Ibid.

¹²⁸ Ver Anexo 1

- Droguería es el establecimiento farmacéutico dedicado a la venta al detal de productos enunciados y con los mismos requisitos contemplados para Farmacia-Droguería, a excepción de la elaboración de preparaciones magistrales.

Después de un largo proceso de discusión para reducir el riesgo de un manejo no técnico de los medicamentos y otros productos farmacéuticos y contrarrestar el crecimiento del mercado negro en el sector (falsificados y adulterados), se ha establecido que la entrega y/o venta de medicamentos debe realizarse en farmacias con infraestructura básica que cumpla con estándares mínimos contenidos actualmente en el sistema de garantía de calidad en salud.

El Decreto 1011¹²⁹ del 3 de abril de 2006, establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud y mediante la Resolución 1043¹³⁰ de 3 de abril de 2006 y el Decreto 2200 de 2005 del Ministerio de la Protección Social, se establecen las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en cuanto a capacidad tecnológica y científica, suficiencia patrimonial y financiera y capacidad técnico-administrativa.

Algunas de las exigencias se destacan a continuación:

- Estándar de recurso humano: Se requiere contar con un tecnólogo en regencia de farmacia o auxiliar en servicio farmacéutico de carácter presencial.
- Estándar de instalaciones físicas: Es necesaria un área física exclusiva y de circulación restringida, con sistema de ventilación natural y/o artificial que conserve la vida útil de los productos farmacéuticos y afines y condiciones de temperatura y humedad relativa, de acuerdo con lo recomendado por el fabricante. En caso de que se haga reenvase, reempaque, preparaciones magistrales, preparación de soluciones inyectables en dosis unitarias, soluciones de nutrición parenteral o medicamentos citostáticos, debe contar con áreas que garanticen las buenas prácticas de manufactura exigidas. Si es el caso, debe contar con un sistema de almacenamiento de medicamentos de control especial, con las medidas de seguridad pertinentes.
- Estándar de dotación – mantenimiento: Contar con la dotación y muebles necesarios para la clasificación, almacenamiento y dispensación de los medicamentos, para la realización de los procesos que ofrezcan. Si prepara soluciones inyectables, adecuación de dosis, nutriciones parenterales y mezcla de medicamentos citostáticos, debe contar con cámara de flujo laminar. Para el almacenamiento de insumos debe tener nevera exclusiva. Es necesaria una dotación para el control de temperatura y humedad, dotación de la red de frío en caso de manejo de medicamentos que requieran refrigeración.
- Estándar de procesos prioritarios asistenciales: Debe contar con la documentación de un manual de procesos y procedimientos que incluya los procesos y procedimientos para la adecuada recepción, almacenamiento, conservación de los medicamentos de acuerdo con las especificaciones establecidas por el laboratorio fabricante, diseñados por químico farmacéutico; normas explícitas sobre la no formulación ni realización de actividades de asesoría farmacológica ni de farmacovigilancia por personal diferente al químico farmacéutico; información visible al usuario que prohíba la asesoría farmacológica por parte de personal diferente al químico farmacéutico; procedimiento para el manejo de medicamentos de control; procedimientos para el control de fechas de expiración y mecanismos de baja de medicamentos.
- Estándar de seguimiento a riesgos en la prestación de servicios: procesos obligatorios específicos para evaluación y control de complicaciones terapéuticas medicamentosas secundarias a: Entrega de medicamentos o instrucciones diferentes a lo ordenado por el profesional tratante, eficacia reducida o nula o toxicidad por

¹²⁹ Decreto 1011 de 2006. Disponible en:

http://www.presidencia.gov.co/prensa_new/decretoslinea/2006/abril/03/dec1011030406.pdf

¹³⁰ Resolución 1043 de 2006. Disponible en: Disponible en:

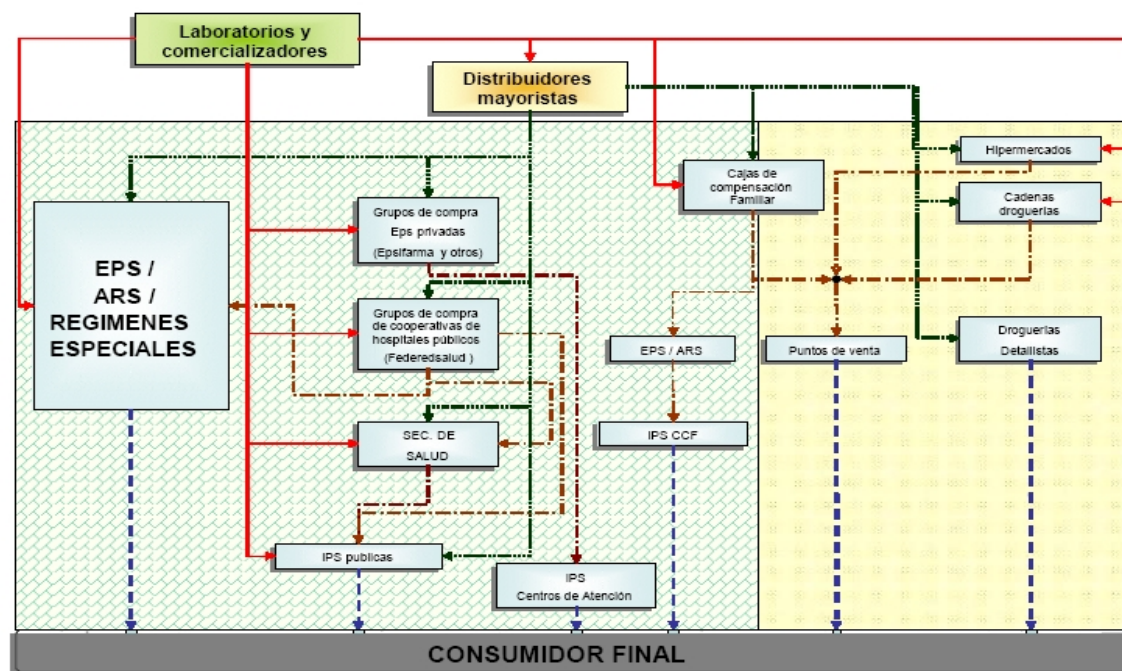
<http://www.minproteccionsocial.gov.co/VBeContent/library/documents/DocNewsNo15214DocumentNo2067.PDF>

desnaturalización del medicamento, formulación por profesional no autorizado para la formulación, resistencia antibiótica, efectos adversos innecesarios o evitables, enmascaramiento de cuadros clínicos.

Actores Clave del Sector Farmacéutico

Los principales actores del sector farmacéutico son los laboratorios farmacéuticos, los distribuidores mayoristas, las droguerías y cadenas de droguerías, las cajas de compensación, las entidades prestadoras de salud o IPS y las cooperativas de hospitales, las entidades aseguradoras - Empresas Promotoras de Salud del Régimen Contributivo (EPS) y del Subsidiado (antiguas ARS)-, los profesionales en la salud, el gobierno (Ministerio de Protección Social, Ministerio de Comercio, Industria y Turismo y sus entidades adscritas) y los consumidores finales¹³¹. Gráfico 2.

Gráfico 2. Principales actores del sector farmacéutico.



Fuente: Estudio de la Política de Precios de Medicamentos, Econometría S.A. 2005. Referenciado por Sepúlveda, J. Caracterización del sector Farmacéutico en Colombia en el Enfoque por entornos. Entorno organizacional. Medellín, Junio 2006.

En Colombia a enero de 2006 se encontraban certificados por el INVIMA 143 laboratorios fabricantes de medicamentos, 222 laboratorios de productos cosméticos, 54 laboratorios de productos naturales; se reportan 39 laboratorios acondicionadores, y 26 laboratorios almacenadores.

Existen 82 distribuidores mayoristas, 23 cadenas de droguerías, cerca de 58 cajas de compensación y 21 EPS. En el Censo Nacional de Droguerías de 2003, se reportan 14208 establecimientos.

Censo Nacional de Droguerías, Colombia, 2003.

¹³¹ Descripción del sector farmacéutico “Sector farmacéutico, Diagnóstico, Reformas, Perspectivas”. Gemines. Referenciado por: Bustamante, A. et. al. Investigaciones económicas. Sector Farmacéutico. CORFICOLOMBIANA. Junio 2007.

CENSO NACIONAL DE DROGUERÍAS 2003

DEPARTAMENTO	No. DROGUERIAS	DEPARTAMENTO	No. DROGUERIAS
AMAZONAS	66	GUAVIARE	99
ANTIOQUIA	1,209	HUILA	230
ARAUCA	287	MAGDALENA	106
ATLANTICO	338	META	287
BOGOTA	5,120	NTE. SANTANDER	210
BOLIVAR	239	NARIÑO	356
BOYACA	370	PUTUMAYO	82
CALDAS	320	QUINDIO	184
CAQUETA	180	RISARALDA	269
CASANARE	167	SAN ANDRES	31
CAUCA	140	SANTANDER	371
CESAR	273	SUCRE	285
CORDOBA	223	TOLIMA	201
CUNDINAMARCA	1,540	VALLE	391
CHOCO	82	VICHADA	18
GUAINIA	33	VAUPES	2
GUAJIRA	167	OTROS	332
TOTAL	14,208		

Fuente. Censo Nacional de Droguerías GlobalPharma 2003

Los actores de la cadena de medicamentos cumplen diferentes responsabilidades en el proceso de comercialización de medicamentos. Existen diferencias entre las responsabilidades y los intereses y estas diferencias pueden ocasionar problemas en el acceso y en el manejo de medicamentos.

La tabla que se presenta a continuación intenta establecer las responsabilidades e intereses de los diferentes actores en la comercialización de los medicamentos y los posibles problemas por diferencias entre sus responsabilidades (R) e intereses (I).

Responsabilidades e intereses de los actores en la comercialización de medicamentos en Colombia

ACTOR	RESPONSABILIDADES (R)	INTERESES (I)	POSIBLES PROBLEMAS POR DIFERENCIAS ENTRE (R) E (I)
FABRICANTES	Diseño, producción, distribución y venta de medicamentos con calidad, en cantidad suficiente y a precios razonables.	Cumplir con cuotas de ventas. Diseñar productos rentables. Incluir medicamentos en el POS. Incidir en la regulación.	Promoción exagerada para aumentar ventas, exagerar los beneficios de los medicamentos, ocultar los problemas de los medicamentos
DROGUERÍAS, MAYORISTAS, DISTRIBUIDORES	Distribución y venta de medicamentos cumpliendo las condiciones de calidad.	Entregar rápido, disminuir costos, Incidir en la regulación.	Errores en el despacho o en la entrega, recomendar algún medicamento aunque no se necesite, recomendar medicamentos sin receta médica,
GOBIERNO	Garantizar el acceso a medicamentos, exigir calidad en los medicamentos y en el uso. Expedir regulación y políticas necesarias. Comprar y distribuir los medicamentos para enfermedades de interés en salud pública (tuberculosis, malaria, SIDA)	Proteger la población vulnerable. Proteger la salud pública. Disminuir costos.	Gastar recursos en lo que no se necesita, no actualizar regulación, regulación que no se aplica, no vigilar
EPS/IPS	Seleccionar y comprar medicamentos de calidad para los principales problemas de salud. Garantizar el uso correcto de los medicamentos. Prestar un servicio de calidad.	Atender a todos en corto tiempo. Reducir el costo de medicamentos. Disminuir los problemas relacionados con medicamentos. Incidir en la regulación.	No entregar los medicamentos para ahorrar, no revisar la calidad de los medicamentos, no contratar personal adecuado, no realizar actividades de capacitación, no dar suficiente tiempo al médico para atender
PRESCRIPTORES Y OTROS PROFESIONALES DE LA SALUD	Garantizar la adecuada prescripción. Dar información completa al paciente y realizar seguimiento a la terapia.	Resolver los problemas de salud de los pacientes, tener más ingresos, atender más pacientes en menor tiempo, apoyar al gremio médico. Evitar problemas legales por errores. Incidir en la regulación.	Errores al prescribir, no comunicarse con el paciente, no escribir de forma clara, no informar errores o problemas con los medicamentos (Reacciones adversas a medicamentos)
USUARIO/PACIENTE/ ASOCIACIONES DE USUARIOS	Cumplir la terapia. Evitar la autoprescripción, informar sobre problemas con los medicamentos, preguntar sobre la terapia prescrita.	Curarse, no tener que pagar, exigir más derechos, pertenecer a asociaciones de pacientes. Denunciar el incumplimiento. Incidir en la regulación.	No cumplir con el tratamiento, comprar medicamentos no recetado por el médico, no informar los problemas con los medicamentos al médico o a la farmacia

Necesidades Insatisfechas (medicamentos)

Los principales problemas que enfrenta Colombia no distan de problemas de otras latitudes: el uso inadecuado, la asimetría y/o ausencia de información y el acceso insuficiente.

A. PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL USO Y CON LA INFORMACIÓN

No siempre los productos de mayor venta reflejan las necesidades de salud de la población. En algunos casos, la sociedad invierte mucho dinero en medicamentos de baja utilidad o de alto riesgo. En contraste, existe muy poca información objetiva y de fácil acceso sobre los medicamentos.

Un estudio realizado en 371 farmacias de Bogotá estableció que la industria farmacéutica participaba como financiadora u organizadora de cursos de formación dirigidos a droguistas en el 71.4% de todos los cursos recibidos y que solamente el 5.7% de las actividades de educación continuada las realizaban o financiaban instituciones independientes como universidades públicas¹³².

El mercado de medicamentos en Colombia opera bajo serias asimetrías de información, ni siquiera los actores más especializados poseen acceso a información completa. Estas asimetrías pueden existir tanto entre el médico y el consumidor final, como entre el médico y la empresa farmacéutica. Así, el paciente generalmente sabe menos que el médico acerca de la calidad, seguridad, eficacia, valor monetario y propiedades específicas de los medicamentos que va a adquirir. Este problema se agrava debido a la dependencia de decisión del consumidor final por parte médico quien es el que decide qué consumir, cuánto consumir y en qué momentos¹³³.

La información de precios a los consumidores no es muy amplia, y las publicaciones existentes son de difícil consulta y pocas veces presentan información real del precio para el consumidor.

Lo anterior permite insistir en la urgencia de instrumentos de protección al consumidor como el diseño de mecanismos de información de precios¹³⁴.

Contar con información real de precios que pueda ser consultada por los usuarios puede mejorar el uso y acceso a los medicamentos. Por ejemplo, en el 2005, una tableta de Acetaminofén de 500 mg presentó precios que variaban en el rango de 22 a 60 pesos, entre 9 diferentes proveedores. Estas grandes diferencias son importantes para el consumidor sobre todo si tiene que pagar los medicamentos de su bolsillo¹³⁵.

De otro lado, el mercado farmacéutico se suele clasificar en mercado ético y mercado popular. Esta división se refiere a la venta de productos con o sin fórmula médica.

El mercado popular se refiere a los medicamentos que se pueden vender sin fórmula médica. También se conocen como medicamentos OTC por sus siglas en inglés (Over The Counter). Se pueden vender en cualquier establecimiento comercial cumpliendo con separación de otros productos y almacenamiento adecuado (Decreto 3050 de 2005).

El mercado ético corresponde a los medicamentos que se deben vender con fórmula médica. Se venden en farmacias y droguerías (Decreto 3050 de 2005).

132 Vacca C. et al. Assessment of Risks Related to Medicine Dispensing by Nonprofessionals in Colombia: Clinical Case Simulations *Annals of Pharmacotherapy*. Vol. 39: 527-532. 2005.

133 Sepúlveda, J., et al. Caracterización del sector farmacéutico en Colombia en el enfoque por entornos. Entorno económico. Documento borrador. Medellín, 2006.

134 Rossi Buenaventura, Franciso. Entrevista realizada por la revista Salud Colombia. Disponible en: <http://www.saludcolombia.com/actual/salud50/report50.htm>

135 Ibid.

En Colombia y muchos países de América Latina, los medicamentos se venden comúnmente sin receta aunque no sean de venta libre, lo que aumenta el riesgo de uso inadecuado de medicamentos.

B. PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL ACCESO

Ahora bien, tal como sucede en el marco general del sistema, persisten inequidades en el acceso a los medicamentos. Diferentes estudios establecen insatisfacción en la entrega de medicamentos dentro del sistema¹³⁶. No se ha garantizado el acceso universal y, particularmente, en medicamentos la demanda insatisfecha dentro del SGSSS alcanza el 48.4%¹³⁷.

Un estudio realizado por la Defensoría del Pueblo ¹³⁸, entidad que representa el Ministerio Público, mostró que del total de medias judiciales para demandar derechos fundamentales (tutelas) instauradas por los colombianos en el período analizado, el 25.7% invocaron el derecho a la salud (como derecho fundamental o en conexidad con otros derechos fundamentales).

Las tutelas por medicamentos constituye la tercera causa numérica de tutelas en salud. Las más frecuentes se relacionan con tratamientos oncológicos (23%), cardiovasculares (15.7%), de SIDA (11%) y de insuficiencia renal (6.5%), que corresponden a patologías de alto costo. El 90.8% de estas tutelas recae sobre tratamientos de patologías incluidas en el POS, de los cuales la mitad corresponde a patologías de alto costo. Las tutelas en salud relacionadas con patologías de alto costo constituyen el 21.04% dentro del período analizado.

Las tutelas que reclaman medicamentos son las que proporcionalmente han tenido mayor crecimiento desde el año 1999 y se ubican en el cuarto lugar de las actuaciones contenciosas más frecuentes. Comparativamente, entre el año 1999 y el 2003 el requerimiento judicial de medicamentos ha sido el de mayor crecimiento, al pasar del 9.3% al 17.9% en el último año. Las medicinas no incluidas en el POS son las más solicitadas (47%) por el costo elevado y la marca específica solicitada para tratamientos determinados.

Aunque existe una clara relación directa entre los problemas del sistema de salud y el aumento de las tutelas, por las distorsiones propias del sector farmacéutico es clara la necesidad incorporar información y asesoría técnica en salud al cuerpo legislativo (jueces) de manera que las decisiones estén soportadas en criterios sólidos¹³⁹.

Como se había comentado, el Fondo de Solidaridad y Garantía – FOSYGA- es el encargado de la financiación del sistema, dado el carácter solidario del mismo; por lo anterior, los aseguradores realizan sus recobros a este fondo, cuando prestan servicios y medicamentos no cubiertos por la lista del POS. El alto índice de estos recobros¹⁴⁰ indica que las EPS no están dando la debida aplicación a otras herramientas diseñadas para reducir el peso de las tutelas instauradas¹⁴¹.

Adicionalmente, el acceso a medicamentos en Colombia presenta notables inequidades en cuanto al porcentaje de ingreso y el gasto de bolsillo¹⁴², además de las inequidades documentadas entre los regímenes de afiliación. Un estudio realizado en 2004, mostró que el gasto de bolsillo en materia de atención sanitaria para las familias pobres Colombianas asciende al 6% del total de sus ingresos mientras que las poblaciones de más altos ingresos tienden

136 Medición indicadores de política farmacéutica. OPS MINPROTECCIÓN SOCIAL. 2003. Defensoría del Pueblo. Primera Encuesta Nacional de Calidad en Salud Percibida por los Usuarios. Bogotá, Colombia, Año 2003.

137 Defensoría del pueblo 2005. Op cit.

138 La tutela y el derecho a la salud. Causas de las tutelas en salud. Defensoría del pueblo. Colombia.

139 Vacca Claudia, Becerra Javier, Acosta Angela. Acceso a medicamentos y derechos humanos. Informe Colombia. Documento borrador. AIS –LAC. Suministrado por Autor principal.

140 Revista Salud Colombia, edición 74, estudio realizado por el Ministerio de Protección Social. Enero- Marzo de 2004.

141 Para el suministro de los medicamentos no POS, se estableció un procedimiento en virtud del cual se tramitan estas peticiones a través de los Comités Técnico Científicos de las EPS, creados por las Resoluciones 5.061 y 2.312 de 1998, hoy subrogadas por la Resolución 2.948 de 2003 del Ministerio de la Protección Social. Podría concluirse –por lo mismo- que sólo en aquellos casos en los cuales el comité no apruebe la solicitud del medicamento se debería acudir a la tutela. No obstante, en muchos casos se acude directamente a la tutela por tratarse de medicamentos que, entre otros motivos, no tienen registro sanitario o no se comercializan en el país. En otros casos también se aduce la demora en la programación de las reuniones de los citados comités.

142 Ramirez M. et al. El gasto en salud de los hogares Colombianos. Universidad del Rosario. 2002.

a consumir más y por lo tanto a gastar más en el cuidado de la salud, pero el gasto en estos niveles solo asciende al 2% del ingreso¹⁴³. Dentro de los gastos de salud los medicamentos son el rubro de mayor peso (2.4%), reiterando que este tema es uno de los puntos débiles del sistema¹⁴⁴.

Este mismo estudio, soportado en datos de la encuesta de calidad de vida de 2003, muestra que en Bogotá los afiliados al Régimen Subsidiado tuvieron un menor gasto de bolsillo tanto en medicamentos como en hospitalización, pero los afiliados a Régimen Contributivo tuvieron un gasto mayor que los no asegurados. La siguiente Tabla muestra los montos correspondientes al gasto en medicamentos. Existen varias explicaciones para estas diferencias: por una parte, la población del régimen contributivo tiende a ser más urbana y de mejores ingresos; por otra parte, la población asegurada consume más servicios por el efecto de la inducción de demanda y ciertas condiciones críticas de salud.

Gasto de bolsillo/año en Bogotá, por tipo de cobertura en seguridad social.

Medicamentos/Gasto en \$ colombianos 2004/(USD = \$ 2.040,35 en 2007)	
Régimen Contributivo	\$62.325 (30 USD)
Régimen Subsidiado	\$30.474 (15 USD)
No asegurados	\$41.516 (20 USD)

La Defensoría del Pueblo, entidad que representa el Ministerio Público, en un estudio anterior estableció que “el 47% de los usuarios manifestaron tener problemas con la entrega de medicamentos, bien porque no lo recibieron o su entrega fue parcial...situación que afecta los costos de la canasta médica de la familia al incrementar los gastos de bolsillo, dado que una persona no puede sincronizar sus dolencias a la voluntad o a la oportunidad que se defina administrativamente para la entrega de medicamentos”¹⁴⁵.

En relación con otros aspectos, las coberturas de vacunación para 2007 no alcanzaron la meta estimada del 95% y se evidencia un porcentaje de población no satisfecha por tal servicio, dado que hay departamentos que se encuentran en situación crítica, como Vichada y Cauca, que tienen coberturas inferiores al 25% ¹⁴⁶.

El acceso geográfico también ha sido una limitante, particularmente en algunas regiones del país, por los problemas de orden público y por la capacidad de cubrimiento de los grandes operadores logísticos nacionales y regionales.

Se ha visto que existen incentivos perversos dentro del sistema de salud para la no entrega de los medicamentos (como la capitación, la existencia de cuotas moderadoras y copagos que en muchos casos son superiores al costo del tratamiento, entre otros).

Son muchas las variables causantes del problema de acceso los servicios y cobertura del sistema de salud en Colombia. Si bien es cierto existen barreras estructurales del sistema de salud, las barreras de tipo cultural, demográfico, epidemiológico y socioeconómico ya mencionadas, se constituyen en oportunidades de mejoramiento

143 Defensoría del pueblo 2005. Op cit.

144 Castaño Y, Ramón Abel , “Elementos fundamentales del equilibrio financiero del sistema general de seguridad social en salud, que inciden en las decisiones de ajuste del POS y/o de la UPC”, Documento preparado por solicitud y en coordinación con el área de salud de la Fundación Corona. Bogotá, mayo 2004, p.20.

145 Defensoría del Pueblo “Evaluación de los servicios de Salud que brindan las Empresas promotoras de Salud”. Bogotá, 2003, p. 52-53

146 Documento Marco semana de la vacunación en las Américas. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Dirección General de Salud Pública. Programa Ampliado de Inmunizaciones. Colombia Septiembre, 2007. Disponible en: <http://www.minproteccionsocial.gov.co/pai/>

que podrían ser intervenidas, a través de modelos de negocio que a su vez contribuyan a mejorar la calidad de vida de la población ubicada en la base de la pirámide Colombiana.

Modelos de Atención en Economías Similares

Como un insumo para el establecimiento de las características deseables de un modelo de negocio para Colombia, se documentaron tres *modelos de negocio* de entrega o venta de medicamentos en México, República Dominicana, Guatemala y Colombia, que podrían *inspirar* la idea de negocios inclusivos. Las principales características se describen a continuación:

MÉXICO: MI FARMACITA ¹⁴⁷

Grupo Farmacéutico y Laboratorios Collins creó en 2003 la franquicia llamada Mi Farmacita, con el fin de llevar a cabo una función social, llevando medicamentos genéricos a las comunidades de bajos ingresos de México. En la actualidad existen 57 franquicias en 15 estados.

La franquicia tiene un costo aproximado de 48.600 dólares. El pago inicial es de US\$18,300 y se deben hacer contribuciones anuales.

Para la apertura de una franquicia se deben cumplir condiciones mínimas, como contar con un inventario básico, tener un entrenamiento previo, manuales y procedimientos; adicionalmente debe tenerse un software de manejo.

Además de la venta de medicamentos genéricos, también se presta el servicio de atención médica ambulatoria en consultorio independiente y en algunos casos se realizan pruebas diagnósticas y se ofrecen otros servicios como llamadas telefónicas e internet.

En estas farmacias se venden medicamentos genéricos a un valor considerablemente menor al de los comerciales, con descuentos hasta del 80%:

Los propietarios de cada franquicia tienen la posibilidad de hacer la publicidad y comercialización de sus medicamentos.

MÉXICO Y GUATEMALA: FARMACIAS SIMILARES

Este modelo de farmacias fue creado con el fin de llevar a cabo una función social, al igual que Mi Farmacita y consiste en llevar medicamentos genéricos (similares) a un costo muy bajo, hasta del 75%, a la población menos favorecida.

REPÚBLICA DOMINICANA: BOTICAS POPULARES

Es un programa social de dispensación de medicamentos esenciales subsidiados por el gobierno nacional, para ofrecerle a la población el acceso a los medicamentos, con un 85% de descuento por debajo del precio de venta al público.

Son creados con dineros públicos y con administración privada. Del precio de venta se toma el 10% para cubrir costos de administración.

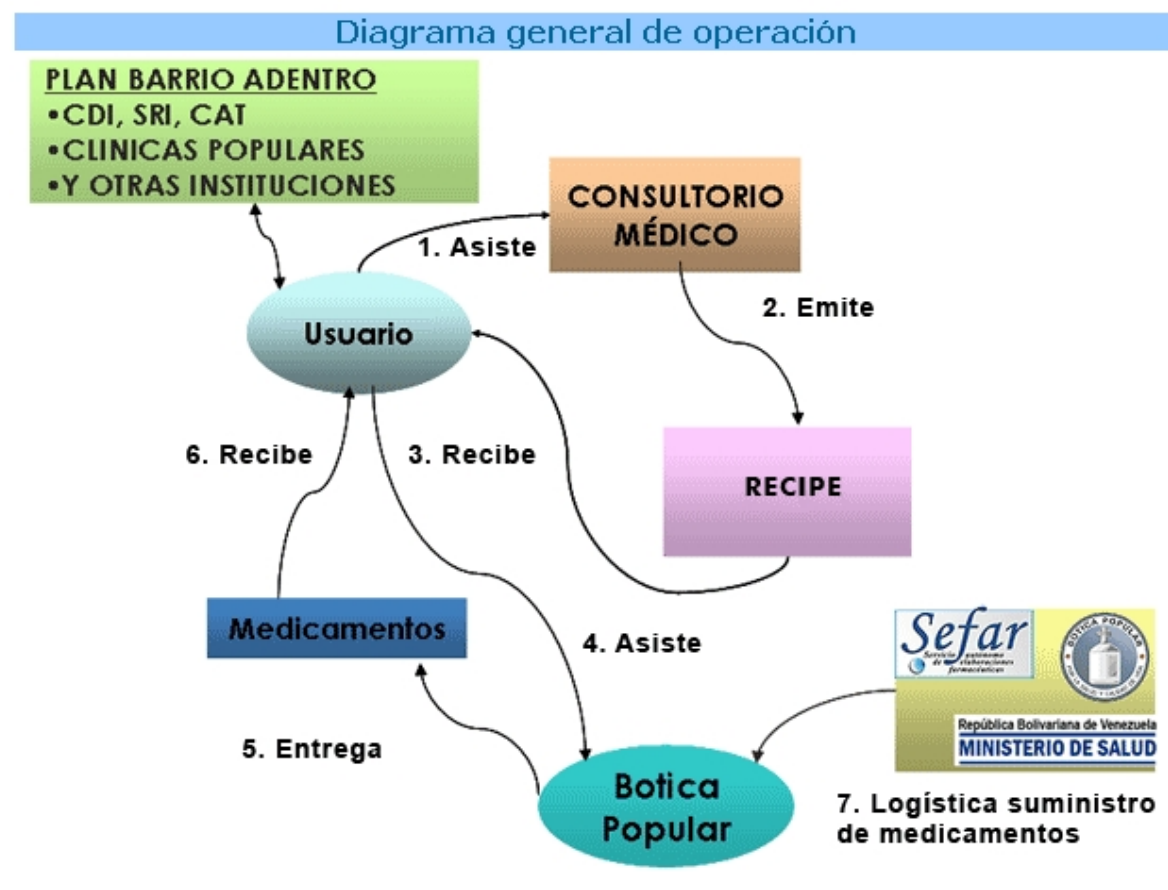
¹⁴⁷ Coronado, E., et al. What Works: Mi Farmacita Nacional. Enabling good health in Mexico's low-income communities through pharmacy franchising. Case study provided by Horace W. Goldsmith foundation. Columbia Business school. International Development Club. Disponible en: <http://www.nextbillion.net/resources/casestudies>

Los medicamentos de urgencia se entregan de forma gratuita y la financiación proviene de venta de medicamentos y subsidio de la Presidencia.

Fueron creadas en 1985 son parte de la infraestructura de servicios de salud rurales y urbano-marginales.

Sus objetivos son:

- Reducir el costo de los medicamentos esenciales a la población.
- Hacer llegar los medicamentos a las zonas geográficas de difícil acceso.
- Potenciar el uso de la red de atención primaria.
- Enfocar esfuerzos hacia la visión preventiva de la medicina.
- Promover el uso racional de los medicamentos entre médicos y usuarios.
- Promover la participación ciudadana y la contraloría social.



En 1986 se crearon 310 boticas y en la actualidad hay 804 (una por cada 10000 habitantes). Emplean a 1300 personas (767 encargados y 533 auxiliares).

Por cada peso de subsidio se recaudan 3.1 por venta pero no incluyen la compra de los medicamentos.

COLOMBIA: BANCO DE MEDICAMENTOS

Creada por la Fundación Misión Salud hace 4 años, en Bogotá sin ánimo de lucro, con el apoyo de la iglesia católica y un grupo de empresas farmacéuticas productoras de medicamentos genéricos.

Su finalidad es recolectar medicamentos esenciales próximos a vencerse y con vigencia plena, insumos hospitalarios y otros bienes de la salud, para ponerlos a disposición de instituciones dedicadas al cuidado de enfermos en situación de extrema pobreza, particularmente hogares geriátricos y organizaciones dedicadas al cuidado de niños abandonados, a muy bajo costo.

Actualmente tiene vinculadas de manera permanente a 186 instituciones que atienden población pobre y vulnerable en Bogotá, Cali (7 instituciones) y Medellín (10 instituciones), particularmente adultos mayores, niños y personas discapacitadas físicas o cognitivas y beneficia a más de 12.000 personas de manera permanente.

Llega a regiones muy apartadas del país a través de brigadas de salud, a las que ha brindado apoyos puntuales para 3700 enfermos muy pobres.

Los laboratorios fundadores fueron Bussié, Genfar, Lafrancol, La Santé, Procaps y Tecnoquímicas. Algunos de los laboratorios nuevos son América, Biogen, California, Ecar, Humax, Laproff, Legrand, Memphis y Synthesis. Estos laboratorios participantes han hecho el acuerdo que los medicamentos con fecha de vencimiento cercana no se destruyen sino que se ponen al alcance de enfermos muy pobres a través de Misión Salud; de esta manera cumplen una labor social, sin perder mercado porque se trata de población sin poder de compra.

PAÍS/ EXPERIENCIA	ORIGEN Y FUENTE DE RECURSOS	FUNCIONAMIENTO	OBSERVACIONES
México: Mi Farmacita	Un grupo empresarial farmacéutico que incluye producción de genéricos creó la franquicia (Grupo Farmacéutico y Laboratorios Collins).	Se vende la franquicia, con unas condiciones mínimas de apertura, con un inventario básico, un software de manejo (eMaksimus), manuales y procedimientos y un entrenamiento previo Distribuye únicamente medicamentos del grupo empresarial farmacéutico y otros productos considerando las restricciones normativas. Incluye atención médica ambulatoria en consultorio independiente y en algunos casos pruebas diagnósticas, ofrece otros servicios como llamadas telefónicas e internet.	Creadas en 2003, en la actualidad cuenta con 57 franquicias en 15 estados tanto en ciudades pequeñas como grandes. Se reclutan las franquicias por Internet, revistas y propaganda. La mayoría de los propietarios son de altos y medios ingresos. El costo de inicio tiene un promedio de US\$50,000. Se realiza un pago inicial por la franquicia y contribuciones anuales. El pago es del 3.5% de las ventas mensuales y el pago inicial es de US\$18,300.

PAÍS/ EXPERIENCIA	ORIGEN Y FUENTE DE RECURSOS	FUNCIONAMIENTO	OBSERVACIONES
México y Guatemala: Farmacias similares	Franquicia adoptada por Rigoberta Menchú con el interés de ofrecer medicamentos a bajo costo.	Modelo de franquicia que vende genéricos llamados <i>similares</i> y otros productos considerando las restricciones normativas.	La regulación mexicana establece una distinción entre similares y genéricos si se han realizado pruebas de bioequivalencia. La competencia con Mi farmacita se concentra en esta distinción.
República Dominicana: Boticas populares	Creadas por la presidencia de la República como complemento a la central de compras oficial PROMESE.	Venta de medicamentos a precios bajos otros productos considerando las restricciones normativas, creación con dineros públicos y administración privada. Del precio de venta se toma el 10% para cubrir costos de administración. Los medicamentos de urgencia se entregan de forma gratuita. Financiación proveniente de venta de medicamentos y subsidio de presidencia. Creadas en 1985. Es parte de la infraestructura de servicios de salud rurales y urbano-marginales.	En 1986 se crearon 310 boticas, en la actualidad hay 804 (una por cada 10000 habitantes). Emplea a 1300 personas (767 encargado y 533 auxiliares). Por cada peso de subsidio se recauda 3.1 por venta pero no incluye la compra de los medicamentos. Hasta el 20% de pérdidas por vencimiento, robo, rotura y calidad.
Colombia: Banco de Medicamentos	Creada por la ONG Misión Salud, apoyo de la iglesia católica y un grupo de empresas farmacéuticas productora de medicamentos genéricos. Laboratorios fundadores: Bussié, Genfar, Lafrancol, La Santé, Procaps y Tecnoquímicas.	Vende medicamentos donados por los laboratorios farmacéuticos, con fecha de vencimiento cercana, a hogares geriátricos a un muy bajo costo. Sin ánimo de lucro. Los recursos para administración provienen de la venta. Se han diseñado programas de investigación y asesoría técnica a través de pasantías de estudiantes de Química Farmacéutica de la	Creado en 2003, en Bogotá tiene vinculadas de manera permanente a 186 instituciones y beneficia a más de 12.000 personas. Además, ha colaborado en brigadas para otras 3.700 personas muy pobres. En Cali vincula a 7 instituciones y en Medellín 10.

PAÍS/ EXPERIENCIA	ORIGEN Y FUENTE DE RECURSOS	FUNCIONAMIENTO	OBSERVACIONES
	Laboratorios nuevos: América, Biogen, California, Ecar, Humax, Laproff, Legrand, Memphis y Synthesis.	Universidad Nacional en seguimiento farmacoterapéutico en adulto mayor y diagnóstico en el ciclo de suministro de medicamentos. Se está implementando un programa de Software para el manejo eficiente de inventarios y el control de vinculación de instituciones por ciudades.	

Síntesis de Problemas, Barreras y Posibles Soluciones

La discusión en los grupos focales y de expertos partió de la síntesis de los problemas de acceso a servicios de salud y medicamentos, de las barreras identificadas y posibilidades de solución para el establecimiento de un modelo e negocio en el sector. Dicha síntesis se presenta a continuación:

Síntesis problemas de acceso.	Síntesis barreras	Síntesis posibilidades de solución
1. Acceso insuficiente e inoportuno a servicios: 40-60% 2. Gasto de bolsillo: cerca del 6% del total de ingresos ¹⁴⁸ . 3. Desempleo y empleo informal. 4. Pobreza. 5. Violencia. 6. Mortalidad materna e infantil. 8. Embarazo adolescente. 9. Enfermedades tropicales. 10. Programas de salud pública (sida, TBC, Malaria, salud sexual y reproductiva). 11. Población indígena, afrodescendiente.	1. Regulación (estándares técnicos Sistema general de calidad Decreto 1011 de 2006, Servicios farmacéuticos - Decreto 2200 de 2005, Resolución 1403 de 2007- y Ley de recurso humano en salud 1164 de 2007). 2. Monopolio y poder de actores del sector (saturación? vs demanda cautiva por el aseguramiento). 3. Complejidad del sistema y articulación con políticas públicas. 4. Capacidad de pago. 5. Violencia y seguridad. 6. Grupos políticos regionales y locales (especialmente régimen subsidiado).	Estándares técnicos y poder de actores del sector: alianzas de soporte con actores nacionales (Laboratorios, Aseguradoras, Distribuidores, Sector Público, ONGs). Flexibilizar la regulación (?!). Complejidad del sistema y articulación con políticas públicas: voluntad política y gestión del proyecto en esferas de decisión (articulación con políticas distritales y de presidencia). Capacidad de pago: créditos blandos, ventas al menudeo, unidades básicas de consumo. Violencia y seguridad: vinculación de la comunidad, reconocimiento de formas de organización existente, soporte de seguridad por voluntad política y gestión del proyecto en esferas de decisión (Distrito, Presidencia). Grupos políticos regionales y locales: vinculación de la comunidad, reconocimiento de formas de

148 Castaño Y, Ramón Abel , "Elementos fundamentales del equilibrio financiero del sistema general de seguridad social en salud, que inciden en las decisiones de ajuste del POS y/o de la UPC", Documento preparado por solicitud y en coordinación con el área de salud de la Fundación Corona. Bogotá, mayo 2004, p.20.

12. Población desplazada.		organización existente, soporte de seguridad por voluntad política y gestión del proyecto en esferas de decisión (articulación con políticas distritales y de presidencia).
---------------------------	--	---

ACTORES INTERESADOS Y CARACTERÍSTICAS DESEABLES DEL MODELO

Prestadores

En los dos grupos focales realizados con prestadores, se evidenció una alta disposición a participar en una iniciativa de esta naturaleza, considerando las capacidades nacionales y la realidad del país. Más que hacer parte de un modelo importado, apoyarían la construcción de un modelo propio. Parte de estos actores interesados, son:

- Laboratorio farmacéutico de genéricos (HUMAX) liderado por jóvenes farmacéuticos con amplia experiencia técnica en producción, dispensación y articulación con políticas de salud, en especial farmacéutica.
- Firma distribuidora de medicamentos (AUDIFARMA) a nivel nacional, segunda en participación en el mercado institucional, es decir de las Aseguradoras. Realizan la operación logística de las más reconocidas EPS privadas y algunas del sector público.
- Cadenas de droguerías (COLSUBSIDIO) de mayor tradición nacional, con operación fundamentalmente en Bogotá y reconocida aceptación en la población.
- Universidad de la Sabana, institución universitaria de la ciudad de Bogotá con un programa de extensión y prestación social que incluye el desarrollo de iniciativas ligadas al sector farmacéutico.
- SUSALUD EPS, aseguradora con operación fundamentalmente en Antioquia con manejo contratado de la entrega de medicamentos a terceros. En desarrollo de sus políticas de responsabilidad social empresarial muestra interés en contratar una porción de la atención de sus usuarios a través de una red inclusiva, que permita resolver problemas de ingresos y de accesibilidad a familias de bajos recursos.
- IFARMA ONG especializada en la investigación del tema de medicamentos en los sistemas de salud ha desarrollado material y programas de formación a auxiliares de farmacias y cuenta con amplia experiencia en el manejo de consultorías en el sector público y a entidades de cooperación internacional.

Comunidad

La comunidad consultada (Operadores logísticos de comedores comunitarios de Bogotá y organizaciones de base de comunas de Medellín) también se mostró altamente interesada en poder hacer parte de un modelo de negocio que acerque los servicios a sus casas, se más personalizado y cálido, reduzca el gasto y el tiempo para acceder a la atención, mejore la forma como se usan los medicamentos y que además les permita tener algún ingreso y fuente de empleo en sus barrios.

CARACTERÍSTICAS DESEABLES DEL MODELO

Finalmente, las características del modelo propuesto se estudiaron con un grupo de expertos, el cual contó con la participación de FUNDES Costa Rica y Colombia. La síntesis del modelo propuesto se destaca a continuación.

Lo deseable
<ul style="list-style-type: none"> • Cadena de Farmacias con unidad de imagen y lema diferenciador (puede ser de tipo franquicia), de desarrollo nacional. • Apoyo al cumplimiento de requisitos legales, mediante amparo en la experiencia existente de actores reconocidos (lista de interesados). • Diseño accesible y créditos blandos con pago de una afiliación mínima. • Indispensable articulación con políticas públicas nacionales y/o locales que permita una contratación preferencial con la red pública. • Indispensable soporte de Aseguradoras que posibilite una contratación fija mediante la figura de responsabilidad social empresarial. • Incorporación de un enfoque de salud integral y preventivo que asocie un fuerte componente de información y educación en el uso adecuado de medicamentos y en programas de salud pública que posibilite la captación de recursos PAB. • Movilización de otras fuentes de recursos, no solo del sector salud. • Combinación de productos misceláneos: productos naturales, productos genéricos de aseo y limpieza y cosméticos. • Foco de negocio: preferiblemente régimen subsidiado, población no afiliada. • Clara diferenciación en valores (ética en el sector farmacéutico, un sector en crisis de valores) y servicio cálido (cercanía familiar). • Crédito y montaje condicionados a negocios familiares y estudio a profundidad previo (más allá del crédito). • Crédito y montaje condicionado a un estudio de entorno de seguridad, epidemiológico, geográfico y político (en algunas localidades los ediles son dueños de varias droguerías y tiendas). • Posibilidad de venta a crédito, domicilio y compra al detal (venta de unidades mínimas sin perder la calidad). • Por el déficit de recurso humano requerido, la iniciativa podría ofrecer adicionalmente un esquema de formación de auxiliares y regentes de farmacia con un enfoque de uso adecuado de medicamentos, sitios de entrenamiento y material de formación (IFARMA, HUMAX, AUDIFARMA).

Lo evitable
<ul style="list-style-type: none"> • Modelo complementario y no sustituto de la obligación del Estado. • Concepto de salud curativa y sobre consumo de fármacos. • No reproducir la tienda de barrio o el manejo poco técnico de las conocidas droguerías por que puede convertirse en un factor de riesgo de mercado negro de medicamentos (falsificación). • No ubicarse en lugares con una alta densidad de droguerías y sin una lectura de la complejidad política e intereses particulares. • Difícilmente puede asociar la atención médica ambulatoria por los requisitos legales establecidos; evaluar casos particulares que mejoren el servicio (consulta domiciliaria, servicio a hogares geriátricos, reclamo de medicamentos a personas discapacitadas o que quieran mantener confidencial su diagnóstico –VIH/SIDA).

Según la opinión de los expertos consultados, para el diseño de un modelo de tipo asistencial (diferente al de tipo de negocios), la iniciativa del banco de medicamentos (medicamentos suministrados por laboratorios farmacéuticos con

fecha próxima de vencimiento para ser suministrados a población vulnerable de escasos recursos), puede ser interesante, siempre y cuando se asocien acciones de alto control de la rotación y calidad de los mismos y de demanda fija.

Anexos

Anexo 1: Marco Normativo

SECTOR SALUD

- CONSTITUCION POLITICA DE COLOMBIA DE 1991 ¹⁴⁹

Por la cual se confieren los derechos a toda persona natural del territorio nacional a la vida. Habla de la salud como derecho fundamental a cargo del Estado

- LEY 100 DE 1993 ¹⁵⁰

Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones.

- DECRETO 2174 DE 1996 ¹⁵¹

Por el cual se organiza el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

- DECRETO 2753 DE 1997 ¹⁵²

Por el cual se dictan las normas para el funcionamiento de los prestadores de servicios de salud.

- RESOLUCIÓN 412 DE 2000 ¹⁵³

Por la cual se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y se adoptan las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública.

- DECRETO 452 DE 2000 ¹⁵⁴

Por el cual se modifica la estructura de la Superintendencia Nacional de Salud

- LEY 715 DE 2001 ¹⁵⁵

Por la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con los artículos 151, 288, 356 y 357 (Acto Legislativo 01 de 2001) de la Constitución [Política](#) y se dictan otras disposiciones para organizar la prestación de los servicios de educación y salud, entre otros. Conformar el Sistema General de Participaciones, dentro del cual destina una participación con destinación específica al sector salud. Define las competencias en la salud de la Nación, entidades territoriales, y establece la distribución de recursos para el sector salud. Esta ley en su preámbulo dice " La Seguridad Social Integral es el conjunto de instituciones, normas y procedimientos, de que

149 Disponible en: <http://web.presidencia.gov.co/constitucion/index.pdf>

150 Disponible en: <http://www.minproteccionsocial.gov.co/VBeContent/library/documents/DocNewsNo303911.pdf>

151 Disponible en: <http://www.idsn.gov.co/decretos/96/DEC021741996.htm>

152 Disponible en: http://www.col.ops-oms.org/medicamentos/Documentos/dec2753_97.htm

153 Disponible en: http://www.minproteccionsocial.gov.co/pars/cajaherram/documentos/Biblioteca/CompendioNormativo/resolucion_412_00.pdf

154 Disponible en: http://www.col.ops-oms.org/medicamentos/Documentos/dec452_00.htm

155 Disponible en: <http://www.minproteccionsocial.gov.co/VBeContent/library/documents/DocNewsNo9637DocumentNo1422.DOC>

disponen la persona y la [comunidad](#) para gozar de una calidad de vida, mediante el cumplimiento progresivo de los planes y programas que el Estado y la sociedad desarrollen para proporcionar la cobertura integral de las contingencias, especialmente las que menoscaban la salud y la capacidad económica, de los habitantes del territorio nacional, con el fin de lograr el bienestar individual y la [integración](#) de la comunidad."

- RESOLUCIÓN 1439 DE 2002 ¹⁵⁶

Por la cual se adoptan los Formularios de Inscripción y de Novedades para el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud, los Manuales de Estándares y de Procedimientos, y se establecen las Condiciones de Suficiencia Patrimonial y Financiera del Sistema Único de Habilitación de Prestadores de Servicios de Salud y los definidos como tales.

- Ley 789 de 2002 ¹⁵⁷

Define el Sistema de Protección Social; crea los primeros mecanismos de protección para desempleados (subsidio al desempleo, recursos para capacitación, extensión de beneficios de las cajas) y se abren más espacios para informales, como la posibilidad de afiliarse a cajas de compensación, la posibilidad de afiliarse a riesgos profesionales y la obligatoriedad de cotizar para pensiones.

- Ley 790 de 2002 ¹⁵⁸

Mediante la cual se crea el Ministerio de la Protección Social

- DECRETO 2309 DE 2002 ¹⁵⁹

Por el cual se define el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

- DECRETO 1280 DE 2002 ¹⁶⁰

Por el cual se organiza el Sistema de Vigilancia, Inspección y Control del Sector de Salud.

- ACUERDO 229 DE 2002 ¹⁶¹

Por el cual se define la proporción de UPC - S que se destinará para la financiación de las acciones de promoción y prevención para el Régimen Subsidiado a cargo de las entidades territoriales y las Administradoras del Régimen Subsidiado y se dictan otras disposiciones.

- DECRETO 515 DE 2004 ¹⁶²

Por el cual se define el Sistema de Habilitación de las Entidades Administradoras del Régimen Subsidiado, ARS. Modificado parcialmente por los Decretos 506 de 2005 y 3880 de 2005.

- ACUERDO 306 DE 2005 ¹⁶³

Define el Plan Obligatorio de Salud del Régimen Subsidiado.

- DECRETO 1011 DE 2006 ¹⁶⁴

¹⁵⁶ Disponible en: <http://minproteccionsocial.gov.co/VBeContent/library/documents/DocNewsNo376803.pdf>

¹⁵⁷ Disponible en: <http://www.dafp.gov.co/leyes/L0789002.HTM>

¹⁵⁸ Disponible en: <http://www.minproteccionsocial.gov.co/vbecontent/library/documents/DocNewsNo385902.pdf>

¹⁵⁹ Disponible en: <http://www.minproteccionsocial.gov.co/vbecontent/NewsDetail.asp?ID=11663&IDCompany=12>

¹⁶⁰ Disponible en: http://www.col.ops-oms.org/medicamentos/Documentos/dec1280_02.htm

¹⁶¹ Disponible en: http://www.col.ops-oms.org/medicamentos/Documentos/acu229_02.htm

¹⁶² Disponible en: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=12936>

¹⁶³ Disponible en: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=18283>

¹⁶⁴ Disponible en: http://www.cundinamarca.gov.co/Cundinamarca/Archivos/fileo_otrssecciones/fileo_otrssecciones1767423.doc

Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

- RESOLUCIÓN 1043 DE 2006 ¹⁶⁵

Por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención.

- RESOLUCIÓN 1445 DE 2006 ¹⁶⁶

Define las funciones de la entidad acreditadora en salud seleccionada por el Ministerio de la Protección Social con el fin de promover el Sistema Único de Acreditación y define los estándares únicos.

- RESOLUCIÓN 1446 DE 2006 ¹⁶⁷

Define el Sistema de Información para la Calidad y adopta los indicadores de monitoría del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud.

- RESOLUCIÓN 1446 DE 2006 ¹⁶⁸

Por la cual se definen las Condiciones de Habilitación para las instituciones que prestan servicios de salud bajo la modalidad de Telemedicina.

- RESOLUCIÓN 1315 DE 2006 ¹⁶⁹

Por la cual se definen las Condiciones de Habilitación para los Centros de Atención en Drogadicción y servicios de Fármacodependencia.

- CIRCULAR 030 DE 2006 ¹⁷⁰

Dicta instrucciones en materia de indicadores de calidad: Oportunidad, accesibilidad, continuidad, pertinencia y seguridad en las entidades que prestan servicios de salud. Propone indicador para la notificación de eventos adversos y su evaluación.

- PLAN NACIONAL DE DESARROLLO 2006 – 2010 ¹⁷¹

Estado Comunitario: Desarrollo para todos. Tiene entre otros, el objetivo de mejorar la capacidad competitiva del país y buscar alternativas a problemas sociales fundamentales, como son el empleo, la seguridad, la pobreza y la salud, mediante el apoyo al desarrollo científico tecnológico y la innovación en Colombia.

- DECRETO 3039 DE 2007 ¹⁷²

Por el cual se adopta el Plan Nacional de Salud Pública para el cuatrienio 2007 – 2010, con los propósitos de mejorar el estado de salud de la población Colombiana, evitar la progresión y los desenlaces adversos de la enfermedad, enfrentar los retos del envejecimiento poblacional y la transición demográfica y disminuir las inequidades en salud de la población Colombiana.

- LEY 1122 DE 2007 ¹⁷³

165 Disponible en: <http://minproteccionsocial.gov.co/VBeContent/library/documents/DocNewsNo15214DocumentNo2067.PDF>

166 Disponible en: <http://www.minproteccionsocial.gov.co/VBeContent/library/documents/DocNewsNo14711DocumentNo1304.PDF>

167 Disponible en: <http://www.minproteccionsocial.gov.co/VBeContent/library/documents/DocNewsNo14711DocumentNo1306.PDF>

168 Disponible en: <http://www.minproteccionsocial.gov.co/VBeContent/library/documents/DocNewsNo14711DocumentNo1486.PDF>

169 Disponible en: <http://www.minproteccionsocial.gov.co/vbecontent/library/documents/DocNewsNo15049DocumentNo1757.PDF>

170 Disponible en: http://www.superfinanciera.gov.co/NormativaFinanciera/Archivos/ce030_06.rtf

171 Disponible en: http://www.dnp.gov.co/paginas_detalle.aspx?idp=906

172 Disponible en: <http://www.minproteccionsocial.gov.co/vbecontent/library/documents/DocNewsNo16491DocumentNo4870.PDF>

173 Disponible en: <http://www.minproteccionsocial.gov.co/VBeContent/library/documents/DocNewsNo15849DocumentNo3520.PDF>

Hace algunas modificaciones al Sistema General de Seguridad Social en Salud teniendo como prioridad el mejoramiento en la prestación de los servicios a los usuarios. Con este fin hace reformas en los aspectos de dirección, universalización, financiación, equilibrio entre los actores del sistema, racionalización, y mejoramiento en la prestación de servicios de salud, fortalecimiento en los programas de salud pública y de las funciones de, inspección, vigilancia y control y la organización y funcionamiento de redes para la prestación de servicios de salud. Crea la Comisión de Regulación en Salud.

SECTOR FARMACÉUTICO

- LEY 23 DE 1967 ¹⁷⁴

Por la cual se reglamenta el ejercicio de la profesión de químico farmacéutico y se dictan otras disposiciones.

- ACUERDO 3 DE 1994 ¹⁷⁵

Por el cual se adopta la política de medicamentos esenciales para el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

- DECRETO 1290 DE 1994 ¹⁷⁶

Por el cual se precisan las funciones del Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos -INVIMA- y se establece su organización básica.

- DECRETO 677 DE 1995 ¹⁷⁷

Por el cual se reglamenta parcialmente el Régimen de Registros y Licencias, el Control de Calidad, así como el Régimen de Vigilancia Sanitaria de Medicamentos, Cosméticos, Preparaciones Farmacéuticas a base de Recursos Naturales, Productos de Aseo, Higiene y Limpieza y otros productos de uso doméstico y se dictan otras disposiciones sobre la materia.

- LEY 212 DE 1995 ¹⁷⁸

Por la cual se Reglamenta la Profesión de Químico Farmacéutico y se dictan otras disposiciones.

- DECRETO 1945 DE 1996 ¹⁷⁹

Por el cual se reglamentan parcialmente las Leyes 23 de 1962 y 212 de 1995, y se dictan otras disposiciones. Relacionado con el ejercicio de la profesión de Químico Farmacéutico.

- LEY 485 DE 1998 ¹⁸⁰

Por medio de la cual se reglamenta la profesión de Tecnólogo en Regencia de Farmacia y se dictan otras disposiciones.

- RESOLUCIÓN 2312 DE 1998 ¹⁸¹

Por la cual se modifica el artículo 1o. de la Resolución 5061 de 1997, y se reglamenta el recobro de medicamentos autorizados por los Comités Técnico-Científicos de las EPS, ARS y entidades adaptadas.

- CIRCULAR 1 DE 1999 ¹⁸²

¹⁷⁴ Disponible en: http://www.col.ops-oms.org/medicamentos/Documentos/ley23_62.htm

¹⁷⁵ Disponible en: http://www.col.ops-oms.org/medicamentos/Documentos/acu03_94.htm

¹⁷⁶ Disponible en: http://www.col.ops-oms.org/medicamentos/Documentos/dec1290_94.htm

¹⁷⁷ Disponible en: http://www.col.ops-oms.org/medicamentos/Documentos/dec677_95.htm

¹⁷⁸ Disponible en: http://www.col.ops-oms.org/medicamentos/Documentos/ley212_95.htm

¹⁷⁹ Disponible en: http://www.col.ops-oms.org/medicamentos/Documentos/dec1945_96.htm

¹⁸⁰ Disponible en: http://www.col.ops-oms.org/medicamentos/Documentos/ley485_98.htm

¹⁸¹ Disponible en: http://www.col.ops-oms.org/medicamentos/Documentos/res2312_98.htm

Relacionada con el listado de medicamentos de Régimen de control directo, instrucciones para la solicitud de precios de productos farmacéuticos que se encuentran bajo el régimen de control directo y que ingresen al mercado e instrucciones para el diligenciamiento de la información para la construcción base de datos de medicamentos del Ministerio de Desarrollo Económico y Ministerio de Salud.

- DECRETO 549 DE 2001 ¹⁸³

Por el cual se establece el procedimiento para la obtención del Certificado de Cumplimiento de las Buenas Prácticas de Manufactura por parte de los laboratorios fabricantes de medicamentos que se importen o produzcan en el país.

- RESOLUCIÓN 1400 DE 2001 ¹⁸⁴

Por la cual se establece la Guía Biodisponibilidad y de Bioequivalencia de Medicamentos que trata el Decreto 677 de 1995.

- RESOLUCIÓN 1890 DE 2001 ¹⁸⁵

Modifica el artículo 1º de la Resolución 1400 de 2001, en relación con estudios de Biodisponibilidad absoluta o de Bioequivalencia.

- RESOLUCIÓN 1087 DE 2001 ¹⁸⁶

Por la cual se adopta la Guía de Inspección de Laboratorios o Establecimientos de Producción Farmacéutica, para la obtención del Certificado de Cumplimiento de las Buenas Prácticas de Manufactura.

- ACUERDO 228 DE 2002 ¹⁸⁷

Por medio del cual se actualiza el Manual de Medicamentos del Plan Obligatorio de Salud.

- ACUERDO 232 DE 2002 ¹⁸⁸

Por el cual se crea el Comité Técnico de Medicamentos y Evaluación de Tecnología y se reglamenta su funcionamiento.

- ACUERDO 236 DE 2002

Por el cual se modifica parcialmente el Acuerdo 228 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. Modifica el artículo 1º del Acuerdo número 228, sobre la concentración del medicamento Factor Antihemofílico Complejo del Factor IX.

- DECRETO 2085 DE 2002 ¹⁸⁹

Por el cual se reglamentan aspectos relacionados con la información suministrada para obtener registro sanitario respecto a nuevas entidades químicas en el área de medicamentos. Organiza el Sistema de Vigilancia, Inspección y Control del Sector de Salud.

- ACUERDO 244 DE 2003 ¹⁹⁰

Por medio del cual se definen la forma y las condiciones de operación del Régimen Subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.

182 Disponible en: http://www.col.ops-oms.org/medicamentos/Documentos/cir_cnpm_99.htm

183 Disponible en: http://www.col.ops-oms.org/medicamentos/Documentos/dec2085_02.htm

184 Disponible en: http://www.col.ops-oms.org/medicamentos/Documentos/res1400_01.htm

185 Disponible en: http://www.col.ops-oms.org/medicamentos/Documentos/Res1890_02.pdf

186 Disponible en: http://www.col.ops-oms.org/medicamentos/pf_ic_resoluciones.asp

187 Disponible en: http://www.col.ops-oms.org/medicamentos/Documentos/ac228_02.htm

188 Disponible en: http://www.col.ops-oms.org/medicamentos/Documentos/acu232_02.htm

189 Disponible en: http://www.col.ops-oms.org/medicamentos/Documentos/dec2085_02.htm

190 Disponible en: http://www.derechoydesplazamiento.net/IMG/pdf/Acuerdo_244_2003.pdf

- ACUERDO 246 DE 2003 ¹⁹¹

Por el cual se modifica el Acuerdo 232 de 2002 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud en relación con el Comité Técnico de Medicamentos y Evaluación de Tecnología.

- ACUERDO 263 DE 2004

Se incluye en el Manual de Medicamentos y Terapéutica del Plan Obligatorio de Salud, el principio activo denominado Acido Zoledrónico o Zoledronato en solución intravenosa, empleado para bajar los niveles sericos de calcio en pacientes con cáncer.

- ACUERDO 282 DE 2004 ¹⁹²

Por el cual se fija el valor de la Unidad de Pago por Capitación del Plan Obligatorio de Salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado para el año 2005 y se dictan otras disposiciones. Modifica el Manual de Medicamentos y Terapéutica del Sistema General de Seguridad Social en Salud adoptado mediante los Acuerdos 228 y 236 de 2002 incluyendo medicamentos para algunas patologías y procedimientos de alto costo.

- DECRETO 484 DE 2004 ¹⁹³

Por el cual se dictan normas tendientes a incentivar la oferta de medicamentos vitales no disponibles en el país.

- RESOLUCIÓN 2685 DE 2004 ¹⁹⁴

Por la cual se establece el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de la utilización del ácido zoledrónico y se adoptan las guías para su prescripción.

- RESOLUCIÓN 3797 DE 2004 ¹⁹⁵

Por la cual se reglamentan los Comités Técnicos Científicos y se establece el procedimiento de recobro ante el Fondo de Solidaridad y Garantía, Fosyga por concepto de suministro de medicamentos no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud – POS y de fallos de tutela.

- DECRETO 2200 DE 2005 ¹⁹⁶

Por el cual se reglamentan las actividades y/o procesos propios del servicio farmacéutico y define algunos conceptos relacionados con el mismo.

- ACUERDO 336 DE 2006 ¹⁹⁷

Por el cual se actualiza parcialmente el Manual de Medicamentos del Plan Obligatorio de Salud, se incluyen otras prestaciones en los Planes de Beneficios de los Regímenes Contributivo y Subsidiado, se modifica el valor de la UPC para el 2006 y se dictan otras disposiciones.

- RESOLUCION 1478 DE 2006 ¹⁹⁸

Por la cual se expiden normas para el control, seguimiento y vigilancia de la importación, exportación, procesamiento, síntesis, fabricación, distribución, dispensación, compra, venta, destrucción y uso de sustancias sometidas a fiscalización, medicamentos o cualquier otro producto que las contengan y sobre aquellas que son monopolio del Estado.

191 Disponible en: http://www.col.ops-oms.org/medicamentos/Documentos/acu246_03.htm

192 Disponible en: <http://www.minproteccionsocial.gov.co/vbecontent/library/documents/DocNewsNo552301.doc>

193 Disponible en: http://www.medicolegal.com.co/ediciones/2_2004/recursos/pdf/leg_y_jur_2.pdf

194 Disponible en: <http://www.notinet.com.co/serverfiles/servicios/archivos/31ago04/mps0002685-04.htm>

195 Disponible en: <http://minproteccionsocial.gov.co/vbecontent/library/documents/DocNewsNo585801.pdf>

196 Disponible en: <http://www.fne.gov.co/archivos/Decreto%202200%20Jun-2005.pdf>

197 Disponible en: http://www.minproteccionsocial.gov.co/pars/cajaherram/documentos/Biblioteca/CompendioNormativo/acuerdo_336.pdf

198 Disponible en: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=20670>

- DECRETO 1861 DE 2006 ¹⁹⁹

Por el cual se modifica y adiciona el Decreto 3554 de 2004 y se dictan otras disposiciones en relación con medicamentos homeopáticos.

- RESOLUCION 1403 DE 2007 ²⁰⁰

Por la cual se determina el Modelo de Gestión del Servicio Farmacéutico, se adopta el Manual de Condiciones Esenciales y Procedimientos y se dictan otras disposiciones.

- CIRCULAR 04 DE 2006 ²⁰¹

Sobre el régimen de reportes, de libertad vigilada y regulada, de control directo, sobre el sistema de información de precios de medicamentos y sienta las bases técnicas para la regulación de precios de medicamentos.

- CIRCULAR 05 DE 2006

Modifica los artículos 25 y 36 de la Circular 04 de 2006, en relación con la información contenida en los reportes de los precios de medicamentos.

- CIRCULAR 01 DE 2007 ²⁰²

Por la cual se modifican los artículos 11, 22 y 24, se deroga el artículo 23 de la Circular No 04 de 2006 y se dictan otras disposiciones. Relacionada con el reporte a la Secretaría Técnica de la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos por parte de un laboratorio productor o el importador. Cuando un medicamento nuevo se comercialice por primera vez. Así mismo, por todos los laboratorios farmacéuticos productores o importadores de medicamentos, debidamente registrados ante el INVIMA y todos los mayoristas de medicamentos que comercialicen dichos productos.

- CIRCULAR 02 DE 2007 ²⁰³

Por el cual se modifica el artículo 24 de la Circular No. 04 de 2006, modificado por el artículo 4º de la Circular 01 de 2007. Relacionada con los reportes de información en el Anexo Técnico No. 2 de la Circular No. 01 de 2007 de todas las Entidades Promotoras de Salud EPS, Empresas Sociales del Estado ESE, Cajas de Compensación Familiar, Direcciones Territoriales de Salud que compren medicamentos.

Información regulatoria de intereses

El ejercicio de la profesión de Químico farmacéutico se encuentra reglamentada por la ley 212 de 1995 la cual a su vez es reglamentada parcialmente por el decreto 1945 de 1996²⁰⁴, el objeto de esta ley es objeto regular la profesión de químico farmacéutico, como un talento humano perteneciente al área de la salud, con el fin de proteger y salvaguardar el derecho que tiene la población de que se le otorgue calidad y seguridad en los medicamentos, cosméticos, preparaciones farmacéuticas con bases en productos naturales y demás insumos de salud relacionados con el campo de la química farmacéutica. Esta ley define el perfil del profesional Químico Farmacéutico y establece el campo de ejercicio profesional para este recurso humano. La ley 212 además crea el Colegio Nacional de Químicos Farmacéuticos.

199 Disponible en: http://www.presidencia.gov.co/prensa_new/decretoslinea/2006/junio/09/dec1861090606.pdf

200 Disponible en: <http://www.minproteccionsocial.gov.co/VBeContent/library/documents/DocNewsNo16125DocumentNo4085.DOC>

201 Disponible en: <http://www.med-informatica.com/OBSERVAMED/Circular-004-2006.pdf>

202 Disponible en: <http://www.mincomercio.gov.co/eContent/Documentos/Normatividad/Circulares/2007/Circular001.pdf>

203 Disponible en: <http://www.mincomercio.gov.co/eContent/Documentos/Normatividad/Circulares/2007/CircularCNPm-002.doc>

204 Decreto 1945 de 1996. Disponible en: <http://www.minproteccionsocial.gov.co/vbecontent/library/documents/DocNewsNo1101601.doc>

La ley que reglamento la profesión de Tecnólogo en Regencia de Farmacia es la 485 de 1998²⁰⁵ su objeto es regular la profesión de Tecnólogo en Regencia de Farmacia, como un recurso humano perteneciente al área de la salud. Con el fin de asegurar que su ejercicio se desarrolle conforme a los postulados del Sistema Integral de Seguridad Social en Salud, a los reglamentos que expidan las autoridades públicas, a los principios éticos, teniendo en cuenta que con ellos contribuye al mejoramiento de la salud individual y colectiva.

En la ley 485 el Tecnólogo en regencia de Farmacia se define como un Tecnólogo Universitario, perteneciente al área de la salud, cuya formación lo capacita para desarrollar tareas de apoyo y colaboración en la prestación del servicio farmacéutico: y en la gestión administrativa de los establecimientos distribuidores mayoristas y minoristas, se establecen además las actividades propias del ejercicio de la profesión y se crea el Consejo Nacional de Tecnólogos en Regencia de Farmacia el cual tiene como función principal el registro de los Tecnólogos en Regencia de Farmacia.

Mediante el decreto 3616 de 2005²⁰⁶ se reglamento lo concerniente a la capacitación y formación de los auxiliares del área de la salud, además se establecen las normas de competencia para estos recursos humanos, uno de estos auxiliares y el que tiene relación directa con el sector farmacéutico es el auxiliar en servicios farmacéuticos antes auxiliar de farmacia y droguería el cual es un recurso humano con una alta demanda dentro del campo institucional y que es formado mayoritariamente por el SENA. En estos momentos ya esta vigente la titulación del Auxiliar en Servicios Farmacéuticos esta consta de 8 normas de competencia Laboral y un total de 22 elementos a cumplir.

205 Ley 485 de 1998. Disponible en: http://www.secretariassenado.gov.co/leyes/L0485_98.HTM

206 Decreto 3616 de 2005 . Disponible en: <http://minproteccionsocial.gov.co/VBeContent/library/documents/DocNewsNo71DocumentNo1332.PDF>

Anexo 2: Capacidad Instalada. Colombia. 2005

INDICADORES DE RECURSOS, ACCESO Y COBERTURA COLOMBIA 2005	
MEDICOS X 10,000 HABITANTES	12,7
ENFERMERAS X 10,000 HABITANTES	6,1
ODONTÓLOGOS X 10,000 HABITANTES	7,8
CAMAS HOSPITALARIAS X 1,000 HAB	1,2
% DEL PIB GASTADO EN SALUD	4
ATENCIÓN DEL PARTO X PERSONAL CAPACITADO (%)	94,5
% DE USO DE ANTICONCEPTIVOS	77
Fuente: Organización Panamericana de la Salud. Disponible en: http://www.paho.org/spanish/dd/ais/IB-folleto-2005.pdf	

CAPACIDAD INSTALADA POR DEPARTAMENTO. COLOMBIA. 2006.				
DEPARTAMENTO	TOTAL PRESTADORES	SEDES	CAMAS	SALAS
Amazonas	33	33	56	7
Antioquia	4336	4949	4738	383
Arauca	139	157	153	8
Atlántico	550	652	1341	138
Bogotá D.C	8473	9521	6914	414
Bolívar	644	722	810	57
Boyacá	898	1013	1055	80
Caldas	571	600	1456	90
Caquetá	136	182	326	29
Casanare	191	219	319	29
Cauca	463	579	775	83
Cesar	331	367	118	7
Chocó	124	158	270	18
Córdoba	703	802	396	55
Cundinamarca	883	1083	2242	140
Guainía	2	4	14	4
Guaviare	43	60	95	7
Huila	601	634	1291	89
La Guajira	245	249	436	31
Magdalena	253	350	654	49
Meta	537	627	1098	66
Nariño	873	1099	1437	159
Norte de Santander	777	859	1205	62
Putumayo	171	227	259	22
Quindío	516	550	471	30
Risaralda	814	863	852	76

CAPACIDAD INSTALADA POR DEPARTAMENTO. COLOMBIA. 2006.				
DEPARTAMENTO	TOTAL PRESTADORES	SEDES	CAMAS	SALAS
San Andrés y Providencia	75	77	21	5
Santander	1702	1878	2008	182
Sucre	299	373	464	41
Tolima	611	657	979	67
Valle del cauca	2864	3403	4202	335
Vaupés	1	3	32	4
Vichada	33	60	148	21
Total	28892	33010	36635	2788
Fuente: Ministerio de la Protección Social. Dirección General de Calidad de Servicios. Registro especial de prestadores de servicios de salud. Consultado el 10 de Octubre de 2007. http://www.minproteccionsocial.gov.co/habilitacion/consultas/consolidadodepartamental.aspx?pageTitle=Prestadores%20por%20Departamento&pageHlp=				

CAPACIDAD INSTALADA

Según las estadísticas del Sistema Único de Habilitación, del total de prestadores de servicios de salud, 15% son de carácter público, 84% son privadas y 1% de categoría mixta. El 39,7% del total de ellas se encuentran en la región Centro Oriente y el 39,1 en la Pacífica. De la red pública, en el Nivel I de complejidad, el mayor porcentaje se encuentra en la región pacífica, seguida de la Centro Oriente, para el nivel II el mayor porcentaje está ubicado en la región Centro Oriente y para el III nivel más del 50% están en esta región, siendo ausentes en la región Amazonía y Orinoquía.

De acuerdo con las estadísticas del Ministerio de la Protección Social, en el país hay un total de 978 IPS públicas que prestan el servicio farmacéutico, 303 privadas sin ánimo de lucro, 803 privadas con ánimo de lucro y 5 de carácter mixto ²⁰⁷.

Respecto a la distribución nacional de las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS), se observa que en las cinco principales áreas geográficas del país por concentración de población (Bogotá DC, Antioquia, Atlántico, Santander y Valle del Cauca) se agrupa el 63,75% (35.035 IPS) de la oferta total registrada.

²⁰⁷ Registro especial de prestadores de servicios de salud. Ministerio de la Protección Social. Dirección General de Calidad de Servicios. Consultado el día 11 de octubre de 2007. Disponible en: <http://www.minproteccionsocial.gov.co/habilitacion/>

Distribución Nacional de Prestadores por Departamento y por Tipo. 2004.

Departamento	Total Prestadores	% sobre país	I P S				Profesionales Independientes	
			Públicas		Privadas		No.	%
			No.	%	No.	%		
Amazonas	37	0,07	11	29,73	16	43,24	10	27,03
Antioquia	8.822	16,05	381	4,32	1.199	13,59	7.242	82,09
Arauca	160	0,29	29	18,13	27	16,88	104	65,00
Barranquilla	2.110	3,84	9	0,43	344	16,30	1.757	83,27
Atlántico	442	0,80	64	14,48	101	22,85	277	62,67
Bogotá D.C.	14.699	26,75	227	1,54	2.416	16,44	12.056	82,02
Bolívar	523	0,95	164	31,36	120	22,94	239	45,70
Boyacá	1.222	2,22	225	18,41	230	18,82	767	62,77
Caldas	1.386	2,52	210	15,15	166	11,98	1.010	72,87
Cauquetá	311	0,57	78	25,08	58	18,65	175	56,27
Cartagena	1.587	2,89	61	3,84	312	19,66	1.214	76,50
Casare	294	0,54	32	10,88	105	35,71	157	53,40
Cauca	778	1,42	269	34,58	159	20,44	350	44,99
Cesar	906	1,65	166	18,32	185	20,42	555	61,26
Chocó	178	0,32	37	20,79	88	49,44	53	29,78
Córdoba	1.094	1,99	116	10,60	273	24,95	705	64,44
Cundinamarca	1.202	2,19	146	12,15	216	17,97	840	69,88
Guainía	36	0,07	31	86,11	5	13,89	0	0,00
Guaviare	79	0,14	28	35,44	12	15,19	39	49,37
Huila	808	1,47	142	17,57	158	19,55	508	62,87
La Guajira	587	1,07	96	16,35	82	13,97	409	69,68
Magdalena	320	0,58	59	18,44	78	24,38	183	57,19
Meta	651	1,18	59	9,06	121	18,59	471	72,35
Nariño	1.205	2,19	332	27,55	172	14,27	701	58,17
Norte de Santander	1.351	2,46	142	10,51	176	13,03	1.033	76,46
Putumayo	203	0,37	39	19,21	51	25,12	113	55,67
Quindío	722	1,31	51	7,06	115	15,93	556	77,01
Risaralda	1.015	1,85	66	6,50	207	20,39	742	73,10
San Andrés	123	0,22	12	9,76	8	6,50	103	83,74
Santander	2.459	4,47	182	7,40	567	23,06	1.710	69,54
Santa Marta	604	1,10	49	8,11	95	15,73	460	76,16
Sucre	759	1,38	154	20,29	149	19,63	456	60,08
Tolima	1.708	3,11	211	12,35	224	13,11	1.273	74,53
Valle	6.503	11,83	539	8,29	1.126	17,32	4.838	74,40
Vaupés	20	0,04	18	90,00	2	10,00	0	0,00
Vichada	48	0,09	31	64,58	11	22,92	6	12,50
Total	54.952		4.466	8,13	9.374	17,06	41.112	74,81

Registro prestadores de servicios de salud

Distribución de prestadores en áreas geográficas a diferentes Bogotá DC, Antioquia, Atlántico, Santander y Valle del Cauca. 2004

Tipo de prestador	Número prestadores	Número de prestadores por municipio
Total IPS	6.685	6,02
IPS Pública	3.064	2,76
IPS Privada	3.621	3,26
Profesional Independiente.	13.232	11,91
Total prestadores	19.869	17,88

Fuente: Dirección General de Calidad de Servicios. MPS 2004
Registro prestadores de servicios de salud

Tal como se observa en la Tabla, el 70% de las IPS públicas prestan sus servicios en áreas diferentes a Bogotá, Antioquia, Santander y Valle del Cauca, mientras que sólo lo hacen el 38% de las IPS privadas.

El 84,3% de las IPS corresponden al primer nivel de atención, el 13,4% al segundo nivel y el 2,3% al tercer nivel de atención. Del total de IPS, el 68,5% son de carácter municipal (690) concentradas principalmente en el primer nivel (98%), el 28,5% son de carácter departamental, el 2,7% de carácter distrital y sólo el 0,4% de carácter nacional.

Del total de IPS el 78% están conformadas como Empresas Sociales del Estado (ESE), las demás están organizadas como IPS autónomas con posibilidad de ser transformadas en ESE o son unidades prestadoras de servicios de salud dependientes de las direcciones departamentales o municipales de salud. Se evidencia una diferencia importante entre los niveles, ya que en el tercer nivel, todas las IPS están constituidas como ESE, en el segundo nivel con excepción del Hospital Departamental San Juan de Dios de Riosucio de Caldas todas fueron transformadas en ESE y en el primer nivel el 74% está conformado como ESE.

Se encuentra que en las cinco principales áreas geográficas del país por concentración de población (Bogotá DC, Antioquia, Atlántico, Santander y Valle del Cauca) se agrupa el 48,08% (19.619 servicios) de toda la oferta de estos servicios.

Distribución de la Red Pública de Prestadores de Servicios de Salud de cada Región de acuerdo al Nivel de Complejidad

Región	Nivel I		Nivel II		Nivel III	
		%		%		%
Pacífica		37,2		30,6		29,6
Atlántica		20,9		23,8		11,1
Amazonía-Orinoquía		5,6		10,5		0
Centro-Oriente		36,3		35,1		59,3
Total		100		100		100

Tomado de: Minprotección Social. Sistema Único de Habilitación. Disponible en:
<http://www.minproteccionsocial.gov.co/habilitacion/>

DOTACIONES

Se registraron a nivel nacional un total de 52.475 camas. De este total, el 48% son de adultos y el 18% son pediátricas. De las especialidades, las de obstetricia ocupan un 15%, cuidados intermedios e intensivos de adultos 4% y de pediatría aproximadamente 5%.

La razón del número de camas a nivel nacional, se sitúa en 1,14 camas hospitalarias por mil habitantes.

En el Catastro Nacional de Equipos Hospitalarios, un 41% de los 25.515 equipos censados en instituciones de segundo y tercer nivel en 1997 funcionaban irregularmente o estaban fuera de servicio. Las finanzas del mantenimiento hospitalario son de alrededor del 5% del presupuesto de los hospitales públicos y privados²⁰⁸.

En cuanto a los consultorios tanto de consulta externa como de urgencias, el 70,78% se encuentra concentrado en los hospitales, centros y puestos de salud de primer nivel, con un promedio de 5,8 consultorios de consulta externa y 1,4 consultorios de urgencias por cada IPS. El segundo nivel representa el 21,28% de consultorios del total del país, con un promedio de 11,8 de consulta externa y 2,7 de urgencias por institución. El 7,94% corresponde a hospitales de tercer nivel de atención, con promedios de 24,8 consultorios de consulta externa y 5 de urgencias por entidad.

²⁰⁸ Perfil del Sistema de Servicios de Salud de Colombia. Organización Panamericana de la Salud. Programa de Organización y Gestión de Sistemas y Servicios de Salud. Mayo de 2002.

Respecto a las mesas de partos, se presentan una distribución por niveles similar a la de consultorios. Para el primer nivel hay en promedio 1,5 mesas por hospital y en ellos se encuentra el 82,8% de las mesas del país.

En segundo nivel, cada hospital tiene 1,6 mesas en promedio y representan el 13,7% a nivel nacional. El tercer nivel tiene en promedio 2,4 mesas, las cuales son el 3,61% del total de mesas de partos del país.

El 47,6% de las salas de cirugía se encuentran en primer nivel (301 salas de cirugía), esto indica un promedio de 1,3 salas por cada institución que presta este servicio. El segundo nivel tiene una participación de 33,86% dentro del total de salas de cirugía, con promedio de 2,4 salas por hospital. El 18,6% corresponde a los hospitales de tercer nivel de atención, con un promedio de 6,4 salas por IPS.

El primer nivel de atención tiene mayor participación de consultas ya que realiza el 76% de las de medicina general y especializada y el 67% de las consultas de urgencias.

RECURSO HUMANO

Existen varios trabajos recientes que evalúan la situación del ejercicio profesional a raíz de los procesos de Reforma, descentralización y tendencia a la privatización de la atención en salud que demuestran que el perfil ocupacional se ha modificado, las exigencias laborales para las enfermeras muestran un mayor peso de lo administrativo en detrimento de las labores clínicas directas con los pacientes, el ejercicio privado de los médicos ha disminuido ostensiblemente (solo 7,77% de los profesionales trabajan por fuera del sistema de seguridad social en salud), y el trabajo de los especialistas está mediado por la referencia del médico general y debe enmarcarse en restricciones implantadas por las empresas que manejan el mercado asistencial.

Los problemas pueden resumirse en: a) desequilibrio entre la oferta de diferentes categorías y la demanda de sus servicios por carencia de planeación y por insuficiencia y pobre confiabilidad de la información y por carencia de estímulos para una mejor redistribución geográfica; b) inconsistencias entre los perfiles socioeconómicos/epidemiológicos con los perfiles ocupacionales, e incongruencias entre lo anterior y los objetivos, contenidos, estrategias y métodos pedagógicos; estas inconsistencias pueden explicarse en parte por que no ha habido una redefinición de modelos asistenciales ni una reconstrucción de redes de servicios, coherentes con el nuevo sistema de seguridad social en salud; c) escaso reconocimiento de la importancia de la gestión de RRHH sobre la productividad y calidad de la atención, en aspectos críticos como flexibilización laboral, tendencia a la proliferación de contratos externos para actividades sustantivas (externalización), precarización de las condiciones de trabajo con pérdida de compromiso y deterioros de la moral de trabajo y de la motivación (23% de los profesionales están laborando sin contratos estables de trabajo - 33% en el caso de los médicos); d) carencia de políticas y estrategias de evaluación del desempeño y de planes congruentes de educación continua y supervisión formadora²⁰⁹.

209 Perfil del Sistema de Servicios de Salud de Colombia. Organización Panamericana de la Salud. Programa de Organización y Gestión de Sistemas y Servicios de Salud de 2002.

Recursos Humanos en el Sector de la Salud

TIPO DE RECURSO	AÑO							
	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Razón de médicos por 10,000 hab.	9	ND	9.9	ND	11.3	10.5	9.2	9.4
Razón de Enfermeras (os) profesionales por 10,000 hab.	ND	4.83	ND	ND	ND	4.8	ND	5.7
Razón de odontólogos por 10,000 hab.	ND	4.03	ND	ND	ND	ND	ND	8.0

Fuente(s): Superintendencia Nacional de Salud. Ministerio de Salud. El talento humano en salud. Segunda edición actualizada. 1998.; WHO Estimates of Health Personnel <http://www.who.int/whosis/statistics>; The World Bank, Health Nutrition and Population Statistics <http://devdata.worldbank.org/hnpstats>

Durante los dos últimos años se han venido desarrollado cuatro proyectos contratados por el Ministerio de Salud que en su conjunto aportan información y propuestas para que las autoridades definan un Plan de Desarrollo de Recursos Humanos para el sector.

El Salvador

RESUMEN EJECUTIVO

El presente estudio tiene por objeto describir y caracterizar el mercado de los servicios de salud primaria y de medicamentos para sectores de la base de la pirámide con difícil acceso a ellos, para establecer probables modelos de negocios inclusivos²¹⁰ factibles de operar para brindarlos con mínimo costo y alta calidad. Para su levantamiento se realizaron 10 entrevistas a profundidad con informantes clave de los distintos subsectores de salud, 10 grupos focales, un panel de expertos, y una revisión bibliográfica exhaustiva sobre la temática.

Los actores involucrados en esta investigación son el equipo del Departamento de Salud Pública de la Universidad Centroamericana José Simeón Cañas, el equipo FUNDES El Salvador e Internacional, expertos en trabajo de Organizaciones No Gubernamentales, de trabajo con el Sector Público y Privado tanto de médicos y farmacias, representantes de entidades que tiene a su cargo la epidemiología del país, y la salud rural, el programas de promotores de salud, profesionales que trabajan directamente en el área de producción y comercialización, así como en la dispensa de medicamentos y sobre todo las mujeres usuarias de los servicios de salud (como población meta del estudio).

La población de El Salvador para el año 2004 era de 6,757,408 habitantes, los cuales se concentraban en el área urbana (60%). El 51% eran mujeres y el 49% hombres. El 34% de la población era menor de 15 años. La esperanza de vida al nacer en El Salvador para el quinquenio 2005-2010 es de 71.77 años. La pobreza afectaba a un 35.2 % de los hogares en 2004. El 22.8% de los hogares salvadoreños vivía en pobreza relativa y el 12.3% vivía en extrema pobreza. La pobreza extrema es una condición que afecta principalmente al área rural.

Por cada 10 mil habitantes el país dispone de 14 médicos/as, 7 enfermeras/os, 6 odontólogos/as, 4 psicólogas/os, 3 químico farmacéuticos/as, 3 licenciadas/os en enfermería, 2 licenciadas/os en laboratorio clínico y menos de un profesional en las licenciaturas de trabajo social, anestesiología, nutrición y dietética, fisioterapia, radiología y materno infantil.

El perfil epidemiológico de El Salvador está compuesto por: 1) Enfermedades infecciosas endémicas y epidémicas, emergentes y reemergentes 2) Enfermedades no infecciosas en claro ascenso; 3) Violencia y lesiones de nivel epidémico; 4) una epidemia de enfermedad mental muy ligada a alcoholismo y a otras adicciones; 5) todo ello en un contexto de hambre y de desnutrición coexistente con sobrepeso y obesidad, así como de pobreza.

Entre los principales problemas políticos y sociales que influyen en la situación de salud y en la prestación de servicios de salud destacan: la pobreza; el estancamiento del crecimiento económico; un elevado crecimiento poblacional; la prevalencia del binomio desempleo/ subempleo con un 6.8% de desempleo general y 34.6% de la población económicamente activa urbana subempleada.

El Sector Salud en El Salvador está conformado por tres subsectores: (1) Subsector Público, constituido por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social; (2) El Subsector Seguridad

²¹⁰ Negocio inclusivo: son iniciativas económicas rentables y responsables que mejoran la calidad de vida de personas de bajos ingresos al permitir: (1) su participación en alguna etapa de la cadena de valor; (2) su acceso a servicios básicos esenciales de mejor calidad o a menor precio; y/o (3) la compra de productos que generan un círculo virtuoso de oportunidades de negocios y beneficios socio-económicos.

Social formado por el Instituto Salvadoreño del Seguro Social, Bienestar Magisterial, y Sanidad Militar; y (3) El Subsector Privado: Incluye entidades con fines de lucro, como hospitales, clínicas, droguerías, farmacias, laboratorios, compañías de seguro; y a los profesionales y técnicos/as de la salud ejerciendo en lo privado. Además, reúne a los Organismos Privados sin fines de lucro tales como Iglesias, Fundaciones y Organizaciones No Gubernamentales (ONG`s). La característica principal del sector salud en El Salvador es su desintegración y dispersión, con lo que duplica el uso de los recursos institucionales o se subutilizan los mismos.

La infraestructura del sector salud en El Salvador consta de 3,274 establecimientos de salud, los que se encuentran distribuidos así: (1) Subsector público: Cuenta con 623 establecimientos (30 hospitales; 369 Unidades de Salud; 170 Casas de Salud; 51 Centros Rurales de Nutrición; y 3 clínicas); (2) Subsector Seguridad Social: Posee 293 establecimientos (El ISSS tiene 10 hospitales; 68 unidades médicas y 213 clínicas empresariales. Por su parte, Sanidad Militar sólo dispone de 2 hospitales; mientras que, Bienestar Magisterial no posee ningún establecimiento propio); (3) Subsector privado: Existen 2,353 establecimientos (39 hospitales; 2,314 clínicas; 1844 farmacias; 229 establecimientos que venden medicinas naturales y otras no certificadas). La mayoría de establecimientos se concentran en el departamento de San Salvador en todos los subsectores de salud. El 97% de los establecimientos del Sistema laboran en función del Primer Nivel de atención. El 70% de establecimientos pertenecen al subsector privado.

En cuanto a la cobertura en salud, se estima que al MSPAS le corresponde brindar atenciones en salud al 75-80% de la población salvadoreña; 17% al ISSS; 1% a Bienestar Magisterial; y 1% a Sanidad Militar. Al Subsector Privado le corresponde cubrir al 3-5% de la población. Las coberturas reales para el 2005 fueron: MSPAS 61.3%; ISSS 13.6%; subsector privado lucrativo 18.9%; y ONG`s, los Programas Sociales o Farmacias el 6.3%. Durante dicho año el 53.7% de la población utilizó el sistema de salud y el 46.3% no lo utilizó.

El sector privado de tipo lucrativo obtiene su financiamiento de la población que acude en demanda de sus servicios. Aproximadamente un 35% de la demanda por consulta externa es cubierto por el sector privado. La población más atendida por este sector son los niños y las mujeres en edad fértil. El 4% de la población pobre asiste a la consulta privada. El gasto per cápita en salud de los hogares es de US \$98 desde 1998. Dicho gasto (4.3% PIB) constituye el 54% del gasto nacional en salud (8% PIB), y supera en 2.5 veces al gasto del MSPAS (1.8%). Casi un 50% del gasto privado es usado en automedicación.

El funcionamiento de las instituciones relacionadas con la salud está regulado por la Constitución de la República; el Código Penal; el Código de Salud; La Ley de Protección al Consumidor; la Ley de Farmacias, y diversos reglamentos, guías de atención y protocolos del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS). Las instituciones que velan por el cumplimiento de las leyes y reglamentos son el MSPAS, el Consejo Superior de Salud Pública y las Juntas de Vigilancia respectivas; así como también el Centro para la Defensa del Consumidor.

Entre las debilidades y necesidades insatisfechas por el sector salud diagnosticadas a través de este estudio se encuentran: (1) El 48.24% de la población salvadoreña (equivalente a 3,126,000 personas) carece de cobertura real en salud, siendo la situación económica el principal obstáculo para buscar atención; (2) La cobertura de la población por establecimiento de primero y segundo nivel es baja: 2.7 por diez mil en el MSPAS y 2.6 por diez mil en el ISSS; (3) El modelo de atención actual es predominantemente curativo; (4) La calidad de la atención es mala debido a su corta duración, falta de calidez, deficiencia en la capacitación del médico y los largos tiempos de espera; (5) El gasto en medicamentos es alto, ya que no se promueven los medicamentos

genéricos (que son más baratos) ni se orienta a la población para el uso racional de los medicamentos.

Los modelos de atención evaluados a la luz de las necesidades insatisfechas y los resultados obtenidos en el presente estudio fueron “Mi Farmacita” de México y el Sistema SSER-CEGIN de Argentina así como REMEDIAR que es un modelo público también.

Dado que El Salvador presenta características muy especiales, alguna parte de la población en pobreza, en áreas rurales y urbanas marginales, puede aportar una cantidad para la compra de servicios médicos y medicamentos en relación a lo que poseen. Si bien es cierto que en nuestro país existe una difícil situación económica, existen experiencias como la de un programa de salud rural a nivel nacional, donde se ha logrado establecer un programa de prevención de cáncer cervico-uterino y las personas que reciben el servicio están aportando cierta cantidad de dinero que no es el costo real de la atención, la población en estas comunidades prefieren aportar algo de dinero para pagar el servicio a cambio de una mejor calidad de atención. Se podría decir que la población blanco de extrema pobreza no necesariamente es la única que debería ser la población blanco de un proyecto empresarial. Por lo que es importante identificar y focalizar la oferta de servicios que se elija proponer a las personas que tiene mayor capacidad de pago en estas áreas rurales y urbanas marginales, ya que el volumen de población hace atractivo el desarrollar el proyecto (2.3 millones de personas aproximadamente).

En poblaciones que subsisten con menos de un dólar al día no es acertado pensar que podrían pagar más de ese monto por una atención, lo cual harían con mucho sacrificio; sin embargo, ante la posibilidad de recibir una atención oportuna, de calidad, con calidez y con medicamentos de buena calidad, las personas que tengan más poder adquisitivo podrían acceder a los servicios, ya que los medicamentos comprados en las farmacias resultan altamente onerosos, además de que no tienen su calidad certificada. Pero hay expertos que siguen sosteniendo que la atención médica y medicamentos deben seguir siendo subsidiados por parte del Estado porque las personas de extrema pobreza no pueden aportar nada.

Algo que debe tomarse en cuenta para el abordaje de este problema es que no se trata de invertir la relación entre el consumo de medicamentos de la población y el poder adquisitivo, si no de crear en la población de más bajos recursos un acceso adicional al consumo de medicamentos que complemente lo que esa parte de la pirámide poblacional no puede adquirir.

En El Salvador se tiene una industria farmacéutica poderosa que determina el mercado, lo cual sería muy difícil de cambiar. Se debe tomar en cuenta que la industria farmacéutica está subutilizando en un 60 a 70% su capacidad de producción, y se podría utilizar para este proyecto de modo que los recursos de producción farmacéutica del país - que en la actualidad van mucho allá de la capacidad de venta - sean utilizados al máximo.

El modelo más recomendable es un sistema híbrido que garantice el consumo para los usuarios y beneficio para el laboratorio, pero donde el interés fundamental sea el beneficio de la población. Es difícil escoger un modelo, pero existe una alternativa, un modelo participativo, un modelo de organización del MI FARMACITA, que se combine con lo fundamental del modelo de los Argentinos SSER/CEGIN, donde se tiene pequeñas organizaciones de servicio y de consumo de salud en el primer nivel de atención. Se concluye, que ninguno de los dos modelos privados con fines de lucro analizados es viable en el país en su forma original, pero se sugirió un híbrido, tomando en cuenta la parte organizativa e infraestructura de “Mi Farmacita” y la forma de proporcionar la atención de SSER/CEGIN, además de tomar en cuenta la coordinación con otras

estructuras de salud, y que en un primer momento podría el Estado servir de proveedor de medicamentos, o la industria farmacéutica local participar como actor en el modelo para disminuir costos. Se podría considerar que tiene más oportunidades de ser viable dicho modelo híbrido, pero se tiene que tomar en cuenta la cultura de la población blanco, asegurando que el modelo responda con calidad, calidez y oportunidad en la atención a la población rural y urbana marginal.

Para que este modelo funcione el medicamento debe ser barato para la población objetivo y los servicios estén ubicados de acuerdo a su situación económica y geográfica de las personas atendidas; además de trabajar en la sensibilización de la población. Se debe además segmentar la población de la base de la pirámide, buscando el mercado adecuado, no necesariamente la población de extrema pobreza, sino aquella que tenga cierta capacidad de pago (por ejemplo la población pobre que recibe remesas). El modelo debe ser autosostenible, no asistencialista.

INTRODUCCIÓN

Los negocios inclusivos se consideran una opción innovadora para utilizar las fuerzas del mercado con el fin de generar valor social y equidad para los 360 millones de personas en América Latina que no llegan a cubrir sus necesidades básicas. Para FUNDES, los negocios inclusivos son iniciativas económicas rentables y responsables que mejoran la calidad de vida de personas de bajos ingresos al permitir: (1) Su participación en alguna etapa de la cadena de valor; y/o (2) Su acceso a servicios básicos esenciales de mejor calidad o a menor precio; y/o (3) La compra de productos que generan un círculo virtuoso de oportunidades de negocios y beneficios socio-económicos.

FUNDES en su afán de contribuir al fortalecimiento y expansión de los negocios inclusivos en América Latina, se propuso llevar a cabo el estudio “Análisis Sectorial de los Servicios de Salud”, con el fin de identificar y desarrollar nuevos modelos de negocios inclusivos en el área de servicios de salud en El Salvador.

Se realizó un estudio con el objeto de describir y caracterizar el mercado de los servicios de salud primaria y medicamentos para sectores de la base de la pirámide con difícil acceso a ellos, para establecer probables modelos de negocios inclusivos factibles de operar para brindarlos con mínimo costo y alta calidad. La metodología utilizada incluyó: (1) La investigación bibliográfica; (2) Las entrevistas a profundidad con informantes clave de los diferentes subsectores sanitarios del país; (3) Grupos focales con médicos que laboran en el primer nivel de atención del sistema de salud, con personal de Organizaciones No Gubernamentales (ONG's) que proveen servicios de salud a la población que vive en situación de pobreza; con mujeres del área rural y con mujeres de comunidades urbano-marginales; y (4) Un panel de expertos, en el que se contó con la participación de dos representantes de ONG's que brindan atenciones de primer nivel a poblaciones de menores recursos económicos en Morazán y en todo el país; una representante del Centro para la Defensa del Consumidor (CDC) como líder de opinión; un Doctor en Economía de la Universidad Centroamericana José Simeón Cañas (UCA); y un representante de la Industria Farmacéutica que labora como director médico.

Entre las limitantes que se encontraron para desarrollar este estudio se pueden mencionar: La falta de acceso a información oficial actualizada, y el temor de algunos informantes claves a participar libremente en proporcionar información.

El presente estudio de mercado consta de 7 capítulos:

- I. Caracterización de la población (en lo social, lo demográfico, lo económico y en lo epidemiológico);
- II. Análisis de la cobertura actual de los servicios de salud;
- III. Análisis del entorno legal, normativo y de fiscalización;
- IV. Análisis de la estructura del mercado;
- V. Actores clave;

- VI. Modelos de atención para generar soluciones a la problemática
- VII. Conclusiones y recomendaciones.

I. CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN.

1.1. *En lo social.*

Según los últimos informes de la Fundación Salvadoreña para el Desarrollo Económico y Social (FUSADES), El Salvador experimentó cambios durante la década de los noventa en materia política, económica y social. En el ámbito social, el porcentaje de personas cuyos ingresos se situaron por debajo de la línea de pobreza se redujo en 23.2 puntos porcentuales entre 1992 y 2003, pasando de 65% a 41.8%. La disminución en la incidencia de la pobreza se debió principalmente a la reducción de la pobreza urbana, que fue de 24.5 puntos porcentuales, pasando de 59.1% a 34.6% durante dicho período. La pobreza rural también descendió pero a un ritmo más lento, en 18.1 puntos porcentuales.

Con respecto al comportamiento de la pobreza extrema,²¹¹ la Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples (EHPM) de la Dirección General de Estadística y Censos (DIGESTYC) demuestra que ésta disminuyó más rápidamente entre 1992 y 1999. En el período 2000-2002 se mantuvo prácticamente constante alrededor del 19%, y en 2003 volvió a mostrar una caída. La pobreza extrema es una condición que afecta principalmente al área rural. En 2003 el 25.7% de la población rural se encontraba en esta condición, mientras que sólo el 11.2% de la población urbana la padecía.

Además se dieron cambios en la estructura de los ingresos de las familias, y específicamente se observó una menor dependencia de los ingresos obtenidos por la realización de labores agropecuarias. El porcentaje de personas cuya fuente principal de ingresos era el sector agropecuario se redujo en cerca de 20 puntos porcentuales, pasando de 38.9% en 1991 a 18.1% en 2002. En cambio, aumentó la proporción de personas cuya fuente primordial de ingresos provenía del resto de sectores, a excepción de la Industria. En el área rural el ingreso no agropecuario ha cobrado relevancia, especialmente el que se genera a través de actividades microempresariales.

Las remesas también se consideran un factor que ha ayudado a reducir la pobreza. Las encuestas de hogares muestran que el porcentaje de familias que reciben remesas ha venido aumentando desde 1990, aunque sólo una pequeña proporción de los hogares más pobres las reciben (11% en el 2002). La importancia relativa de las remesas dentro del ingreso per cápita también se ha incrementado en los últimos años (de 5% en 1999 a 7% en 2002). De acuerdo con el Banco Central de Reserva (BCR), el monto total percibido en concepto de remesas en El Salvador durante el año 2006 fue de 3,300 millones de dólares de los Estados Unidos. Esta mayor disponibilidad de ingresos económicos en los hogares que reciben remesas, ha permitido mejorar la alimentación, la vivienda, el vestuario, la educación, el esparcimiento y el transporte; lo que a su vez ha incidido directa o indirectamente en la salud de estos grupos familiares. Asimismo, se ha verificado que el gasto en higiene del hogar aumenta con las remesas, puesto que se tiene mayor capacidad de adquirir y de utilizar más productos para la higiene personal, de aseo del hogar y de lavandería.

²¹¹ Pobreza Extrema: Se considera en situación de pobreza extrema a aquellos hogares que no alcanzan a cubrir el valor de la canasta básica de alimentos, cuyo valor promedio mensual para el año 2004, según la EHPM, era de US \$130.02 en el área urbana y de US \$96.28 en el área rural de El Salvador.

Se estima que el monto recibido mensualmente por el 96% de familias salvadoreñas en concepto de remesas se ubica en el rango de 50 y 150 dólares de los Estados Unidos²¹². Con respecto al gasto directo de las remesas en medicinas, entre los pocos datos existentes se puede destacar el siguiente: el 42% de las familias destina las remesas para la comprar medicina y el 26% para la educación de los hijos de los emigrantes²¹³. Respecto al gasto de remesas en salud, FUSADES publicó recientemente que el 2.2% del monto mensual recibido por las familias salvadoreñas en concepto de remesas es destinado a salud. Dicho dato coincide con la cifra reportada en una investigación realizada en el Municipio de Nueva Concepción del Departamento de Chalatenango, y que fue publicada en el año 2002, según la cual únicamente el 6% de los hogares consultados destinaban las remesas para gasto en medicinas²¹⁴.

Es necesario considerar, al evaluar la utilidad de las remesas en la salud, el impacto que la emigración ha tenido tanto en los hogares directamente afectados por este fenómeno como en la comunidad salvadoreña en general, debido a que entre la población salvadoreña existe la percepción de que la emigración de la población joven mejora las condiciones económicas del país. Sin embargo, aunque la emigración se estime como una vía para mejorar la calidad de vida de las personas, en la práctica no ha sido un buen instrumento para mejorar sensiblemente las condiciones básicas requeridas para calificar a la vida humana como digna²¹⁵.

1.2 En lo demográfico.

La población total del país para el año 2004 se estimó en 6,757.408 personas. El 51% (3,435.844) eran mujeres y el 49% (3,321.514) eran hombres. El 60% de la población residía en el área urbana y el 40% restante en el área rural durante ese mismo año.

Al dividir por grupos de edades, se observa que el 34% de la población eran menores de 15 años; el 56% estaba constituido por personas con edades comprendidas entre los 15 y los 59 años y; el 10% restante tenía 60 ó más años. Esto se resume en cuadro No. 1.

CUADRO N° 1. PERFIL DEMOGRÁFICO POR GRUPOS POBLACIONALES. JULIO 2004

CARACTERÍSTICA	CANTIDAD	%
Población total	6.757.408	100 ^a
Mujeres	3.435.844	51 ^a
Hombres	3.321.564	49 ^a
Urbano	3.840.164	59 ^b
Rural	2.670.184	41 ^b
Población 0-14 años	2.234.384	34 ^b
Población 15-59 años	3.616.769	56 ^b
Población 60 y más años	659.195	10 ^b

²¹² Rivera Funes, O.F. "Las migraciones internacionales y sus efectos económicos en El Salvador". Población y Salud en Mesoamérica. Revista electrónica. Centro centroamericano de Población. Universidad de Costa Rica. San José, Costa Rica.

²¹³ Rivera Funes, O.F. "Las migraciones internacionales y sus efectos económicos en El Salvador". Población y Salud en Mesoamérica. Revista electrónica. Centro centroamericano de Población. Universidad de Costa Rica. San José, Costa Rica.

²¹⁴ Lungo, M. y Kande, S. "Migración internacional, transnacionalismo y cambios socioculturales en Nueva Concepción". Revista Estudios Centroamericanos. ECA 648: 911-930. UCA. San Salvador, El Salvador.

²¹⁵ Vega, A.L. y Hernández, Xochilt. "Migración, recepción de remesas, mejora de la calidad de vida y microempresas en El Salvador: Un estudio exploratorio". Colección Apuntes sobre Migración. UCA. San Salvador, El Salvador.

Fuente: E. Selva Sutter y H. Guzmán, en base a datos de: (a) Unidad de información en salud. MSPAS 2004 y
b) Encuesta de Hogares de Propósito múltiples 2002. DIGESTYC.

Según el Population Reference Bureau, el comportamiento de la dinámica poblacional en El Salvador, es el siguiente:

1. Los nacimientos por cada 1000 habitantes son 26;
2. Las defunciones por cada 1000 habitantes son 6;
3. La tasa de incremento natural de la población es de 2%;
4. La tasa de mortalidad infantil es de 25 por mil nacidos vivos;
5. La tasa global de fecundidad es de 3%;
6. El porcentaje de la población menor de 15 años es 36;
7. El porcentaje de la población mayor de 65 años es 5;
8. La esperanza de vida al nacer en años, total, es 70;
9. La esperanza de vida al nacer en años, para hombres, es 67;
10. La esperanza de vida al nacer para mujeres, es 73;
11. El porcentaje de la población urbana, es 59;
12. El porcentaje de población que vive con menos de US \$2 al día, es 41;
13. La extensión superficial del territorio salvadoreño es de 21,041 km²;
14. La densidad poblacional por km², es 333;
15. El porcentaje de la población urbana con acceso a sanidad, es 78;
16. El porcentaje de la población rural con acceso a la sanidad, es 40.

En cuanto la distribución geográfica de la población total (ver cuadro No. 2), esta se distribuye por grandes conglomerados: el departamento de San Salvador concentra el 32% (2,159,793 habitantes) de la población; La Libertad concentra al 11.31% (764.349 habitantes). Hay dos departamentos (Santa Ana y San Miguel) que tienen poblaciones arriba de los 550,000 habitantes. Sonsonate tiene una población de 494,678 habitantes. Los departamentos de Ahuachapán, Usulután y La Paz tienen poblaciones hasta de 350 mil habitantes. La Unión, Cuscatlán y Chalatenango tienen poblaciones entre los 200,000 y 300,000 habitantes. Los tres departamentos restantes (Morazán, San Vicente y Cabañas) tienen poblaciones de 156,000 a 177,000 habitantes.

CUADRO N° 2: DISTRIBUCIÓN GEOGRÁFICA DE POBLACIÓN POR DEPARTAMENTO, JULIO 2004

DEPARTAMENTO	POBLACIÓN	%
San Salvador	2,159,793	31.96%
La Libertad	764,349	11.31%

Santa Ana	595.212	8.80%
San Miguel	522.057	7.72%
Sonsonate	494.678	7.32%
Ahuachapán	347.357	5.14%
Usulután	345.901	5.11%
La Paz	312.943	4.63%
La Unión	299.727	4.43
Cuscatlán	210.596	3.11
Chalatenango	201.912	2.98
Morazán	177.768	2.63
San Vicente	168.953	2.50
Cabañas	156.162	2.31
Total	6,757.408	100.

Fuente: Elaboración con base en datos Unidad de Información en Salud del MSPAS. Población estimada al 2004.

1.3 En lo económico.

Con respecto a la población económicamente activa (PEA)²¹⁶ o fuerza laboral, se determinó que para el 2004 estaba conformada por 2, 710,237 personas. De ellas, el 61.1% vivía en el área urbana y el 38.9% en la rural. La PEA estaba integrada en su mayoría por hombres (60.4%); y el 39.6% restante por mujeres. En los últimos años se han incrementado sustancialmente la PEA de mujeres, debido al deterioro de la situación económica de las familias y al empoderamiento de las mujeres en la última década. No obstante, su actual conformación sigue siendo baja comparada con la de los hombres.

Con relación al desempleo, se trata de un fenómeno que se ha mantenido en la mayoría de los años inferior al 8%. Para el 2004, según la EHPM, la proporción de personas desempleadas del total de la PEA fue de 6.8%, siendo para el área urbana y rural del país, igual a 6.5% y a 7.2% respectivamente. En cuanto al sexo, desempleo afectó al 8.7% de los hombres y al 3.8% de las mujeres. Esto último se debe básicamente a que el porcentaje de mujeres incorporado al mercado laboral es menor.

A pesar que los índices de desempleo reportados son relativamente bajos, es necesario señalar que uno de los principales obstáculos para su superación sigue siendo la escasa creación de empleos, la cual a su vez es producto del lento crecimiento de la economía salvadoreña. Además, es importante hacer notar que aunque los índices de desempleo son bajos, no se están generando empleos bien remunerados; por lo que aunque las personas se encuentren insertadas en el mercado laboral, los ingresos obtenidos como pago por su trabajo con frecuencia resultan insuficientes para satisfacer sus necesidades humanas fundamentales.

En lo relativo al subempleo²¹⁷, se observa que este afecta a una alta proporción de la población, a

²¹⁶ DIGESTYC. "Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples 2003-2004". PEA: Es aquella parte de la población en edad de trabajar que ofrece su fuerza de trabajo al mercado laboral.

²¹⁷ De acuerdo con la definición internacional, las personas en situación de subempleo visible abarcan a todas las personas con empleo asalariado o con empleo independiente, trabajando o con empleo pero sin trabajar, que durante el período de referencia trabajan involuntariamente menos de la duración normal de trabajo para la actividad correspondiente, y que buscaban o estaban disponibles para un trabajo adicional. Esto significa que el subempleo visible se define como una subcategoría del empleo, y que existen tres

diferencia del desempleo que presenta una tasa de baja magnitud. De acuerdo a la EHPM de 2004, la tasa de subempleo urbana en nuestro país era del 34.6%. De este porcentaje, el 30.3% correspondía a los subempleados invisibles o por ingresos; y el 4.3% restante a los subempleados visibles o por jornada.

Lo anterior significa que el mercado laboral salvadoreño registra cambios adversos a los trabajadores, ya que se están incrementando los trabajos más precarios. Esto queda evidenciado con las EHPM del período 1992-2003, donde aproximadamente uno de cada dos puestos de trabajo generados eran empleos de baja productividad de ingresos. Este fenómeno observado ha tenido como consecuencia cambios en la estructura de la ocupación, ya que el sector informal de la economía está representando progresivamente un segmento importante para los salvadoreños en comparación con el sector formal de la economía, y el sector agropecuario. Por tal motivo, una elevada fracción de la fuerza de trabajo no cuenta con sistemas de protección social en materia de salud, seguros de desempleo y sistemas de retiro.

El incremento de las actividades informales es una respuesta al deterioro económico de las familias en El Salvador, ya que grupos familiares están desarrollando diversas estrategias para sobrevivir, haciendo uso de toda su fuerza de trabajo disponible, incluso la de mujeres, niños y adultos mayores. Esto incluye las actividades ilegales de piratería y otras de carácter delictivas.

Esta situación ha cambiado profundamente las relaciones entre los integrantes de las familias, con disminución de los niveles de bienestar. Ejemplo de ello es que los tiempos para la crianza y el cuidado de los niños, para la preparación de alimentos, para la atención de los adolescentes, para la convivencia y la recreación, se han modificado, y muchas veces sacrificado; situación que atenta contra el derecho a un nivel de vida adecuado y a una mejora continua de las condiciones de existencia.

Con respecto a la división sexual del trabajo, encontramos que el mercado de trabajo productivo para las mujeres se manifiesta de tres formas: (i) menor ocupación para las mujeres, (ii) una ocupación de mujeres en el mercado laboral con menores horas de trabajo semanal y, (iii) jefas de hogar que reciben menos créditos para realizar actividades por cuenta propia.

Otra manifestación de este fenómeno diferencial de género que se observa en los procesos de inserción de las mujeres al mercado laboral, se evidencia por los siguientes hechos: (i) las jefas de hogar casadas o acompañadas tienen menor nivel de ocupación que los jefes de hogar en la misma condición, (ii) las jefas de hogar con mayor nivel de escolaridad que los jefes de hogar no necesariamente tienen un mayor nivel de ocupación y (iii) el ingreso familiar de los hogares con jefa de hogar es inferior al de los hogares con jefe de hogar.

Durante el período 1991-1996 la situación económica de los hogares con jefatura femenina a nivel urbano y rural ha mejorado en relación a los hogares con jefatura masculina. Esta situación tiene que ver con el hecho de que las mujeres, aún en las áreas rurales, se están incorporando a trabajar en actividades comerciales y de servicios, las cuales generan ingresos mayores que las actividades agrícolas. Otro factor que ha contribuido a tal fenómeno es que la proporción de hogares con jefatura femenina que reciben remesas familiares es mayor que los hogares con jefes hombres.

criterios para identificar, entre las personas ocupadas, a las visiblemente subempleadas: (i) Trabajar menos de la duración normal; (ii) Lo hacen de forma involuntaria; (iii) Desea trabajo adicional y están disponibles para el mismo durante el período de referencia. Para considerar a una persona en situación de subempleo visible, los tres criterios deberán ser satisfechos simultáneamente.

CUADRO N° 3. SALARIOS MÍNIMOS VIGENTES EN EL SALVADOR EN US \$/DÍA. 2003 Y 2004.

SECTOR	2003	2004
COMERCIO Y SERVICIOS	5.28	5.28
Aprendices primer año (50% mínimo)	2.64	2.64
Aprendices segundo año (75% mínimo)	3.96	3.96
Aprendices tercer año (100% mínimo)	5.28	5.28
INDUSTRIA	5.16	5.16
Aprendices primer año (50% mínimo)	2.58	2.58
Aprendices segundo año (75% mínimo)	3.87	3.87
Aprendices tercer año (100% mínimo)	5.16	5.16
MAQUILA TEXTIL Y CONFECCION	5.04	5.04
Aprendices primer año (50% mínimo)	2.52	2.52
Aprendices segundo año (75% mínimo)	3.78	3.78
Aprendices tercer año (100% mínimo)	5.04	5.04
CONSTRUCCIÓN		
Mano de obra calificada	8.86	8.86
Obreros auxiliares	7.22	7.22
AGROPECUARIO	2.47	2.47
Recolección de café	3.57	3.57

FUENTE: Ministerio de Trabajo, MAG y CASALCO. 2003 y 2004.

Con relación al salario mínimo, el comportamiento experimentado en el año 2003 y 2004 para los diferentes sectores de la actividad económica (ver cuadro No 3) se ha caracterizado porque a partir del 1 de junio de 2003 se fijaron salarios mínimos diferenciados para los sectores comercio y servicios, industria y maquila, sectores que antiguamente tenían un mismo salario mínimo, siendo mayor los salarios del sector construcción. Los salarios del sector agropecuario no han experimentado cambios desde el segundo trimestre de 1998.

Cuando se consideró la tasa de inflación (5.3%) vigente a diciembre de 2004, se observó que los salarios mínimos reales sufrieron una disminución con respecto a los obtenidos en 2003.

Entonces en El Salvador el deterioro del poder adquisitivo de los salarios mínimos implica que para que una familia de trabajadores de salario mínimo alcance el mismo ingreso que tenía un solo trabajador en 1980, actualmente se necesita que trabajen sus dos miembros.

Con respecto al trabajo en el área rural y sus condiciones de trabajo, se observa que las personas en el área rural trabajan durante largas jornadas, reciben bajas remuneraciones; padecen inseguridad; y son excluidos de la protección de la seguridad social. Además, laboran en condiciones insalubres y riesgosas; su alimentación es de mala calidad, por lo que con frecuencia adolecen de desnutrición. Asimismo, se ha determinado que las personas en el área rural carecen de acceso a servicios de salud y a educación. Todo lo anteriormente descrito permite afirmar que en el área rural se encuentran los trabajadores más vulnerables de El Salvador, dado que

tradicionalmente su protección ha estado fuera del interés y capacidades del Estado, por lo que sistemáticamente se les ha violentado sus derechos a expresarse y a ser escuchados en defensa de sus propios intereses.

Con respecto a la situación del ingreso familiar, según la EHPM, para el 2004 el ingreso promedio mensual de los hogares a nivel nacional era de US \$418. Al desglosarlos por área geográfica, se observa que en los hogares urbanos el ingreso era dos veces superior (US \$513) al de los hogares rurales (US \$257). Entonces, los bajos niveles de ingreso se convierten en uno de los factores determinante de la pobreza, ya que imposibilitan a los hogares salvadoreños a acceder a los bienes y servicios esenciales para que su vida transcurra en condiciones dignas.

La existencia de precarios niveles de ingreso obedece a factores de índole estructural. Entre dichos factores se encuentran: 1. La incapacidad del aparato productivo salvadoreño de generar empleo permanente y adecuadamente remunerado, para trasladar a los trabajadores del sector informal al sector formal; y 2. La estructura de la propiedad privada y los medios de producción está concentrada, controlada y dominada por grupos familiares, que detentan a su vez el excedente social disponible para toda la economía.

Con respecto a la pobreza, durante la década de los noventa se produjo una reducción de la pobreza global secundaria a la reducción experimentada en la pobreza urbana, ya que la pobreza rural sólo ha disminuido marginalmente.

En el gráfico número 20, se encuentra representada la proporción de hogares en pobreza por departamento, según la EHPM de 2005. Puede observarse en color verde a los departamentos de San Salvador, La Libertad y La Unión, los cuales se ubican por debajo del promedio nacional total de pobreza (34.6%), con el 27%, 28.2% y 35.2% respectivamente. En color amarillo se encuentran los departamentos que presentan proporciones de pobreza total moderada; siendo estos: Sonsonate, San Miguel, Chalatenango, La Paz, Santa Ana y Ahuachapán. Finalmente, en color azul están los departamentos que se encuentran ubicados por encima del promedio nacional, siendo Cuscatlán, Morazán y Cabañas los departamentos con los porcentajes más altos de pobreza, con el 47.2%, 47.8% y 52.2% respectivamente.

Si bien hay pobreza relativa²¹⁸ y extrema pobreza en la zona urbana, la mayor cantidad de personas pobres y pobres extremos, y la mayor profundidad (brecha) de la pobreza se encuentra en el sector rural. De acuerdo a la EHPM del 2004, el 50 por ciento de los pobres y el 60 por ciento de los pobres extremos vivía en el sector rural. Lo anterior significa que esta población tiene ingresos monetarios insuficientes para adquirir el conjunto de bienes y servicios identificados como necesarios para suplir los requerimientos mínimos de una vida normal en términos de salud, alimentación, vivienda, educación, transporte, vestuario y esparcimiento. De igual manera significa que existe un buen grupo de población que no pueden con sus ingresos acceder ni tan siquiera a los alimentos necesarios para reproducir su vida en condiciones normales de nutrición.

²¹⁸ Pobreza relativa: Se considera que un hogar se encuentra en situación de pobreza relativa cuando no alcanza a cubrir el costo de la canasta ampliada de alimentos (conformada por la canasta básica de alimentos más los gastos por el pago de vivienda, educación, salud, vestuario) y, cuyo valor se consideraba en la EHPM del 2004 que era equivalente a dos veces el de la canasta básica de alimentos, es decir US \$260.04 y US \$192.56 en el área urbana y rural respectivamente.

DIAGRAMA N° 1:

EL SALVADOR: PROPORCION DE HOGARES EN POBREZA TOTAL, POR DEPARTAMENTO. EHPM – 2005

DEPARTAMENTO	PORCENTAJE
San Salvador	27.0
La Libertad	28.2
La Union	35.2
Sonsonate	35.3
San Miguel	38.9
Chalatenango	40.8
La Paz	40.9
Santa Ana	42.4
Ahuachapán	43.4
San Vicente	45.6
Usulután	46.7
Cuscatlán	47.4
Morazan	47.8
Cabañas	52.2



Según el Programa Social Red Solidaria²¹⁹, la vulnerabilidad de las familias pobres e indigentes es muy alta en el área rural debido a la volatilidad de los ingresos ante las caídas de precios, las pérdidas de las cosechas, etc. aspectos que tienen impactos directos sobre el consumo de alimentos y los riesgos de desnutrición de los niños. En El Salvador, un hogar típico extremadamente pobre, se caracteriza por:

- 1 Tener un jefe de hogar con menos de tres años de educación formal (funcionalmente analfabeto).
- 2 Carecer de diversificación de sus fuentes de ingreso, ya que se concentran en actividades eminentemente agrícolas.
- 3 Experimentar una alta vulnerabilidad a los ciclos económicos.
- 4 Habitar viviendas que no cuentan con servicio de agua por cañería (58 por ciento de la población rural), ni saneamiento básico (letrina) y, cuyo piso es de tierra (casi el 46 por ciento de la población rural).

Al hacer una valoración de todo lo antes mencionado, encontramos fundamentos suficientes para poder afirmar que las causales de la pobreza son de índole estructural, es decir que la estructura económica, social y política en El Salvador está generando y reforzando de una manera sistemática dichos factores de pobreza.

Entonces, la pobreza en las familias continúa siendo el factor más limitante en términos del acceso a la salud y a la educación. Aunque se han hecho esfuerzos para reactivar la economía y los altos flujos de remesas familiares han contribuido a mejorar las condiciones de vida de la población, condiciones tales como el desempleo, el subempleo y la pobreza persisten en niveles sumamente

²¹⁹ Es un programa social del gobierno de El Salvador destinado a atender a los 100 municipios en condiciones de pobreza extrema severa y alta, mejorando de forma integral las condiciones de vida de las familias, a través de la atención oportuna de educación, salud y nutrición. Además, promueve mejoras en la red de servicios básicos y de desarrollo productivo y de microcrédito, en beneficio de todos y todas las habitantes de los municipios atendidos. Fuente: www.redsolidaria.gob.sv

elevados.

1.4 *En lo epidemiológico.*

El perfil epidemiológico de El Salvador es de doble carga, ya que las determinantes de enfermedad son, principalmente, las de cualquier país pobre; y las determinantes de mortalidad son semejantes a las de cualquier país del primer mundo.

En el país la morbilidad está fuertemente condicionada por causas estructurales y por la cobertura insuficiente de servicios básicos; siendo los problemas de salud más importantes en este país la desnutrición, la falta de saneamiento básico y la insuficiente cobertura.

En todos los grupos de edad, la principal causa de morbilidad son las infecciones respiratorias agudas. Estas se mantienen en el mismo lugar desde hace unos veinte años cuando desplazaron a las diarreas y al parasitismo intestinal. Por su parte, estos dos grupos de enfermedades se mantienen siempre dentro de las primeras cinco razones de consulta en los establecimientos de salud.

Los cinco diagnósticos de morbilidad más frecuentes de la consulta externa de establecimiento del MSPAS en 2005 fueron: 1) Infecciones agudas de vías respiratorias superiores (Por ejemplo: gripe, rinofaringitis aguda, sinusitis, amigdalitis, faringitis, laringitis); 2) infección de vías urinarias; 3) Parasitismo intestinal (amibiasis, giardiasis, ascariasis, etc.) ; 4) Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso (Por ejemplo: diarrea por rotavirus, disentería amebiana) ; y 5) Enfermedades del estómago y del duodeno (Por ejemplo: gastritis, úlcera péptica, etc.). Casos de malaria para el año 2000 fueron 753. El dengue es endémico y la infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) va en aumento.

Las cinco primeras causas de mortalidad durante el año 2005 Fueron: 1) Traumatismos (12.64%. Incluye el trauma craneo-encefálico secundario a accidentes de tránsito, violencia, caídas, etc.; trauma cerrado de abdomen); 2) Tumores malignos (cánceres) en diferentes sitios anatómicos (7.25%); 3) Enfermedades cerebro vasculares (6.88%. Por ejemplo los accidentes cerebro-vasculares conocidos por nuestra población como derrames); 4) Enfermedades del Sistema Circulatorio (6.59%. Incluye el infarto agudo del miocardio); 5) neumonía y bronconeumonía (6.24%)

De las muertes por causas externas en el año 2003, el 42% fueron por agresiones y homicidios en hombres; y el 34% por accidentes de tránsito, porcentajes que son fiel reflejo de la situación de violencia que afecta al país.

Sin embargo, de acuerdo con Selva Sutter²²⁰ el perfil epidemiológico de El Salvador no se diferencia mucho del de otras poblaciones que se cuentan entre las más explotadas y atropelladas del mundo y sostiene que está compuesto por: 1) Enfermedades infecciosas²²¹ endémicas²²² y epidémicas²²³, emergentes y reemergentes (Por ejemplo: dengue, diarrea por rotavirus); 2) Enfermedades no infecciosas en claro ascenso (Por ejemplo: diabetes mellitus, hipertensión

²²⁰ Selva Sutter, E.A. y colaboradores. "Propuesta de Reforma del Sector Salud de El Salvador y su correspondiente fundamento de reforma jurídica. Hacia la cobertura pública y equitativa contra la enfermedad". El Salvador. 2005.

²²¹ Enfermedad infecciosa: Enfermedad clínicamente manifiesta del hombre o de los animales, resultado de una infección.

²²² Endemia: Presencia continua de una enfermedad o un agente infeccioso en una zona geográfica determinada.

²²³ Epidemia: Manifestación, en una comunidad o región, de casos de una enfermedad (o un brote) con una frecuencia que exceda netamente de la incidencia normal prevista.

arterial, cardiopatías, neuropatías, etc.); 3) Violencia y lesiones de nivel epidémico (Por ejemplo: violencia intrafamiliar, abuso sexual, trauma craneo-encefálico, herida por arma de fuego, traumas por accidentes de tránsito, etc.); 4) una epidemia de enfermedad mental muy ligada a alcoholismo y a otras adicciones; 5) todo ello en un contexto de hambre y de deficiencia nutricional silenciosa (desnutrición) y silenciada coexistente con sobrepeso y obesidad, así como de pobreza; una quintuple carga de enfermedad con causa sionatural-estructural.

Los cuadros siguientes obtenidos del Departamento de Estadística del Instituto de Medicina Legal, tienden a respaldar esta afirmación.

Como se puede ver en el cuadro número 4 en el año 2005 hubo 3,812 homicidios en El Salvador. Esta epidemia de violencia perjudicó predominantemente al sexo masculino (89.77%). Al explorar este fenómeno según su distribución geográfica, se observa que el departamento de San Salvador fue el más afectado, con el 39.64% del total de casos; seguido por los departamentos de La Libertad y Sonsonate, con el 15.35% y el 10.30% respectivamente. Por su parte, en el cuadro número 5 puede observarse que las defunciones por homicidio se produjeron en todos los grupos de edad durante ese mismo año, siendo las mujeres y los hombres con edades comprendidas entre los 15 años y los 34 años los más afectados.

CUADRO N°. 4. DEFUNCIONES POR HOMICIDIOS POR DEPARTAMENTO Y SEXO, AÑO 2005.

DEPARTAMENTO	MASCULINO		FEMENINO		TOTAL	
	Número	Tasa	Número	Tasa	Número	Tasa
San Salvador	1356	129.6	155	13.5	1511	68.7
La Libertad	530	137.4	55	13.8	585	74.6
Sonsonate	367	146	26	10.6	393	77.6
Santa Ana	290	96.8	45	14.6	335	55.2
San Miguel	202	76.7	25	9.2	227	42.5
La Paz	178	112.6	21	13.1	199	62.6
Ahuachapán	105	59.4	11	6.2	116	32.7
Usulután	78	45	9	5.2	87	25
Cabañas	81	100.4	4	5.2	85	54.2
Cuscatlán	71	67.7	14	13	85	40
La Unión	70	45.2	4	2.7	74	24.5
San Vicente	56	64.3	10	11.9	66	38.6

Morazán	21	22.9	5	5.7	26	14.5
Chalatenango	17	16	6	6.2	23	11.3
<i>TOTAL</i>	<i>3422</i>	<i>101.3</i>	<i>390</i>	<i>11.2</i>	<i>3812</i>	<i>55.5</i>

Fuente: Departamento de Estadística. Instituto de Medicina Legal.

CUADRO N^o. 5. DEFUNCIONES POR HOMICIDIOS POR GRUPOS DE EDAD Y SEXO, AÑO 2005.

GRUPOS DE EDAD (Años)	Masculino		Femenino		Total	
	Número	Tasa	Número	Tasa	Número	Tasa
< 1 año	8	9.7	7	8.8	15	9.3
1 a 4	6	1.8	3	1	9	1.4
5 a 9	3	0.7	5	1.3	8	1
10 a 14	26	6.9	22	6	48	6.4
15 a 19	502	146.5	76	22.8	578	85.6
20 a 24	860	264.8	64	20.1	924	143.5
25 a 29	763	229.7	66	20	829	125.1
30 a 34	416	152	32	11.3	448	80.4
35 a 39	258	128.1	30	13.1	288	67
40 a 44	176	118.4	26	14.5	202	61.6
45 a 49	122	93.9	17	11	139	48.9
50 a 54	73	66.3	6	4.8	79	33.5
55 a 59	51	54	4	3.8	55	27.4
60 a 64	35	48.2	7	8.5	42	27.1
65 a más	79	50.2	17	8.3	96	26.6
Ignorado	44		8		52	
TOTAL	3422	101.3	390	11.2	3812	55.5

Fuente: Departamento de Estadísticas Forenses. Instituto de Medicina Legal.

CUADRO N^o. 6. DEFUNCIONES POR ENFERMEDADES, SEGÙN RECONOCIMIENTOS FORENSES. 2002-2005.

Defunciones por enfermedad	A ñ o				Total
	2002	2003	2004	2005	
Cáncer	701	638	623	550	2512
Alcoholismo crónico	121	157	159	130	1589
Infarto agudo del miocardio	319	304	334	362	1319
Senilidad	383	280	198	221	1082
Síndrome de inmunodeficiencia adquirida	222	203	167	118	701
Accidente cerebro-vascular	175	156	122	128	581

Insuficiencia renal crónica	121	157	159	130	567
Desnutrición	139	147	134	115	535
Diabetes mellitus	122	148	131	102	503
Intoxicación alcohólica	121	121	152	123	517
Cardiopatía isquémica	122	140	120	115	497
Gastroenteritis aguda	115	118	91	97	421
Cirrosis hepática	97	95	82	56	330
Cardiopatía hipertensiva	61	67	63	81	272
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	53	65	87	46	251
Sepsis / septicemia	69	54	37	49	209
Síndrome convulsivo	44	46	55	47	192
Sangramiento tubo digestivo superior	48	47	43	53	191
Arritmia cardíaca	46	38	48	53	185
Cardiopatía arterioesclerótica	39	25	27	22	113
Insuficiencia hepática fulminante	34	20	29	26	109
Cardiopatías sin especificar	17	23	14	24	78
Insuficiencia renal aguda	11	24	18	20	73
Hipertensión arterial	14	21	15	18	68
Leucemias	17	16	9	12	54
Embolismo pulmonar	12	14	10	12	48
Enfermedades quirúrgicas	14	10	15	9	48
Encefalopatía hepática	8	9	12	6	35
Hepatitis alcohólica	4	8	12	5	29
Linfomas	5	7	9	8	29
Aneurisma cerebral	3	5	9	9	26
Colagenopatías	4	8	7	6	25
Otras causas	356	325	288	278	1247
Causas mal definidas	696	794	824	647	2961
Total	5057	4991	4705	4292	19,045

Fuente: Departamento de Estadísticas Forenses. Instituto de Medicina Legal.

CUADRO N^o. 7. DEFUNCIONES POR HECHOS DE TRÁNSITO POR GRUPOS DE EDAD Y SEXO, AÑO 2005.

GRUPOS DE EDAD (Años)	MASCULINO		FEMENINO		TOTAL	
	Número	Tasa	Número	Tasa	Número	Tasa
< 1 año	1	1.2	0	0	1	0.6
1 a 4	21	6.4	6	1.9	27	4.2
5 a 9	29	7.2	29	7.5	58	7.4
10 a 14	36	9.5	14	3.8	50	6.7
15 a 19	54	15.8	16	4.8	70	10.4
20 a 24	120	36.9	22	6.9	142	22.1
25 a 29	127	38.2	18	5.4	145	21.9
30 a 34	123	44.9	11	3.9	134	24
35 a 39	97	48.1	10	4.4	107	24.9
40 a 44	95	63.9	10	5.6	105	32
45 a 49	90	69.3	27	17.5	117	41.1
50 a 54	67	60.9	15	11.9	82	34.7
55 a 59	64	67.8	15	14.1	79	39.3
60 a 64	70	96.3	20	24.3	90	58.1
65 a más	203	129.1	63	30.9	266	73.6
Ignorado	5		1		6	
TOTAL	1202	35.6	277	7.9	1479	21.5

Fuente: Departamento de Estadísticas Forenses. Instituto de Medicina Legal.

CUADRO N^o. 8. QUINCE PRIMERAS CAUSAS DE DEFUNCIONES POR ENFERMEDAD DE 65 A MAS AÑOS. 2006.

DEFUNCIONES POR ENFERMEDAD	NÚMERO
1. INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO	221
2. CARDIOPATÍAS	149

3. INSUFICIENCIA CARDÍACA	113
4. ACCIDENTE CEREBRO-VASCULAR	89
5. INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA	88
6. ALCOHOLISMO	75
7. CÁNCER GÁSTRICO	59
8. DIABETES MELLITUS	54
9. ENF. PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA	46
10. DESNUTRICIÓN	43
11. CÁNCER DE CÉRVIX	36
12. BRONCONEUMONÍA	33
13. CÁNCER DE HÍGADO	32
14. CÁNCER DE PRÓSTATA	32
15. NEUMONÍA	29
SUBTOTAL	1485
FALLA MULTISISTÉMICA	499
SENILIDAD	197
T O T A L	2181

Fuente: Departamento de Estadística. Instituto de Medicina Legal.

CUADRO N^o. 9 DIEZ PRIMERAS CAUSAS DE DEFUNCIONES POR ENFERMEDAD DE 15-44 AÑOS, AÑO 2006.

DEFUNCIONES POR ENFERMEDAD	NÚMERO
1. ALCOHOLISMO	219
2. SÍNDROME INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA	58
3. CIRROSIS HEPÁTICA	37
4. INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO	29
5. INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA	26
6. DESNUTRICIÓN	19
7. CÁNCER DE CUELLO UTERINO	19
8. SÍNDROME CONVULSIVO	17
9. INSUFICIENCIA HEPÁTICA FULMINANTE	12
10. SANGRAMIENTO TUBO DIGESTIVO	10
T O T A L	446

Fuente: Departamento de Estadística. Instituto de Medicina Legal.

Tomando como ejemplo algunas enfermedades como las neumonías, el dengue y las diarreas, se podría decir que el sistema de salud salvadoreño es impotente ante su recurrencia secular.

Por otro lado, los datos oficiales más recientes sobre el SIDA están contenidos en los siguientes tablas 1 y 2 obtenidas del boletín informativo del VIH/SIDA de El Salvador recibido en septiembre del 2007. Como puede observarse, si bien es cierto la tasa de incidencia²²⁴ de SIDA²²⁵ se ha reducido en más de once puntos porcentuales, pasando de 17.34 en el año 2001 a 5.92 por 100,000 habitantes en el año 2006; la incidencia de VIH²²⁶ (es decir el diagnóstico de nuevos casos de infección con el VIH a través de la prueba de detección del virus) ha aumentado, de 13.7 a 18.5 por 100,000 habitantes durante el mismo período; y la prevalencia²²⁷ entre los jóvenes casi

²²⁴ Incidencia: Número de casos nuevos de una enfermedad específica, diagnosticados o notificados en un lapso definido, dividido entre el número de personas en una población determinada en la cual surgieron dichos casos.

²²⁵ Persona viviendo con SIDA: Es aquella persona a quien se le ha comprobado estar infectada por el VIH a través de pruebas de laboratorio, que se le ha descartado otras causas de inmunodeficiencia y que reúne por lo menos 6 puntos de un grupo de signos o síntomas de la enfermedad de acuerdo a la clasificación de OPS/ Caracas.

²²⁶ Persona viviendo con VIH: Es aquella persona que está infectada por el virus de Inmunodeficiencia Humana pero no presenta síntomas o manifestaciones clínicas de enfermedad; pero que tiene riesgo epidemiológico y la prueba de ELISA le fue reportada como reactiva.

²²⁷ Prevalencia: Es el número total de personas enfermas o que presentan cierto trastorno en una población específica y en determinado momento (prevalencia de punto), o durante un período señalado (prevalencia de período), independientemente de la fecha en que comenzó la enfermedad o el trastorno, dividido entre la población en riesgo de presentar la enfermedad o el trastorno.

se ha duplicado. Dicha situación es preocupante, ya que el período de incubación²²⁸ del SIDA es de 7 a 10 años; por lo que estos jóvenes presentarán síntomas de la infección con el Virus de Inmunodeficiencia adquirida en pocos años, lo que representará mayores costos de atención para el sub-sector público (dado que el alto costo del tratamiento antirretroviral obliga a las PVVS²²⁹ a acudir al MSPAS o al ISSS para obtenerlo). Además, desde el punto de vista económico, se puede deducir que esta situación también podría afectar la productividad del país, ya que estas personas forman o formarán parte de la población económicamente activa.

TABLA N° 1. INDICADORES DE LA TENDENCIA DEL VIH/SIDA EN EL SALVADOR. 2001 – 2006.

INDICADOR	LÍNEA BASAL (AÑO 2001)	ÚLTIMO RESULTADO (AÑO 2006)	FUENTE
Tasa de Incidencia De SIDA	17.34 por 100,000 hab.	5.92 por 100,000 hab.	MSPAS / PNS*
Tasa de Mortalidad Por SIDA	8.2 por 100,000 hab.	6.6 por 100,000 hab.	DIGESTYC
Tasa de Incidencia De VIH	13.7 por 100,000 hab.	18.5 por 100,000 hab.	MSPAS / PNS
Prevalencia de VIH En Jóvenes	0.15%	0.28%	MSPAS / PNS
Tasa de Prevalencia de VIH Embarazadas	14.5 por 10,000 embarazadas	10.1 por 10,000 embarazadas	MSPAS / PNS

Fuente: base de datos del programa nacional ITS-VIH-SIDA. 2004-2006, enero – junio 2007.

TABLA N° 2. RESUMEN DE SITUACIÓN DEL VIH-SIDA EN EL SALVADOR. 2004-2006. ENERO-JUNIO 2007.

	2004	2005	2006	2007**
Casos acumulados de PVVS (Prevalencia)	14,718	16,343	18,018	19,153 SIDA: 7974

²²⁸ Período de Incubación: Tiempo transcurrido entre la exposición inicial a un agente infeccioso (Por ejemplo: desde el momento que una persona se infecta con el VIH) y la aparición de la enfermedad de que se trate (Por ejemplo: momento en que presenta signos o síntomas del SIDA).

²²⁹ PVVS: Persona viviendo con VIH/SIDA.

				VIH:11,179
Casos Nuevos de VIH (Incidencia)	1,395	1,195	1,291	907
Casos Nuevos de SIDA (Incidencia)	694	430	414	228
Total Casos Nuevos de VIH / SIDA	2,089	1,625	1,705	1.135
Forma de Transmisión a predominio	Sexual 84%	Sexual 85%	Sexual 86%	Sexual 91%
Relación Hombre: Mujer	1.5 : 1	1.3 : 1	1.7 : 1	1.6 : 1

Fuente: base de datos del programa nacional ITS-VIH-SIDA. 2004-2006, enero – junio 2007.

(* PNS: Programa Nacional de SIDA)

(** Enero a Junio de 2007)

2. Análisis de la cobertura actual del Sector Salud

2.1 Sector Salud.

2.1.1 Organización

De acuerdo con los datos disponibles a febrero del 2005 es posible señalar que el Sector Salud en El Salvador está conformado por tres subsectores: (1) Subsector Público, constituido por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS); (2) El Subsector Seguridad Social formado por el Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS), Bienestar Magisterial (BM), y Sanidad Militar (SM o COSAM); y (3) El Subsector Privado integrado por profesionales y técnicos/as de la salud ejerciendo en lo privado, hospitales, clínicas, droguerías, farmacias, laboratorios, compañías de seguro y otros. También son parte de este subsector los Organismos Privados sin fines de lucro tales como Iglesias y Organizaciones No Gubernamentales (ONGs). (Ver diagrama N° 1)

La característica principal del sector salud en El Salvador es su desintegración y dispersión, con lo que duplica el uso de los recursos institucionales o se subutilizan los mismos.

DIAGRAMA N° 2. ESTRUCTURACIÓN DEL SECTOR SALUD EN EL SALVADOR



Fuente: Elaboración propia, 2007.

Cabe señalar que desde el año 2004 se crea el Fondo Solidario para la Salud, denominado FOSALUD, como una institución de derecho público y ente rector con autonomía en el ejercicio de sus funciones, adscrito al MSPAS, siendo tres sus objetivos fundamentales: (i) propiciar la creación de programas especiales para ampliar la cobertura de los servicios de salud; (ii) formular y ejecutar programas integrales que atiendan las necesidades básicas de salud de la población más vulnerable del país; (iii) fomentar campañas de educación de salud. El financiamiento de FOSALUD es principalmente a través de impuestos a la comercialización del alcohol y bebidas alcohólicas, del tabaco, armas de fuego, municiones, etc.

2.1.2 Infraestructura

La infraestructura de la red de establecimientos del Sector Salud se puede resumir en el cuadro N° 10 siguiente:

CUADRO N° 10: RED DE ESTABLECIMIENTOS DEL SECTOR SALUD

INSTITUCIÓN	CASAS DE SALUD	CLINICAS EMPRESARIALES	CENTRO RURALES DE NUTRICION	UNIDADES DE SALUD	HOSPITALES	TOTAL
MSPAS	170	3	51	369	30	623
ISSS	0	213	0	68	10	291
SANIDAD MILITAR	0	0	0	0	2	2

SECTOR PRIVADO	0	2,314	0	0	39	2,353
ONG'S	0	0	0	0	5	5
TOTAL	170	2530	51	437	86	3,274

Fuente: Censo Económico 2005. Estadísticas MSPAS 2004 y DIGESTYC 2004-2005

Como se puede observar en el cuadro anterior:

1. Subsector público: Su red está constituida por 623 establecimientos distribuidos en los tres niveles de atención. De ellos 30 son hospitales; 369 Unidades de Salud; 170 Casas de Salud; 51 Centros Rurales de Nutrición; y 3 clínicas.
2. Subsector Seguridad Social: El ISSS es el que posee el mayor número de establecimientos en este subsector. En su red existen 10 hospitales; 68 unidades médicas y 213 clínicas empresariales. Por su parte, Sanidad Militar sólo dispone de 2 hospitales; mientras que Bienestar Magisterial, no posee ningún establecimiento propio, sino que trabaja subcontratando profesionales y establecimientos privados.
3. Subsector privado: Es el que cuenta con el mayor número de establecimientos (2,353). En este subsector se encuentran registrados 39 hospitales; 2,314 clínicas; 1,844 farmacias; 229 establecimientos que venden medicinas naturales y otras medicinas no certificadas.

Datos más actualizados de una reciente publicación de USAID-OPS/OMS²³⁰ señala que el sector público cuenta con 44 hospitales a escala nacional, los cuales disponen en total de 6,516 camas, y el sector privado cuenta con 39 hospitales. En cuanto a los centros ambulatorios (Unidades de Salud, Clínicas de Empleados, Centros de Atención de Emergencias-CAE, Casas de Salud y Centros Rurales de Nutrición del MSPAS y las Clínicas Empresariales y Comunes, las Unidades Médicas del ISSS), el sector público en total cuenta con 883 centros y 6,585 camas.

Como puede observarse en el cuadro número 11, dentro del ISSS el 46.57% de sus establecimientos estaban concentrados en el Departamento de San Salvador durante 2004, para atender al 56.84 % de sus derechohabientes. Por otro lado, en la red del MSPAS, 75 de sus establecimientos (equivalentes al 12.15% del total) se ubicaban en el mismo departamento, para atender al 31.96% de su población meta.

CUADRO N° 11: DISTRIBUCIÓN DE LA INFRAESTRUCTURA DEL MSPAS Y DEL ISSS POR POBLACIÓN.

JULIO 2004					
	DEPARTAMENTO	M S P A S (1)		I S S S (2)	
		ESTABLECIMIENTO	POBLACIÓN	ESTABLECIMIENTO	POBLACIÓN
METROPO-LITANA	San Salvador	75	1.727.834.4	34	332.780
		12.15%	31.96%	46.57%	56.84%
	Chalatenango	57	161.529.6	2	

²³⁰ USAID/OPS, Perfil del sistema de salud de El Salvador 2006, MONITOREO Y ANÁLISIS DE LOS PROCESOS DE CAMBIO Y REFORMA.

	La Libertad	41	611.479.2	4	
		6.63%	11.31%	5.47%	
	Cuscatlán	33	168.476.8	2	
	La Paz	47	250.354.4	2	
		7.60%	4.63%	2.73%	
	Cabañas	39	124.929.6	4	
		6.38%	2.31%	5.47%	
	San Vicente	22	135.162.4	2	
	Ahuachapán	29	277.885.6	2	
	Santa Ana	46	476.169.6	5	
	Sonsonate	34	395.742.4	4	
		5.50%	7.32%	5.47%	
	Usulután	52	276.720.8	5	
	San Miguel	58	417.645.6	5	
	Morazán	37	142.214.4	1	
	La Unión	47	239.781.6	2	
	TOTAL	617	*5.405.926.4		**1.010.510

(1) Fuente: Elaboración propia con base en datos de la Red Nacional de Establecimientos de Salud por departamento y SIBASI funcionando al 30 de abril de 2004.

(2) Fuente: Elaboración con base en datos de Estadísticas 2003 del Instituto Salvadoreño del Seguro Social.

*Tomando como base el 80% de la población referencia del MSPAS (2004)

**Trabajadores cotizantes del sector privado y público (2003)

En relación con los centros hospitalarios y centros ambulatorios en el sector público, la capacidad instalada de los primeros es de 0.006 hospitales por cada 1000 habitantes y de 0.95 camas por cada 1000 habitantes; mientras que en los centros ambulatorios la capacidad instalada es de 0.13 centros ambulatorios por cada 1000 habitantes. Por otro lado, en el sector privado la capacidad instalada de los centros hospitalarios y centros ambulatorios es de 0.005 hospitales por cada 1000 habitantes y de 0.06 camas por cada 1000 habitantes respectivamente. En total en ambos sectores se cuenta con 966 centros con 7,010 camas.

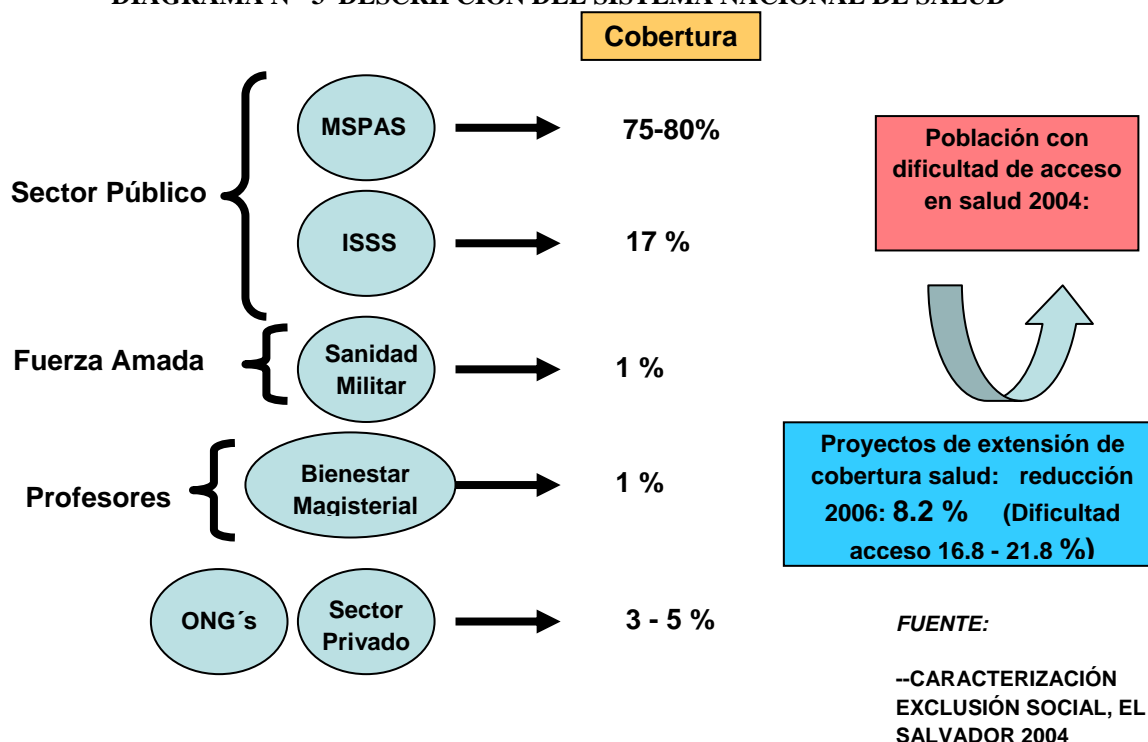
Según el estudio *“Perfil del Sistema de servicios de Salud de El Salvador”* publicado por OPS/OMS en el año 2001, el 63% de los hospitales públicos de El Salvador tenían más de 30 años de funcionamiento, con limitaciones en la reposición de equipos e infraestructura y en la transferencia tecnológica. Además, dicho estudio hacía referencia a que los desastres naturales habían provocado constantes daños a la infraestructura y al equipamiento; y que aproximadamente el 50% de las camas hospitalarias y el 25% de la red ambulatoria habían sido afectadas por los terremotos de Enero y Febrero de 2001.

2.1.3 Cobertura

Como puede observarse en el diagrama número tres, la cobertura en salud por los diferentes sub-sectores del sistema es de la siguiente forma:

1. Subsector público: Al MSPAS le corresponde brindar atenciones en salud al 75-80% de la población salvadoreña.
2. Subsector Seguridad Social: Las tres instituciones que lo conforman tienen bajo su responsabilidad dar cobertura al 19% de la población salvadoreña (17% al ISSS; 1% a Bienestar Magisterial; y 1% a Sanidad Militar).
3. Subsector Privado: A este subsector le corresponde cubrir un 3-5% de la población de nuestro país.

DIAGRAMA N° 3 DESCRIPCIÓN DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD



Fuente: "Caracterización de la Exclusión Social". El Salvador 2004. Informes Institucionales 2006.

2.1.4 Recurso Humano

En El Salvador existen 26,517 profesionales y 8,622 técnicos/as de la salud, cuyo número ha aumentado en los últimos 3 años. Entre los médicos/as hay 1,889 especialistas cuyo porcentaje mayor son: 17% gineco-obstetras, 13% pediatras, 11% cirujanos generales, 10% medicina interna. Es importante destacar que no hay especialistas en gerencia de los servicios de salud y administración hospitalaria. Existen 9 hospitales del MSPAS y 8 del ISSS dedicados a la formación de especialistas; pero no hay ayuda económica para los/as estudiantes, y la docencia es ad-honorem.

Por cada 10 mil habitantes el país dispone de 14 médicos/as, 7 enfermeras/os, 6 odontólogos/as, 4 psicólogas/os, 3 químico farmacéuticos/as, 3 licenciadas/os en enfermería, 2 licenciadas/os en laboratorio clínico y menos de un profesional en las licenciaturas de trabajo social, anestesiología, nutrición y dietética, fisioterapia, radiología y materno infantil.

El número de profesionales de la salud inscritos a Septiembre de 2007 ante el Consejo Superior de Salud Pública (CSSP) a través de sus diferentes Juntas de vigilancia, son los siguientes:

1. Médicos: 11,600
2. Químicos Farmacéuticos: 2,523
3. Odontólogos: 4,606
4. Médicos veterinarios: 362
5. Laboratorio Clínico: 1,863
6. Psicología: 3,290
7. Enfermería: Técnicos: 2,555
8. Tecnólogos: 5,184
9. Licenciados: 2,679
10. Auxiliares: 6,302

Del total de profesionales de la salud inscritos en el Consejo Superior de Salud Pública: el 35% son médicas y médicos; 14% odontólogas y odontólogos; 17% enfermeras y enfermeros; 6% licenciadas y licenciados en enfermería; 9% psicólogas y psicólogos; 8% químico farmacéuticas y farmacéuticos; 5% licenciadas y licenciados en laboratorio clínico; 0.90% licenciadas y licenciados en nutrición y dietética; 0.99% licenciadas y licenciados en anestesiología; 1.19% trabajadoras y trabajadores sociales; 0.78% licenciadas y licenciados en fisioterapia; 0.40% licenciadas y licenciados en radiología; y 0.23% licenciadas y licenciados materno infantiles.

Del total de técnicos en salud 83% son auxiliares en enfermería; 7% técnicas y técnicos en fisioterapia; 6% técnicas y técnicos en anestesiología; 2% técnicas y técnicos en radiología; 2% técnicas y técnicos optometristas; 0.83% técnicas y técnicos materno infantil; y 0.046% técnicas y técnicos en órtesis y prótesis.

2.1.5 Empleo

En relación al empleo, 32% de los médicos/as, 81% de las odontólogas/os, 44% de las licenciadas en enfermería, 55 % de las enfermeras/os graduadas/os, 27% de las auxiliares de enfermería y el 87% del personal técnico están desempleada/os, jubiladas/os, fallecidas/os o en la práctica privada.

2.2 Subsector Público

Esta red tiene tres niveles de atención de complejidad creciente: **(1) El primer nivel** con enfoque preventivo y servicios de baja complejidad. Según informes del 2006 del MSPAS está constituido por 369 Unidades de Salud; 51 Centros Rurales de Nutrición; 170 Casas de Salud; 3 clínicas; y 2 Centros de Atención de Emergencias; **(2) El segundo nivel** oferta programas preventivos y hospitalización. Este nivel cuenta con 27 hospitales nacionales periféricos u hospitales generales centrales; **(3) El tercer nivel** oferta servicios curativos especializados y hospitalización. El MSPAS

cuenta con 3 hospitales de especialidades: Hospital Benjamín Bloom; Hospital de Maternidad y Hospital Rosales.

2.2.1 Recurso Humano

El 79% de los empleados/as del MSPAS están nombrados por Ley de Salarios y el 21% por contrato, 41% de las plazas son de 8 horas. De los médicos/as, el 48% (1,665) ejercen en San Salvador, en donde se concentra gran parte de la población (32%).

En general, los recursos humanos en salud del MSPAS se distribuyen así: a. 48% (10,562) en 3 SIBASI de la Región Central y en 4 SIBASI y 3 hospitales del área metropolitana de San Salvador; b. 21% (4,569) en 9 SIBASI de la Región Oriental; c. 18% (3,988) en 6 SIBASI de la Región Occidental; y d. 13% (2,976) en 6 SIBASI de la Región Paracentral.

2.2.2 Empleo

El personal médico que labora en el MSPAS se encuentra distribuido de la siguiente manera: El 78% (2,670) en los 27 SIBASI. En cuatro de estos SIBASI (correspondientes al departamento de San Salvador) se concentra el 26% de los médicos/as (901). El 22% restante (equivalente a 764 médicos/as) se encuentran distribuidos en tres centros nacionales de referencia y en la Secretaría de Estado, lo cual indica que el 48% de los médicos/as (1,665) se aglutinan en San Salvador, departamento donde reside la mayoría de la población, 32%.

2.2.3 Infraestructura

En cuanto a infraestructura, el MSPAS contaba en el año 2,006 con una red de 625 establecimientos de salud. De ellos, 30 eran hospitales (3 de tercer nivel y 27 de segundo nivel), 369 eran Unidades de Salud; 170 Casas de Salud; 51 Centros Rurales de Nutrición; 3 clínicas; y 2 Centros de Atención de Emergencias. Ver diagrama número 3.

El 95% de los establecimientos del MSPAS labora en función de la atención primaria; y el 5% adicional está orientado hacia la atención hospitalaria de segundo y tercer nivel. El 24% de su infraestructura y el 20% de sus camas y servicios se encuentran en San Salvador, departamento en que habita la mayoría de la población.

DIAGRAMA N° 4: MAPA DE ESTABLECIMIENTOS DEL MSPAS, 2006.



Fuente: Boletín Informativo 2006 del MSPAS.

A julio del 2004 las camas y servicios del MSPAS se distribuían de la siguiente manera, ver cuadro 12.

CUADRO N° 12: CAMAS Y SERVICIOS DEL MSPAS. JULIO 2004

CAMAS Y SERVICIOS	CANTIDAD
Camas hospitalarias	4,625
Consultorios médicos	1,580
Consultorios odontológicos	308
Quirófanos	113
Salas UCI	15
Salas de parto	133
Salas de Rayos X	50
Laboratorios clínicos	146
TOTAL	6,970

Fuente: Elaboración con base en datos de la Unidad de Información en Salud MSPAS. 2004.

El 20% de las camas y servicios del MSPAS se utilizan para atender una población de 1, 727,834 personas (32% del total nacional) del departamento de San Salvador. El 16.31% de las camas y servicios se encuentran en los centros de referencia nacional para atender el 80% (5, 405,926) de la población total. El 12.10% de camas y servicios están en el departamento de Santa Ana, para atender al 8.80% de la población (476.169). Un 8.98% de las camas y servicios se concentran en San Miguel para atender al 7.72% (417.645) de la población; el 5.46% de las camas y servicios se concentran en La Libertad para atender al 11.31% (611.479) de la población; 5.60% de las camas y servicios se concentran en Usulután para atender al 5.11% (276.720) de la población.

2.3 Subsector Seguridad Social

2.3.1 Estructura

Este subsector está constituido por el Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS), Bienestar Magisterial (BM) y Sanidad Militar (SM o COSAM):

- El ISSS atiende a los trabajadores de las empresas e instituciones públicas y privadas. Son derechohabientes los trabajadores cotizantes, los jubilados y los pensionados, así como sus cónyuges y sus hijos menores de 12 años.
- Por su parte, Bienestar Magisterial se rediseñó en el año 2003 con el fin de proporcionar atención integral en salud a las profesoras y los profesores que laboran en el sistema nacional de educación, a sus cónyuges y a sus hijos menores de 18 años, a través de la estrategia de Salud Familiar con enfoque comunitario. Para dar cobertura a su población meta compra servicios médicos al sector privado y a establecimientos hospitalarios públicos y privados.
- Finalmente, La Fuerza Armada cuenta con el programa de Sanidad Militar, que se encarga de brindar atenciones en salud a los miembros del Ejército, sus cónyuges e hijos. Dicho programa ofrece servicios preventivos y curativos, ambulatorios y hospitalarios. También oferta servicios privados a la población civil mediante pago directo.

2.3.2 Recurso Humano

El ISSS dispone de un total de 5,520 recursos en salud; de los cuales 33% (1,847) son médicos/as; 31% son auxiliares de enfermería; 13% (705) son enfermeras; y 3.55% (196) son odontólogos/as. (Ver cuadro número 13)

También apreciarse en el cuadro número 13, que el 63% de los recursos humanos del ISSS (3,473) están distribuidos en la Región Metropolitana de San Salvador, para atender al 57% de sus cotizantes activos del departamento de San Salvador y a 711,565 derechohabientes que consultan en sus centros de referencia. El 15% (826) en la Región Occidental, 12% en la Región Oriental y 10% en la Región Central. Ver cuadro No.13.

CUADRO N° 13: PRINCIPALES RECURSOS HUMANOS PARA LA ATENCIÓN EN SALUD EN EL ISSS, 2001

Recursos Humanos	Total	Región Metropolitana	Región Central	Región Oriental	Región Occidental
------------------	-------	----------------------	----------------	-----------------	-------------------

Médicos	1,847	1,102	215	222	308
Odontólogos	196	99	45	21	31
Enfermeras	705	510	39	71	85
Auxiliares de enfermería	1,712	1,094	147	221	250
Higienistas dentales	73	33	16	11	13
Asistentes dentales	71	49	14	1	7
Técnicos de laboratorio	269	205	5	26	33
Técnicos de Rayos X	105	80	0	10	15
Técnicos de farmacia	395	226	63	44	62
Educadores en Salud	98	43	23	14	18
Técnicos materno infantil	49	32	10	3	4
TOTAL	5,520	3,473	577	644	826
Porcentaje	100.00	63	10	12	15

FUENTE: Elaboración propia con base en datos de Estadísticas 2001 del ISSS.

2.3.3 Infraestructura

El ISSS cuenta con una red de 294 establecimientos a escala nacional. De estos 23 son hospitales; 35 son unidades médicas; 32 son clínicas comunales; y 204 clínicas empresariales. El 82% de la red del ISSS está dedicada a la atención primaria y el 18 % a la atención hospitalaria y / o especializada de segundo o tercer nivel. Ver cuadro número 14.

CUADRO N° 14: INFRAESTRUCTURA DEL ISSS. JULIO DE 2004

ESTABLECIMIENTO	CANTIDAD	PORCENTAJE
Hospitales	23	7.8
Unidades Médicas	35	11.90
Clínicas comunales (20 en AMSS ²³¹ , 3 en Oriente y 4 en Occidente)	32	10.88
Clínicas empresariales	204	69.38
Total*	294	100

Fuente: Elaboración con base en datos de Estadísticas del ISSS 2003. *dato provisional.

De los 294 establecimientos del ISSS 37 son propios; 32 son alquilados; y 6 son compartidos en

²³¹ AMSS: Área metropolitana de San Salvador.

edificios del MSPAS. Además, 1 está dedicado a la compra de servicios. Ver cuadro 15.

CUADRO N° 15: DISTRIBUCIÓN DE LA INFRAESTRUCTURA DEL ISSS POR DEPARTAMENTO. JULIO DE 2004

DEPARTAMENTO	TIPO DE ESTABLECIMIENTOS	NÚMERO	%	OBSERVACIONES*
Santa Ana	Hospitales	2	6.84	2 hospitales propios. 3 UM propias
	Unidades médicas	3		
Ahuachapán	Hospitales	1	2.73	1 hospital edificio MSPAS, UM propia
	Unidades médicas	1		
Sonsonate	Hospitales	1	5.47	1 hospital propio, 3 UM propias
	Unidades médicas	1		
La Libertad	Hospitales	0	5.47	3 unidades médicas propias, 1 UM alquilada
	Unidades médicas	4		
Chalatenango	Hospitales	1	2.73	1 hospital en edificio MSPAS, 1 UM propia
	Unidades médicas	1		
Centros de Referencia Nacional	Hospitales	6	8.21	
San Salvador	Hospitales	8	38.35	7 hospitales propios, 1 hospital en edificio MSPAS, 6 UM propias, 13 clínicas comunales alquiladas, 6 propias, 1 compra de servicios
	Unidades médicas	6		
	Clínicas Comunales	20		
Cuscatlán	Hospitales	1	2.73	1 hospital alquilado, 1 UM propia
	Unidades médicas	1		
Cabañas	Hospitales	2	5.47	2 hospitales en edificio MSPAS, 1 UM alquilada y 1 propia
	Unidades médicas	1		
La Paz	Hospitales	1	2.73	1 hospital propio, 1 alquilado
	Unidades médicas	1		
San Vicente	Hospitales	1	2.73	1 hospital en edificio MSPAS, 1 UM propia
	Unidades médicas	1		
Usulután	Hospitales	2	6.84	2 hospitales propios, 2 UM alquiladas, 1 propia
	Unidades médicas	3		
San Miguel	Hospitales	2	6.84	1 hospital alquilado, 1 hospital propio, 2 UM alquiladas, 1 UM propia
	Unidades médicas	3		
Morazán	Hospitales	0	1.36	1 UM alquilada
	Unidades médicas	1		

La Unión	Hospitales	1	2.73	1 hospital propio, 1 UM propia
	Unidades médicas	1		
TOTAL	Nº Establecimientos	73		

Fuente: Elaboración propia con base en datos de Estadísticas 2003 del ISSS

*Posibles diferencias debido a que no aparecen claramente ubicadas las 32 clínicas comunales. Los hospitales no es claro si son alquilados o es compra de servicios. No aparecen ubicadas 204 clínicas empresariales.

En cuanto a la distribución de la infraestructura, para la atención con zonas geográficas ésta sigue el patrón siguiente:

1. El 38.35% se concentra en la zona metropolitana para atender al 56.84% (332.780 personas) de los cotizantes activos y sus beneficiarios.
2. El 22% está concentrado en la zona central para atender el 27% (158.583 personas) de los cotizantes activos y sus beneficiarios (no incluye 356.842 beneficiarios).

El 18% se concentra en la zona oriental para atender al 4.80% (28.516 personas) de sus cotizantes activos y sus beneficiarios.

4. El 15% se concentra en la zona occidental para atender al 11.25% (65.865 personas) de los cotizantes activos y sus beneficiarios.

5. El 8.21% están constituido por los centros de referencia nacional para atender una población de 1.044.345 derecho habientes y sus beneficiarios.

En cuanto a la distribución de camas y servicios del ISSS para el 2001, el 64% se concentran en la región metropolitana para dar servicio al 57% (332.780) de sus cotizantes activos y sus beneficiarios y a 711.565 derecho habientes y sus beneficiarios que consultan en los 6 centros de referencia nacional ubicados en San Salvador, el 11% en la región oriental (4.80% de la población), 10.43% en la región occidental, (11.25% de la población) y el 7% de la región central (27%).

CUADRO N° 16: PRINCIPALES RECURSOS FÍSICOS PARA LA ATENCIÓN EN EL ISSS POR ZONAS GEOGRÁFICAS. 2001.

RECURSOS FÍSICOS	REGIÓN METROPOLITANA	REGIÓN CENTRAL	REGIÓN ORIENTAL	REGIÓN OCCIDENTAL	TOTAL
Camas hospitalarias	1,060	20	156	197	1,433
Clínicas médicas	322	103	57	86	568
Clínicas odontológicas	57	24	18	18	117
Farmacias	37	18	13	11	79
Laboratorio clínico	9	1	3	2	15
Rayos X	24	0	3	3	30

Salas de Operación		39	3	10	9	61
Cirugía Mayor		24	0	3	6	33
Cirugía Menor		9	2	5	2	18
Emergencia		6	1	2	1	10
Salas de parto		7	2	5	4	18
TOTAL	Número	1,594	174	275	259	2,482
	%	64.22%	7%	11%	10.43%	100%

Fuente: Elaboración a partir de Inventario de Recursos Físicos. 2001. Depto. de Estadística ISSS.

2.4 Subsector Privado

2.4.1 Organización

En El Salvador el subsector privado de salud está constituido por entidades lucrativas y no lucrativas. Pertenecen al subsector privado lucrativo los profesionales y técnicos independientes, las clínicas médicas, los hospitales, las aseguradoras, los laboratorios clínicos, las droguerías, las farmacias, los dispensarios y los comercios dedicados a la venta de medicinas naturales y de otras medicinas no registradas. En el subsector privado no lucrativo predominan las organizaciones no gubernamentales (ONG's), las fundaciones y los servicios prestados por las Iglesias.

La provisión de servicios de salud por proveedores privados, el licenciamiento profesional, la instalación de farmacias y otros servicios regulados, son autorizados por el Consejo Superior de Salud Pública a través de sus Juntas de Vigilancia.

2.4.1.1. Subsector Privado Lucrativo:

Las entidades privadas lucrativas mantienen el modelo empresarial y predomina la libre práctica profesional. En este sub-grupo existen 2,314 clínicas médicas y 39 hospitales (especializados y generales) que se encuentran concentrados en el área metropolitana de San Salvador y en las principales ciudades del interior del país. También pertenecen al subsector privado lucrativo las aseguradoras, los laboratorios clínicos, las farmacias, los dispensarios y los comercios dedicados a la venta de medicinas naturales y de otras medicinas no registradas.

Las aseguradoras se caracterizan porque su naturaleza jurídica es de sociedades anónimas. Dentro del grupo de aseguradoras se pueden mencionar: Seguros e Inversiones S.A. (SISA); Pan American Life (PALIC); Aseguradora Agrícola Comercial S. A. (ACSA); AIG Unión y Desarrollo S.A.; MAPFRE- La Centroamericana; Aseguradora Suiza Salvadoreña S.A. (ASESUISA); General de Seguros; Seguros del Pacífico; y Salud Total.

Entre los laboratorios clínicos privados se pueden mencionar los siguientes: Laboratorio del Hospital de Diagnóstico; Laboratorio del Centro Ginecológico; Laboratorio del Hospital de la Mujer; Laboratorio Clínico Barrientos, etc.

Además, pertenecen a este subsector las 1,844 farmacias y las 229 ventas de medicinas naturales

que existen en nuestro país. Así como las clínicas 2,314 privadas de medicina general y especializada.

2.4.1.2. Subsector Privado No Lucrativo:

Las instituciones privadas no lucrativas generalmente conforman organizaciones no gubernamentales (ONG`s) que trabajan con financiamiento externo, subsidios públicos o fondos privados en áreas territoriales específicas o en temas circunscritos. Las instituciones privadas no lucrativas ofrecen servicios médicos y preventivos en la zona rural del país y servicios de hospitalización en la capital a través de Organizaciones No Gubernamentales; el principal hospital de este tipo es el Hospital Pro-Familia.

Las Organizaciones No Gubernamentales (ONG`s) se encuentran amparadas en la ley de asociaciones y fundaciones sin fines de lucro. Entre las ONG podemos mencionar las siguientes: Asociación Salvadoreña de Ayuda Humanitaria (PRO-VIDA), Fundación Salvadoreña para la Salud y el Desarrollo Humano (FUSAL), Asociación para la Autodeterminación de las Mujeres Salvadoreñas (AMS), Asociación para la Salud en El Salvador (APSAL), RED SALUD, Asociación Salvadoreña Pro-Salud Rural (ASAPROSAR), Asociación Demográfica Salvadoreña, Fundación Salvadoreña para el Desarrollo de la Mujer y el Niño (FUNDEMUN), Asociación Salvadoreña Promotora de Salud (ASPS), Asociación Atlacatl, MEDICUS MUNDI ARAGON, Asociación para el Desarrollo Humano (ADHU), Centro de Atención a la Lactancia Materna (CALMA), SAVE THE CHILDREN, CRUZ ROJA SALVADOREÑA, Fundación Maquilishuat (FUMA), Fundación SERAPHIN, , etc.

2.4.2 Infraestructura

En el subsector privado se encuentran registrados 39 hospitales que se ubican primordialmente en el área metropolitana de San Salvador y en las principales ciudades del interior del país. Entre los principales hospitales se encuentran: el Hospital de Diagnóstico, Hospital de la Mujer, Centro Ginecológico y el Centro Pediátrico. Además, Según el Censo Económico de 2005 existen 2,314 clínicas funcionando en el país.

Otros establecimientos que pertenecen al sector privado de salud son las farmacias. Según información brindada por el Consejo Superior de Salud Pública, a Septiembre de 2007 tenían registradas a escala nacional 1,844 farmacias. Del total de farmacias el 31% se encuentran en el departamento de San Salvador; 11.6% en La Libertad y 10.6% en San Miguel. Por otro lado, es importante mencionar que del total de farmacias privadas menos del 3% se ubican en los departamentos de Cuscatlán, San Vicente, Cabañas y Morazán. Esto puede deberse a que dichos departamentos están afectados marcadamente por la situación de pobreza que reina en el país. Ver cuadro número 17.

Entre las cadenas de farmacias con mayor presencia en el territorio nacional se encuentran: Farmacias San Nicolás, Farmacias San Benito, Farmacias Virgen de Guadalupe, Farmacias Camila, Centro Farmacéutico de la Fuerza Armada (CEFAFA), Farmacias San Rafael, Farmacias Uno, Farmacias Las Américas, Farmacias Económicas, y Farmacias MEYCOS, entre otras.

CUADRO N° 17: NÚMERO DE FARMACIAS PRIVADAS EN EL SALVADOR SEGÚN AREA GEOGRÁFICA. 2007.

No.	DEPARTAMENTO	N° FARMACIAS	%
-----	--------------	--------------	---

1	San Salvador	573	31.07
2	La Libertad	214	11.60
3	San Miguel	195	10.57
4	Santa Ana	137	7.42
5	Usulután	121	6.56
6	La Unión	116	6.29
7	Sonsonate	96	5.20
8	La Paz	76	4.12
9	Chalatenango	66	3.58
10	Ahuachapán	61	3.30
11	Morazán	54	2.92
12	Cabañas	53	2.87
13	San Vicente	44	2.39
14	Cuscatlán	38	2.06
	TOTAL	1,844	100%

Fuente: Consejo Superior de Salud Publica de El Salvador. Septiembre 14, 2007.

Según el Censo económico del 2005, a escala nacional existen 229 establecimientos dedicados a la venta de productos naturales y de otras medicinas no certificadas. La mayor concentración de ellos se encuentra en el departamento de San Salvador (35.8%, equivalente a 82 establecimientos); seguida por los departamentos de Santa Ana (13.54%), La Libertad (11.35%) y San Miguel (10.48%). De nuevo, entre los departamentos con menor número de establecimientos de este tipo se encuentran Cabañas, Cuscatlán, Morazán, San Vicente; así como también Chalatenango.

CUADRO N° 18: VENTA DE MEDICINAS NATURALES Y OTRAS NO CERTIFICADAS EN EL SALVADOR, SEGÚN ÁREA GEOGRÁFICA. 2,007.

No.	DEPARTAMENTO	Nº ESTABLECIMIENTOS	%
1	San Salvador	82	35.80
2	Santa Ana	31	13.54
3	La Libertad	26	11.35
4	San Miguel	24	10.48
5	Sonsonate	15	6.55
6	Ahuachapán	12	5.24
7	La Paz	9	3.93
8	Usulután	6	2.62
9	La Unión	6	2.62

10	San Vicente	5	2.18
11	Morazán	5	2.18
12	Chalatenango	4	1.75
13	Cuscatlán	3	1.31
14	Cabañas	1	0.44
	TOTAL	229	100%

Fuente: Censo Económico del 2005.

2.4.3 Recurso Humano

No existe un dato confiable sobre el número de recursos humanos que laboran en el sector privado de salud en El Salvador.

2.4.4 Cobertura

La población más atendida por el sector privado son los niños y las mujeres en edad fértil; aunque como ha sido demostrado en algunos estudios internacionales, la atención privada sobre todo de los niños, no es necesariamente mejor que la atención pública. Las diarreas e infecciones del aparato respiratorio son de las enfermedades más comunes consultadas en el sector privado. Sin embargo, los padecimientos crónicos están en clara alza (Por ejemplo: hipertensión arterial, diabetes mellitus, cánceres, obesidad, etc.)

El gasto privado en salud se puede resumir en los montos que provienen directamente del bolsillo de los hogares (principalmente) y en los pagos de las aseguradoras.

Se estima que casi un 50% del gasto privado es empleado en automedicación.

2.4.5 Uso del Sistema de Salud

La utilización de los diferentes segmentos del sistema de salud se presenta en el cuadro siguiente:

**CUADRO N° 19: CUADRO COMPARATIVO DEL USO DE LA POBLACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD.
1990-2005**

USO DEL SISTEMA DE SALUD						
	Porcentaje de personas que usa el sistema de Salud (total)	Porcentaje de personas que usa Establecimientos del MSPAS	Porcentaje de personas que acuden al Instituto Salvadoreño del Seguro Social	Porcentaje de personas que acude al sector privado	Porcentaje de personas que acude a otros (ONG's, Programas Sociales, Farmacias, etc.)	Porcentaje de personas que no usan el sistema de Salud
Períodos:						
1990-1994	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D
1995-1999	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D
2004	51,10%	64,0%	13,0%	16,90%	4,6%	48,90%
2005	53,70%	61,30%	13,60%	18,90%	6,3%	46,30%
Género:						
Masculino	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D
Femenino	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D
Base Poblacional:						
menor de 5 años	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D
5-17 años	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D
17-45 años	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D
45-65 años	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D
65 años o más	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D
Zonas Geográficas:						
Urbana (2005)	60,40%	53,50%	18,60%	23,20%	4,70%	39,60%
Rural (2005)	48,30%	74,00%	5,40%	11,80%	8,80%	51,70%
Pertenencia Étnica:						
Blanco	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D
Indígenas	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D
Afro-descendientes	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D
Mestizo	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D
Otros	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D

Fuente: USAID/OPS. "Perfil Del Sistema De Salud De El Salvador 2006, Monitoreo y Análisis de los Procesos de Cambio y Reforma". San salvador. 2006.

Según un estudio realizado por USAID / OPS²³² en el año 2006, el porcentaje de personas que utilizó el sistema de salud de El Salvador durante 2005 fue del 53.7% (2.6 puntos porcentuales arriba del año 2004). De este 53.7%, el 61.3% asistió al MSPAS; 13.6% consultó en el ISSS; el 18.9% accedió al subsector privado de salud; y el 6.3% restante acudió a otras entidades, como las Organizaciones No Gubernamentales (ONG's), los Programas Sociales o a Farmacias. En base a los datos anteriores se puede afirmar que las coberturas de los subsectores de salud público y de seguridad social para el año 2005 fueron inferiores a las coberturas esperadas (75-80% y 17% respectivamente). Además, se puede concluir que la utilización del subsector privado de salud por la población salvadoreña fue alta, siendo su valor (18.9%) cuatro a seis veces mayor que la cobertura esperada (3-5%). Por otro lado, el 46.3% de la población total de El Salvador no utilizó el sistema de salud durante el año 2005. Ver cuadro número 19.

Dos cosas impresionan de esta tabla: 1) La utilización del sector privado es alta (18.9%); y 2)

²³² USAID/OPS. "Perfil del sistema de salud de El Salvador 2006, Monitoreo Y Análisis De Los Procesos De Cambio Y Reforma". San Salvador. 2006.

también les alto el porcentaje de personas que no utilizan el sistema de salud (46.30%). La inequidad es clara, ya que el gasto público en salud representó en promedio el 3.3% del PIB para los años 2000 a 2004 y el gasto privado el 4.4% durante el mismo período. Ver cuadro número 20.

CUADRO N° 20: ESTIMACIÓN DEL GASTO EN SALUD EN EL SALVADOR. 2000-2004

INSTITUCIÓN	2000 % EN RELACIÓN AL PIB	2004 (a) % EN RELACIÓN AL PIB
MSPAS	1.8%	1.3%
ISSS	1.6%	1.5%
SANIDAD MILITAR	0.1%	0.1%
BIENESTAR MAGISTERIAL	0.1%	0.1%
TOTAL GASTO PÚBLICO	3.6%	3.0%
HOGARES	4.30%	4.3%
COMPAÑÍAS DE SEGUROS	0.10%	0.1%
TOTAL GASTO PRIVADO	4.40%	4.4%
GASTO TOTAL EN SALUD	8%	7.1%

Fuente: Unidad de Economía de la Salud / Dirección de Planificación / MSPAS

(a) Cifras preliminares en proceso de revisión

La tabla 3 destaca las inequidades de ingreso en el país, que por supuesto tienen un impacto en la utilización de los sistemas de salud. Estos datos resultan particularmente impresionantes si tomamos en cuenta que en la época en que se elaboró la tabla CEPAL indicaba que en El Salvador era necesario entre \$2 y \$3 dólares por persona para nutrirse adecuadamente, y si tenemos en mente que cada hogar salvadoreño está constituido por más de 4 personas tendiendo a ser más numerosos entre más pobres son. De esa manera sólo la población del séptimo decil en adelante la que resultaba con potencial para nutrirse adecuadamente.

TABLA N° 3: INGRESO FAMILIAR POR DECILES DE ACUERDO A EHPM 2003.

	INGRESO MÍNIMO MENSUAL (COLONES)	INGRESO MÁXIMO MENSUAL (COLONES)	INGRESO PROMEDIO MENSUAL (COLONES)	INGRESO PROMEDIO MENSUAL (US DÓLARES)	INGRESO DIARIO DEL HOGAR (US DÓLARES)
DECIL 1	4.00	571.00	305.64	34.93	1.16
DECIL 2	572.00	1,003.00	797.27	91.12	3.04
DECIL 3	1,004.00	1,430.00	1,231.54	140.75	4.69
DECIL 4	1,431.00	1,833.00	1,642.05	187.66	6.26
DECIL 5	1,834.00	2,350.00	2,079.74	237.68	7.92
DECIL 6	2,351.00	3,002.00	2,671.05	305.26	10.18
DECIL 7	3,003.00	3,814.00	3,380.30	386.32	12.88
DECIL 8	3,815.00	5,064.00	4,385.81	501.24	16.71
DECIL 9	5,065.00	7,404.00	6,050.63	691.50	23.05
DECIL 10	7,405.00	110,200.00	12,846.32	1,468.15	48.94

Fuente: Vega, A. L. Elaboración propia con base en la Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples del 2003 en El Salvador. Departamento de Economía. Universidad Centroamericana José Simeón Cañas. 2004

(1) Relación D10/D1 = 43.03 El 10% de la población más rica recibe un ingreso equivalente a 42 veces el del 10% más pobre.

(2) Relación Q5/Q1 = 17.13 El 20% de la población más rica recibe un ingreso que es 17 veces el del 20% más pobre.

2.4.6. Financiamiento:

El Sector Privado no lucrativo obtiene los fondos para su operación fundamentalmente de donativos procedentes de Gobiernos e Instituciones donantes extranjeras, casi siempre a través de ONG's que tiene su base en estos países y que retienen un porcentaje de estos fondos para su propio funcionamiento. Algunas de estas ONG's reciben aportes de la empresa privada local o de las iglesias. La mayoría también complementa sus ingresos con Programas propios de Recuperación de Costos.

El sector privado de tipo lucrativo obtiene su financiamiento de la población que acude en demanda de sus servicios. **Aproximadamente un 35% de la demanda** por consulta externa de la población, incluyendo población cubierta por el ISSS y población pobre, es cubierto por el sector privado.

El financiamiento privado durante el período 1996-2000 disminuyó levemente, pasó del 54% en 1996 al 51% en el año 2000, para finalmente mantenerse en 51% en el período 2000-2004. Del financiamiento privado, el proveniente del bolsillo de los hogares fue el mayor, habiendo registrado un promedio de 52%. Durante el mismo período, el financiamiento privado promedio fue mayor (54%) que el financiamiento público promedio (46%). Asimismo, el financiamiento proveniente de

los hogares durante ese período fue el doble (52% promedio) que el del MSPAS (21% promedio). El financiamiento de los hogares aumentó al 50% en el período 2000-2004.

CUADRO N° 21: ESTRUCTURA DEL FINANCIAMIENTO DEL SECTOR SALUD. 1996-2004.

	1996	1997	1998	1999	2000	2004
	%	%	%	%	%	%
1. Componente público	46%	43%	45%	47%	49%	49%
Ministerio de Salud Pública (MSPAS)	23	21	21	21	22	21
Instituto Salvadoreño del Seguro Social	20	20	22	23	24	25
Sanidad Militar	1	1	1.2	1.2	1	1
Bienestar Magisterial	1	1	0.8	1.7	1.6	1.8
Hospital de ANTEL	1					
2. Componente privado	54%	57%	55%	53%	51%	51%
Hogares	53	56	53	51	49	50
Compañías de Seguro	1	1	1.5	2	2.2	
ONG en salud	0	0.1	N.D	N.D.	N.D.	
TOTAL	100%	100%	100%	100%	100%	
Monto financiamiento (en millones de colones)	7422.7	8,460.7	9,220.7	9,162.6	10,055.0	
TASA DE CRECIMIENTO ANUAL	14%		9%	-0.60%	9.7%	

Fuente: Unidad de Economía de la Salud/MSPAS. Estudios de Cuentas en Salud en El Salvador

2.5. Medicamentos dentro del sector de salud

2.5.1 Descripción del sector privado de farmacias.

2.5.1.1 Segmentos: La distribución de farmacias privadas a nivel nacional se concentra sobre todo en el área urbana, principalmente en el Departamento de San Salvador, en donde se encuentran establecimientos tanto en zonas residenciales como también en lugares estratégicos cercanos a clínicas, hospitales y otros ubicados en centros comerciales. Las farmacias son centros de dispensación de medicamentos directamente al público. Actualmente son reconocidas grandes cadenas de farmacias, las que poco a poco se extienden al área interdepartamental del país. En el área rural existen ventas de medicinas, las cuales para su autorización deben solicitar y manifestar ante el Consejo Superior de Salud Pública la necesidad del establecimiento, además indicar que no existe Farmacia en el lugar a, por lo menos, una distancia de 3Km. En las ventas de medicinas los medicamentos a distribuir son aquellos que permiten superar problemas menores de salud, cuya forma farmacéutica sea oral y/o tópica. Se permite la venta de medicamentos

populares, no de uso parenteral, antibióticos o medicamentos que generen tolerancia y/o dependencia y que sean susceptibles de abuso.

2.5.1.2. Dimensión monetaria de mercado: El acceso a medicamentos por parte de la población es determinante para la compra de medicamentos de marca o genéricos. Generalmente el médico privado receta medicamento de marca y este es de un precio alto. Si el paciente puede pagarlo lo compra; de lo contrario, solicita al dependiente de farmacia un medicamento “igual, pero un poco más barato” y es aquí en donde puede acceder a un medicamento genérico, a un precio menor. Sin embargo según el informe final elaborado por CENSALUD – UES en Septiembre 2007:

“Disponibilidad y precio de medicamentos esenciales en El Salvador durante el segundo semestre de 2006”, el precio de los medicamentos genéricos se mantiene por encima del 50% del precio del medicamento innovador, lo que indica que el mercado de medicamentos genéricos no ha contribuido a reducir el precio de los medicamentos de marca innovadora y que no está generando un mayor acceso a medicamentos esenciales para la población. Los precios elevados de medicamentos genéricos no se deben a costos de adquisición elevados, sino a márgenes incontrolados agregados a lo largo de la cadena de distribución, esto afecta tanto en el gasto nacional en salud como en la economía de los hogares, especialmente de los hogares pobres.²³³

2.5.1.3. Factores críticos de éxito: En la actualidad la competencia en el ámbito de la farmacia privada es realmente grande, ya que existen muchas cadenas de venta de medicamentos que al proveerse del mayorista se convierten en pequeños distribuidores para sus propias sucursales. A esto hay que sumar el hecho que en los consultorios de médicos privados también se están comercializando los medicamentos, lo que no es favorable para los propietarios de farmacias privadas, quienes se ven afectados al disminuir el volumen de sus ventas.

Un tercer factor crítico de éxito es el contrabando, muchos de los productos se introducen por la zona de El Amatillo (La Unión) y en el lado de Guatemala, por San Cristóbal. Productos cuasi idénticos, más baratos para el consumidor, pero con una diferencia sustancial: el Principio Activo, el componente que actúa contra el agente patógeno, es inexistente o está disminuido en su composición. Se copian los envases de los medicamentos hasta hacerlos idénticos a los originales e incluso más atractivos a los ojos del público.²³⁴

En total la industria Químico Farmacéutico honesta pierde alrededor de 40 millones de dólares a causa de la piratería, contrabando y robo de medicamentos de marcas reconocidas tanto nacionales como extranjeras.²³⁵

2.5.1.4. Compradores clave: Mujeres jóvenes en edad reproductiva, entre 20 y 40 años, además hombres y mujeres de la tercera edad. También se convierte en comprador clave para algunas farmacias privadas, así como el Ministerio de Educación con su programa de Bienestar Magisterial.

²³³ Espinoza, E.A. “Disponibilidad y precio de medicamentos esenciales en El Salvador durante el Segundo semestre de 2006”. CENSALUD – UES. 21 de Septiembre de 2007.

²³⁴ Amaya, Ivette. “Medicinas falsas en mercados sin control”. 14 de Julio de 2004.

<http://www.elsalvador.com/noticias/2004/07/14/nacional/nac10.asp> (08 Noviembre 2007).

²³⁵ González, Marcela “Piratería de medicamentos, un daño para la salud”. 11 de Mayo de 2007. <http://www.comunica.edu.sv/archivo/may112007/notas/nota2.htm> (08 Noviembre 2007)

2.5.1.5. Dinámica de compra: La población sin trabajo o dentro del sector informal se sitúa en un nivel de fragilidad económica cuando se enfrenta a un gasto considerable de medicamentos. El consumidor principalmente paga en efectivo. Esto es importante identificarlo pues en muchas farmacias se realiza un descuento, que oscila entre el 12% y 20% al realizar pagos en efectivo y de un 9% a 10% por pagos con tarjetas de crédito o débito. En farmacias fuera del área de San Salvador el pago con tarjeta de crédito es poco y el auge de estas es principalmente en fechas próximas al pago de la quincena.

2.5.1.6. Principales proveedores de insumos: El abastecimiento de los medicamentos a las farmacias se realiza a través de los Laboratorios o Droguerías, estas últimas son establecimientos que se dedican a la importación, depósito, distribución de medicamentos y su posterior venta al por mayor. Las farmacias (individuales o agrupadas en cadenas) compran los medicamentos a las Droguerías y/o Laboratorios para venderlos al detalle al público. Entre los principales proveedores a las farmacias privadas de San Salvador y otros Departamentos se encuentran:

1. Droguería BAYER S.A.
2. Droguería Comercial Salvadoreña
3. Droguería C. Imberton
4. Droguería Nueva San Carlos
5. Cefacodifarma
6. Laboratorios Vijosa
7. Laboratorios Paill
8. Laboratorios Generix
9. Comercial Salvadoreña
10. Laboratorios Teramed
11. Laboratorios Genfar S.A
12. Droguería Americana
13. Droguería JOMI.

2.5.2 Gastos de bolsillo por medicamentos.

Con respecto a los gastos de bolsillo en medicamentos por parte de la población salvadoreña, una agrupación de ONG's señala que las siguientes condiciones impactan negativamente en la economía de los hogares salvadoreños debido a que pueden generar mayores gastos de bolsillo para la adquisición de medicinas: (1) Ingreso de sustancias nocivas al país debido a la fragilidad de los controles; (2) Sobreproducción de medicamentos sin ninguna regulación o control; (3) Falta de promoción de los medicamentos esenciales; (4) Ausencia de orientación a la población en lo relativo al uso racional de los medicamentos.

Según el estudio "*Determinación de la Cobertura y acceso a los servicios básicos de los*

*hogares salvadoreños. 1998-2002*²³⁶ publicado por la DIGESTYC, las familias salvadoreñas gastaron en salud un promedio de US \$168.70 cada mes durante el 2002. Los gastos en salud incluyeron consulta, hospitalización, y gastos por exámenes de laboratorio y medicinas. De todos ellos, el gasto por hospitalización fue el mayor y equivalió al 62.7% del total. Según esa misma investigación, las familias que estaban procreando hijos eran las que tenían gastos permanentes en salud; siendo para el año 2002 el gasto promedio mensual en medicinas para un niño equivalente a US \$4.70. Dicho gasto variaba según la edad del niño, siendo mayor para un recién nacido (US \$6.20 al mes). Otro dato importante que se encontró en dicho estudio es que el gasto en medicinas era más alto en las familias no pobres, ya que duplicaban el gasto promedio de las familias en situación de pobreza extrema. Así mismo, las familias urbanas gastaban más en medicinas que las familias rurales.

El gasto de los hogares en salud (4.3% PIB) constituye el 54% del gasto nacional en salud (8% PIB), y supera en 2 veces y media al gasto del Ministerio de Salud (1.8%)

Los datos disponibles acerca del gasto nacional en medicamentos indican que de 1996 al 2000 el gasto público en medicamentos disminuyó en todas las instituciones; pasando en el caso del MSPAS del 15% de su presupuesto en 1,996 al 13% en el 2000. En el ISSS, descendió del 20 % de su presupuesto en 1,996 al 12% en el año 2000. En Sanidad Militar se redujo del 26% de su presupuesto en 1998 al 11% en 2000; y en el caso de Bienestar Magisterial pasó del 37% de su presupuesto en 1,997 al 28% en 2000.

El gasto de los hogares en medicamentos para 1996 representó el 41.5% del gasto de bolsillo en salud que realizan los hogares y superó en 9 veces (US \$ 186,447.41) al gasto del MSPAS (US \$ 21,015.61) para el mismo año.

Al examinar el gasto en medicamentos de los hogares por niveles de pobreza, se observa que los hogares en pobreza extrema y relativa concentran casi el 40% de dicho gasto, porcentaje alto en relación con los niveles de ingreso de estos grupos poblacionales. Ver cuadro número 22.

CUADRO No. 22: GASTOS DE LOS HOGARES EN MEDICAMENTOS DURANTE 1996. JULIO 2004.

NIVELES DE POBREZA	GASTO (US \$)	%
Hogares en Extrema Pobreza	2,816,805.94	15
Hogares en Pobreza Relativa	41,280,063.09	22
Hogares No Pobres	117,022,972.80	63
T O T A L	161,119,841.83	100

Fuente: Elaboración propia con base en información sobre cuentas nacionales en salud LAC/RSS.

Iniciativa Reforma del Sector Salud. Mayo 1998.

Este gasto en salud de los hogares aparte de oneroso, es ineficaz y perjudicial a la salud debido a que mayoritariamente lo hace la población en pobreza y se realiza comprando medicamentos

²³⁶ DIGESTYC. "Determinación de la Cobertura y acceso a los servicios básicos de los hogares salvadoreños. 1998-2002". El Salvador. 2002.

alterados o falsificados en ventas de canastos o establecimientos de alguna credibilidad, medicamentos que por ser de mala calidad no son efectivos, agravando y complicando la situación de salud y cayendo en el círculo vicioso de pobreza enfermedad.

La investigación en el área de los medicamentos es limitada, tal situación reduce las posibilidades de solución a la problemática de salud en El Salvador. Siendo los medicamentos un aspecto clave de la problemática y del gasto en salud, consideramos importante retomar las principales conclusiones de un estudio recientemente realizado en España²³⁷, que apuntan a que los verdaderos factores que explicarían el aumento del gasto en medicamentos serían:

- 1) El factor más importante es el incremento de los precios unitarios, debido a la sustitución de medicamentos antiguos más baratos por otros modernos más caros para el tratamiento de los mismos procesos.
- 2) El aumento del consumo. Esto puede deberse a: i) El aumento de la población susceptible, no sólo por su envejecimiento (más años) sino también por su crecimiento vegetativo (más personas); y ii) Por una capacidad diagnóstica mayor o más precoz.
- 3) La existencia de importantes disfunciones del propio sistema sanitario que impiden o dificultan el uso racional de medicamentos. Entre ellas son fundamentales:
 - 3.1. Mala regulación administrativa de la fijación de precios.
 - 3.2. Factores derivados de una mala organización funcional del sistema de salud, lo que permite que los pacientes puedan ser tratados por una misma causa por diferentes especialistas en forma simultánea, con la consiguiente duplicidad o disparidad de prescripciones.
 - 3.3. Ausencia de incentivos a los profesionales de la salud.
- 4) Variables que derivan de las características de los profesionales.
 - 4.1 Problemas relacionados con la mala indicación clínica, que tienen que ver a su vez con la edad del médico; su formación académica; si actualiza sus conocimientos; así como también del tipo de centro en el que trabaja, etc.
- 5) Factores relacionados en el avance del conocimiento científico.

Si la patología a tratar tiene una alta prevalencia y el nuevo medicamento un alto precio, las repercusiones económicas pueden ser devastadoras.

Durante los últimos tres años se ha verificado el proceso de formulación de la propuesta de **Política Nacional de Medicamentos**, con la participación de los diferentes sectores sociales, tanto gubernamental, como no gubernamental, privado y académico. Esta política tiene como objetivo orientar una mejor regulación de la producción, venta, distribución, comercialización y propaganda sobre medicamentos. Cabe mencionar que cada una de las instituciones del sector salud cuenta con una política institucional propia de medicamentos, la cual define líneas estratégicas a desarrollar.

El país no dispone de un observatorio de medicamentos esenciales. Sin embargo, los Comités de

²³⁷ Bernardo Santos Ramos. **FACTORES TERAPÉUTICOS QUE CONTRIBUYEN AL AUMENTO DEL GASTO FARMACÉUTICO**, Servicio de Farmacia. Hospital Universitario Virgen del Rocío, España.
http://www.boletinfarmacos.org/042004/ventana_abierta.asp

Farmacoterapia Institucionales son los que definen y promueven acciones de fármaco-vigilancia, a través del Programa de Notificación Espontánea de sospecha de reacciones adversas y de sospechas de fallas terapéuticas y uso racional de medicamentos. El MSPAS evalúa el proceso de gestión de los medicamentos a través de la "Encuesta sobre Gestión en el Sistema de Suministros Médicos".

Se carece de una instancia que regule el proceso de compra y distribución de los medicamentos esenciales en el país.

No se ha formulado una **Política de Precios de los Medicamentos** con el objeto de evitar que los medicamentos sean tan poco accesibles económicamente para las mayorías; ni tampoco un **Listado Nacional de Medicamentos Esenciales**, sin embargo, cada institución de salud posee su propio listado, de acuerdo al perfil epidemiológico que maneja, a las necesidades de los médicos tratantes (prescriptores) y de los usuarios (pacientes); y a la capacidad financiera institucional, realizando una revisión del listado en forma periódica, por lo menos una vez en el año.

El país ha tenido un avance en esta área, en cuanto a la aplicación de protocolos de tratamiento²³⁸ (para las patologías prevalecientes en las instituciones prestadoras de servicios, tanto del primer, segundo y tercer nivel de atención). Entre ellas se pueden mencionar: Guía Clínica del Recién Nacido con Patología; Guía Nacional de Atención Integral a las Enfermedades Prevalentes de la infancia y para los Adolescentes; Guías Clínicas de Atención de las Principales Morbilidades Obstétricas del 3er Nivel de Atención; Guías Clínicas para la Atención de los Principales Problemas de Salud de los Adultos Mayores, entre otras. Sin embargo, no todas han sido homologadas.

2.5.3 Análisis del mercado farmacéutico

En mayo de 1994, el Equipo ANSAL (ANALISIS DEL SECTOR SALUD EL SALVADOR) que fue el equipo surgido bajo el auspicio de USAID, OPS/OMS, que tenía como objetivo hacer un estudio y proponer la primera Reforma de Salud después de los Acuerdos de Paz, publicó su informe final acerca de la "Administración de Productos Farmacéuticos". Según este equipo, durante estos últimos 13 años se han dado algunos avances en lo relativo a las recomendaciones hechas por dicho grupo: (1) La población con acceso permanente a los medicamentos incluidos en la lista del MSPAS es del 80%; (2) Los esquemas de distribución de medicamentos en el MSPAS se realizan por grupos poblacionales; (3) Existen normas de tratamiento para patologías prevalecientes de origen infecto-contagioso, principalmente en los hospitales de especialidades. Sin embargo, el Consejo de Reforma del Sector Salud en su propuesta de Reforma Integral de Salud publicada en Diciembre de 2000 señala que "existe además una insuficiente e inadecuada provisión de medicamentos, lo cual constituye un motivo central de malestar entre los/as usuarios/os".

El equipo ANSAL en su estudio hizo 30 recomendaciones que tenían como objetivo último superar la problemática de los medicamentos en el país. Pese a los aspectos controversiales de dicho estudio y de no tener carácter obligatorio su cumplimiento, es interesante darles seguimiento para tener una apreciación de la solución a la problemática encontrada.

De las 30 recomendaciones de ANSAL seleccionamos 11 de las distintas áreas y realizamos un

²³⁸ Protocolos de atención: Son documentos que detallan los manejos o tratamientos específicos para cada enfermedad (Lo que se debe hacer con cada paciente según la enfermedad que tenga). Además, definen en que nivel de atención debe ser manejado cada paciente.

sondeo a nivel de expertos, obteniendo los siguientes resultados por área de interés:

A. Política, Legislación, regulaciones.

A.1 Recomendación. Formular y adoptar una política farmacéutica nacional, a fin de proporcionar un marco para el sector farmacéutico. Esta política debe basarse en el concepto de medicamentos esenciales.

Situación: Hay dos propuestas de política de medicamentos, una de un grupo de ONG y la otra del MSPAS, elaboradas con algún nivel de debate, pero aún no es Ley de la República.

B. Registro de Medicamentos.

B.1 Recomendación. Implementar un sistema de información computarizado para el registro de medicamentos.

Situación: Hay equipo, faltan programas de computación para el seguimiento, pero aún no hay un sistema computarizado.

C. Formularios y manuales de medicamentos esenciales.

C.1 Recomendación: Armonizar los formularios de medicamentos terapéuticos de las Instituciones del sector público. La armonización debe comenzar con la selección de medicamentos para atención primaria de la salud.

Situación: Existen 2 listados de medicamentos la 8ª edición del MSPAS con 577 medicamentos y otras sustancias; y el listado del ISSS que contiene 527 medicamentos. Ambos contemplan medicamentos para atención primaria en Salud.

C.2 Recomendación: Revisar el listado oficial de medicamentos del ISSS y publicar un manual terapéutico para el listado oficial de medicamentos revisado.

Situación: Existe el listado pero no el manual terapéutico, o al menos no es de conocimiento generalizado.

D. Adquisiciones.

D.1 Recomendación: Analizar la factibilidad de establecer un mecanismo de adquisición conjunto para un grupo de ONG.

Situación: Hubo grandes esfuerzos, como el proyecto PROSAMI que duró 5 años y la iniciativa de BAMAKO de UNICEF.

E. Garantía de Calidad.

E.1 Recomendación: Analizar las opciones y factibilidad de compartir los recursos del MSPAS y del ISSS para garantizar la calidad de productos farmacéuticos en el sector público.

Situación: El MSPAS reorganizó el sistema central de suministros médicos y farmacéuticos, tiene laboratorio propio de control de calidad que funciona como verificador parcial de calidad. Por su parte, el ISSS utiliza los servicios de un laboratorio certificado privado.

E.2 Recomendación: Implementar un programa de **monitoreo de calidad** de productos farmacéuticos en el sector privado.

Situación: Hay elaboración avanzada al respecto, pero aun no hay un programa de monitoreo aprobado. Además, el monitoreo puede no bastar y hay que aspirar al control de calidad.

F. Finanzas.

F.1 Recomendación: Llevar acabo un estudio de factibilidad de la recuperación de costos para productos farmacéuticos.

Situación: Se aplican cuotas voluntarias en los establecimientos del MSPAS y el paciente está comprando de su bolsillo medicamentos necesarios.

G. Uso de medicamentos.

G.1 Recomendación: Implementar estudios sobre la prescripción de medicamentos como un componente del Programa de Uso Racional de Medicamentos en el MSPAS y en el ISSS.

Situación: En algún momento se formaron comités de calidad por establecimiento en el MSPAS, pero se desconoce resultados al respecto. En el ISSS hay comités de Farmacoterapia en los Hospitales de Especialidades, General, Primero de mayo, Médico Quirúrgico y Oncología; pero se desconoce sobre su funcionamiento e impacto en los servicios. El problema es ese 48.24% de la población salvadoreña que no reciben atención médica en el sistema o que no consultan y que en alta proporción se automedican (42.4% en 1996).

H. Actividades Farmacéuticas del Sector Privado.

H.1 Recomendación. Efectuar un estudio de indicadores de prescripción y uso de medicamentos en la atención ambulatoria del sector privado.

Situación: No se sabe nada al respecto.

I. Actividades farmacéuticas del sector privado comparadas a las del sector público

I.1 Recomendación. Considerar estudios específicos sobre morbilidad y prescripción de medicamentos para comparar los patrones de prescripción, costos y satisfacción del paciente entre los subsectores público y privado.

Situación: No se han realizado estudios de ese tipo.

2.6 Cobertura y necesidades insatisfechas.

Con respecto a la cobertura en salud de la población salvadoreña, en general se estima que el MSPAS atiende al 80% de la población, el ISSS al 15% y Bienestar Magisterial el 2%; el 3% restante se distribuye entre Sanidad Militar y el Sector Privado con o sin fines de lucro.

Se estima que el MSPAS da cobertura al 40% del total de la población que le corresponde (80%) en consulta externa, lo cual equivale a 2,162,370 personas. Además, cubre el 75% de la atención hospitalaria que le corresponde. Su cobertura en vacunación es mayor al 90%.

Por su parte, el ISSS da cobertura a 1,044,345 personas (15% de la población total). Bienestar Magisterial atiende a 88 mil profesores/as y sus familias (1.30%); y Sanidad Militar atiende a 80 mil usuarios/as (1.18%) y el sector privado lucrativo daría cobertura a 122,984 personas (1.82%). De acuerdo con lo anterior, tendrían cobertura en salud un aproximado de 3,500,000 habitantes; mientras que 3,260,000 personas (48.24% de la población total de El Salvador) carecen de cobertura real; cifra que se aproxima al porcentaje de personas que estando enfermas no consultan por diferentes motivos, siendo la situación económica el principal obstáculo para no buscar atención a sus enfermedades. Este estimado se resume a continuación en el cuadro N° 23:

CUADRO N° 23. ESTIMADO DE LA COBERTURA DE SALUD DE LA POBLACIÓN TOTAL POR PROVEEDOR, JULIO DE 2004.

PROVEEDOR	MILES	PORCENTAJE
(A) Cubierta	3,497,690.39	51.76
MSPAS ^(b)	2,162,370.56	40 ^(b)
ISSS ^(c)	1,044,345.00	15
Bienestar Magisterial ^(d)	87,990.00	1.30
Sanidad Militar ^(e)	80,000.00	1.18
Privado lucrativo ^(f)	122,984.83	1.82
(B) No cubierta	3,259,717.61	48.24
Población total (A + B)	6,757,408 ^(a)	100.00
Atendida mínimamente, o no consulta, o es atendida por ONG, iglesias, medicina tradicional		

Fuente:

- (a) Población estimada por el MSPAS para 2004.
- (b) Se estima que atiende 40% de su cobertura total que es 80%. Cruz Saco y Meza Lago para 1999 estimaron cobertura del 34.7 %
- (c) Estadísticas ISSS 2003
- (d) Dato oficial de Bienestar Magisterial
- (e) Dato oficial Comando de Sanidad Militar
- (f) Dato de Propuesta de Política de Medicamentos del MSPAS, establece que 3% es la cobertura de Sanidad Militar y privados. En general, siempre se ha estimado que la cobertura del subsector privado es del 2 al 5%. Para 1999 Cruz Saco la establece en 16.6%.

Con respecto a la producción de servicios médicos del MSPAS y del ISSS, se observa en el cuadro N° 24 que en ambas instituciones el recurso humano por población cubierta es alto (10.2 y 11.2 por mil personas cubiertas respectivamente), siendo un poco mayor para el ISSS. La población cubierta por hospitales es mayor en el ISSS que en el MSPAS, pero en ambos casos

podría considerarse aceptable, tomando en cuenta que la población que demanda ese servicio es más o menos el 7%.

La cobertura de la población por los establecimientos de primer y segundo nivel es baja: 2.7 por diez mil en el MSPAS y 2.6 por diez mil en el ISSS. El número de consultas, recetas y análisis de laboratorio son altos, y esta situación que pudiera ser positiva, refleja también la carga curativa del modelo de atención.

CUADRO N° 24: PRODUCCIÓN TOTAL Y MEDIA DE SERVICIOS MÉDICOS EN EL MSPAS e ISSS. JULIO DE 2004

PRODUCCIÓN DE SERVICIOS	MSPAS	ISSS
Población cubierta	2.162.370 ^a	1.044.345 ^b
Recursos humanos empleados	22,083	11,737
Recurso humano empleado por población cubierta x 1,000	10.2	11.2
Número de hospitales	30	23
Número de establecimientos del 1° y 2° nivel	587	271
Hospital por población x 1000	1.4	2.2
Establecimiento de 1° y 2° por población cubierta x 10,000	2.7	2.6
Número de camas	4625 ^c	1433 ^b
Camas por población x 1000	2.14	1.37
Número de consultas médicas	10.326.918	5.000.926
Consultas por población cubierta	4.77	4.78
Número de egresos hospitalarios por población cubierta	339,936	95,449
Egresos por población cubierta	15.72	9.13
Número de recetas	25.076.355	13.724.932
Recetas por población cubierta	11.59	13.14
Número de análisis de laboratorio	9.723.465	4.427.504
Análisis de laboratorio por población cubierta	4.49	4.24

Fuente: Elaborado con base en datos del MSPAS 2004 y Estadísticas ISSS 2003.

(a) 40% de la población de referencia estimada por el MSPAS en 80%

(b) Estadísticas ISSS 2001

(c) Unidad Información en Salud MSPAS Diciembre de 2003

2.7. Retos para el Sector Salud.

Muchos son los retos que debe superar el Sector Salud a corto y medio plazo. Algunos son de

fácil solución; otros requieren de una discusión profunda por parte de las instituciones y de mecanismos de consenso entre las partes implicadas para realizar las reformas necesarias; pero todos se encuentran interconectados entre sí de manera compleja:

1. Inequidad en la asignación de los fondos.
2. Insuficiente presupuesto para la compra de medicamentos, insumos y equipos médicos.
3. Ineficiencia en la administración de los recursos.
4. Segmentación del sistema de salud.
5. Falta de Programas que respondan a la realidad sanitaria salvadoreña.
6. Inadecuada coordinación sectorial e intersectorial
7. Poca participación ciudadana.
8. Marco legal insuficiente y poco aplicado.
9. Falta de política de recursos humanos.

A. DESAFÍOS

Opciones para resolver los retos identificados y para garantizar el desarrollo sostenible del sector.

1. De carácter económico:

- 1.1. Mayor eficiencia del gasto.
- 1.2. Mayor inversión pública en salud, prioritariamente en la prevención y protección de la salud.

2. De carácter político:

- 2.1. Priorizar a la APS²³⁹(Promoción y prevención)
- 2.2. Descentralización operativa.
- 2.3. Coordinación sectorial e intersectorialidad.
- 2.4. Implantar el modelo de salud familiar.
- 2.5. Institucionalizar la participación social.

3. De carácter institucional y legal:

-
1. ²³⁹ APS (Atención Primaria en Salud): Programa regional impulsado desde 1978 por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), como estrategia principal para lograr el objetivo “Salud para todos en el año 2,000”. Consiste en brindar asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundamentados y socialmente aceptables, puestos al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que el país pueda soportar en cada etapa de su desarrollo.

- 3.1. Fortalecimiento de la rectoría.
- 3.2. Regulación de los recursos humanos.
- 3.3. Retos con la introducción del CAFTA-DR²⁴⁰.
- 3.4. Cobertura universal.
- 3.5. Marco Legal.

Carácter sector social

- 4.1. Lograr las metas de los Objetivos de Desarrollo del Milenio.
- 4.2. Coadyuvar esfuerzos para lograr la Seguridad Alimentaria y Nutricional en El Salvador.
- 4.3. Mantener los logros alcanzados en el control del Paludismo, Chagas y otras enfermedades.
- 4.4. Lograr la Extensión de los servicios de salud en la Zona Rural del país.
- 4.5. Alcanzar la mejora continua de la calidad de los servicios de salud.

2.8 Cooperación y financiamiento del sector salud en El Salvador.

En lo referente a la cooperación técnica y financiera externas brindadas al sector salud, se puede tener una idea con el dato de que para el año 2000 el MSPAS contó con una cooperación financiera externa de aproximadamente 22 millones de dólares de los Estados Unidos, equivalente al 3.9% de la estructura del financiamiento del sector de Salud para ese año. Para 2003 el Banco Mundial otorgó un préstamo al MSPAS por un monto de 148 millones de dólares, para la construcción y reconstrucción de hospitales y otros establecimientos de salud dañados por los terremotos del año 2001. La OPS/OMS y diversas universidades proveen las principales contribuciones técnicas.

Aparte de los bancos mencionados, el BID y organizaciones como USAID y programas especiales como el Fondo Global para la lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria (ONUSIDA), se cuentan entre los cooperantes destacados. En el año 2000 la cooperación externa representó el 4% del financiamiento público del sector salud y otras fuentes no especificadas el 3%.

²⁴⁰ A Médicos Sin Fronteras (ONG internacional de mucho prestigio, en el área de manejo humanitario de medicamentos genéricos) le preocupa profundamente que las disposiciones en el capítulo sobre la Propiedad Intelectual del DR-CAFTA tengan consecuencias devastadoras en lo que respecta al acceso a medicamentos para millones de personas con VIH/SIDA y otras enfermedades en esta región. A MSF también le inquieta que el hecho de haber firmado este acuerdo comercial socave el derecho y el deber de los países a proteger la salud pública y promover el acceso a medicamentos para todos, tal como estipula la Declaración Ministerial relativa al Acuerdo sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual relacionados con el Comercio (ADPIC) y la Salud Pública de la Organización Mundial del Comercio (OMC), o Declaración de Doha, que EEUU adoptó junto con todos los miembros de la OMC en noviembre de 2001. La Declaración de Doha claramente reconoció las preocupaciones acerca de los efectos de las patentes sobre los precios y estipuló, sin dejar lugar a ningún tipo de ambigüedad, que el Acuerdo sobre los ADPIC puede y debería interpretarse y aplicarse de forma que “apoye el derecho de los miembros de la OMC de proteger la salud pública y, en particular, de promover el acceso a medicamentos para todos”. **INFORME DE MÉDICOS SIN FRONTERAS, SOBRE LAS DISPOSICIONES ACERCA DE LA PROPIEDAD INTELECTUAL EN EL DR-CAFTA Y SUS CONSECUENCIAS PARA EL ACCESO A MEDICAMENTOS ESENCIALES. Presentado Al Committee On Ways & Means (Comité Sobre Formas & Medios) De La Cámara De Representantes De EEUU; Abril De 2005**

El financiamiento del sector salud durante el período 1996-2004 mostró las siguientes características: Porcentualmente el financiamiento público registró un leve aumento, de 46% en 1996 pasó al 49% en el año 2000; manteniéndose estancado en 49% durante el período 2000-2004. Mientras que el financiamiento al MSPAS disminuyó de 23% en 1996 a 21% en el año 2004, el financiamiento al ISSS aumentó y pasó de 20% en 1996 a 25% en el año 2004.

El financiamiento privado durante el período antes señalado disminuyó levemente, pasó del 54% en 1996 al 51% en el año 2000, para finalmente mantenerse en 51% en el período 2000-2004. Del financiamiento privado, el proveniente del bolsillo de los hogares fue el mayor, habiendo registrado un promedio de 52% para el período. Durante el mismo período, el financiamiento privado promedio fue mayor (54%) que el financiamiento público promedio (46%). El financiamiento proveniente de los hogares durante ese período fue el doble (52% promedio) que el del MSPAS (21% promedio). El financiamiento de los hogares aumentó al 50% en el período 2000-2004.

La estructura del financiamiento se resume en los cuadros siguientes:

CUADRO N° 25: ESTRUCTURA DEL FINANCIAMIENTO DEL SECTOR SALUD. 1996-2004.

	1996	1997	1998	1999	2000	2004
	%	%	%	%	%	%
1. Componente público	46%	43%	45%	47%	49%	49%
Ministerio de Salud Pública (MSPAS)	23	21	21	21	22	21
Instituto Salvadoreño del Seguro Social	20	20	22	23	24	25
Sanidad Militar	1	1	1.2	1.2	1	1
Bienestar Magisterial	1	1	0.8	1.7	1.6	1.8
Hospital de ANTEL	1					
2. Componente privado	54%	57%	55%	53%	51%	51%
Hogares	53	56	53	51	49	50
Compañías de Seguro	1	1	1.5	2	2.2	
ONG en salud	0	0.1	N.D	N.D.	N.D.	
TOTAL	100%	100%	100%	100%	100%	
Monto financiamiento (en millones de colones)	7422.7	8,460.7	9,220.7	9,162.6	10,055.0	
TASA DE CRECIMIENTO ANUAL	14%		9%	-0.60%	9.7%	

Fuente: Unidad de Economía de la Salud/MSPAS. Estudios de Cuentas en Salud en El Salvador

De acuerdo con cifras preliminares, el gasto total en salud en el período 2000-2004 disminuyó, pasando del 8% a 7.1% en relación con el PIB. Mientras el gasto público disminuyó, de 3.6% en

2,000 a 3.0% en 2004, el gasto privado se mantuvo constante en 4.4% en relación con el PIB durante el mismo período. A nivel institucional, el MSPAS disminuyó el gasto, pasando del 1.8% en 2,000 a 1.3% en 2004. Similar situación se observó en el ISSS, bajando de 1.6% en 2,000 a 1.5% en 2,004 en relación con el PIB.

El gasto en salud de los hogares fue superior (4.3% del PIB) al gasto público (3.3% del PIB); e igualmente, el gasto en salud de los hogares (4.3% del PIB) fue superior al gasto promedio individual y en conjunto del MSPAS y del ISSS, que se estimó en 3.4% para el año 2000 y 2.8% para el año 2004 en relación con el PIB.

La composición público-privada del gasto nacional en salud de 1996 al año 2001 muestra la siguiente evolución: el gasto público disminuyó, pasando del 59% en 1996 al 53% en el año 2001. En tanto el gasto privado en salud mostró aumento, ya que pasó de 41% en 1996 al 47% en el año 2001. De este rubro, el gasto de bolsillo de los hogares fue el mayor y se ha mantenido desde 1996 arriba de 97%.

El gasto per cápita en salud promedio registró un leve aumento, de US \$164 en 1996 llegó a US \$171 en el año 2001, manteniéndose tres veces abajo del per cápita estimado para América Latina que es de US \$498. El gasto per cápita en salud del MSPAS se mantiene estático, de US \$47 en 1998 pasó a US \$50 en el 2001 y disminuyó a US \$48.00 per cápita en el 2004. En tanto, el gasto el per cápita de salud del ISSS aumentó, pasando de US \$194 en 1998 a US \$283 en el 2004, siendo más de tres veces superior al del MSPAS. Por su parte, el gasto per cápita en salud de los hogares se mantiene en los US \$90 desde 1998, casi doblando el gasto del MSPAS.

El gasto total en salud durante el período 1996-2004 se redujo y fue inferior al gasto de 1996 (7.3% a 7.1%) en relación con el PIB para el año 2004. El gasto público en salud registró una disminución, pasando del 3.6% en el año 2000 a 3.0% en 2004, en relación con el PIB y se ubicó en el mismo nivel que para 1997. En tanto que el gasto privado (4.4%) se mantuvo constante durante el período 2000-2004 e igual al gasto de 1996.

CUADRO N° 26: ESTIMACIÓN DEL GASTO EN SALUD EN EL SALVADOR. 2000-2004

INSTITUCIÓN	2000	2004 (a)
	% EN RELACIÓN AL PIB	% EN RELACIÓN AL PIB
MSPAS	1.8%	1.3%
ISSS	1.6%	1.5%
SANIDAD MILITAR	0.1%	0.1%
BIENESTAR MAGISTERIAL	0.1%	0.1%
TOTAL GASTO PÚBLICO	3.6%	3.0%
HOGARES	4.30%	4.3%
COMPAÑÍAS DE SEGUROS	0.10%	0.1%
TOTAL GASTO PRIVADO	4.40%	4.4%
GASTO TOTAL EN SALUD	8%	7.1%

Fuente: Unidad de Economía de la Salud / Dirección de Planificación / MSPAS

(a) Cifras preliminares en proceso de revisión

Tomando como referencia los años 1996, 2000 y 2004, el gasto promedio en salud de los hogares fue de 4.3% PIB y constituye el 98% del gasto promedio privado que es de 4.4% en relación con el PIB. Para el mismo período, el gasto promedio en salud de los hogares (4.3%) fue superior al gasto promedio del sector público (3.16%) en relación con el PIB, y casi triplicó al gasto promedio del MSPAS (1.6% PIB).

En cuanto a la evolución del gasto del MSPAS y del ISSS por rubros principales durante el periodo 1996-2001, en ambas instituciones el rubro mayor de gasto fue el de las remuneraciones, seguido del gasto en medicamentos, dedicando la menor cantidad del gasto al rubro de insumos médico-quirúrgicos, el cual fue superado por los gastos de operación. Se considera en general, que es una estructura del gasto rígida que no permite mayor maniobrabilidad a favor de los otros rubros. (39)

En cuanto al gasto en salud por niveles de atención del MSPAS y del ISSS durante el periodo 1996-2000, en ambas instituciones el gasto promedio en el primer nivel de atención (MSPAS 31.8 % e ISSS 11.2 %), fue menor que el promedio destinado al segundo y tercer nivel (MSPAS 78.2% e ISSS 87.4%). Destaca el hecho de que en tanto el MSPAS dedica el 78.2% promedio al gasto del tercer nivel y el ISSS destina el 87.4% a ese mismo nivel.

En el MSPAS el gasto en el primer nivel de atención ha aumentado pasando del 26% en 1996 a 34% en 2000. En tanto, el gasto en el segundo nivel de atención ha disminuido pasando del 43% en 1996 a 40% en el año 2000. Situación similar sucede con el gasto en el tercer nivel de atención, disminuyó pasando del 31% en 1996 a 26% en el año 2000 (40).

Por su parte, en el ISSS el gasto en el primer nivel de atención aumentó pasando de 8% en 1996 a 13% en el año 2000, siendo en promedio 11.2% menor que el del MSPAS, el cual registra un promedio de 31.8% para los cinco años. En el ISSS el gasto en el segundo nivel de atención se ha incrementado, pasando del 22% en 1998 al 40% en el año 2000; en tanto el gasto en el tercer nivel de atención ha disminuido, pasando del 70% en 1996 al 44% en el año 2000

De la población que se enfermó o accidentó para el año 2001, 66% asistió al MSPAS, 11% consultó en el ISSS, 18% acudió a la consulta privada, 1% recurrió a las ONG y 3.92% buscó otras alternativas.

De 1999 al 2001, aumentó del 59% al 66% las personas que consultaron en el MSPAS. En el caso del ISSS, disminuyeron de 12% en 1999 a 11% en el 2001; igualmente disminuyeron de 21% a 18% las personas que asistieron a la consulta privada.

La población en pobreza consulta en su mayoría con el MSPAS (37% del total, 46%); 4% asiste a la consulta privada; y el 2% aproximadamente al ISSS y a otras alternativas respectivamente.

El porcentaje de personas que se automedicaron fue alto (40%, equivalente a 142 mil personas) del total de las que se enfermaron en el año 2001, pese a que se registra una reducción de 8% aproximadamente durante el periodo 1996-2001.

III. Análisis del entorno legal, normativo y de fiscalización.

3.1 *Marco Jurídico del Sector Salud.*

Existen diversas disposiciones legales que regulan las autorizaciones para ejercer pública y privadamente en salud en El Salvador. Entre ellas se pueden mencionar: El código de salud, el reglamento general de hospitales, la ley del consumidor y los materiales educativos de diversos programas de atención. Cabe destacar que hace poco se implementaron cartas de derechos y deberes de los usuarios en algunos establecimientos del MSPAS. Tanto el MSPAS como el ISSS poseen normas básicas de atención.

3.1.1 Constitución de la República

Las leyes, normas y regulaciones se encuentran especificadas en la **Constitución de la República** de El Salvador, particularmente en los artículos 65, 66, 67, 68, 69 y 70. Tales artículos se transcriben a continuación:

- 1 Art. 65: La salud de los habitantes de la Republica constituye un bien público. El Estado y las personas están obligados a velar por su conservación y restablecimiento. El Estado determinará la política nacional de salud y controlará y supervisará su aplicación.
- 2 Art. 66: El Estado dará asistencia gratuita a los enfermos que carezcan de recursos y a los habitantes en general, cuando el tratamiento constituya un medio eficaz para prevenir la diseminación de una enfermedad transmisible. En este caso, toda persona esta obligada a someterse ha dicho tratamiento.
- 3 Art. 67: Los servicios de salud pública serán esencialmente técnicos. Se establecen las carreras sanitarias, hospitalarias, paramédicas y de administración hospitalaria.
- 4 Art. 68: Un Consejo Superior de Salud Publica velará por la salud del pueblo. Estará formado por igual número de representantes de los gremios médico, odontológico, químico-farmacéutico, médico veterinario, laboratorio clínico, psicología, enfermería y otros a nivel de licenciatura que el Consejo Superior de Salud Pública haya calificado para tener su respectiva junta; tendrá un presidente y un Secretario de nombramiento del Órgano Ejecutivo. La ley determinará su organización. El ejercicio de las profesiones que se relacionan de un modo inmediato con la salud del pueblo, será vigilado por organismos legales formados por académicos pertenecientes a cada profesión. Estos organismos tendrán facultad para suspender en el ejercicio profesional a los miembros del gremio bajo su control, cuando ejerzan su profesión con manifiesta inmoralidad o incapacidad. La suspensión de profesionales podrá resolverse por los organismos competentes de conformidad al debido proceso. El Consejo Superior de Salud Publica conocerá y resolverá los recursos que se interpongan en contra de las resoluciones pronunciadas por los organismos a que alude el inciso anterior.
- 5 Art. 69: El Estado proveerá los recursos necesarios e indispensables para el control permanente de la calidad de los productos químicos, farmacéuticos y veterinarios, por medio de organismos de vigilancia. Asimismo el Estado controlará la calidad de los productos alimenticios y las condiciones ambientales que puedan afectar la salud y el bienestar.

- 6 Art. 70: El Estado tomará a su cargo a los indigentes que, por su edad o incapacidad física o mental, sean inhábiles para el trabajo.

3.1.2 El Código Penal

Establece sanciones para los delitos relativos a productos químicos, medicinales, alimenticios y aguas en los artículos 271 a 274. En el primero de esos artículos (Art. 271) se encuentran sanciones para la elaboración y comercio no autorizados de estos productos. El tráfico indebido de productos químicos y sustancias nocivas es sancionado en el Art. 272; el despacho o comercio indebido de medicinas en el Art. 273 y la alteración de sustancias medicinales en el Art. 274 del código penal.

A continuación se transcriben dichos artículos:

Art. 271: El que sin hallarse autorizado, elabore sustancias nocivas o productos químicos farmacéuticos que pusieren en grave peligro la salud o comercie con ellos, será sancionado con prisión de uno a tres años.

Art. 272: El que hallándose autorizado para el tráfico de sustancias nocivas o productos químicos y farmacéuticos o de cualquier otra sustancia análoga, que pusieren en grave peligro la salud pública, lo despachare o suministrare sin cumplir con las formalidades de seguridad previstas en las leyes y reglamentos respectivos, será sancionado con prisión de seis meses a dos años e inhabilitación para el ejercicio de la profesión u oficio por el mismo tiempo.

Art. 273: El que despachare o comerciare con medicamentos no autorizados deteriorados o caducados o incumpliere con las exigencias técnicas relativas a su composición, estabilidad, conservación, eficacia o sustituyere unos por otros, será sancionado con prisión de uno a tres años e inhabilitación especial para el ejercicio de la profesión u oficio por el mismo tiempo.

Art. 274: Será sancionado con prisión de dos a cuatro años e inhabilitación especial para la profesión u oficio por el mismo tiempo quien: (1) Al elaborarla o en momento posterior, alterare la cantidad, la dosis o la composición genuina, según lo autorizado o declarado, de una sustancia medicinal, privándola total o parcialmente de su eficacia; (2) Imitare o simulare sustancias medicinales, dándoles apariencia de verdaderas, con animo de expenderlas o autorizarlas; (3) Tuviere en deposito, ofreciere, vendiere, facilitare o utilizare en cualquier forma las sustancias medicinales referidas, conociendo de su alteración y con el propósito de expenderlas o destinarlas al uso de otras personas.

3.1.3 La ley de protección al consumidor

La Defensoría del Consumidor fue creada mediante el decreto legislativo 776, como una institución descentralizada del Gobierno con personalidad jurídica y patrimonio propio, con autonomía administrativa y presupuestaria y que cuenta con un tribunal sancionador.

Esta ley fue aprobada en Junio de 1992 y publicada en el Diario Oficial el 1 de Septiembre del mismo año. En Agosto de 2005 fue aprobada una nueva Ley de Protección al Consumidor que solventaba los vacíos legales de que adolecía la primera ley.

El artículo 3 enuncia que son actos jurídicos regulados por esta Ley, aquellos en que las partes intervinientes tengan el carácter de proveedor y consumidor y que recaigan sobre toda clase de bienes y servicios. En el artículo 4 se enuncian los derechos básicos de los consumidores. Por

otro lado, en el artículo 7 se definen los deberes de los proveedores.

En el Artículo 10 se prohíbe ofrecer al público cualquier clase de producto con posterioridad a la fecha de vencimiento o cuya masa, volumen, calidad o cualquier otra medida especificada en los productos, se encuentre alterada.

Además, en el artículo 18 se prohíben las prácticas abusivas de los proveedores en la venta de productos o servicios. Así mismo, el artículo 24 regula la prestación de servicios; y el artículo 37 establece el régimen de responsabilidad por el uso correcto, al que están especialmente sometidos los proveedores de productos farmacéuticos. Además del artículo 40 a 44 tipifica las infracciones, dividiéndolas en leves, graves y muy graves; y a partir de artículo 45 establece las multas a imponer.

3.1.4. El Código de Salud

Entre los aspectos que normaliza el Código de Salud se encuentran:

1. Establece las normas para la organización, funcionamiento y facultades del MSPAS, del Consejo Superior de Salud Pública y demás organismos del Estado; de las Juntas de Vigilancia, de los servicios de salud privados y las relaciones de éstos entre sí.
2. Define los requisitos para la autorización del ejercicio profesional en salud.
3. Especifica los derechos, obligaciones y prohibiciones de los profesionales de la salud.
4. Detalla los requisitos para el registro, fabricación, importación y venta de medicamentos y su control de calidad.
5. Determina las sanciones o infracciones por violación u omisión a sus artículos o a sus reglamentos. (Artículos 278 a 288)
6. En el artículo 17 enumera las atribuciones de las Juntas de Vigilancia: a) Vigilar el ejercicio de la profesión correspondiente y sus respectivas actividades auxiliares a que se refiere el inciso segundo de Art. 5²⁴¹ del presente Código; así como velar porque estas profesiones no se ejerciten por personas que carezcan del título correspondiente exigiendo el estricto cumplimiento de las disposiciones penales relativas al ejercicio ilegal de las profesiones; b) Vigilar y controlar el funcionamiento de droguerías, farmacias, laboratorios de prótesis dentales, laboratorios químicos, laboratorios farmacéuticos, laboratorios biológicos, laboratorios clínico-biológicos, gabinetes radiológicos, hospitales, clínicas de asistencia, gabinetes ópticos y demás establecimientos particulares dedicados al servicio y atención de la salud pública.

3.1.5 El Consejo Superior de Salud Pública

Entre sus funciones se pueden mencionar:

- (1) Autorizar, previo informe favorable de la **Junta de Vigilancia** respectiva, la apertura y funcionamiento de establecimientos dedicados al servicio y atención de la salud,

²⁴¹ Art. 5 inciso 2. Se entenderá que forman parte del ejercicio de las profesiones antes mencionadas y por consiguiente estarán sometidas a la respectiva Junta de Vigilancia, aquellas actividades especializadas, técnicas y auxiliares que sean complemento de dicha profesión.

droguerías, farmacias, laboratorios farmacéuticos, laboratorios biológicos, laboratorios clínicos-biológicos, gabinetes radiológicos, hospitales, clínicas de asistencia social, gabinetes ópticos, laboratorios de prótesis dental y ventas de medicinas en lugares donde no existe farmacia o que estas se encuentren a más de 2 kilómetros del lugar donde se pretende abrirlas;

- (2) Cerciorarse, en aras de una mejor atención de la salud, que los establecimientos mencionados en el literal anterior, tengan como responsables o regentes del mismo a profesionales especializados en la actividad científica que deben desarrollar, sea o no académico su propietario (esta disposición no se aplicará a las ventas de medicinas). Caso contrario el Consejo, previo informe de la Junta respectiva, ordenará al propietario del establecimiento subsane la anomalía encontrada y en caso no sea corregida, el Consejo ordenará su clausura;
- (3) Autorizar el ejercicio de los profesionales del área de salud;
- (4) Organizar las Juntas de Vigilancia de las profesiones relacionadas con la salud;
- (5) Autorizar inscripción de medicamentos de marca o genéricos para su comercialización en El Salvador;
- (6) Imponer infracciones y/o sanciones ante toda acción u omisión que viole las disposiciones del Código de Salud y sus Reglamentos. Dichas infracciones y sanciones se especifican a partir del artículo 278 del Código de Salud;
- (7) Clausurar establecimientos relacionados a la salud por infracciones graves al Código de Salud o sus reglamentos (Estos establecimientos son de utilidad pública, en consecuencia el cierre de los mismos sólo podrá efectuarse por resolución del Consejo;
- (8) Conocer las apelaciones de sanciones o infracciones impuestas a profesionales o establecimientos de salud y darles resolución.

3.1.6 La Ley de Farmacias

Regula la conducta y el desempeño profesional de los farmacéuticos propietarios y regentes. En el artículo 9 de esta ley se establece el servicio obligatorio de turnos en las farmacias de la República. Por su parte, el artículo 48 regula que las farmacias y botiquines destinados a los cuarteles y hospitales deben ser dirigidos por farmacéuticos titulados y que los medicamentos serán empleados para servicio interior y no podrán venderse al público. Además, de acuerdo al Art. 32 de la Ley de Farmacias, en toda droguería o farmacia, además del farmacéutico titulado, los empleados dependientes deberán ser idóneos en farmacia, con certificado expedido por autoridad competente. Es la Junta de Vigilancia respectiva quien vela por el cumplimiento en el sector privado. El ISSS y Sanidad Militar cuentan con Químicos y Farmacéuticos responsables en todas sus farmacias.

Requisitos de las buenas prácticas de farmacia:

1) La buena práctica de Farmacia exige que la preocupación primaria de un farmacéutico sea el bienestar de los pacientes en todas las circunstancias.

2) La buena práctica de Farmacia exige que la esencia de la actividad farmacéutica sea el suministro de medicamentos y otros productos para el cuidado de la salud, la información y asesoramiento adecuado a los pacientes, y la observación de los efectos de su uso. El médico es el profesional de la salud que está facultado para prescribir medicamentos. Se necesita receta especial para los productos medicinales de uso controlado (Psicotrópicos y Estupefacientes)

3) La buena práctica de farmacia exige la contribución del farmacéutico en la promoción de una prescripción racional y el uso adecuado de los medicamentos, en coordinación con los demás profesionales de la salud.

El número total de productos farmacéuticos registrados en el CSSP en los tres últimos quinquenios ha ido en aumento, llegando para el período 2000-2005 a 5,983 productos; de los cuales el 60% son productos de marca²⁴² y el 40% restante son genéricos²⁴³.

3.1.7 Principio de Libre Contratación

Para las Instituciones privadas existe el **principio de libre contratación**. Son las instituciones privadas las que definen los servicios que prestarán y sus aranceles.

3.1.8 Dirección de Regulación del MSPAS

Fue creada en el año 2001 como la dependencia responsable de la elaboración de instrumentos legales tales como propuestas de anteproyectos de ley, reglamentos, normas técnicas sanitarias, protocolos, guías, manuales y otros similares, en forma coordinada institucional, interinstitucional e intersectorialmente. Para el caso se ha priorizado la elaboración de 260 documentos regulatorios en las áreas de: La Mujer, Niñez, Adolescentes, Adulto Mayor y Adulto Masculino, Saneamiento Ambiental, Enfermería, Salud Mental, Medicamentos, Radiaciones Ionizantes, Tuberculosis, ITS/VIH/SIDA y Epidemiología entre otras.

Además, la Dirección de Regulación se encarga de la elaboración de propuestas para el licenciamiento, certificación, habilitación y acreditación de los profesionales y establecimientos de salud. Además, la Dirección de Regulación ha conformado el Comité Interinstitucional de Homologación de Normas, por medio del cual, se ha logrado implementar normas y guías de práctica clínica con un contenido unificado en cada una de las instituciones que lo conforman: MSPAS, ISSS, Comandos de Sanidad Militar (COSAM), y Bienestar Magisterial.

²⁴² Medicamento de Marca: Es aquel que se encuentra comercialmente protegido por su respectiva patente y que es propiedad del Laboratorio de investigación que lo produjo.

²⁴³ Medicamento Genérico: es el que se comercializa después de haber caducado las patentes que lo amparaban.

**CUADRO N° 27: MARCO LEGAL QUE REGULA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN EL
ÁREA DE SALUD EN EL SALVADOR. 2007.**

NORMATIVA	INSTITUCIÓN RESPONSABLE	ÁREA REGULADA
1. Constitución de la República (Art. 65-70)	Corte Suprema de Justicia	<p>1. Regula el ejercicio de las profesiones relacionadas con la salud.</p> <p>2. Garantiza la asistencia médica gratuita por parte del Estado a la población pobre.</p> <p>3. Establece la conformación y el funcionamiento de CSSP y de las Juntas de Vigilancia.</p> <p>4. Regula el control de calidad de productos químicos, farmacéuticos.</p>
2. Código Penal (Art. 271-274)	Corte Suprema de Justicia	<p>1. Establece penalidades por infracciones u omisiones al Código de Salud.</p> <p>2. Especifica las sanciones por elaboración y comercio de productos químico-farmacéuticos no autorizados.</p> <p>3. Establece penalidades por tráfico de productos químico-farmacéuticos o de sustancias nocivas para la salud.</p> <p>4. Determina las sanciones a imponer por el delito de alteración de sustancias medicinales.</p>
3. Ley de Protección al Consumidor	Centro para la Defensa del Consumidor (CDC)	<p>1. Especifica los derechos de los consumidores y los deberes de los proveedores (Art. 4 y Art. 7 respectivamente)</p> <p>2. Prohíbe las prácticas abusivas en venta de productos o servicios.</p> <p>3. Regula la prestación de servicios (Art.24)</p> <p>4. Establece el régimen de responsabilidad por el uso correcto al que están sometidos los proveedores de medicamentos (Artículo 37)</p>
4. Código de Salud.	<p>1. Corte Suprema de Justicia.</p> <p>2. Consejo Superior de Salud Pública (CSSP).</p> <p>3. Laboratorio de Control de Calidad del MSPAS.</p>	<p>1. Establece las normas para la organización, funcionamiento y facultades del MSPAS, del CSSP y demás organismos del Estado; de las Juntas de Vigilancia, de los servicios de salud privados y las relaciones de éstos entre sí.</p> <p>2. Define los requisitos para la autorización del ejercicio profesional en salud.</p> <p>3. Especifica los derechos, obligaciones y prohibiciones de los profesionales de la salud.</p> <p>4. Detalla los requisitos para el registro, fabricación, importación y venta de medicamentos y su control de calidad.</p> <p>5. Determina las sanciones o infracciones por violación u omisión a sus artículos o a sus reglamentos. (Artículo 278 a 288)</p>
5. Ley del CSSP y de las Juntas de Vigilancia de las Profesiones Médica, Odontológica y Farmacéutica.	<p>1. Consejo Superior de Salud Pública (CSSP).</p> <p>2. Juntas de Vigilancia.</p> <p>3. MSPAS</p>	<p>1. Autoriza apertura y regula funcionamiento de establecimientos de salud (clínicas, hospitales, farmacia, etc.)</p> <p>2. Autoriza ejercicio de profesionales del área de salud.</p> <p>3. Impone infracciones o sanciones por violaciones al Código de Salud o sus reglamentos.</p> <p>4. Clausura establecimientos de salud por violaciones graves al Código de Salud.</p> <p>5. Conoce apelaciones a sanciones o infracciones impuestas a profesionales o a establecimientos de salud.</p> <p>6. Autoriza inscripción de medicamentos de marca o genéricos para su comercialización en El Salvador.</p>

		7. Organiza las Juntas de Vigilancia de las profesiones relacionadas con la salud.
6. Ley de Farmacias	Consejo Superior de Salud Pública (CSSP)	1. Regula el funcionamiento de las farmacias / droguerías y de su personal (propietario, regente, dependientes).
7. Reglamentos, Normas técnicas sanitarias, Guías, Protocolos de Atención, Manuales; anteproyectos de Ley	Dirección de Regulación del MSPAS	1. Establecen los procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos requeridos para la atención de la población que consulta en la red de salud de El Salvador. 2. Homologa las Normas de Atención a través del Comité Interinstitucional. 3. Elabora propuestas para el licenciamiento, certificación, habilitación y acreditación de los profesionales y establecimientos de salud

3.2 Normas especiales para medicamentos de marca, genéricos y alternativos.

En América Latina, los mercados de los medicamentos competidores se consolidaron antes de la adopción de los acuerdos y normas de propiedad intelectual vigentes; por lo que resultó difícil adoptar la definición clásica de medicamento genérico, según la cual se considera que un medicamento genérico es el que se comercializa después de haber caducado las patentes que lo amparaban. Eso se ha traducido en que gran cantidad de países latinoamericanos no tienen disponible una definición clara de medicamento genérico. Sin embargo, en El Salvador se habla de que para que el medicamento (tanto de marca original como el genérico) pueda comercializarse es necesario contar con un registro de la especialidad farmacéutica ante las autoridades de salud. El registro se realiza ante el Consejo Superior de Salud Pública para lo cual es necesario:

1. Un sub-expediente jurídico;
2. Un sub-expediente químico farmacéutico, (que contenga el certificado de buenas prácticas de manufactura, la fórmula cuantitativa, el certificado de análisis del producto terminado original, estudios de estabilidad, monografía química de los diferentes principios activos, el certificado de análisis externo original y otra información técnica científica);
3. Expediente de laboratorio muy parecido al anterior; y
4. Sub-expediente médico (que incluye ejemplares de insertos, instructivos, información farmacológica, proyecto de empaque primario y secundario).

Para los productos naturales es necesario información de análisis toxicológico cuando la literatura indica riesgo de toxicidad. Para todo medicamento de uso humano es necesario proveer información sobre las condiciones de almacenamiento, la cuales deben detallarse en el material de empaque primario y secundario. Esto basado en estudio de estabilidad de las condiciones según la zona climática del país en donde el producto se comercializará.

3.3 Normas especiales para vacunas

Las vacunas deben cumplir normas de seguridad muy estrictas, con el fin de garantizar la calidad y la seguridad en la investigación, el desarrollo, la fabricación, la autorización, el transporte, la conservación y el uso de las vacunas, así como en la eliminación de las agujas y otros materiales

una vez realizada la vacunación. A continuación se detallan dichas normas:

1. Las vacunas deben mantenerse constantemente a una temperatura óptima, generalmente entre 2 °C y 8 °C, desde el lugar de fabricación hasta el punto de uso. Por lo anterior, es necesario comprobar, antes de empezar a vacunar, la temperatura que existe en el interior del frigorífico, revisando los termómetros de máximos y mínimos y las hojas de registro por si se ha producido alguna incidencia que haya podido afectar el estado de las vacunas. Esto tiene por objeto ***mantener la cadena de frío***, que consiste en una serie de elementos y actividades necesarios para garantizar la potencia inmunizante de las vacunas desde su fabricación hasta la administración de estas a la población. Las **fases de la cadena de frío** son:

1.1 Almacenamiento: de las tres fases de la cadena de frío, esta es quizás la más compleja en cuanto a las actividades a realizar, pues en esta etapa deben revisarse las previsiones de vacunas, donde el control de stock y registro de temperatura toman una especial importancia, ya que la ruptura de la cadena de frío puede suponer desabastecimiento de vacunas. Los equipos para el almacenamiento de las vacunas pueden ser: Neveras domésticas, cajas térmicas, termos, refrigeradores horizontales, cada uno de ellos debe estar equipado con un termómetro.

1.2 Transporte: Mantener la temperatura recomendada por el fabricante durante el transporte de las vacunas.

1.3. Distribución: Para la distribución de las vacunas la utilización del equipo vendrá condicionado por el tipo de vacunas, el volumen, la temperatura ambiente durante el transporte y el tiempo máximo de recorrido.

2. Pasos a Seguir cuando se Vacunará:

2.1 Comprobar las características del producto que se va a administrar

2.1 Se debe revisar el aspecto físico de la vacuna por si presenta turbidez, cambios de color o floculación (aparición de partículas blanquecinas en suspensión que no desaparecen al agitarlas), que indican que una vacuna absorbida ha sufrido temperaturas de congelación. Por lo que se ha podido inactivar y debe ser desechada.

2.2 Modo de conservación

Las vacunas deben mantenerse constantemente a una temperatura óptima (Entre 2 ° C y 8 ° C). Todas las vacunas tienen que conservarse refrigeradas en la nevera, no congeladas. Las vacunas SRP y antitifoidea oral además se conservarán protegidas de la luz. Algunos productos biológicos liofilizados tienen, tras su reconstitución, una validez limitada y son vulnerables a la luz y al calor. Es imprescindible seguir las recomendaciones del fabricante respecto al modo y tiempo de utilización.

2.3. Indicaciones para preparar jeringa:

2.3.1 Verificar Fecha de caducidad: La vacuna es válida hasta el último día del mes en el que el producto caduca.

2.3.2 En vacunas que se presentan liofilizadas siempre hay que mezclar el principio activo (liofilizado) con el disolvente.

2.3.3 Agitar enérgicamente las vacunas hasta conseguir la homogenización del producto, tanto si ha precisado reconstitución o no.

2.3.4 No mezclar varias vacunas en la misma jeringa. Podrá hacerse, exclusivamente, en

determinadas vacunas en las que lo indica el laboratorio fabricante.

2.3.5 Utilizar jeringas y agujas estériles de un solo uso, desechándolas tras su utilización en contenedores rígidos para evitar accidentes.

2.3.6 En un mismo acto vacunal sólo se administrará una inyección por miembro, independientemente de la forma de administración. Esto es para evitar que la reacción local que puede producir cada una de las vacunas se potencie con las otras, modificando de forma imprevisible su absorción.

2.4 Indicaciones para Cumplir Vacuna:

2.4.1 Para la limpieza de la piel se utilizará agua destilada o Suero fisiológico antiséptico, evitando el alcohol porque puede inactivar las vacunas de virus vivos.

2.4.2. Forma de administración: Oral o parenteral.

2.4.3 Vía de administración: Oral, subcutánea, intramuscular, intradérmica.

2.4.4 Lugar de administración: Músculo deltoides, músculo vasto externo, músculo gluteal, etc.

IV. Análisis de la estructura del mercado

El análisis realizado se basa principalmente en los resultados de 10 entrevistas con expertos en el área de salud y 10 grupos focales efectuados con diversos grupos de actores que forman parte del sistema, o que son usuarios del mismo (2 grupos de médicos, 2 grupos de dueños de farmacias / vendedores de medicinas y dependientes, 2 grupos de mujeres rurales de zonas de extrema pobreza, 1 grupo de mujeres urbano marginales, y de 2 grupos con representantes de ONG que trabajan en el área de salud con poblaciones en extrema pobreza).

4.1 Debilidades y fortalezas del Sistema de Salud de primer nivel para la población de menores ingresos (Base de la Pirámide)

Debilidades de los Servicios del Primer Nivel de Atención en Salud

- Maltrato a pacientes.
- Hacen esperar mucho tiempo.
- Personal aprendiz
- No dan información sobre tratamiento
- Pago forzoso de un dólar, al menos
- Tratan mal a veces, principalmente las enfermeras, a las personas que llegan a la consulta
- A veces no atienden rápido; hacen reuniones en tiempos en que deberían estar atendiendo a las personas
- Hay mucha demora en despachar el medicamento
- Cobros por la atención, que aunque se cobra menos que en el sector privado, siempre se hace.
- Aunque se tiene personal médico calificado y con buena voluntad, se carece de los medio adecuados

Debilidades de los Servicios del Primer Nivel de Atención en Salud

- Limitaciones de tiempo para dar atención de calidad a los pacientes, tanto en las unidades del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social como en las del Instituto Salvadoreño del Seguro Social
- Cantidad de personal médico contratado por el Ministerio de Salud Pública insuficiente para cubrir la demanda de consulta
- Existe maltrato al paciente por el personal de salud
- El tiempo de espera es prolongado
- La duración de la consulta es corta
- Cobros por las atenciones bajo la modalidad de “donación”
- La toma de exámenes de laboratorio es deficiente porque no hay reactivos para todas las pruebas
- No se realizan suficientes actividades educativas con los pacientes
- La capacitación de algunos médicos es limitada
- El sistema de referencia y contrarreferencia entre el primer y segundo nivel de atención (unidades de salud y hospitales regionales) es inadecuado
- Falta de capacitación y poca experiencia del personal de salud, ya que el personal que tiene menos experiencia es enviado a lugares lejanos
- Actitudes no muy positivas, falta de respeto y calidez del personal hacia la población que atienden
- Falta de equipos y mobiliario
- Mala distribución del presupuesto asignado lo que disminuye la eficiencia,
- Personal no da las atenciones que debería dar por estar en demasiadas reuniones
- El enfoque biológico no permite dar atenciones integrales
- Centralización va en aumento y hace que sea inadecuada la respuesta de atención a la población

Fortalezas de los Servicios del Primer Nivel de Atención en Salud

- Siempre hay alguien que las pueda atender
- Si necesitan algo más les dan una referencia al hospital.
- Hay algunos médicos que tratan bien a las pacientes
- Atienden las 24 horas al día en FOSALUD.
- Se tuvo bastante consenso en que casi no hay fortalezas en las unidades de salud, a excepción de la infraestructura y la accesibilidad, dado que en algunas se tiene disponibilidad las veinticuatro horas
- El horario de atención se ha extendido en algunas unidades de salud gracias al FOSALUD
- Se atiende a toda persona que lo solicita
- La infraestructura es adecuada
- Se tiene adecuado acceso geográfico de los establecimientos de salud

Fortalezas de los Servicios del Primer Nivel de Atención en Salud

- Las unidades de salud continúan siendo una alternativa, desde el punto de vista económico, para la atención en salud de las personas con menores recursos del país
- El personal de las unidades de salud sale de los establecimientos a brindar atenciones a las comunidades
- Las unidades de salud cuentan con algunos especialistas dentro de su personal
- Los programas que se tiene de vacunación y de planificación familiar
- El MSPAS tiene el carácter de rector
- Tienen una imagen de credibilidad
- Tienen algún equipo
- Es preferible que haya alguien que de alguna forma de atención de salud a que no haya nadie
- La formación teórica constante que tiene el personal del Ministerio de Salud
- La red de servicios que es grande, esta casi en todos los 262 municipios
- Tienen protocolos de atención definidos
- El MSPAS tiene el carácter de rector
- Tienen una imagen de credibilidad
- Es preferible que haya alguien que de alguna forma de atención de salud a que no haya nadie
- La formación teórica constante que tiene el personal del Ministerio de Salud
- La red de servicios que es grande, esta casi en todos los 262 municipios
- Tienen protocolos de atención definidos

Percepción de la calidad de consulta en la el sector público del primer nivel de atención comparada con el sector privado

- En la consulta privada el médico toma más tiempo para hacer un examen más minucioso y preguntar ; en la Unidad de Salud la atención es apresurada y “no los voltea a ver a la cara”
- Aunque hay personal que ha sido bueno en la consulta pública y personas que eran malas en la consulta privada, pero existe mejor atención en la consulta privada porque se paga.
- Rayos X (salvo Santa Anita). No pueden hacer cosas complicadas, las refieren.
- Emergencias
- Cirugías
- La calidad de atención del sector privado es mejor que aquella de la Unidad de Salud debido a que dedican más tiempo y más calidez a los pacientes, aunque también se hace esperar al paciente
- En los servicios públicos en ocasiones maltratan a los pacientes
- El personal médico puede tener la buena intención de dar buena atención pero tiene limitaciones, particularmente por las exigencias de producción
- Es mayor en el sector privado, ya que el trato a los pacientes es mejor, la duración de la consulta es mayor (lo que permite hacer una adecuada evaluación), el tiempo de espera es menor.
- Sin embargo, se considera que la población de menores ingresos asiste a consulta en el sector privado sólo cuando no ha mejorado su salud después de haber sido atendido en el sector público
- Existe diferencia en la calidez (mayor en el sistema privado)
- La orientación a retener los pacientes de parte del sector privado versus la orientación de deshacerse de los pacientes de parte del sector público

4.2 Debilidades y fortalezas del acceso a medicamentos para población de menores ingresos (Base de la Pirámide)

Debilidades de los servicios de primer nivel : Medicamentos

- Algunos medicamentos no son de calidad, lo cual depende del laboratorio que los produjo.
- Poca variedad en existencia(casi sólo les dan Acetaminofén, Ambroxol e Ibuprofeno)
- En muchas ocasiones sólo dan receta médica
- Aquellos que se proporciona en unidades de salud son de calidad inferior a otros de ciertas casas comerciales.
- Hay escasez de medicamentos, se encuentra más medicamentos en el mercado
- Falta variedad, incluso en el Instituto Salvadoreño del Seguro Social
- En ocasiones se dan fugas o desperdicios de medicamentos por vencimiento en las bodegas
- La carencia o escasez de medicamentos
- La calidad de los medicamentos que provee el Ministerio de Salud es baja
- La falta de consulta al personal que brinda las atenciones en salud, en lo relativo a las compras de medicamentos
- En los establecimientos donde funciona FOSALUD, se ha visto que La farmacia de FOSALUD está llena y no abastece a la farmacia de la Unidad de Salud
- La gama de antibióticos es limitada
- De las bodegas del MSPAS envían a las unidades de salud algunos medicamentos que no utilizan

Debilidades de los servicios de primer nivel : Medicamentos

- Cambio frecuente de la medicación de pacientes con enfermedades crónicas por abastecimiento irregular de medicinas
- Falta de medicamentos, personas sólo reciben recetas
- Se parte de un perfil epidemiológico no actualizado del país
- Se hace una asignación de medicamentos independientemente de las zonas donde se está y de su perfil
- Se asigna los medicamentos tomando como base las atenciones que han dado en el pasado
- Falta de capacidad de gestión de las personas que están en el nivel local para pedir los medicamentos adecuados
- Falta de interés en cambiar (mejorar) la situación
- Débil gestión de medicamentos, se vencen a nivel central
- Mala gestión a nivel local, no se solicita y no hay una revisión constante del cuadro básico de medicamentos
- Mal uso de los antibióticos
- Mal uso de medicamentos que genera resistencia
- Se usan medicamentos de baja calidad
- Medicalización de la atención, no se toma en cuenta otras alternativas como plantas y otras cosas
- Se sospecha conflicto de intereses en mecanismos de licitación

Fortalezas del primer nivel de atención : Medicamentos

- El poco medicamento que dan hace bien.
- Proporcionan medicamentos
- Generalmente hay Acetaminofén, Ambroxol e Ibuprofeno
- Proporcionan medicamentos de calidad, particularmente para diabetes
- Las fortalezas encontradas fueron pocas, tal como que la gente se beneficia de los medicamentos que existen en las unidades de salud
- La farmacia de FOSALUD está completamente abastecida y su cuadro básico de medicamentos es más amplio que el de las unidades de salud-
- La cuota voluntaria es mas baja que el gasto en la farmacia
- Hay fondos que podrían usarse mejor, el problema es la manera en que se gestiona y la actitud
- La cuota voluntaria es mas baja que el gasto en la farmacia
- Hay fondos que podrían usarse mejor, el problema es la manera en que se gestiona y la actitud

Percepción de la calidad de los medicamentos en la el sector publico del primer nivel de atención comparada con el sector privado

- En lo privado les dan medicamentos muy caros, que si no tiene facilidades no logra adquirir, y en la Unidad de Salud les dan medicamento que sólo les sirve para ciertos problemas de salud.
- Da lo mismo ir al proveedor privado porque no tienen dinero para ir a comprar los medicamentos recetados y no los compran.
- Los medicamentos de la Unidad de Salud pues ésta depende de los laboratorios que no siempre es adecuada
- En la consulta privada a veces les dan la receta y a veces es un poquito mas caro pero muchas veces es efectivo.
- Los medicamentos dados en las unidades de salud son de menor calidad que los medicamentos prescritos en el sector privado
- El factor económico es el que determina el tipo de medicamentos que se indica en el sector privado
- La población tiene una mala percepción de los medicamentos genéricos en cuanto a su calidad, por lo que gozan de muy poca aceptación
- En lo privado dan mas medicamentos combinados porque necesitan que las personas se mejoren rápido, pero esto genera muchos más gastos
- Se dan medicamentos por moda

V. Actores Clave

La información procede de las entrevistas realizadas a los 10 informantes clave, expertos en el tema, de los 10 grupos focales realizados entre diferentes sectores involucrados (ya mencionados), del panel de expertos desarrollado, así como de la revisión bibliográfica realizada.

Se considera actores clave en la provisión de servicios del Primer Nivel de Atención en Salud a los siguientes:

- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), por ser el ente rector y el principal proveedor de Servicios de Salud en el país. Se considera como el que tiene el mandato, por ley, de subsanar las necesidades de salud de la población salvadoreña.
- Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS), que atiende a la población trabajadora, sus beneficiarios y pensionados, y es parte del sector público de atención en salud. Esta institución es considerada responsable de dar atención en salud a los y las trabajadoras del país, y que debería tener una mejor coordinación con el Ministerio de Salud.
- Sanidad Militar, porque atiende a la población militar y sus beneficiarios, siendo parte del sector público.

- Bienestar Magisterial, porque atiende a la población de maestros y sus beneficiarios, y es parte del sector público.
- Clínicas médicas privadas, porque constituyen la mayoría de establecimientos de salud en el país y proporcionan el 18% de la atención.
- ONG's (principalmente en áreas rurales), porque dan cobertura, sobre todo a la población rural de extrema pobreza.
- Curanderos y sobadores, porque son parte del sistema de medicina tradicional y una alternativa, tanto económica como cultural, para la población.

En lo que respecta a Medicamentos del Primer Nivel de Atención, la información que se presenta fue obtenida a través de los 10 informantes clave expertos entrevistados, de los resultados de los 10 focales, del panel de expertos, así como de la revisión bibliográfica realizada.

Los actores clave identificados son los siguientes:

- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, por ser el principal proveedor de atención médica, incluidos los medicamentos, en el país
- Instituto Salvadoreño del Seguro Social
- Farmacias Privadas:
 - Farmacias San Nicolás
 - Farmacias San Benito
 - Farmacias Virgen de Guadalupe
 - Farmacias Camila
 - Centro Farmacéutico de la Fuerza Armada (CEFAFA)
 - Farmacias San Rafael
 - Farmacias Uno
 - Farmacias Las Américas
 - Farmacias Económicas
 - Farmacias MEYCOS, entre otras.
- Laboratorios de medicamentos:
 - Droguería BAYER S.A.
 - Droguería Comercial Salvadoreña
 - Droguería C. Imberton
 - Droguería Nueva San Carlos
 - Cefacodifarma
 - Laboratorios Vijosa
 - Laboratorios Paill
 - Laboratorios Generix
 - Comercial Salvadoreña
 - Laboratorios Teramed
 - Laboratorios Genfar S.A

- Droguería Americana
- Droguería JOMI.
- Curanderos y Shamanes, medicina tradicional

VI. Modelos de atención para generar soluciones a la problemática

Para desarrollar los modelos de atención que se podrían proponer se busco modelos privados de atención que pudiesen implementarse en el país, dado el tipo de población blanco y el nivel económico de la misma; de ahí que se descartaron aquellos modelos dirigidos a poblaciones de mayores ingresos que eran representados por modelos de prepago, pues en nuestro país dichos modelos no tiene mayor cobertura, y son exclusivos de las poblaciones de mayores ingresos. Por ello se escogieron tres modelos de países latinoamericanos dirigidos a poblaciones pobres, los cuales se explican continuación:

6.1 Mi farmacia Nacional (Mi farmacita, México)²⁴⁴.

Mi Farmacia Nacional ("Mi Farmacita") es una franquicia farmacéutica con fines de lucro, pero con un imperativo social y de propiedad mexicana. Esta iniciativa tiene como misión llevar medicinas y servicios especiales a las regiones de mayor necesidad en la República Mexicana y proveer salud, bienestar, comunicación y precios accesibles a la mayoría de hogares.

La iniciativa se basa en productos genéricos certificados y provee consultas y acceso a la atención de salud.

Esta franquicia es co- propiedad del Grupo Farmacéutico (el mayor distribuidor farmacéutico en México) y de los Laboratorios Collins (que se encarga de la manufactura de medicinas genéricas). Este arreglo de propiedad único permite a "Mi Farmacita" obtener mayores ventajas económicas y establecer su propio sistema de distribución; lo que ha permitido un acelerado crecimiento en las ventas y en el número de nuevos establecimientos que pone a disposición del público. En 2006 las ventas obtenida por esta cadena de 57 establecimientos totalizó más de 2.9 millones de dólares de los Estados Unidos.

Es importante mencionar que "Mi Farmacita" únicamente vende medicinas genéricas para enfermedades comunes, como la gripe, el catarro, las alergias; así como también analgésicos para dolores moderados, y medicamentos para enfermedades como la artritis y las úlceras gástricas. Además, ofrece consultas médicas a un costo de US \$2.

"Mi Farmacita" tiene la capacidad de ofrecer medicamentos genéricos que con frecuencia tienen precios más del 50% por debajo de la correspondiente medicina de marca.

En El Salvador se puede nombrar la iniciativa de farmacias de productos genéricos de reciente fundación, de propiedad privada con fines de lucro. Este sistema opera como otra opción de compra de productos farmacéuticos, ofreciendo medicamentos a más bajo costo que las farmacias tradicionales, ya que sólo oferta los del tipo genérico.

²⁴⁴ Fundación Horacio W. Goldsmith. "Support for this development through enterprise. What works* case study series". Escuela de Negocios de la Universidad de Columbia. Estados Unidos.

En El Salvador es factible implementar este modelo de atención, teniendo como población meta principalmente a las personas de la clase media baja, para quienes esta sería una mejor opción para atenderse en el sistema privado de salud. En el caso de la población pobre (que vive con menos de US \$2 al día y que equivale a aproximadamente el 24% de la población total de El Salvador) y de la población extremadamente pobre (que vive con menos de US \$1 al día y corresponde al 12.6% de la población total del país), es probable que puedan hacer el esfuerzo de asistir y solicitar una consulta (teniendo para ello que prestar dinero o dejar de comer por un día o más, ya que además del costo de la consulta deben pagar por el transporte); pero probablemente no tendrían la capacidad de cubrir el costo de los medicamentos. Para atender a este grupo de población quizá la única salida, que ya ha sido propuesta por algunos autores, es la producción local, estatal, sin fines de lucro de los medicamentos más esenciales, aprovechando la infraestructura regional.

6. 2. Modelo SSER-CEGIN²⁴⁵

Este modelo de atención fue fundado en 1988 por el médico ginecólogo Jorge Gronda en Jujuy, una provincia del noroeste de Argentina con más de 700,000 habitantes, de los cuales un 60% no pertenece a ningún sistema de salud.

El CEGIN (Centro de Estudios Ginecológicos) fue creado como una sociedad de responsabilidad limitada, con el fin de dar respuesta a una demanda creciente e insatisfecha debido a las deficiencias en la oferta de servicios médicos. En ese momento no existían centros privados que atendieran a la gente del interior de la provincia que no encontraba cupo en el hospital nacional. El CEGIN impulsa la medicina general y rural a través de acuerdos con universidades y la organización de giras médicas rurales.

Este sistema de salud se sostiene con la prevención y promoción de la salud; y es ofrecido y utilizado principalmente por las personas de las comunidades pobres y remotas de Los Andes argentinos.

En el año 2002 se incorpora más personal médico y administrativo al CEGIN debido al crecimiento en la demanda de atenciones y a que las salidas al área rural eran insuficientes para dar atención a las poblaciones más dispersas. Además, se amplía la gama de prestaciones médicas ofertadas, ya que además de brindar atención ginecológica se incorporan los servicios siguientes: obstetricia, pediatría, ultrasonografía, radiología, oftalmología, cardiología, laboratorio clínico, clínica médica entre otras. Ese mismo año, el CEGIN realiza acuerdos privados con profesionales independientes: a cambio de compartir su "renombre/ reputación", exige un cuadro tarifario diferente, un trato igualitario y una excelente calidad.

Ante esta demanda incrementada de atenciones médicas por parte de la población de escasos recursos, se crea en el año 2004 un sistema de afiliación a través de la tarjeta SER-CEGIN. La visión es crear un sistema de salud equitativo que busca hacer accesible una atención igualitaria y de calidad a las comunidades pobres a un costo muy bajo. Para tener acceso a este sistema de salud se debe comprar primero una tarjeta de membresía anual a un precio igual a US \$4 por persona, quedando registrada como cliente de CEGIN. Una vez se ha adquirido dicha tarjeta, la persona puede acceder a una red de médicos/clínicas, laboratorios y farmacias donde reciben

²⁴⁵ Llobeta, R. "Recuperando la Salud". Presentado en Internet por la red de Liderazgo para el Desarrollo Sostenible en América Latina. // www.avina.net

descuentos significativos. En cualquier centro CEGIN los miembros pueden acceder a atenciones primarias, servicios de laboratorio y de diagnóstico a un costo reducido (entre 40 y 60% por debajo de los del mercado). Además, cualquier tratamiento que le sea prescrito es provisto por CEGIN (o por un socio de CEGIN) a menos de la mitad de los precios normales. En el caso de algunas enfermedades, el paciente puede ser referido a un hospital público, y si el paciente es del área rural, CEGIN les provee transporte hacia la ciudad.

Las atenciones en el CEGIN son brindadas por médicos generales, quienes se benefician del alto volumen de pacientes, y reciben salarios que son tres a cuatro veces mayores que los que podrían ganar si trabajaran en el sistema público de salud. Estos profesionales de la salud reciben un salario fijo por cada consulta brindada y que en promedio tienen una duración de 15 minutos; más una comisión por cada paciente que refieren al especialista. Es importante hacer notar que la mayoría de estos médicos son recién graduados y provienen de la Provincia de Jujuy.

Asimismo, en el centro CEGIN existe una farmacia que ofrece descuentos del 30% al 40% en las medicinas genéricas y de marca vendidas a los clientes.

Actualmente el Sistema CEGIN cuenta con 30,000 miembros. Durante el último ejercicio fiscal anual (Mayo 2006 a Abril de 2007), el CEGIN tuvo ingresos equivalentes a US \$350,000. El diagrama 5 muestra los miembros del Sistema SEER/CEGIN.

En 2006, el CEGIN decidió crear una organización sin fines de lucro, la Fundación SER, por ser una estructura legal más apropiada para liderar la misión y funciones del CEGIN. A la fundación se asoció la cartera de pacientes del CEGIN, pasando a ser socios, no pacientes ni clientes.

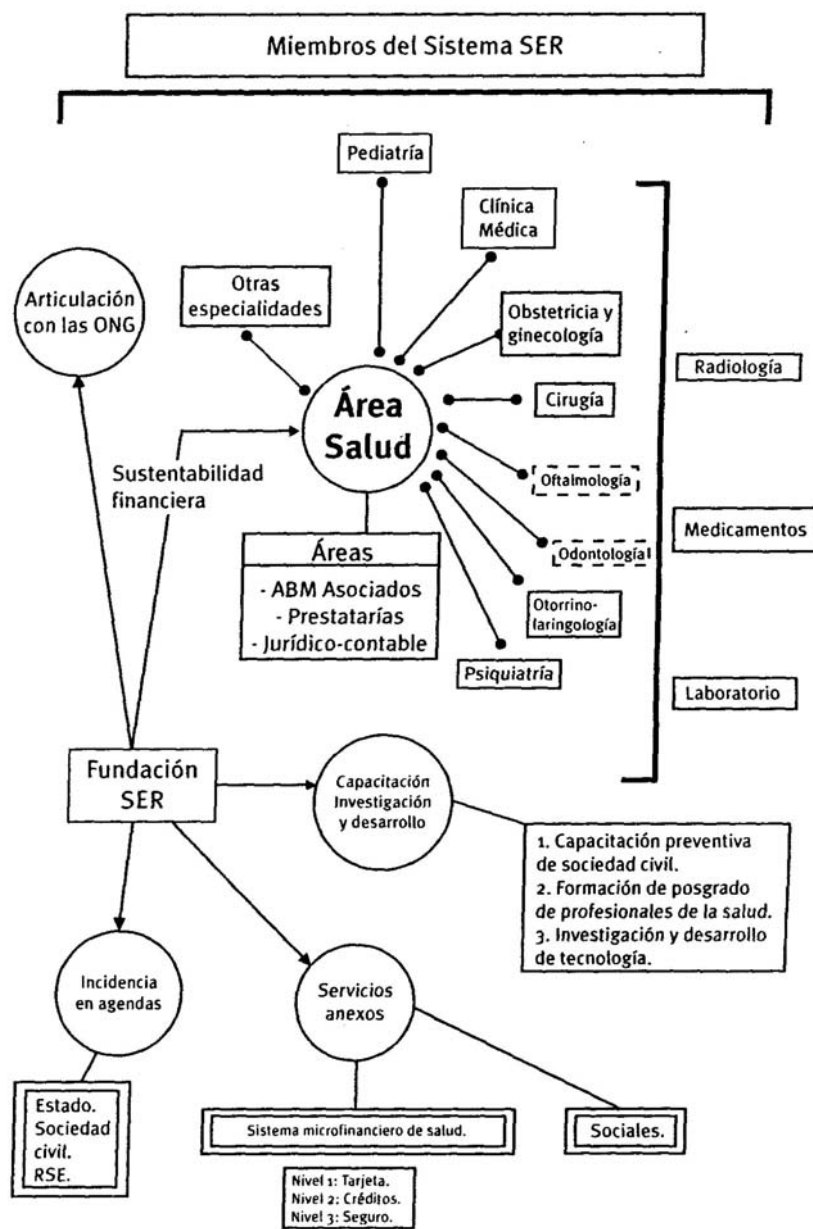
El Sistema Ser (SSer) está conformado por una fundación sin fines de lucro (Fundación SER), una empresa (CEGIN), y una red de empresas asociadas. En este momento, el sistema tiene acuerdos con alrededor de 40 médicos, un servicio de laboratorio, varias instituciones de diagnóstico, una empresa de odontología y varias farmacias. La mayoría de los prestatarios está en la ciudad de Jujuy pero hay tres consultorios en otras ciudades (Tilcara, Ledesma y Perico). El laboratorio destina un aporte porcentual a la Fundación SER.

Los socios de la fundación SER pagan una cuota anual que les da derecho a utilizar los servicios de una red de proveedores asociados a precios pactados previamente por la Fundación.

La Fundación SER es la entidad que aglutina a los prestadores de servicios, brindándoles asesoría técnica y servicios de gestión básicos. Además, les facilita la realización de jornadas médicas en las ciudades y de las giras para brindar atenciones en salud en las comunidades más remotas.

El modelo SER tiene 2 elementos fundamentales: (1) Un modelo institucional / administrativo mixto, compuesto por una fundación sin fines de lucro y por una red de proveedores asociados con fines de lucro; y (2) El conocimiento adecuado para proveer atención básica y especializada de excelente calidad a precios accesibles a la población de menores recursos; contando para ello con médicos generales y con especialistas que realizan procedimientos utilizando tecnología de punta.

Diagrama No. 5. Miembros del Sistema SEER/CEGIN.



Fuente: Raúl Llobeta. Recuperando la Salud. Editoriales Lumen Humanitas.

El sistema de salud SER tiene como compromiso lograr *Salud de Excelencia para Todos* a través de la provisión de atención médica de bajo costo y alta eficiencia, que incorpora como pilares esenciales la promoción y la prevención. Su visión es “ser reconocido como la mejor opción médica, otorgando un servicio integral de calidad y calidez en la atención, seriedad y sentido humanitario; de tal forma que permita la inclusión de los que menos tienen sin perder de vista los valores, tales como honestidad, lealtad, respeto, ética, equidad y espíritu emprendedor”.

El Sistema Ser SSER utiliza la estructura de una franquicia comercial para lograr metas sociales. Mediante la replicación institucional, el modelo de franquicia agrega escalabilidad a estas metas sociales de las organizaciones. En el caso de organizaciones sin fines de lucro, la franquicia social podría ser un instrumento poderoso para crear acceso a servicios necesarios. .

El Proyecto propuesto tiene por objeto expandir el alcance de SSer mediante una red de franquicias sociales. La creación de una red de SSer mediante un sistema de franquicias sociales permitiría la expansión de la efectiva y exitosa metodología de SSer y ofrecer servicios necesarios a una población mayor. Además, el Proyecto pretende mejorar la calidad y eficiencia de servicios de las empresas prestatarias ubicadas en zonas colindantes a las franquicias, y formar a los médicos y otros prestadores como emprendedores sociales. El enfoque geográfico del Proyecto será las provincias de NOA (Noroeste argentino, formado por las provincias de Jujuy, Salta, Catamarca, Tucumán y Santiago del Estero) del país por sus condiciones socioeconómicas similares y su proximidad geográfica.

El proyecto tiene 3 componentes: 1. Desarrollo y puesta en marcha de un sistema de franquicias; 2. Fortalecimiento de oferentes de servicios de salud (Con el fin de mejorar la eficiencia y la calidad de los prestatarios de servicios de salud en términos técnicos y de gestión; 3. Fortalecimiento institucional y difusión de resultados (Se pretende desarrollar un sistema de monitoreo de la red de franquicias y difundir los resultados del Proyecto).

Entre los resultados esperados del proyecto se mencionan: 1: Un sistema de franquicias operando con por lo menos 3 franquicias establecidas; 2. Mejorar el acceso a los servicios de salud a través del Sistema Ser a por lo menos 50,000 personas adicionales; 3. Beneficiar a por lo menos 100 empresas prestatarias de servicios de salud.

El proyecto tiene un presupuesto total equivalente a US \$ 1, 500,000.00. Será ejecutado por la Fundación Ser y tendrá una duración de 48 meses.

6.3 Modelo público REMEDIAR, Argentina

Características especiales y productividad: La productividad del programa debe medirse en términos de bienestar humano, de solidaridad, y de responsabilidad. En adición a sus propias auditorías el programa es supervisado por el BID, por Caritas y la Cruz Roja.

Además, se puede medir en términos técnicos puesto que el personal recibe capacitaciones por farmacólogos que trabajan en universidades. Usando el índice de Gini de distribución, la equidad en el gasto de medicamentos por hogar a mejorado en un 60% debido al programa y la consulta a los centros un 25%. Económicamente el programa ha sido señalado como estimulador del endeudamiento público. El programa ha reducido el raterismo y el desperdicio marcadamente.

Costo, Financiamiento, Tiempo de ejecución: La distribución de medicinas comenzó en octubre del 2002 y se supone que duraría hasta el final del 2006 y tendría un costo de 177 millones de dólares en total. En el 2003 sólo 32% de las medicinas eran ofrecidas por Remediar, el resto eran provistas gratuitamente por los ministerios provinciales o por las municipalidades.

En el 2004 el porcentaje proveído por Remediar fue del 65%.

Una de las externalidades más sentidas del programa es que está creando dificultades para la provisión pública de productos farmacéuticos. Además no existe información sobre el cumplimiento o sobre las prácticas de prescripción que siguen los médicos.

VII. Conclusiones y recomendaciones

Las conclusiones y recomendaciones del presente informe surgen del análisis de los datos recabados por las diferentes técnicas usadas en la investigación realizada (entrevistas, grupos focales, panel de expertos y revisión bibliográfica). Se trata de responder las preguntas que constituyen la base del estudio, y que se desarrollaran de forma sintética a fin que puedan ser usadas en la toma de decisiones con respecto a la factibilidad o no de la atención propuesta para la población blanco y si ésta puede representar una oportunidad empresarial.

Respecto a la población que podría tener acceso económico a cada modelo y razones que ofrecen para sugerir eso, se concluye:

Que la población que ellos atienden en áreas rurales y urbanas marginales puede aportar dinero en relación a lo que tienen. Si bien es cierto que en nuestro país existe una difícil situación económica, en la experiencia de uno de los panelistas que trabaja en un programa de salud rural a nivel nacional, se ha logrado establecer un programa de prevención de cáncer cervico-uterino en donde las personas están aportando cierta cantidad de dinero que no es el costo real de la atención que implica a la institución por la toma de citología (sino uno menor); sin embargo, las personas en esas comunidades prefieren aportar algo de dinero a cambio de una mejor calidad de atención, ya que la población argumenta una serie de situaciones que no son tan satisfactorias para ella. Por ejemplo, en el caso de las citologías, las mujeres han aseverado que en los servicios públicos les son extraviados los resultados, o que no se los dan oportunamente. La ONG, en cambio, les ofrece una respuesta con un máximo de quince días de espera y además les ofrece la debida orientación, la explicación de en qué va consistir el examen, cuáles son los posibles resultados que pueda obtener, con lo cual ellos consideran que han tenido mucho éxito. Por todo lo anterior se podría decir que la población blanco de extrema pobreza no necesariamente es la que debería ser la población sujeta de un proyecto de empresa como el que se puede desarrollar, ya que, tal cual fue expresado por los expertos entrevistados y algunos de los participantes del panel, debe realizarse un diagnóstico de la situación económica de las comunidades rurales y urbano marginales que están en las zonas de extrema pobreza, a fin de identificar y focalizar la oferta de servicios que se elija proponer a las personas que tiene mayor capacidad de pago, ya que el volumen de población hace atractivo el desarrollar el proyecto.

Respecto al monto que podría pagar la población por los servicios que se presentan en los diferentes modelos, y razones para ello, se concluye que:

Se hace evidente que en poblaciones que subsisten con menos de un dólar al día no es acertado pensar que podrían pagar más de ese monto por una atención, lo cual harían con mucho sacrificio; sin embargo, ante la posibilidad de recibir una atención oportuna, de calidad, con calidez y con medicamentos de buena calidad, las personas que tengan más poder adquisitivo podrían acceder a los servicios, ya que los medicamentos comprados en las farmacias resultan altamente onerosos, además de que no tienen su calidad certificada. Se tiene opiniones encontradas respecto a este tema, que van desde que la atención médica y medicamentos deben seguir siendo subsidiados por parte del Estado porque las personas de extrema pobreza no pueden aportar nada, hasta otras opiniones basadas en experiencias de trabajo con este tipo de población en las cuales hay recuperación de costos de parte de las instituciones, a cambio de ofertar un servicio más eficiente, seguro, oportuno y cálido, específicamente servicios de toma de citologías y venta de anticonceptivos, donde la población hace aportes hasta de 2.75 dólares. Sin embargo, se expresó que era necesario hacer diagnósticos para determinar quien puede pagar y quien no y que las medicinas y los servicios deberían ser baratos para que esta población pueda tener acceso a ellos.

Modelo considerado con potencial de ser más rentable para sus operadores privados y razones para ello.

Al respecto se concluye que en El Salvador no se trata de invertir la relación en el poder adquisitivo de la población y su consumo de medicamentos, si no de crear en los grupos con el más bajo poder adquisitivo un consumo adicional que complemente los medicamentos que esa parte de la pirámide poblacional no puede adquirir.

En El Salvador se tiene una industria farmacéutica poderosa que determina el mercado, lo cual sería muy difícil de cambiar. Se considera que se podría hacer que los recursos de producción farmacéutica del país -que van mucho allá de la capacidad de venta - sean utilizados al máximo, pues se señaló que en la actualidad la industria farmacéutica está subutilizada en un 60 a 70% de su capacidad de producción. Se recomendó producir servicios médicos y de farmacia bajo un sistema híbrido que garantice el consumo y beneficio para el laboratorio y proveedores de los servicios médicos, pero donde el interés fundamental sea el beneficio de la población. Se aseveró que es difícil escoger un modelo, pero existe una alternativa muy interesante, donde se tenga un modelo participativo, como el modelo de organización de MI FARMACITA, que aunque en ella predominan los intereses de la farmacéuticas que producen los genéricos, fundamentalmente dando solución a sus propios problemas, y no necesariamente está solucionando los problemas de la población, en algún sentido se puede tomar aquí a toda la industria farmacéutica que existe y es suficiente para resolver el suministro de medicamentos. Se recomendó conseguir esos servicios dentro de un modelo que implique lo fundamental del modelo de los Argentinos SSER/CEGIN, donde se tiene pequeñas organizaciones de servicio y de consumo de salud en el primer nivel de atención. De ahí que ninguno de los dos modelos privados con fines de lucro presentados es viable en el país en su forma original, pero se sugirió un híbrido, tomando en cuenta la parte organizativa e infraestructura de "Mi Farmacita" y la forma de proporcionar la atención de SSER/CEGIN, además de tomar en cuenta la coordinación con otras estructuras de salud, y que en un primer momento podría el Estado servir de proveedor de medicamentos, o la industria farmacéutica local participar como actor en el modelo para disminuir costos. Se podría considerar que tiene más oportunidades de ser viable dicho modelo híbrido, pero se tiene que

tomar en cuenta la cultura de la población blanco, asegurando que el modelo responda con calidad, calidez y oportunidad en la atención a la población rural y urbano marginal.

Respecto a otros criterios que deberían ser considerados en el modelo, a fin de que satisfaga las necesidades insatisfechas, se recomienda que:

El medicamento sea barato para la población blanco y los servicios estén ubicados de acuerdo a su situación de económica y geográfica; se debe hacer sensibilización de la población blanco. Además, se debe hacer segmentación de la población buscando el mercado adecuado, no necesariamente la población de extrema pobreza. El modelo debe ser autosostenible, no asistencialista.

Que la población tome conciencia del costo del servicio, que pague poco, pero que la población de un aporte. Se aseveró que las zonas con remesas tienen mayor capacidad de pago.

Se recomendó que se desarrolle campañas de divulgación de servicios adecuadas a la población blanco.

Que se haga educación en salud.

Se puede considerar un modelo de bajo costo como "Mi Farmacita" pero subsidiado por el Estado, o al menos que provea los medicamentos a más bajo costo, que sirva de proveedor.

Desarrollar un modelo híbrido, es decir con los elementos de "Mi Farmacita" que convengan, así como elementos de CEGIN, y otros a tomar en cuenta, que tenga institucionalidad (que sea participativo) no implantar.

Tomar en cuenta el programa de prevención de cáncer Cerviño-uterino:

La gente está dispuesta a aportar algo por una mejor calidad de atención (respuesta oportuna).

La gente cubre el 75-80% del costo, el resto se cubre con fondos del programa.

Coordinación entre los actores.

Que se trabaje un concepto claro de medicamento genérico en El Salvador.

Que se trabaje un concepto claro de salud

Cambiar actitudes mediante campañas de información, educación y comunicación.

GLOSARIO

1. Pobreza Extrema: Se considera que un hogar se encuentra en situación de pobreza extrema cuando no alcanza a cubrir el costo de la canasta básica de alimentos, cuyo valor mensual promedio era de US \$130.02 en el área urbana y de US \$96.28 en el área rural de El Salvador en el año 2004.
2. Pobreza Relativa: Se clasifica un hogar en pobreza relativa cuando su ingreso mensual promedio alcanza a cubrir el costo de la canasta básica de alimentos, pero no el costo de la canasta ampliada (la cual además del valor de los alimentos incluye los gastos por el pago de la vivienda, el vestuario, educación, salud y otros) y, cuyo valor según la EHPM 2004 era equivalente a dos veces el de la canasta básica de alimentos, es decir US \$260.04 y US \$192.56 en el área urbana y rural respectivamente.
3. Tasa de incremento natural de la población: Es el excedente o déficit de nacimientos sobre las defunciones en una población, durante un período determinado.
4. Tasa de Mortalidad Infantil: Es el número de muertes de niñas y niños antes de cumplir un año de vida sobre el total de nacidos vivos por mil. Para el año 2006 el MSPAS reportó que su valor era de 12.75 por mil nacidos vivos.
5. Tasa Global de fecundidad: Es el número de hijos que en promedio tiene cada mujer durante su vida fértil. La TGF reportada por la DIGESTYC para el quinquenio 2005-2010 es de 2.63 hijos por mujer.
6. Esperanza de vida: Indica el número de años que un recién nacido vivirá si las pautas de mortalidad prevalecientes en el momento de su nacimiento permanecieran iguales durante toda su vida. Es una medida hipotética y un indicador de las condiciones de salud, que tiene una relación inversamente proporcional con la pobreza. Según la DIGESTYC, la esperanza de vida en El Salvador para el quinquenio 2005-2010 es de 71.77 años.
7. Subempleo: De acuerdo con la definición internacional, las personas en situación de subempleo visible abarcan a todas las personas con empleo asalariado o con empleo independiente, trabajando o con empleo pero sin trabajar, que durante el período de referencia trabajan involuntariamente menos de la duración normal de trabajo para la actividad correspondiente, y que buscaban o estaban disponibles para un trabajo adicional. Esto significa que el subempleo visible se define como una subcategoría del empleo, y que existen tres criterios para identificar, entre las personas ocupadas, a las visiblemente subempleadas: (i) Trabajar menos de la duración normal; (ii) Lo hacen de forma involuntaria; (iii) Desea trabajo adicional y están disponibles para el mismo durante el período de referencia. Para considerar a una persona en situación de subempleo visible, los tres criterios deberán ser satisfechos simultáneamente.
8. Endemia: Presencia continua de una enfermedad o de un agente infeccioso en una zona geográfica determinada.
9. Epidemia: Manifestación, en una comunidad o región, de casos de una enfermedad (o un brote) con una frecuencia que exceda netamente la incidencia (número de casos nuevos) normal prevista.

10. Enfermedad infecciosa: Enfermedad clínicamente manifiesta del hombre o de los animales, resultado de una infección.
11. Morbilidad: Frecuencia de las enfermedades en una población durante un período de tiempo determinado.
12. Incidencia: Número de casos nuevos de una enfermedad específica, diagnosticados o notificados en un lapso definido, dividido entre el número de personas en una población determinada en la cual surgieron dichos casos.
13. Prevalencia: Es el número total de personas enfermas o que presentan cierto trastorno en una población específica y en determinado momento (prevalencia de punto), o durante un período señalado (prevalencia de período), independientemente de la fecha en que comenzó la enfermedad o el trastorno, dividido entre la población en riesgo de presentar la enfermedad o el trastorno.
14. Período de Incubación: Tiempo transcurrido entre la exposición inicial a un agente infeccioso (Por ejemplo: desde el momento que una persona se infecta con el VIH) y la aparición de la enfermedad de que se trate (Por ejemplo: momento en que presenta signos o síntomas del SIDA).
15. Persona viviendo con SIDA: Es aquella persona a quien se le ha comprobado estar infectada por el VIH a través de pruebas de laboratorio, que se le ha descartado otras causas de inmunodeficiencia y que reúne por lo menos 6 puntos de un grupo de signos o síntomas de la enfermedad de acuerdo a la clasificación de OPS/ Caracas.
16. Persona viviendo con VIH: Es aquella persona que está infectada por el virus de Inmunodeficiencia Humana pero no presenta síntomas o manifestaciones clínicas de enfermedad; pero que tiene riesgo epidemiológico y la prueba de ELISA le fue reportada como reactiva.
17. Atención Primaria en Salud: Programa regional impulsado desde 1978 por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), como estrategia principal para lograr el objetivo "Salud para todos en el año 2,000". Consiste en brindar asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundamentados y socialmente aceptables, puestos al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que el país pueda soportar en cada etapa de su desarrollo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. 3D Trade -Human Rights - Equitable Economy. (2004). La aplicación de la convención sobre los derechos del niño. El Salvador. La repercusión de los acuerdos comerciales internacionales por los que se rigen los derechos de propiedad intelectual en el acceso a los medicamentos y el respeto de los derechos del niño. <http://www.3dthree.org>.
2. Aoki, R., Kubo, K. and Yamane, H. (2006). Indian Patent Policy and Public Health: Implications from the Japanese Experience. Discussion Paper. No. 57. Instituto of Developing Economies.
3. Banerji, D. The people and health service development in India: a brief overview. International Journal of Health Services. 2004. Vol. 34. 1: 123-142.
4. Baru, R.V. Privatisation and corporatisation. <http://www.india-seminar.com/2000/489/489%20baru.htm> (11 febrero 2004).
5. Bitrán, R. y Asociados. (2004). Reformas a los sistemas de salud: Conceptos y experiencia internacional. Asamblea Legislativa de El Salvador. El Salvador.
6. Blumenthal, D. and Hsiao, W. (2005). Privatization and Its Discontents – The Evolving Chinese Healthcare System. NEJM. Vol. 353:1165-1170. <http://content.nejm.org/cgi/content/full/353/11/1165?query=TOC> (22/09/2005)
7. Corte Suprema de Justicia. Instituto de Medicina Legal “Dr. Roberto Masferrer”(2007). Unidad de Estadísticas Forenses. Boletín sobre Enfermedades. Año 3 No. 1. San Salvador, El Salvador.
8. Corte Suprema de Justicia. Instituto de Medicina Legal “Dr. Roberto Masferrer”(2007). Unidad de Estadísticas Forenses. Boletín sobre Defunciones por otras Muertes Accidentales. Año 3 No. 1. San Salvador, El Salvador.
9. Corte Suprema de Justicia. Instituto de Medicina Legal “Dr. Roberto Masferrer”(2007). Unidad de Estadísticas Forenses. Boletín sobre Homicidios. Año 3 No. 1. San Salvador, El Salvador.
10. DIGESTYC. “Determinación de la Cobertura y acceso a los servicios básicos de los hogares salvadoreños.1998-2002”. El Salvador. 2002.
11. Epping-Jordan, J.E., Galea, G., Tukuitonga, C. et al (2005). Preventing chronic diseases: taking stepwise action. The Lancet. Vol . 366. Issue 9497. Pages: 1667-1671.
12. Frank, R.G. (2007). Regulation of Follow-on Biologics. NEJM. Vol. 357: 841-843.
13. Fortalecimiento de los Sistemas de Salud, www.lachealthys.org/index.php?option=com
14. Fundación Horacio W. Goldsmith. “Support for this development through enterprise. What works* case study series”. Escuela de Negocios de la Universidad de Columbia. Estados Unidos.
15. FUSADES. Boletín Económico y Social. Serie Anual de Documento. El Salvador. 2004.
16. FUSADES. Evaluación del sector económico. El Salvador. 2004
17. Gupta, V. Privatisation of Health. Insaaf International Bhatinda. August 2000. www.geocities.com/insaafin

18. Homedes, N. y Ugalde, A. (2006). Improving access to pharmaceuticals in Brazil and Argentina. Oxford University Press in association with The London School of Hygiene and Tropical Medicine.
19. Horace W. Goldsmith Foundation (n.d.) What Works: Mi Farmacita Nacional. Executive summary. Columbia Business School. Horace W. Goldsmith Foundation.
20. [Latinamerican.milliam.com/perpestiv](http://latinamerican.milliam.com/perpestiv). Organización Panamericana de Salud (OPS/OMS).
21. Llobeta, R. "Recuperando la Salud". Presentado en Internet por la red de Liderazgo para el Desarrollo Sostenible en América Latina. // www.avina.net
22. Lungo M. y Kande, S. (2002, Octubre). Migración internacional, transnacionalismo y cambios socioculturales en Nueva Concepción. Revista Estudios Centroamericanos. ECA 648: 911-930 UCA. San Salvador, El Salvador.
23. Médicos Sin Fronteras. Informe Sobre Las Disposiciones Acerca De La Propiedad Intelectual En El Dr-Cafta Y Sus Consecuencias Para El Acceso A Medicamentos Esenciales. Presentado Al Committee On Ways & Means (Comité Sobre Formas & Medios) De La Cámara De Representantes De EEUU; Abril De 2005.
24. MEXICOMÁXICO. Producto Interno Bruto Per Cápita de las Grandes Economías Mundiales y Latinoamérica 1971-2005. Datos del banco Mundial actualizados hasta 2006. Última revisión: viernes, 20 de julio 2007. www.mexicomaxico.org/http://mexicomaxico.org/Voto/PIBCap.htm (01/11/2007).
25. MSPAS. (2007). Datos relevantes del VIH-SIDA en El Salvador. Boletín informativo sobre el VIH/SIDA en El Salvador.
26. MSPAS. (2003). Cuentas Nacionales en Salud. Compendio de Cifras del Financiamiento y Gasto Nacional en Salud en El Salvador 1996-2001. San Salvador, El Salvador.
27. Mudur, G. Inadequate regulations undermine India's healthcare. BMJ 2004; 328:124 (17 January). <http://bmj.bmjournals.com/cgi/content/full/328/7432/124-a?etoc> (28/01/2004)
28. Organización Panamericana de la Salud. (2007). Perfil del sistema de salud de El Salvador 2000-2005: monitoreo y análisis de los procesos de cambio. Washington, D.C: OPS, © 2007.ISBN 978 92 75 32840 8.
29. Population Reference Bureau. (sin fecha). Cuadro de la población mundial 2006. USAID. Washington, DC.
30. Reddy, K.S. et al (2005). Responding to the threat of chronic diseases in India. Chronic Disease 3. Lancet. Vol. 366: 1744-1749.
31. Rivera Funes, O.F. (2005). Las migraciones internacionales y sus efectos económicos en El Salvador. Población y Salud en Mesoamérica. Revista electrónica. Centro Centroamericano de Población. Universidad de Costa Rica. San José, Costa Rica.

32. Rovira, J. (2006). Creating and Promoting Domestic Drug Manufacturing Capacities: A Solution for Developing Countries? In Roffe, P., Tansey, G. And Vivas-Eugui, D. (Eds.). Negotiating health: intellectual property and access to medicines. International Centre for Trade and Sustainable Development. (pp. 227-239). UK-USA.
33. Selva Sutter, E.A. Ignorancia, sometimiento, capitalismo a lo salvaje y perversión en el nacimiento y el seguimiento de la reforma neoliberal en salud. Realidad Revista de Ciencias Sociales y Humanidades. No. 111 Enero-Marzo 2007: 47-87.
34. Selva Sutter, E.A. y colaboradores. Propuesta de Reforma del Sector Salud de El Salvador y su correspondiente fundamento de reforma jurídica. Hacia la cobertura pública y equitativa contra la enfermedad. Informe final. Asamblea Legislativa de El Salvador. San Salvador, febrero 2005.
35. Selva Sutter, E.A. y Guzmán, H. (2005). Análisis de la estructura organizacional del sector salud. Programa de Modernización y Fortalecimiento de la Asamblea Legislativa. San Salvador.
36. Sengupta, A. and Nundy, S. (2005). The private health sector in India. Editorial. BMJ. 331:1157-1158. <http://www.bmj.com/cgi/content/full/331/7526/1157?rss>.
37. Strong, R. et al. (2005). Preventing chronic diseases: how many lives can we save? The Lancet, Vol. 366: 1578-1582,.
38. Uplekar, M.W. (2000). The Foundation for Research in Community Health, World, Mumbai, India. Social Science & Medicine. Septiembre. Vol. 51, 6: 897-904. doi:10.1016/S0277-9536(00)00069-1.
39. Vacca González, C.P., Fitzgerald, J.F. y Bermúdez, J.A.Z. Definición de medicamento genérico ¿un fin o un medio? Análisis de la regulación en 14 países de la Región de las Américas. Rev. Panam. Salud Pública. 2006; 20(5): 314-23.
40. Vega, A.L. y Hernández Xochilt. (2006). Migración, recepción de remesas, mejora de la calidad de vida y microempresas en El Salvador: un estudio exploratorio. Colección Apuntes sobre migración. UCA. San Salvador, El Salvador.
41. Wang, L. et al. (2005). Preventing chronic diseases in China. The Lancet.. Vol. 366:1821-1824.
42. Yach, D., Stuckler, D. & Brownell, K. D. (2006). Epidemiologic and economic consequences of the global epidemics of obesity and diabetes. Commentary. Nature Publishing Group. Vol. 12 (1) 62-66. www.oxha.org/knowledge/publications/derek-nature-global-burden-obesity-and-diabetes.pdf.

C. Focus Group Reports and Stakeholder Interviews

Brazil

RELATÓRIO DOS GRUPOS FOCAIS SOBRE SISTEMA VOIP

INTRODUÇÃO E DEFESA METODOLÓGICA

Três grupos focais (pesquisa exploratória) foram realizados sob a supervisão técnica da equipe de Valença & Associados – Aprendizagem Organizacional: (a) 10 jovens com uso intenso de Internet, (b) 10 profissionais com uso intenso de Internet e (c) 20 profissionais ou membros de uma comunidade rural com pouco ou nenhum uso de Internet. A composição dos grupos, assim como os eixos temáticos da pesquisa, foram definidos pelo cliente patrocinador. Em torno de 10 (dez) questões básicas nortearam a condução e facilitação dos grupos, com o intuito de posicionar o cliente patrocinador sobre as expectativas de uso do sistema VOIP numa cidade do interior da Bahia (Valente). A dinâmica dos grupos foi estabelecida numa sequência de perguntas, com respostas livres e associações diretas e reversas. A intenção era trabalhar (1) das verbalizações do grau de consciência e uso para (2) as verbalizações sem consciência e uso do sistema VOIP. Desta maneira, usou-se a estratégia de perguntar, progressivamente: (a) sobre uso de celulares, (b) uso da Internet e (c) uso do sistema VOIP. Todas as sessões foram gravadas, transcritas em trechos fundamentais, estabelecidos os eixos com respostas específicas e formulado um quadro geral de referência. A partir destes produtos, construiu-se, em equipe, um parecer geral da pesquisa.

PARECER SOBRE OS GRUPOS FOCAIS

2.1- USO E CONHECIMENTO DA INTERNET

Por limitações geográficas e financeiras, os membros da comunidade rural pesquisada usam pouco a telefonia celular e/ou Internet. Gastam em média R\$ 20,00 com celulares. Jovens e profissionais usam celular e Internet diariamente, por período que varia entre uma a doze horas. Todos referenciam a imprescindibilidade ou extrema necessidade da Internet como veículo de pesquisa, rede de serviços, atualização de informação, relacionamento, fonte de aprendizado e crescimento, lazer, jogos e diversão. Os membros da comunidade rural desconhecem ou mal fazem uso da Internet para pesquisas, jogos ou diversão. Seus filhos fazem uso, precisando se deslocar de 13 a 15km para os serviços gratuitos da prefeitura. Todos têm consciência dos riscos com a Internet (segurança, privacidade, moralidade, contratosleoninos, etc), cuja ameaça é mais intensa entre os membros da comunidade rural. À exceção dos profissionais, nos dois outros grupos há baixo conhecimento do funcionamento (técnico) da Internet, e mesmo neste grupo a operacionalização só é comumente conhecida dentro dos limites de seu uso profissional (e-mail, pesquisa de preços e comunicação digitada).

2.2- LIMITAÇÕES AO USO

São consideradas como condições-limite: (a) para os membros da comunidade rural: suas competências, a distância geográfica, o monopólio dos serviços, o preço dos serviços, a indiferença dos políticos e do governo, a baixa causalidade ou iniciativa da associação, a falta de acesso físico no local e o desconhecimento no uso de computadores; (b) para os jovens e

profissionais: as condições técnicas e físicas da rede de distribuição de Internet e da banda disponível para o total de usuários, o preço dos serviços e as instabilidades técnicas dos provedores.

2.3- DEMANDA OU QUEIXA SOBRE SITUAÇÃO ATUAL

Jovens criticam mais os fornecedores técnicos de serviços e a situação da banda, sem aprofundamentos sobre razões dos problemas ou soluções para estes. Profissionais se criticam e criticam políticos e governo, sobre a falta de interesse e ação em uma mudança eficaz para a inclusão digital. Membros da comunidade rural se criticam, aos políticos, aos líderes de associações e cooperativas, ao empresariado e aos provedores e fornecedores de serviços.

2.4- INFORMAÇÕES SOBRE O VOIP

Os profissionais sabiam e operavam bem, especialmente no uso do software SKYPE, embora com receio de não o poderem utilizar, com transmissão de voz, sem prejuízo em seu trabalho normal. O conhecimento e uso entre os jovens eram razoáveis. E o conhecimento e uso entre os membros da comunidade rural eram muito baixos, inclusive com demonstração de novidade no uso de telefonia via celular ou ainda, mais intensa, com a possibilidade de uso de serviços VOIP, dispensado, ou não, o uso de computador atrelado.

2.5- REAÇÃO À INFORMAÇÃO SOBRE O VOIP

Todos reagiram com curiosidade, interesse, entusiasmo, imaginação e verbalizações expressas de imediata implantação do serviço. O grupo jovem se mostrou indiferente a quem iria implantar um sistema VoIP na cidade, importando-se prioritariamente em seu uso e vantagens correlatas. Os profissionais demonstraram interesse em uma exploração comercial de uma operadora VoIP, formando parcerias locais, governamentais e empresariais. A inquietação imediata ou correlata era sobre a condição de preço. Quando informados da possível economia com os serviços VOIP, o entusiasmo foi elevado, com imaginação de diversos usos e vantagens advindas disto. Os motivos mais fortes, implícitos ou explícitos nas expressões foram sobre economia, melhora para o comércio, inclusão digital e social, eficácia na comunicação, elevação da auto-estima, proximidade nos relacionamentos e reconhecimento social.

2.6- CONDIÇÃO IDEAL DE PREÇO PARA SERVIÇOS VOIP

Os testes comparativos sobre os valores atualmente pagos nos serviços convencionais estabeleceram uma medida ideal em torno de 40% a 50% dos valores atuais para os imaginados serviços VOIP.

2.7- O MITO PESSOAL DO POLÍTICO

Todos os grupos fizeram referência à necessidade, à influência e ao poder de um “político forte”, sem qualquer referência a um nome específico. Da existência deste hipotético político forte, nasceria a mobilização e a parceria das comunidades, a força da prefeitura, o interesse dos empresários, e a implantação dos serviços. Entre os membros da comunidade rural, no entanto, há uma consciência da força da parceria dos cidadãos em maior intensidade do que nos dois outros grupos. Este grupo demonstrou mais “causalidade pessoal” ou responsabilidade com o

destino dos serviços do que os outros dois. Finalmente, o grupo profissional e da comunidade rural fizeram com consistência, referência a uma “política pública de inclusão digital”.

3. RESUMO TEMÁTICO DOS GRUPOS

RESUMO TEMÁTICO			
1 – Consciência, uso e funcionalidade da Internet.	J ¹	P ²	C ³
“O que você vê hoje de criança de 6, 7, 8 anos, dominando a Internet, muito melhor que qualquer adulto”	0	X	0
“O que falta é o uso qualificado, é o uso educativo, é o uso para empreendedorismo, pra trazer serviços públicos, estaduais e federais, pro município”	0	X	0
“Boa parte de minha vida se resolve via Internet: estudo, relacionamento, trabalho, navegação, pesquisa...”	X	X	0
“A gente fica em bate-papo, pesquisando notícias, Orkut, sites de relacionamento”	X	0	0
“Eu mesmo entro no e-mail... faço o que tenho que fazer e vou pra jogo, jogo on-line... fico ali, gastando o maior tempo que eu puder gastar, to ali”	X	0	0
“Hoje em dia, se não tiver Internet, quem não tiver um computador, tá fora do mundo, tá fora do mundo mesmo, então isso é urgente, a gente precisa urgente de ter essa comunicação”	0	X	X
“Eu não uso, não sei usar, mas tem o meu filho que usa, que estuda e tal, todos nós que tem filho na escola, todos eles dependem, precisam de alguma coisa... e tem que se deslocar pra cidade”	0	0	X
“Eu mesma não sei mexer, eu pago pro cara fazer a pesquisa, porque eu não sei mexer”	0	0	X
“Quem usa a internet, o computador, um meio de comunicação desses pra se informar, ele vai estar sempre um passo à frente!”	0	0	X
2 – Utilidades e Benefícios: a)Pessoal; b)Familiar; c)Negócios; d) Comunitário.	J ¹	P ²	C ³
“Acho que estreitou mais o custo, também, do meio de comunicação, acho que a Internet é acessível”	X	X	0
“Eu uso Internet na área que eu trabalho, sou um técnico, se formatar uma máquina tenho de atualizar ela”	X	0	0
“A gente tá usando pesado, muito, o Skype pra comunicação também,	0	X	0

dentro da própria cooperativa"			
"Acho que estreitou muito a comunicação, a facilidade, hoje, da gente adquirir conhecimento, na Internet é muito maior"	X	X	X
"Eu não sei como que a gente vivia sem Internet antes, eu acho que melhorou muita coisa, relacionamento principalmente..."	X	X	0
3 – Críticas e inseguranças com o uso da Internet.	J¹	P²	C³
"Fidelidade da informação, segurança..."	0	X	0
"Tem um lado bom e tem um lado ruim, tem muita coisa ruim..."	X	X	0
"Quando a conexão tá lenta, mesmo, com vírus eu acho que não sofro disso, ainda não"	X	X	0
4 – Grau de acesso à Internet: a) Disponibilização de equipamentos; b) Meios físicos.	J¹	P²	C³
"Valente, ele é um caso muito particular porque nós temos hoje mais de dez Cyberes e LAN's, acho que tem doze, tem um número muito grande de pessoas cadastradas no Orkut..."	X	X	0
"Largura de banda, eu acho que seria... é esse nó que falta para detonar..."	X	X	0
"Eu acho que a Internet pode ser via cabo, via satélite, dependendo do local"	X	0	0
"Pra melhorar a Internet teria que ter mais opções, teria que ter concorrência, e nisso teria que ter uma rede digital na cidade"	X	X	0
"Um problema, não tanto um problema, mas acaba sendo, que nós temos é a falta de comunicação, também acesso à Internet. Muitos estudam e aí tem uma atividade escolar pra fazer, tem uma pesquisa pra fazer, e a comunidade não tem"	0	0	X
Lá na casa de mainha se pudesse já tinha colocado Internet... são vários irmãos que usam, mas só que juntando tudo não tem condições de pagar uma Internet mensal"	0	0	X
5 – Consciência, uso, funcionalidade dos computadores.	J¹	P²	C³
"Pelo número de pessoas que tem acesso à Internet eu diria, residenciais, tem certamente uma coisa em torno de 600 (seiscentos) computadores..."	X	X	0
"É muito concentrado aqui no centro, se você pegar a periferia do município, já dá um disparate"	X	X	X

"A associação precisa fazer um documento, precisa fazer uma ata pra registrar, fazer um relatório, ou qualquer coisa que tem que fazer, que tem que ir até a sede, pedir uma ajuda, pedir a um amigo que tenha um computador que ajude, fica complicado"	0	0	X
"Se você for parar pra analisar, o computador sai mais barato que um celular... eu morei em São Paulo, meus parentes são todos de lá, se for parar pra ligar pra falar dez minutos no celular já gasta uma fortuna, se a gente tem um MSN ou uma ação de bate-papo já sai mais em conta"	X	X	X
"Quem sabe, que tem curso, capacitar, ou mesmo os filhos da gente, a gente num paga algo pra alguém tomar um curso na cidade?... Se tivesse, eu mesmo seria o primeiro a aprender"	0	0	X
"Nesse caso da comunidade, da associação, é como Helenita colocou, você vai cobrar uma taxinha, entendeu? E vai ficar pra o uso, quando aquele aparelho der problema, vai se usar aquele dinheiro pra mandar ajeitar"	0	0	X
6 – Serviços VoIP – Consciência, uso e funcionalidade.	J¹	P²	C³
"Foca mais, na cooperativa, no uso profissional do Skype, mas não tem muito essa perspectiva de, sei lá, de difundir, até porque já tem muita gente..."	0	X	0
"É uma comunicação bacana, mesmo porque tem algumas instituições que não permitem outro de meio de mensagens instantâneas..."	0	X	0
"Entre a gente a gente usa, só que é muito lento, muito lento, às vezes... cai muito, interfere muito"	X	X	0
"A maioria de nós aqui usa o Skype, mas é mais teclando, é importante que se diga isso... voz mesmo, no Skype, a gente usa pouco... teria de ficar com um fone pra atender telefone, pra atender associado, atender parceiro, não dá"	0	X	0
7 – Facilitadores e barreiras ao uso dos serviços VoIP.	J¹	P²	C³
"Nossa Banda Larga é muito ruim, o que chama de Banda Larga aqui em outros lugares ninguém nem mais quer"	X	X	0
"Eu já pensei em uma loucura, jogar sinal de Internet pela antena da rádio comunitária... mas a gente teve alguns problemas por causa de largura de banda, mas é perfeitamente possível fazer isso e criar uma zona wireless, todo mundo poderia chegar com seu telefone VoIP, liga, e um notebook, palm, seja lá o que for"	0	X	0
8 – Serviços VoIP com dispensa de computadores	J¹	P²	C³

"Hoje tem uns telefones sem fio, a gente às vezes vê nos sites, tipo Mercadolivre, e tal, você tem um telefonezinho que, um telefone Skype, não é isso? Aquilo é um sonho!"	0	X	0
"No caso da associação, a Internet tendo um aparelho nessa maneira não precisaria de um orelhão"	0	0	X
9 – Grau de imaginação e expectativas dos benefícios dos serviços VoIP.	J¹	P²	C³
"Um provedor de telefonia, VoIP, na região, seria um negócio!"	0	X	0
"Com um serviço desse tipo a gente poderia estar passando informação com muito mais facilidade, interagindo"	0	X	X
"Eu acho que ela deve ser mais rápido, e pode economizar mais, porque invés da... os telefones tem uma taxa que tem que pagar, e nesse aí você só vai pagar aquela taxa da Internet"	X	X	X
"Ter custo baixo"	X	X	X
10 – Suposições sobre o "preço justo" dos serviços VoIP.	J¹	P²	C³
"Por vinte reais, falar uma hora"	0	0	X
"Com certeza seria mais caro, porque seria totalmente diferente... teria que ser mais barato"	X	0	0
Para Salvador, 40 centavos o minuto (retirado das verbalizações)	X	0	0
11 – Alteração (imaginária) das práticas sociais.	J¹	P²	C³
"Outra tendência de Internet, que seria assim a título de pensar no futuro, pensar numa coisa quase que um sonho, seria a gente não estar usando só a Internet para acessar coisas, também a gente falar da gente, entendeu? O que é Valente, o que é que Valente faz, o que tem aqui, não tá só acessando conteúdo, mas criando conteúdo"	0	X	X
"Uma central VoIP que desse cobertura, por exemplo, que eu pudesse abrir o meu telefone VoIP lá no Juazeiro, Petrolina, e falar com qualquer ponto de Valente, nossa, entendeu? Seria fantástico"	0	X	0
"Os serviços estariam à nossa mão, desde a locadora de dvd, pedreiro, a cooperativa de crédito... uma integração muito grande de produtos e serviços"	X	X	X
"Acho que pra favorecer todo mundo teria que ter uma cabine comunitária"	X	0	X
12 – Principais Atores e protagonistas para implementação dos serviços VoIP.	J¹	P²	C³

“Tem projetos aí que a gente pode captar recursos, com empresas, com governo, com cooperação internacional, sei lá...”	0	X	X
“Isso vai depender de uma pessoa muito importante, digamos assim, um membro forte, um político forte, que possa dizer assim: Eu vou... eu posso ajudar, eu vou me envolver com isso, eu vou lutar até vocês possam seguir esse método”	X	X	X
“Tudo que a gente consegue e através da mobilização... se reunir, pensar e reivindicar o que a gente precisa, tudo que a gente conseguiu na comunidade foi assim”	0	0	X
13 – Papel do(s) Governo(s), grau de conscientização e/ou mobilização política (a partir das verbalizações) dos grupos.	J¹	P²	C³
“Internet deveria ser política pública, acesso não é à Internet, é acesso a tecnologias digitais, entendeu? O município que quiser crescer tem que pensar nisso, tem que ser política pública; o Governo da Bahia, o Governo do Brasil tem que pensar em dar acesso às tecnologias digitais”	0	X	0

¹ Grupo de Jovens - ² Grupo de Profissionais – ³ Grupo da Comunidade

4. QUADRO DOS CONSTRUTOS MENTAIS

1- Sobre Internet		J ¹	P ²	C ²
Percepções/Motivos/Inquietação/Propósitos:				
• Uso freqüente		Alto	Alto	Baixo
• Imperativo na aprendizagem		Alto	Alto	Médio
• Útil para:	- Negócios	Baixo	Alto	Médio
	- Serviços públicos	Baixo	Alto	Alto
	- Pesquisa/estudo	Alto	Alto	Médio
	- Relacionamentos	Alto	Alto	Alto
	- Criação de rede	Alto	Alto	Baixo
	- Divulgação da região	Baixo	Alto	Baixo
	- Jornalismo	Baixo	Alto	Baixo

	- Desenvolvimento de competências	Médio	Alto	Baixo
• Meio de diversão intensa		Alto	Baixo	Baixo
• Envolver-se com jogos		Alto	Baixo	Baixo
• Dependência “moderna”		Alto	Alto	Alto
• Meio de competitividade		Alto	Alto	Baixo
• Riscos de:	- Monopólio	Médio	Alto	Alto
	- Segurança	Médio	Alto	Baixo
	- Continuidade	Médio	Alto	Baixo
	- Privacidade	Médio	Alto	Baixo
	- Tipo da banda	Alto	Alto	Baixo
	- Vícios	Baixo	Alto	Médio
• Conhecimento técnico		Médio	Alto	Baixo
• Restrições econômicas para acesso		Médio	Baixo	Alto
• Restrições de equipamentos para acesso		Baixo	Baixo	Alto
• Restrições geográficas para acesso		Baixo	Baixo	Alto
• Conhecimento de operar Skype		Alto	Alto	Baixo
• Demanda à/ao:	- Associação/cooperativa	Baixo	Alto	Alto
	- Governo	Baixo	Médio	Alto
	- Empresariado	Baixo	Médio	Médio
	- Associados	Baixo	Médio	Alto
	- AVINA	Baixo	Baixo	Alto
• Telefone sem fio (VOIP)		Médio	Alto	Baixo
• Interesse na discussão do assunto		Médio	Médio	Alto

¹ Grupo de Jovens - ² Grupo de Profissionais – ³ Grupo da Comunidade

5. REFLEXÕES SOBRE OS GRUPOS FOCAIS

5.1 GRUPO FOCAL COM OS JOVENS

Valença: _ Eu percebi o grupo com jovens usuários freqüente no uso da Internet e com as atividades convencionais de diversão, de pesquisa, de informação e, sobretudo, jogo. E, aparentemente, usando Internet com freqüência e usando nessas 4 dimensões. Vocês têm outra opinião?

Leonardo: _ Não. Basicamente todos usavam Internet, por um motivo ou por outro, embora não houvesse uma preocupação grande de conhecer as características técnicas da Internet, ou singular. A utilização era básica, mesmo, somente como usuários finais de Internet. Menos no caso do rapaz que era técnico, que, então, usava para negócios, mas não vi, assim, uma ligação de negócios entre eles e a Internet.

Valença: _ O rapaz que era técnico e ao mesmo tempo usuário de Internet deu respostas diferenciadas de todos os demais participantes. Ele tinha um conhecimento técnico. Os outros eram simplesmente usuários, mas com altíssimo grau de ignorância de operação, funcionalidade, etc. Qual é a tua opinião?

Ney Carlos: _ A minha opinião é quanto à falta de informação que esse grupo tem em relação à parte técnica de Internet e outras possibilidades que ela oferece. Apesar de alguns deles, que eu, por ser daqui, conheço, que utilizam o sistema de Internet da Casa Brasil, que é um sistema gratuito de acesso à Internet, percebe-se que há ainda uma carência muito grande de se trabalhar com esses jovens em relação à informação de outras possibilidades da Internet para o conhecimento e crescimento pessoal. Você percebe que o jovem utiliza mais para diversão, para o lazer, e para os contatos externos.

Leonardo: _ Ou seja, não faz uma utilização mais ampla do que ela pode oferecer?

Ney Carlos: _ Exatamente!

Valença: _ Vejam bem, eu vou pedir a vocês que a gente se mantenha nos comentários em cada eixo para poder estabelecer bem a memória dos encontros. Vocês responderam perfeitamente dentro dessa linha. Então, eu me lembro de 4 eixos básicos de atividade: pesquisa, comunicação de um modo geral, jogo, que é uma atividade básica e estão aí o lazer/diversão e formação organizada de rede.

Ney Carlos: _ Bate-papo em MSN!

Valença: _ É. Essa linha aí, que estaria dentro da comunicação normal. Não sei se vocês lembram de uma atividade mais abrangente ou específica...

Ney Carlos: _ Teve um participante que citou jogos, não é?

Valença: _ Eu o ouvi dizer que passava mais de 12 horas por dia na Internet.

Ney Carlos: _ Exatamente.

Leonardo: _ Eu vi 4 eixos: o eixo da comunicação, que seria MSN, Orkut; o eixo do lazer e divertimento, que seriam os jogos on line; e o de pesquisa...

Valença: _ Pesquisa escolar?

Leonardo: _ É, pesquisa escolar e utilização para serviços técnicos, que, no caso, foi somente a opinião daquele que trabalha como técnico, que utilizava também a Internet para atualização dos computadores.

Valença: _ Me impressionou também tivesse que não houvesse negócio. Conhecer, um ou outro conhecia, mas nenhum teve uma operação específica de negócio, tipo um pagamento, um crédito, cadastro. Não houve nenhum serviço, digamos assim, de cidadania fazendo uso da Internet.

Leonardo: _ Não, não!

Valença: _ Uma certa precariedade. Bom! E eles pareceram – é outro eixo, eu queria que vocês confirmassem ou não – como os usuários frequentes da família. Eles disseram literalmente que nenhum outro membro da família usava tanto Internet como eles usavam. Só que tem um deles – eu insisto em dizer que tem aí 10% da amostra – ele tem a obrigação de trabalhar com a Internet. Ele faz trabalhos profissionais. É diferente de todos os outros.

Leonardo: _ Ele disse que fazia trabalhos profissionais, mas, ao mesmo tempo, enquanto estava conectado, ele estava no MSN conversando com os amigos também. Então, era lazer para ele também.

Ney Carlos: _ Ele poderia ser selecionado tanto quanto um profissional que usa a Internet.

Valença: _ Ele poderia entrar no grupo da noite?

Leonardo: _ Poderia.

Valença: _ Até melhor situado, eu diria. Vejam bem, nenhum deles fazia uso da Internet por alguma forma de negócio. E havia uma certa hesitação de conhecimento de quem o fizesse. Vocês tiveram a mesma impressão?

Ney Carlos: _ Hum, hum.

Valença: _ Agora, sobre o que eles não gostam na Internet, para mim, me passou simplesmente o comentário de quando ela tinha alguma conectividade. Quando ela não operava bem, eles reclamavam.

Leonardo: _ Principalmente lentidão. Ou seja, eu acho que dentro das características daquilo que eles buscam na Internet, do que eles utilizam na Internet, o único dificultador que haveria seria a lentidão, mesmo na conexão, porque como eles não usam para outras aplicações, não usam para serviços, não estão em sites do governo resolvendo questões burocráticas, então para eles esses sites são inexistentes. Então, problema de site não é problema para eles. O Orkut está funcionando, o MSN está funcionando, contanto que seja rápido, para eles, aparentemente, está tudo bem.

Ney Carlos: _ Só que teve um participante que frisou que às vezes há sites em quem ele não encontra as informações.

Valença: _ É. O que chateava ele era quando ia fazer uma pesquisa e achava que o site estava vazio ou incompleto.

Ney Carlos: _ Com carência de informação. Mas talvez seja na operação dele, de não saber fazer a busca do conteúdo.

Valença: _ Também. Mas o interessante é que não há nem um desagrado nem com a natureza da Internet nem há um desagrado quanto aos seus benefícios. Na verdade, é assim: quando ela não me atende bem é quando ela não funciona bem. O que quer dizer que é não só uma aderência, uma aceitação, mas uma aprovação unânime de todo o grupo.

Leonardo: _ Não teve nenhuma opinião crítica quanto ao conteúdo da Internet.

Valença: _ Não.

Leonardo: _ Eles foram categóricos, gostam do que estão fazendo...

Valença: _ É, porque essa pergunta também está atrelada a outra, quando eu perguntei como é que seria uma melhoria e a melhoria, de novo, era funcionalidade. Nenhum comentário de que deveria ter tais orientações políticas ou de conteúdo, ou de ideologia ou de natureza, mesmo, dos serviços à população. Nada. É que funcione melhor, que seja mais barata, que tenha as informações que precisam, etc. Outra coisa que me impressionou bastante foi a desinformação sobre a funcionalidade de telefonia convencional, televisão a cabo e serviços de telefonia celular e também via rádio. Eles não sabiam absolutamente nada. À exceção de uma resposta sobre Internet do próprio profissional de Internet. Eu diria que ninguém deu qualquer resposta que tivesse um mínimo de consciência técnica e lógica sobre nenhum desses serviços. Vocês tiveram essa impressão?

Leonardo: _ É exatamente a minha impressão. Não aparentava nem ter o conhecimento nem ter interesse, mesmo, em ter o conhecimento, afinal de contas eles aparentavam estar satisfeitos em ser somente usuários daqueles serviços. Não tinham uma preocupação crítica.

Valença: _ Foi essa a tua percepção?

Ney Carlos: _ Eu também acho que sim.

Valença: _ Bom! Quando chegou nesse ponto, se eles, por ventura, tivessem feito qualquer comentário técnico, porque houve um deles que disse: "existe Skype..." Mas ele também não sabia o que era Skype. Ele sabia, de novo, e como os outros, que podia usar. Então, pedi a Leonardo, que fez uma apresentação breve, aí, de 4 minutos do que seria o VoIP. Porque se a gente fosse seguir a pesquisa sobre VoIP com tal desconhecimento era fazer uma pesquisa ainda mais no escuro. Quer dizer, as respostas poderiam ser sobre uma suposição absolutamente equivocada. Então, era fundamental que Leo dissesse: "olhe, o VoIP é isso aqui". Levou 4 minutos para dizer só o básico. Aí eu não sei, minha impressão é que eles mudaram de ânimo imediatamente para melhor, quer dizer, com um certo entusiasmo com o serviço, com o conhecimento de como era que isso funcionava. Eles tomaram por base, para quem sabia, o Skype como referência. E aí, a meu ver, apresentaram imediatamente as barreiras que a cidade apresentava. Para mim, a grande suposição de barreira foi a existência de 1 computador para 5, 10 ou 15 famílias.

Leonardo: _ Teve um integrante que, ainda, falou em 1 para 20, que eu acho que está mais dentro do padrão.

Valença: _ Então, cabe a pergunta: você, Ney Carlos, tem alguma notícia, informação precisa disso?

Ney Carlos: _ Não. Isso aí a gente pode levantar, talvez, com base nos dados que os provedores locais têm. Isso aí para ter como base, um parâmetro. E também ao último senso, que deve sair breve.

Valença: _ Mas alguém disse literalmente que a região não tem 500 computadores. Desses 500 computadores, a gente não sabe quantos estariam operando com Internet. Isso aí me pareceu uma grande suposição de barreira para eles. Outra coisa que me impressionou muito foi a fragilidade, a pouca insistência, mesmo, quase um descuido, de não considerar o setor público como tendo alguma responsabilidade com isso. Quer dizer, eles citavam, depois de muitas outras fontes de apoio, eles diziam alguma coisa: “é, o político deveria...”

Ney Carlos: _ “O político forte”.

Valença: _ Mas não havia, assim, a responsabilidade do município, do governo estadual, o governo federal. Não havia uma consciência da responsabilidade, digamos assim, ou, pelo menos, da co-responsabilidade da eventual parceria que cada governo teria com um benefício desse para a população.

Leonardo: _ Valença, teve uma coisa que eu notei que apareceu no discurso, eu acho, de 2 ou 3 deles, embora somente 1 tivesse continuado, que era a inclusão digital como uma necessidade. Embora, a forma como ele disse parecesse mais uma forma de assistencialismo do que de ação social do governo junto ao povo. E eu acho que eles ainda têm uma visão da necessidade da difusão da Internet para que possa ter algo desse tipo.

Valença: _ Eu estou inteiramente de acordo sobre inclusão digital. A Internet me pareceu também uma suposição secundária, que foi corrente, porque uma pessoa falou e não foi bem percebida, e, depois, ela insistiu no raciocínio ou tese, da questão comunicativa e educativa. Quer dizer, é preciso alguém ensinar o que é isso, dizer o que é isso. “Embora haja muitos professores”, ela disse, “que possam ensinar Internet, a população não tem interesse”. Então, isso me pareceu um ponto crítico de observação. Quer dizer, isso não é uma questão decorrente da ignorância técnica. Vamos pegar o seguinte: são usuários freqüentes e não sabem nada. A população de um modo geral não é usuária freqüente e deve saber menos ainda. Nesse espaço de ignorância, menos conhecimento. O que eu acho, observando o ponto de vista dessa moça, para ela uma coisa correta é: é necessário um serviço de conscientização, uma vez aja qualquer coisa parecida com esse serviço, difundido mesmo a contragosto, a atitude da população, na suposição dela, é que a população que não tem interesse em aprender isso.

Leonardo: _ Além disso, ela ainda falou na questão de que os professores também não se interessam em fazer um trabalho gratuito. É uma região de baixa renda e o professor precisa de uma fonte de renda específica e o trabalho gratuito para ele se torna muito oneroso.

Valença: _ Eu acho que você está dizendo uma procedente. Quer dizer, não é simplesmente esperar uma rede voluntária de cidadãos que queiram ensinar, mas um compromisso profissional de governo, provedores, empreendedores, que saibam que vão ter uma curva de aprendizado a ser vencida. A população não conhece, não tem hábito e não está interessada na opinião dela.

Isso aí tem que ser melhor analisado por mim. Eu estou apenas trabalhando com a suposição dela.

Leonardo: _ Teve uma suposição deles que eu achei que foi interessantíssima, inclusive, foi até a falha que eu cometi na apresentação: quando eles começaram a opinar sobre VoIP, eu quis interromper e você me parou.

Valença: _ Seria uma explicação técnica. Naquele momento eu estava apenas trabalhando a partir do grau de conhecimento deles. Quer dizer, qualquer informação técnica, a mais, poderia contaminar o que estava sendo respondido.

Leonardo: _ Correto. Foi uma informação que eu não dei, que era sobre o baixo custo das ligações...

Valença: _ Mas eles trabalharam com a economia imediatamente.

Leonardo: _ Exatamente isso que eu achei interessantíssimo. Eles deduziram que seria mais econômico.

Valença: _ Eu até sugiro que você não inclua na próxima apresentação que o VoIP vai ser de baixo preço. Faça o que você fez: só a explicação técnica. Foi muito interessante você não ter dado essa informação e o grupo imediatamente trabalhar nesta expectativa.

Ney Carlos: _ Teve uma pessoa que, se eu não me engano...

Valença: _ ...Disse que era mais caro.

Ney Carlos: _ Falou que era mais caro. Talvez ela tenha pensado que teria que adquirir computador...

Valença: _ O raciocínio provavelmente foi esse. Mas, tão logo todo mundo disse: "pode botar posto popular...", então o raciocínio caiu para 45% do custo atual. Depois fixou-se em 45%, 50%, como raciocínio básico de expectativa que eles teriam da natureza desse serviço. Eles não pareceram muitos sensíveis a compreender a economia da região e os benefícios econômicos e de natureza de negócios da região. Respostas genéricas para melhorar o serviço, embora com baixa conscientização sobre o caráter associativo. É uma região de muitas associações e cooperativas e eles não ilustraram nada disso, não descrevem, não se animam, não elaboram sobre cooperação.

Leonardo: _ Eu não ouvi nenhuma opinião para a cooperativa inserir um serviço desse na comunidade.

Valença: _ Não souberam raciocinar além do benefício interno dela, de fazer uso. Justificaram que pode ser uma parceira com uma pequena sobretaxa e, ainda assim, o serviço seria evidentemente mais barato e a associação passa a ser beneficiada como uma intermediária do serviço. Ela se beneficia no uso e ela se beneficia na intermediação de um serviço desse para quem estiver explorando o negócio. Que outros comentários vocês gostariam de fazer?

Leonardo: _ Eu acho que houve um pequeno problema deles de assimilarem o VoIP no computador e através de um sistema de telefonia por I.P. Tanto que, posteriormente, quando

estávamos conversando como seria isso, em todos os exemplos eles diziam: “vai ter um computador que vai estar ligado, 10 computadores, e aí vão acessar e vão poder ligar”. Eu acho que por ser uma idéia exótica, esotérica, para a realidade brasileira a questão de equipamento desse, eu acho que o pessoal não está assimilando ainda direito. Quando pensa em Internet, pensa em computador utilizando a Internet. Eu acho que isso é um entrave para a telefonia I.P, essa falta de conhecimento das pessoas.

Ney Carlos: _ Eles não pensam também numa transmissão via rádio de computador para o telefone móvel. Eles não conseguem visualizar essa possibilidade. Nem mesmo no Skype que eles citaram.

Valença: _ Quer dizer, o que faz então com que a gente infira que o entusiasmo com a funcionalidade será, do ponto de vista comportamental, muito maior quando eles tomarem conhecimento de que isso é uma questão possível. Então, eu entendo perfeitamente que eles coloquem as barreiras: economia familiar, quer dizer, a renda familiar do local, a relação de computador por família e a dificuldade de conhecimento técnico. Essas 3 barreiras são notáveis. E, assim mesmo, eles ficaram bastante entusiasmados. Agora, eu fico imaginando se a gente diz: independente de você saber como funciona, esse telefone vai estar funcionando em VoIP, por exemplo, ou telefone I.P. Como é que seria? Eu acho que o entusiasmo vai ser maior, porque os benefícios serão indiscutivelmente maiores diante de algumas suposições que eles estão fazendo. É como se fosse de novo recomeçar a telefonia no Brasil, na mente deles. Antigamente o que era? A cidade toda ia para um posto da telefônica fazer ligações no orelhão. Há 15, 20 anos atrás, numa cidade como essa, era assim.

Leonardo: _ Tinha um orelhão na praça da cidade.

Ney Carlos: _ Eles opinaram entre colocar um posto público de acesso a esse sistema ou então baratear o serviço e que todos possam ter acesso.

Valença: _ Essa é a mentalidade básica. Mas a gente precisa fazer deduções sobre o grau de conhecimento, expectativa de uso e a imaginação dos serviços futuros. O grau de conhecimento é baixíssimo, enquanto as expectativas de uso e a imaginação dos benefícios são altíssimas. Entretanto, na concepção de como os serviços efetivamente poderiam ser usados, aí fica confuso. E eu acho que não tem relação com esse tipo de pesquisa. O levantamento de discussão focal que estamos fazendo tem o objetivo de fazer exclusivamente o que nós estamos conversando aqui. Quer dizer: ouvir e comentar sobre as principais conclusões que podemos ter disso. Mas eu acho que eles se entusiasmaram considerando as possibilidades. Considerado o pouco conhecimento técnico que têm, a leitura que eles fazem com bastante restrição da economia da região e ao criar mentalmente ou imaginar como seriam esses serviços, eu acho que é uma sinalização que a meu ver parece ser de grande potencialidade. Se levar isso em conta, se levar essas suposições para quem quer que esteja pensando uma coisa dessa, deve-se pensar como uma coisa auspiciosa, uma vez que haja interesse do setor público nisso. Eu acho que seria um desdobramento de um empreendedorismo privado. É um projeto complexo, mas acho que na hora em que se reúnem parceiros interessados e que têm uma perspectiva política, simultaneamente educativa e cívica, do ponto de vista da irradiação dos benefícios para todos, eu acho que é uma coisa auspiciosa. Eu ouço com entusiasmo o que eles esperam. Agora, a opinião de um grupo que tem uso freqüente da Internet. Eu quero muito ver o contraponto com o grupo de amanhã.

Leonardo: _ O grupo de amanhã vai ser o diferencial.

Valença: _ Um grupo completamente desinformado, sem uso, sem sentir na pele e na experiência o benefício. Na nossa pesquisa é o grupo de controle, mais ou menos, para nós, o grupo de repique, é o grupo de espelho.

Ney Carlos: _ A gente vê que dá para perceber 2 grandes necessidades entre o grupo jovem, de 17 a 25 anos, que eles são usuários frequentes de Internet, mas não tem conhecimento de outras possibilidades, considerando o VoIP, de poder pagar uma conta através da Internet, de poder fazer pesquisas e tantos outros serviços. Ficam restritos à questão da comunicação. Essa é uma coisa que dá para se trabalhar bastante entre essa turma jovem. E, num outro momento também, esse projeto que é trabalhar VoIP no município, avançou muito na questão dos instrumentos de tecnologia, da implantação dos provedores, mas deixou-se muito a desejar na parte educativa, das possibilidades que a Internet traz para os usuários. Eles têm, sei lá, mais de 5 anos utilizando o serviço, a taxas bem pequenas, a R\$ 1,00 a hora, e agora com o telecentro, que é gratuito, com 20 computadores, mas, em paralelo, não há um trabalho nesse sentido, educativo, de capacitação, e talvez por isso eles não consigam visualizar a possibilidade do VoIP. Se eles não conseguem enxergar além de uma sala de bate-papo, além do MSN, como visualizar algo mais à frente, que até mesmo profissionais – o grupo de hoje à noite vai comprovar isso – que utilizam a Internet ou Skype não conseguem visualizar, ou seja, a possibilidade de ligar a um telefone fixo ou móvel utilizando Internet?

Valença: _ Perfeito. Ney, eu quero agradecer a tua ajuda e queria mantê-lo incluído nessas rodadas de reflexão ao final de cada grupo, que é normalmente como eu faço com a minha equipe de trabalho.

Ney Carlos: _ “Tá fresco”, como se diz!

Valença: _ “Tá fresco”! E os comentários que a gente está fazendo no momento estão muito perto do depoimento e isso favorece, depois, a análise a ser feita material. Portanto, já temos uma pré-análise estabelecida aqui. Muito bem. Muito obrigado.

5.2 GRUPO FOCAL COM OS PROFISSIONAIS

Valença: _ Qual a sua impressão desse grupo quanto às experiências com a Internet? O que vocês acharam?

Leonardo: _ Eu achei que é um grupo que utiliza a Internet de uma forma comercial, prática, no dia-a-dia, pelos menos grande parte do grupo, sendo útil para diversos tipos de atividades, tanto na empresa, na cooperativa, como na fábrica de tapetes Carpex ou lan house, que também é um outro tipo de utilização. Ou seja, todos têm um certo grau de intimidade com a utilização da Internet.

Valença: _ Neste aspecto, pode ser considerado um grupo bastante consciente?

Ney Carlos: _ Sim. Vale a pena frisar também, que talvez pelo envolvimento por um dos participantes ser um empresário de lan house, ele saber dos custos da telefonia fixa e celular e os demais serem funcionários de entidades que buscam, como qualquer empresa, reduzir custos,

então eles deram a entender que uma boa parcela tem essa consciência de que a Internet é um meio de reduzir despesas para a comunicação das organizações. E aí o Skype entra com um papel importante.

Valença: _ Eu fiquei muito impressionado, como entre eles, não só há o uso como há grande difusão. É grande o volume de listas de pessoas associadas ao Skype.

Ney Carlos: _ Sim, é grande!

Valença: _ Bom, e aí você diz: as duas maiores entidades, a associação e a cooperativa estariam dominando o perfil dos participantes dessa noite. Foi bom também porque tivemos respostas de pessoas com experiência e com relativo conhecimento técnico do assunto. Achei que (nome de um participante), pela diferença de conhecimento e de experiência que ele tem na área como técnico há 12 anos, ele conduziu tematicamente o grupo. Isso não é bom.

Leonardo: _ Foi. O grupo estava bem participativo, até ele falar tecnicamente.

Valença: _ Depois, ficou um tanto contemplativo e seguindo as respostas dele. Não me cabia um outro papel senão deixar mesmo que ele falasse, porque não era o caso de silenciá-lo para poder a gente ouvir, digamos a informação a menos que o grupo tinha. A minha preocupação grande era: qual o grau de entusiasmo do grupo quando entrar em contato com a idéia? Eu acho que é uma bobagem querer levar daqui “o que é que o grupo não sabe”. Eu acho que é importante levar daqui “em que grau o grupo se entusiasma com a idéia”, qualquer que seja a forma manifestada deste entusiasmo. No grupo da tarde, Leonardo apresentou basicamente a idéia técnica, porque o grupo não sabia nada. Agora à noite, eu nem coloquei a questão porque o grupo todo sabia. Está quase todo mundo trabalhando com o Skype. Eles também tiveram uma grande demonstração de consciência dos usos, sobretudo em negócios. Os exemplos que deram para a família e para a comunidade, a meu ver, foram bem menores em qualidade e quantidade do que eles imediatamente deram e associaram com negócios. Vocês tiveram essa impressão?

Leonardo: _ Sim, porque eu acredito que pelo fato da utilização deles ser a utilização de trabalho, comercial...

Valença: _ Isso condicionou as respostas?

Leonardo: _ Isso condicionou a eles darem respostas desse tipo de utilização de Internet. Não chegamos a descobrir, através dos relatos deles, se eles têm utilização doméstica, também, da Internet. Eles se mantiveram bem no uso comercial. Talvez por não falarem dessa utilização doméstica, eles deram a impressão de usuários comerciais.

Valença: _ É... Uns dois exemplos me impressionaram: na ausência do membro da família, usa-se o Skype, fala-se todo o dia, por tempo indeterminado, com naturalidade. No outro, a idéia do monitoramento de atividades dos filhos, de escolaridade e, eventualmente, de serviços. Mas o grande uso da Internet me pareceu, até pela sua ocupação maior durante o dia, com os equipamentos e tudo, foi para negócio.

Ney Carlos: _ Você tocou num ponto aí que me chamou a atenção, que a Paula falou, foi quanto à naturalidade que o sistema Wireless pode permitir. Às vezes você, através do celular ou telefonia fixa, precisa passar uma mensagem muito rápido e você não consegue se comunicar e

fica aquela coisa muito fria, o contato humano, mesmo à distância, e que um sistema desse poderia permitir. Então, tem esse lado humano também que foi colocado como vantagem num sistema desses.

Valença: _ O que eles não gostam na Internet é o que a gente sempre ouve, mesmo, não é? Invasão de privacidade, negócios arriscados, pornografia, falta de ética, ausência ou deficiência da informação, falta de credibilidade da fonte... Não me lembro de ter havido outras queixas.

Leonardo: _ Eles citaram novamente a problemática da banda.

Valença: _ Sim, aí entraram no eixo técnico, mesmo, da limitação técnica, não é?

Ney Carlos: _ Deu para perceber também uma certa reclamação, eu não diria disputa, mas, por exemplo, aqui em Valente existe a Casa Brasil, que é acesso gratuito. Então, você viu que o empresário, dono da lan house, ele não concorda muito com esse tipo de trabalho, porque tira os clientes dele. E aí (nome de um participante) rebateu. Então, há visões diferentes de quem está, assim, só com o lado empresarial e de quem tem uma visão de Internet como um serviço público, uma política de Internet que deve estar para todos acessarem e que, às vezes, precisa ser gratuita. Por isso, que vale a pena frisar que há pensamentos diferentes quanto à finalidade da Internet. Uns pensam que ela pode ser apenas para lucro e outros como meio de acesso à informação, comunicação, pesquisa e tal.

Valença: _ Bom, eles afirmaram tão rapidamente, tão enfaticamente os benefícios: a economia, a velocidade, a simplificação e o contato ilimitado na comunicação, que eu não insisti muito com isso. Quer dizer, há um pressuposto direto de economia, mas aí vêm as duas questões técnicas, Leo, que você estava levantando. Os números de agora à noite, que parecem ter uma base estatística mais segura, dão, de fato, a idéia de um computador para cada 10 famílias, alguma coisa como 2 mil pessoas, se eu não estou equivocado, com acesso diário à Internet. Eles estimam 600 computadores na região e 2 mil pessoas com acesso e cadastro diário intensivo na Internet.

Leonardo: _ Eu não lembro desse dado de 2 mil pessoas acessando, não.

Valença: _ O (nome de um participante) falou.

Leonardo: _ Mas não foi do Orkut que ele falou que tinham 2 mil pessoas?

Valença: _ Não. Ele falou que existia este número. A terceira coisa que ele falou foi que existia uma resenha Valente, via Orkut, que isso foi uma coisa, digamos assim, provocada pela Internet aqui na região. Bom, agora eu fiquei também com uma sensação, um pouco do que Ney falou, essa questão um tanto utópica do acesso indiscriminado – público, aberto e gratuito – a questão que eles chamaram, mesmo, de a “revolução digital”. Eles usaram esse termo. No entanto, com uma certa frieza ou falta de detalhes de como isso aconteceria, se por responsabilidade dos governos ou das associações. Isso aí se esvaziou completamente. É como se fosse de um lado uma grande aspiração e de outro lado uma falta de consciência de como prática.

Leonardo: _ (Uma leve interferência no gravador na hora da fala de Leo). Mas eles não chegaram a dizer quem é que vem mobilizando essas ações, quem estaria buscando esse financiamento, se

era uma iniciativa pública, se era uma iniciativa das cooperativas, se era da municipalidade. Foram bem evasivos nisso.

Valença: _ É, não sabem se é uma iniciativa deles ou uma iniciativa de outros agentes, formando uma parceria. Na ocasião, eu fiquei me lembrando do que dizia Freire. Freire dizia que, muitas vezes, por uma questão ideológica, nós temos as aspirações na forma de cobrança, daquilo que ele chamava de uma “consciência demandante”, uma “mente demandante”. Quer dizer, você se acha no direito de ter as coisas, mas em contrapartida você não consegue articular um pensamento prático de como é que isso opera, de como é que isso funciona. Paulo Freire dizia mais ou menos assim: “é bom sonhar, mas é preciso implementar o sonho”, quer dizer tornar o sonho uma realidade. Eu não sei como vocês opinam. Eu tenho essa leitura. Não sei se vocês têm outra leitura

Leonardo: _ Na verdade, o grupo teve uma maior participação no começo da reunião. Depois ficou mais contemplativo com as respostas de (nome de um participante) e tudo mais. No final, nas opiniões finais, na associação que elas fizeram da conversa, eu notei o grupo meio alheio ao que o (nome do participante) estava falando. O (nome do participante) era o puxador do sonho. Ele estava articulando o sonho, principalmente da Internet gratuita, de jogar um sinal pela antena da rádio comunitária e eles me parecia alheios, até colocando um certo distanciamento pessoal em relação a isso, dizendo: “não, tomara que o sonho do (nome do participante) dê certo”.

Valença: _ É. Eu achei que eles disseram assim: “a experiência foi muito boa para o relacionamento, foi boa pela diversidade de coisas que a gente conversou essa noite, foi muito boa porque foi uma atividade nova na minha vida e – concordo com você – aprendi muito”. No “aprendi muito” você está dizendo que contemplou o sonho de (nome do participante). Eu acho que, de fato, num determinado momento em diante, que as próprias pessoas disseram, inclusive as que usavam Skype, “eu não sei tecnicamente como isso ocorre”. É como se essa revelação colocasse as pessoas imediatamente desnudadas a respeito do que dizer dali em diante. Mas eu tive também uma sensação de que, em algum momento, muitos participaram, ao dizer como a sociedade seria melhorada com o benefício. E aí eu vi coisas bem interessantes: para usar nos negócios, para melhorar as relações sociais, para ampliar as comunicações. Tudo isso que a gente já falou... Para se falar com naturalidade. Mas essa coisa, assim, de você ligar, pedir um produto e imediatamente se comunicar com o entregador, para a empregabilidade nesse sentido, rapidez nos serviços, conveniência dos serviços, contato com alguém de vendas. Outro falou da parte de compras, outro de cultura, outro de atendimento de serviços imediatos, outro de arrefecimento da economia. Quer dizer, eu acho que aí houve uma religação de novo com o que era prático, entendeu? Eu acho que o sonho voltou de novo para alguma coisa imaginável de ser fazer, alguma coisa capaz de ser compreendida por todos.

Ney Carlos: _ É. A barreira está principalmente quando se vem para a questão técnica. Você vê que a discussão voltou mais para Marivaldo, que é o cara que é interessado, envolvido no projeto Casa Brasil, mas quando você toca na questão prática das necessidades das pessoas, você percebe que elas conseguem visualizar a possibilidade a partir da tecnologia.

Valença: _ E me emocionou também que eles se comprometeram a ver o filme, o presente que receberam e doarem o DVD para socializar na casa de cultura. Eu achei isso legal. Foi muito bom. Foi realmente bonito isso. Muito bem. Mais algum comentário da gente?

Ney Carlos: _ Eu acho que no início de sua fala você citou que eles não tocaram muito na questão do uso pessoal da Internet, dessa tecnologia. Talvez tenha sido porque a gente buscou selecionar para esse grupo da noite pessoas que se usavam Internet para fins profissionais.

Valença: _ É. Agora, não sei se você está de acordo, Ney, mas o tempo inteiro eles falavam também em relacionamento. A palavra relacionamento foi muito forte o tempo todo.

Ney Carlos: _ Sim. O relacionamento entre as pessoas. Entrou a história do filho da mulher que mora em Belo Horizonte, que levantou todo esse aspecto familiar.

Valença: _ E muitos também que saem do uso do serviço público gratuito por força de privacidade, usando as lan houses, essa coisa toda. Eu acho que é outro marco. Quer dizer, é muito interessante isso que você está dizendo de que o grupo teve uma ampla noção de uso comercial, que à tarde foi completamente ausente. À tarde predominava, por exemplo, diversão. Predominava ocupação divertida do tempo. Nós tivemos um grupo à tarde com pessoas desempregadas. Todas!

Ney Carlos: _ Com estudantes, não é isso?

Valença: _ Desempregadas, com bastante tempo, com curiosidades as mais diversificadas. Tivemos essa noite um grupo amadurecido, na média com 30 anos, eu suponho...

Ney Carlos: _ Entre 18 a 35 anos.

Valença: _ Por acaso, também, dois grupos de 10 e 10. Eu acho que é uma coisa interessante, você ter a noção completamente diferente das aspirações, dos horizontes, da visão de mundo, do próprio uso diversificado da Internet. Eu diria que no grupo da tarde há, enquanto um uso perdulário da Internet, enquanto o grupo da noite foi de um uso mais responsável da Internet. Agora, nos 2 eu vejo o traço intenso do relacionamento. E à noite o grupo teve uma consciência maior das potencialidades de uso para a comunidade. Não sei se vocês concordam com a leitura.

Leonardo: _ Eu só faço a observação que, pelo que me pareceu, a forma de relacionamento que é usada pelo pessoal da tarde era mais um relacionamento casual entre pessoas. E eu acho que quando estavam citando, agora à noite, parecia mais um relacionamento profissional.

Valença: _ Sim. Sem dúvida. A Internet tem também sua função profissional. Essas pessoas passam 10, 12 horas por dia nisso, mas o traço da Internet, mesmo, é relacionamento. Quem quer que seja, que esteja no outro lado, você tem relacionamento. Então, é inerente à Internet.

Ney Carlos: _ Seja pessoal ou profissional.

Valença: _ É. É um relacionamento. Mas, por exemplo, hoje à noite quase nada verbalizado sobre diversão, sobre lazer, sobre jogos. Praticamente não tem nenhuma expressão nessa direção. Já à tarde ficou evidente que as pessoas gastam um tempo razoável ocupando-se na Internet com lazer... A idade e, sobretudo, a falta de ocupação das pessoas foi uma tônica. Muito bem. Obrigado.

5.3 GRUPO FOCAL COM A COMUNIDADE

Valença: _ Qual é a impressão geral de vocês do grupo?

Ney Carlos: _ Na minha visão, é um grupo um pouco diferente dos demais grupos, pelo nível de organização.

Valença: _ Interessante: teve um número maior do que os convidados. No total, 20 pessoas.

Ney Carlos: _ O que nos obrigou a mudar o esquema de distribuição dos brindes, para não criar confusão. Eu acho que pelo fato da comunidade já ter um histórico de trabalhar com associativismo, observamos que falação deles conduziu no sentido de trabalho em grupo, de união, de associação e nunca, assim, de uma visão individual de como cada um se beneficiar da Internet, da telefonia.

Valença: _ É verdade.

Leonardo: _ Eu acho que, diferentemente dos outros grupos, esse é um grupo em que a necessidade desse tipo de serviço se mostrava mais viva. Eles tinham uma necessidade real e imediata, rápida para usufruir do serviço. Os outros já tinham um certo acesso à Internet ou usavam outras formas de comunicação. Neste grupo, eles só tinham a comunicação via celular.

Valença: _ De fato, isso é o que há em comum, como o hábito de uso deles. Quer dizer, os 3 grupos usavam sistematicamente o celular. Isso é o básico da observação.

Leonardo: _ Tinha também o diferencial do sinal ser ruim e o custo ser ainda mais elevado para este grupo do que para os outros grupos. Eles que trabalham na zona rural, de forma cooperativa. Tem maior ônus até para o sustento da família!

Ney Carlos: _ A renda deles é menor.

Leonardo: _ A renda é bem menor do que a dos outros grupos.

Valença: _ E como Ney Carlos observa, basicamente não havia, assim, a expressão ou necessidade de benefícios estritamente pessoais com o uso da tecnologia ou do equipamento. Quer dizer, o relacionamento falou muito rápido. Tome-se por referência a gincana, a referência aos serviços da associação, a questão de saúde e do filho ausente. Era uma coisa, assim, notável. Notável era perceber realmente esse espírito da comunidade.

Leonardo: _ Eles eram bem mais otimistas em relação com isso, só que baseada numa melhora da situação pessoal deles, que era para a geração de uma situação que eles não tinham. Neste grupo, eles pareciam muito interessados em relação a esse tipo de comunicação, e ainda mais, como já foi dito, de uma forma cooperativa. Quando a gente falou da comunicação da Internet ser mais barata, o que surgiu imediatamente foi a percepção do benefício para a cooperativa, um telefone que vai poder ser utilizado por todos, bem mais barato. Eles imaginaram até uma forma de controle, de verem o tempo que a pessoa gasta em média e, daí, fazer uma contribuição para a cooperativa.

Valença: _ Ney Carlos disse um ditado popular interessante: “a necessidade faz o ladrão”. Eles levam de 13 a 15 km para chegar ao local aonde tem Internet. Então, essa é a medida. Eu fiquei impressionado quando vi aquele senhor de 80 anos na estrada, com uma sacola na mão se dirigindo para a cidade para ir às compras. Você disse que ele estava andando 4km para pegar um transporte para vir para o centro, a 13km para, provavelmente, fazer uma pequena compra, isto pelo tamanho daquela cesta. Ninguém vai andar com uma cesta daquela na mão para não comprar alguma coisa, e depois voltar. Um homem com mais de 80 anos de idade, sozinho, indo às compras. Então, isso é um exemplo da medida da necessidade. Nós andamos de carro trechos e trechos sem casas. Só vendo árvores e cerca.

Ney Carlos: _ Vale a pena destacar também a vontade de aprender daquele grupo, inclusive os idosos. Apesar de desconhecerem a tecnologia, eles se mostraram interessados em usá-la. Disseram: “Se tiver alguém que ensine a gente, a gente quer aprender para facilitar a nossa vida”.

Valença: _ Bom, reclamaram do sinal de telefonia, reclamaram do monopólio. Há uma segunda empresa que veio, mas não tem qualidade. Opera pior do que a que está fazendo monopólio. E isso também é uma outra medida de consciência crítica. Bom esse foi um grupo para o qual, mais que o primeiro, foi necessário fazer uma explicação do funcionamento técnico do VoIP.

Leonardo: _ Pois é. Eu fiquei muito resabiado na hora de fazer a explicação técnica para eles, para evitar ao máximo ser técnico.

Valença: _ Mas você fez muito bem. A linguagem foi muito simples. Nós fizemos uma condução muito próxima da linguagem deles, brincando e deixando-os cada vez mais integrados. Evitamos a pergunta mais seca, mais neutra, que nos outros grupos pode ser feita, porque a gente sabia que era um nível de instrução e compreensão mais baixo, com pessoas com menos experiência. Então, a gente teria que usar uma linguagem bem simples, fazer uma referência de experiência bastante básica, com o mínimo de informações mais abstratas.

Leonardo: _ Teve uma coisa que eu achei muito legal no discurso deles: foi quando se perguntou sobre os problemas. Quem é que deve resolver isso? Inicialmente se falou dos políticos e tal, e teve até um certo assistencialismo de uma moça, que disse: “Seria bom que a Avina colocasse o serviço para a gente de graça, tudo 0800”. Mas teve um senhor que foi pungente em dizer: “não, eu acho que a gente deveria batalhar, se juntar para resolver essas dificuldades e colocar isso”. Ou seja, há um interesse da comunidade de trabalhar em conjunto, de qualquer forma, que venha colocar esse tipo de serviço, de utilidade. Quaisquer que sejam os modos, que a comunidade possa trabalhar junto e apoiar.

Valença: _ Uma extensão desse teu pensamento é que ninguém disse: “ah, é bom. Eu vou ter Internet em casa, um computador em casa”. Não! Eles, o tempo todo, e eles dizem que em média... Em média, não, a grande maioria está morando entre 2 e 2,5km da sede da associação, se eu entendi bem. E a idéia é que haja a disponibilidade do equipamento e do telefone como se fosse um grande posto telefônico. Eu não ouvi ninguém dizer assim: “ah, eu vou ter um telefone em casa. Eu vou ter um computador em casa. Eu vou ter um telefone, mesmo que se prescindia do computador com o novo equipamento”. Não. O raciocínio é imediatamente coletivo.

Leonardo: _ A linguagem era na primeira pessoa do plural constantemente. Era o nós ao invés do eu.

Valença: _ Mas, sempre a Associação como mediadora de tudo isso. Não vi aspirações pessoais de ter equipamento em casa.

Leonardo: _ E pelo que eu entendi, Ney, ali não era só a comunidade de Papagaios, não é? Era a comunidade de Papagaios, mas tem outras comunidades circundantes que também são associadas a ela. Falaram da comunidade de Santa Cruz...

Ney Carlos: _ Ali era só a comunidade do Papagaio. Agora, eles falaram da extensão de Papagaio...

Leonardo: _ Porque falaram de outras comunidades que também estão associadas... Tinha gente...

Ney Carlos: _ Que mora aqui na cidade. Exatamente! A Associação abrange não só aquelas pessoas ali. Tem outras pessoas que moram na cidade, que são associadas. Uma coisa que eu achei interessante, só para não esquecer, eles têm consciência do que leva à tamanha dificuldade de comunicação daquela comunidade: é a disputa política. Um senhor disse que tentaram, uma época, implantar um orelhão lá, mas um político disse para o técnico que não dava certo e não sei o quê e o orelhão acabou não chegando à comunidade. O orelhão acabou indo parar em um outro local. É uma outra coisa que está ligada àquela questão de: a quem é que a gente deve recorrer para resolver a nossa situação?

Leonardo: _ Mas, em contrapartida, eles começaram logo a afirmar que eles mesmos abandonaram a ideia. Deixaram de ir para cima depois da primeira negativa. Então, com certeza deve ter a pauta de interesses políticos com sistema de instalação de telefonia adequado lá, porque não tem uma rentabilidade para o político provavelmente, mas eles também assumiram que são participantes na falta da telefonia, porque não se movimentarem em prol dessa mudança.

Valença: _ Uma coisa também que eu achei interessante é que os filhos deles hoje vão para a cidade. E como usam o transporte escolar para evitar R\$ 4,00 de despesa de transporte, eles ficam perambulando umas 3 ou 4 horas pela cidade, porque usam a Internet, provavelmente, durante 1 hora, para esperar o retorno do veículo. Ora, os pais ficam com alguma preocupação, porque, realmente, essa meninada junto nessa idade, para a mente deles, é "conversa jogada" fora e uma ocupação desviada que, os ameaça, não é?

Ney Carlos: _ Isso indica que, por ser uma comunidade pobre, seus filhos utilizam geralmente a Casa Brasil, o Telecentro ou o Infocentro da prefeitura que é de acesso gratuito. Então, lá eles só têm direito a 1 hora por dia, para dar possibilidade a outras pessoas também acessarem. Então, eles não têm nem condições financeiras de passar a tarde, numa lan house, por exemplo. A pessoa utiliza a Casa Brasil por 1 hora. Se o tempo acabou, depois eles ficam livres!

Valença: _ Porque essas horas que eles ficariam usando a mais, remeteria a mais uma despesa diária de R\$ 4,00 a R\$ 5,00. 20 dias por mês isso representaria R\$ 100,00 só para ter Internet disponível por 5 horas diárias. É uma quantia absurda. Bom, finalmente, eu acho que a gente perguntou o preço que eles pagariam pelo novo serviço. Em média, eles gastam R\$ 20,00 por mês de celular e eles calculam que usam 15 minutos com esses R\$ 20,00.

Leonardo: _ Este cálculo fora daquele plano...

Ney Carlos: _ Está fora do plano de R\$ 0,06.

Leonardo: _ Aí é um plano esporádico, que vai sair de circulação e tal...

Valença: _ E isso, inclusive, está restrito à operadora do monopólio, não é? A mesma operadora? Se quiser falar com alguém de fora, já estaria de fora dessa perspectiva? Bom, mas a medida de cálculo para eles entenderem, para fazer uma equação simples, foi isso que a gente fez: como esses mesmos R\$ 20,00 vocês esperam falar por quantos minutos? Eles discutiram, fizeram imaginações assombrosas e começaram com 2 horas, mas depois, chegaram todos a um certo sentimento de que seria muito bom falar entre 45 e 50 minutos com os mesmos R\$ 20,00. Ou seja, um benefício de 3 vezes o tempo atual. O que dá uma dimensão do quanto eles se consideram injustiçados, explorados com um preço desse, já que o justo para eles seria ter 3 vezes o tempo de uso.

Ney Carlos: _ Alguns membros também têm conhecimento do preço cobrado pelo serviço de Internet via rádio. Aqui em Valente é uma média de R\$ 50,00 o plano básico mensal, que para a comunidade está fora da realidade. Fora também da realidade para uso pessoal. Mas o presidente da Associação disse: “mas através da Associação é possível que a gente consiga custear isso aí”.

Valença: _ E a aí a aderência foi imediata. Todo mundo ficou entusiasmado. Algum outro comentário a mais? Ah, sim, o absoluto desconhecimento técnico. Eles não sabem como o serviço funciona e eu, evidentemente, evitei criar perguntas nessa linha, que só iria causar constrangimento. Ontem mesmo, nos dois grupos, eu concluí que alguns momentos de baixa de interesse e de afastamento estejam na sequência de perguntas em que as pessoas tinham que assumir publicamente que: “não sei. Não sei”. Isso foi diminuindo sensivelmente a energia do grupo. Então, hoje eu evitei a qualquer custo de fazer qualquer pergunta nesse sentido, porque ia abafar completamente o estado de ânimo das pessoas. Fiquei surpreso. Todo mundo tem televisão em casa. Alguns com DVD em casa!

Ney Carlos: _ Julgo porque chegou energia elétrica recentemente!

Leonardo: _ A primeira coisa que se compra é uma TV. A segunda é uma geladeira.

Valença: _ É. Há de se entender que a TV traz, de uma maneira ou de outra, diversão para as pessoas. Eles têm uma ocupação, tem informação. Hoje, a TV passou a ser um bem essencial.

Ney Carlos: _ Eles ficaram bastante esperançosos e fizeram, inclusive, elogios à Avina por ter vindo diretamente à Comunidade, sem ter sido por um viés político, que me parece que é algo que eles já vêm sofrendo há algum tempo.

Valença: _ O que foi essencial informá-los do caráter técnico desse trabalho, para não dar a impressão de que nós estamos aqui para prospectar serviços para alguém ou sendo político atrás de voto, “preparar” rodear esse tipo de pleito. Então, esse esclarecimento da natureza do nosso trabalho foi concreto, bem direto e quando eu fiz o resumo do que, em essência, eu ia reportar à Avina, tinha uma intenção: porque eu queria deixá-los com a sensação de não criar expectativas associadas à Avina, à Valença & Associados ou a você, Ney, de que nós estamos aqui intermediando serviços ou fazendo promessas.

Ney Carlos: _ Certo!

Valença: _ Bom, há uma alteração substancial no perfil deste grupo: vida em comunidade, com consciência de economia, de uso do tempo, importância da comunicação, das possibilidades de serviços, de negócios. Realmente, foi uma verbalização muito extensa e um entusiasmo muito grande, se comparado com os outros 2 grupos, que são usuários intensos. Quer dizer, o outro é mais ou menos como (nome do participante) estava dizendo: "voltar a minha vida há 15 anos atrás, eu não saberia o que seria a minha vida sem a Internet". Então, é mais ou menos como comparar 15 anos atrás daquele grupo com a realidade desse grupo de hoje. Só que há 15 anos atrás, (nome do participante) já era um membro de uma área urbana, metropolitana, em Salvador. Não precisava andar 15km para fazer um telefonema. Não precisava andar 2,5km para ter acesso a uma associação, etc. Quer dizer, já era uma vida cômoda e ele disse que não conseguia mais imaginar a vida sem Internet.

Leonardo: _ E olha que naquela época ele estava inserido num meio social e cultura onde a utilização de Internet não era tão simples. A Comunidade Papagaio atualmente está, até comparando-se com Valente, que tem uma utilização maior de Internet, com as pessoas ficando reclusas a certas comunidades com as quais não têm o acesso, e, com isso, acabam sendo mais e mais excluídas das decisões, da informação, das possibilidades de negócio, que existem no mundo atual.

Ney Carlos: _ Vale a pena também destacar que eles têm uma visão de que o meio de comunicação, celular ou Internet, pode ser utilizado também como meio de negócio. Você viu que eles estavam realizando a gincana lá e fizeram compras através de celular e resolveram muitas questões via celular?

Valença: _ E a gincana é inteiramente dedicada em termos do saber, não é? Eu estou me lembrando de muitos organismos hoje no Brasil que estão fazendo essas opções. Quer dizer, é gincana como meio de integração, de compartilhamento de conhecimento. Muito bem. Mais algum comentário, alguma avaliação? Então, estou agradecido. Foi uma boa síntese.

6. ENTREVISTA COM ANTÔNIO CAMAROTI

Valença: _ O que é VoIP?

Antônio: _ VoIP o nome já diz: *Voice over I. P.* Voz sobre I.P. O que é I.P? Internet Protocol.

Valença: _ Perfeito.

Camaroti: _ Protocolo de Internet. VoIP nada mais é do que você... Se você quiser entender VoIP nada mais é do que um pacote de dados que carrega voz dentro dele e trafega na Internet. Quando você fala de ponto A, ponto B, nada mais é do que trânsito de pacote de dados e dentro dele tem VoIP. São vários pacotes. Então é voz sobre I.P., o famoso *Voice over I.P – VoIP*.

Valença: _ Como é o domínio desse pacote? Quem domina isso?

Camaroti: _ O domínio como?

Valença: _ Quem cede...?

Camaroti: _ Existem protocolos que se chama Codec. Um Codec é um... E aí me falha um pouco a parte técnica, eu sou mais da área comercial. O que é um Codec? Quando você vai passar um fax, aquele chiado que faz, aquilo ali é... Foi patenteado. Alguém registrou aquilo. Então, na voz sobre I.P. existem vários Codecs: G 711, G 729, G 724. Mas o que é isso? Isso é o grau de compactação que aquele pacote de dado vai ter ao sair do ponto A para o ponto B. Então, existem Codecs de domínio público. O G 711 é aberto. Só que ele demanda uma banda muito grande. (*Entrevistado atende ao telefone*)... Então, existem Codecs gratuitos e Condecs que têm que ser pagos *royalties*. Então, os Codecs pagos são hoje os mais eficientes. Eles conseguem compactar de forma mais efetiva aquele pacote. Ou seja, você não demanda muita banda para falar do ponto A para o ponto B, porque você vai entender quando estiver olhando o VoIP que banda é algo determinante. Banda larga principalmente. Ninguém consegue fazer VoIP e Internet discada, tem que ser em Internet de alta velocidade. Até porque o pacote demanda isso.

Valença: _ Como é que se adquire isso? Como se compra?

Camaroti: _ Não, não se compra. Quando você vai usar um programa de comunicação, que pode ser... Hoje, o VoIP, existem duas vertentes que são muito confundidas: existem VoIP que é o que o Skype faz, que é um programa de computador. Aquilo é VoIP. E existe telefonia I.P., que é o que uma empresa como a Phonar aqui em Recife está fazendo. O que é telefonia I.P? É você pegar a mesma coisa que a Telemar faz, a mesma coisa... A Phonar é uma S.T.F.C – Serviço de Telefonia Fixa Comutada. É uma concessionária, é uma permissionária, autorizatória, perdão, da Anatel. Para ela funcionar ela tem que ter essa permissão. O que é uma S.T.F.C? Serviço de Telefonia Fixa Comutada. O nome já diz: instalar telefonia regionalmente, localmente, nacionalmente. Só que ao invés de usar esse par metálico que está aí na rua, ele usa o protocolo I.P., ele usa o protocolo de Internet para transmitir voz do ponto A ao ponto B. Então, a Phonar, quando vai escolher os equipamentos que ela vai usar, ela vai ter lá n produtos: ATA. O que é um ATA? *Analogue*... A gente fala tanto no dia-a-dia que esquece essa sopa de letrinhas, mas ATA nada mais é do que você pluga o seu telefone normal e nessa ATA você coloca banda larga e de lá você já tem telefonia I.P., no seu telefone normal. No seu telefone convencional, de casa, você pluga num ATA, pluga banda larga naquele ATA e você transformou aquele telefone em banda larga, em VoIP. Qual é o Codec que tem aquele ATA que vai determinar que quantidade de banda você precisa e, obviamente, se aquele ATA dispuser de um Codec 729, que é o Codec pago e mais eficiente hoje, o royalty daquele Codec está embutido no preço daquele equipamento. Portanto, o equipamento fica mais caro quando ele tem um royalty proprietário, quando ele tem um Codec proprietário. Então, existem Codecs gratuitos e pagos.

Valença: _ Perfeito. E isso, naturalmente, vai ser um mercado concorrencial a Vivo, a Oi...?

Camaroti: _ Não a Vivo e a Oi, porque elas são móveis, mas, principalmente, às empresas de telefonia fixa. Concorre com a móvel? Concorre. A tecnologia anda tão rápido, que hoje, por exemplo, nos Estados Unidos você já tem... Por exemplo, hoje, aqui dentro do Shopping você tem uma cobertura Wi-Fi. Nos Estados Unidos, hoje, você já tem isso dentro das cidades.

Valença: _ Nas cidades, não é?

Camaroti: _ Nas cidades. Chama-se *Muni Wi*. Muni de *Municipality*, Wi, de *Wi-Fi*. Então, cidades como Filadélfia, São Francisco, Atlanta está, hoje, em andamento, Boston. Você chega ali naquele

mercado mais antigo de Boston, você senta, abre seu lap top, você está debaixo de uma cobertura Wi-Fi. Você liga o seu computador e se conecta à Internet.

Valença: _ De quem é esse serviço?

Camaroti: _ Das prefeituras, das empresas da iniciativa privada. Hoje, o Google está fazendo em São Francisco, junto com a ----, que foi a empresa que eu estagiei quando fiz aquele programa do Partener. A --- hoje é uma das líderes nesse tipo de investimento. Não é gratuito. Algumas cidades abrem o acesso gratuito, algumas abrem mediante anúncio – você abre o computador e antes de conectar à Internet vai ter o anúncio, que vai custear aquela banda. A banda larga nos Estados Unidos é um negócio muito barato. No Brasil é muito caro. Hoje, um usuário residencial nos Estados Unidos tem uma conexão de 8 mega dentro de casa. Aqui em Recife a conexão mais rápida, que é o Velox quem oferece, é de 1 mega. A um preço que lá pagaria 8 mega e ainda sobriaria dinheiro.

Valença: _ Muito bem. Evidentemente que será um serviço competitivo, não é?

Camaroti: _ Muito. Já é hoje um serviço muito competitivo. Muito competitivo. Ele tem uma restrição. Você precisa ter banda larga para que ele funcione. E aí você entra num círculo vicioso.

Valença: _ Qual?

Camaroti: _ A detentora da banda larga nas grandes cidades são as I Cubens. Quais são as I Cubens? A Telemar, Telefônica, Brasil Telecom e só. Elas são as donas da rede. Elas vendem banda larga e vendem banda larga de forma casada. Você não consegue comprar o Velox se você não tiver o telefone da Telemar funcionando junto com ele. Essa é uma venda casada que até hoje a Anatel fez vista grossa.

Valença: _ Quer dizer, em parte ela vai ser barreira, em parte ela vai ser impulsionadora do...?

Camaroti: _ Exatamente.

Valença: _ Hoje ela é barreira?

Camaroti: _ Não, ela é ambos, porque sem a banda dela voz sobre I.P. não funciona.

Valença: _ Mas na sua impressão ela tem sido barreira ou tem sido impulsionadora?

Camaroti: _ Ela não interfere, hoje, no negócio de telefonia I.P. Não interfere. Por quê? Porque é um mercado muito pequeno comparado com o global dela. Isso ainda não começou a afetar o faturamento dela.

Valença: _ Agora, esse movimento, vamos supor, para o governo brasileiro, seria interessante?

Camaroti: _ Eu acho que sim. Seria. Porque, até, eu acho que ele chega a transcender o aspecto governamental. Você tem hoje o Skype, que esse, sim, é um grande concorrente, inclusive para empresas como uma FTSC, como a própria Telemar, que esse é gratuito quando você fala de ponto a ponto. Tem a limitação de você estar sempre atrelado ao computador. Você tem que estar diante do computador para falar. Você não consegue tirar um telefone e falar sem o computador estar ligado. Mas ele não tem fronteiras, não é?

Valença: _ É verdade.

Camaroti: _ Você liga para o seu amigo que está em Portugal, vai passar dez horas conversando e não vai pagar nada. É zero. E quando você fala do aspecto legal, o Skype opera no Brasil de forma ilegal. Ele não tem licença para fazer o que ele faz no Brasil. Hoje, além de ele falar de Skype com Skype... Você conhece o Skype?

Valença: _ Conheço.

Camaroti: _ Pronto. Hoje ele não só fala de Skype com Skype, como ele liga para telefone convencional.

Valença: _ Ele faz isso?

Camaroti: _ Ele faz isso. Mediante um pagamento. Esse, sim, é pago. Uma tarifa muito pequena. E aí você pergunta: como é que ele consegue cobrar tão pouco? Nenhum imposto brasileiro incide sobre o serviço. Você paga em euro. Seu cartão é debitado em euros. Então, é uma transação feita fora do Brasil e, portanto, não tributada.

Valença: _ Entendi. A ignorância vai me levar a fazer algumas perguntas que parecem ridículas, mas...

Camaroti: _ Fique à vontade!

Valença: _ Opera, portanto, como um celular, não é?

Camaroti: _ Opera. Veja bem: esse aparelho aqui recentemente lançou um modelo mais atual dele, e que ele poderia se conectar aqui na rede Wi-Fi, de dentro do Apple Bees. Se eu tivesse aqui um soft clients, um pequeno programinha que roda como se fosse a minha ATA física, que está em casa, eu usaria o número da Phonar aqui nele, como eu faço hoje no meu Notebook. Quando eu vou para São Paulo toda semana, meu Notebook está ligado, tem um soft phone que é um client, que é um software que tem um número da Phonar funcionando nele. Se você me ligar na semana que vem 3313-0019, o meu Notebook vai tocar onde eu estiver no mundo. Você está ligando de um número fixo de Recife e está tocando no meu Notebook. O meu Notebook é apenas uma interface. Poderia ser no meu celular, se a tecnologia dele estivesse apta. Eu passei 3 meses em Atlanta com um número de Recife dentro do meu quarto: 3313-0019. Você me ligava aqui e tocava lá em Atlanta. Eu levo meu número de Recife para onde eu for. Então, a portabilidade – não a mobilidade – é infinita. Se você quiser hoje: “ah, Camaroti, eu tenho filiais da Valença no Rio, em São Paulo e em Brasília e eu não quero mais fazer interurbano”. Você compra ATAS, essa caixinha com o número de Recife e manda ela para qualquer lugar do mundo.

Valença: _ Você está falando da Phonar. O que a Phonar fez? Comprou uma licença?

Camaroti: _ A Phonar comprou uma licença.

Valença: _ Ela compra licença a uma dessas grandes?

Camaroti: _ Não! Compra da Anatel. Eu falo da Phonar, porque agora a gente está falando de telefonia I.P. E aí eu pego o exemplo...

Valença: _ Eu entendi. Eu estou querendo entender...

Camaroti: _ É uma licença.

Valença: _ Como tem qualquer uma outra.

Camaroti: _ Exatamente. Existe uma diferença: a Telemar é uma concessionária. É uma concessão do governo. A Phonar é uma autorizatária. Ela tem uma autorização do governo.

Valença: _ Certamente periódica, condicionada...

Camaroti: _ Eu não sei exatamente quais são os termos. Não sei se são 10 ou 15 anos, mas é um processo tão difícil quanto você comprar uma licença de TV a cabo, por exemplo. É uma operação muito dispendiosa e leva muito tempo.

Valença: _ Agora, sob o ponto de vista do negócio é promissor, não é?

Camaroti: _ Eu acredito que sim.

Valença: _ O que você imagina, Camaroti, que seja uma reunião como essa? Eu vou conversar com uma comunidade rural.

Camaroti: _ Eles têm banda larga lá?

Valença: _ Essa é uma condição *sine qua non*, não é?

Camaroti: _ É.

Valença: _ Essa é a primeira?

Camaroti: _ É a primeira.

Valença: _ E depende do interesse de quem? Prefeitura, de novo?

Camaroti: _ Sim. Existem hoje projetos de cidades virtuais. Eu acho que tem uma no interior do Ceará, que eles pretendem fazer uma cobertura via Internet sem fio, para cobrir aquela cidade. Se já funciona, eu não sei, mas a banda larga é premissa. Se ela não existir, não existe telefonia I.P. A primeira pergunta é: será que lá na...

Valença: _ Na comunidade...

Camaroti: _ Se tiver uma lan house, eles estão conectados. Agora, de que forma? Qual é a velocidade daquela conexão? Hoje, a tecnologia evoluiu. Você, com muito pouca banda, consegue falar em telefonia I.P., ou voz sobre I.P. Mas precisa saber que grau de conexão você tem para saber a qualidade que vai ter o serviço.

Valença: _ Considerando isso... Agora é uma coisa, assim, não só imaginosa do que opinativa. O que você imagina que seja o benefício para uma pequena comunidade rural ter um sistema como esse, em termos não só de uso, mas em termos de opção de negócio, de fazer investimentos, uma coisa e outra?

Camaroti: _ Com certeza vai competir com a concessionária prestadora de serviços que está lá.

Valença: _ Isso pode ser...

Camaroti: _ Veja bem, Valença, hoje a voz sobre I.P. ela faz sentido financeiro quando você está fazendo muito interurbano. Por quê? Porque as tarifas num interurbano... Quando é que você paga hoje num interurbano? Eu não sei, porque não faço, mas quanto é que custa? Você tem idéia? Deve custar R\$ 1,40 mais ou menos, R\$ 1,00, R\$ 1,10 por minuto. E aí voltando ao exemplo da Phonar, sabe quanto é que custa o minuto, sem impostos? R\$ 0,13 o minuto. É muita diferença.

Valença: _ Agora no local a diferença deve ser mínima, não é?

Camaroti: _ Não. Continua sendo mais barato. Mas aí, como a gente está falando de centavos a magnitude é outra. Mas é mais barato também. É um negócio muito interessante. Agora, como isso vai refletir numa comunidade rural, vocês primeiro precisam entender o que eles usam de comunicação lá.

Valença: _ Sem dúvida.

Camaroti: _ Eu acho que a Internet lá representa um impacto maior do que a telefonia.

Valença: _ A Internet ainda, não é?

Camaroti: _ A gente não sabe que grau de comunicação que eles precisam ter, com que frequência eles se comunicam e com quem se comunicam. Agora, não tenha dúvida, se for uma comunidade que tenha algo a exportar ou que mantém contato intenso com outras regiões ou com outros centros, não tenha dúvida que representa uma vantagem grande para eles.

Valença: _ Agora, passos básicos: digamos que a Phonar dissesse: "estou operando em Recife, mas vou comprar uma outra autorização para operar lá em Valente".

Camaroti: _ No caso dela, hoje, ela é nacional. Ela pode abrir onde ela quiser.

Valença: _ Mas vamos imaginar não a Phonar, mas a Fonada, se fosse autorizada para operar em Recife, e se ele quisesse operar em Valente, que passos ela faria?

Camaroti: _ Eu não sei a parte jurídica, mas ela tem que ir à Anatel e fazer um pedido dessa autorização. A Anatel analisa se pode ou se não pode e existem serviços de comunicação multimídia, que é uma outra autorização, inferior ao da FTSC e que não permite telefonia de fins comerciais. É apenas troca de dados. Seria um provedor de Internet. Essa é uma outra licença. Então, ela teria que passar todo o trâmite da Anatel...

Valença: _ Esqueça isso. Agora, uma vez liberada ela seria autorizada a comercializar serviços.

Camaroti: _ Teria que saber que licença ela vai aplicar. Se ele tiver uma FTSC ela vai operar telefonia fixa comutada. Ela vai poder ter telefones residenciais, comerciais. Ela vai poder ter telefones públicos. Ela vai ser uma empresa de telefonia.

Valença: _ Agora, ela só vende a taxa de serviços ou ela vende equipamentos? Como é que é?

Camaroti: _ Você vai ter que vender equipamentos.

Valença: _ Ela venderia equipamentos também, não é?

Camaroti: _ Venda de equipamentos também.

Valença: _ Portanto, ela instala e cobra pelos serviços.

Camaroti: _ Imagine a operação da concessionária hoje. Ela é idêntica. Quando você pede uma linha, você compra uma linha, que já custou uma fortuna no passado, mas hoje você paga, o quê, R\$ 30,00 por uma taxa de instalação. Se você não tiver um aparelho, a Telemar vai te vender um aparelho e no dia combinado vai chegar lá um instalador e vai instalar. O processo é o mesmo. É idêntico. Só é o meio fisco que difere uma da outra, mas no resto é tudo igual. Você vai receber uma fatura: serviço de telefonia fixa comutada. Os impostos incidentes são os mesmos. A nossa tarifa é diferente, mas os impostos são os mesmos.

Valença: _ A condição que ela tem de operar em banda larga é responsabilidade dela?

Camaroti: _ A banda larga não é dela. A banda larga é agnóstica. Ela pode ser de quem quer que seja. Ela precisa existir, mas ela não é algo que precisa vir dentro do pacote. Ai já seria uma função de uma outra empresa. Uma SCM pode vender banda larga e você pode usar banda larga de qualquer empresa para fazer telefonia.

Valença: _ Acho que você me deu um quadro bem resumido.

Camaroti: _ Veja bem, é um negócio muito... A gente poderia passar três dias conversado sobre telefonia I.P. Mas o que você precisa entender? O que é o que todo mundo chama de VoIP? É isso: pacotes de voz trafegando, criptografados dentro de um pacote de dados. Telefonia I.P: é igual à telefonia que você faz hoje. Tira o telefone do gancho... Você me ligou ontem por um número que é I.P. O número que você me ligou ele não está conectado usando o par metálico, esse fio de cobre que passa no poste. Ele estava trafegando no mundo I.P. E você viu, a gente falou perfeitamente. Você não consegue saber a diferença. É como banda larga em casa. Então, voz sobre I.P são pacotes de dados que levam voz. Telefonia I.P é igualzinha á telefonia que a gente tem hoje baseada no mundo I.P. E banda larga ou conexão à Internet com velocidade é uma premissa. Se ela não existir, não existe voz sobre I.P. Então, eu acho que isso já deixa você... Você vai chegar lá e já vai saber: tem banda larga. Você sempre vai ouvir banda, banda, banda. Internet é um negócio que precisa existir.

Valença: _ Perfeitamente. Na verdade, eu suponho que eu vou fazer o que eu faço com qualquer outro grupo, quer dizer, o grau de aspiração das pessoas, o grau de conhecimento das pessoas e os estilos de uso que eles têm com os serviços concorrenciais que estão sendo ofertados. Eu acho que a minha tarefa não passa disso. Agora, eu acho que você me deu uma boa introdução para que entenda minimamente o que estou perguntando ou, eventualmente, quando eles me perguntarem eu ter um mínimo de informação. Eu estava muito a cru e ia chegar com muita ignorância. Foi uma grande ajuda. Eu estou muito grato.

Camaroti: _ Por favor, o que você precisar...

Valença: _ Eu acho que ajudou bastante.

Camaroti: _ Eu posso lhe passar depois uns links de Internet, apesar de saber que o seu tempo é bastante exíguo, mas uma literatura explicando o que é telefonia I.P., como ela funciona, com alguns gráficos, mas ela é simples de entender.

Valença: _ Perfeitamente. Eu te agradeço. Muito bem, Camaroti, eu estou muito agradecido.

C. Focus Group Reports and Stakeholder Interviews (continued)

Mexico

I. PROPUESTA DE INVESTIGACIÓN

OBJETIVOS GENERALES

- Identificar las oportunidades para generar inclusión social y económica en el México utilizando servicios de conectividad.
- Con la utilización de grupos de enfoque, identificar ejemplos y modelos potenciales de conectividad que brinden beneficios adicionales por parte de las comunidades de bajos ingresos. Posibles ejemplos: redes de información sobre precios actualizados para productos agrícolas, acceso a educación a distancia, acceso a nuevos negocios, etc.

II. METODOLOGÍA DE INVESTIGACIÓN

- Por el tipo de investigación requerida se sugiere la utilización de herramientas cualitativas.

HERRAMIENTAS CUALITATIVAS (Grupos de enfoque)

- Los grupos de enfoque no son representativos estadísticamente de la población ni validables por definición. No obstante, la utilidad de los estudios cualitativos radica en conocer la diversidad, sustento y formas de articulación de argumentos en la opinión pública.
- Esto permitirá determinar la solidez o recurrencia a argumentos y criterios que la población utiliza para evaluar los distintos aspectos y objetivos planteados.
- Se propone realizar los grupos de enfoque en dos localidades considerando el nivel de incorporación y la potencialidad de crecimiento de servicios de conectividad (computadoras e internet y telefonía celular)
- Atendiendo a estos criterios se podrían realizar los grupos de enfoque en los siguientes municipios:

1) Jilotzingo, Estado de México (Grupo de potencial inserción de telefonía celular)

- El municipio de Jilotzingo se distribuye en 31 localidades, siendo un municipio que cuenta con muy poca infraestructura para tener acceso servicios celulares y que además cuenta con poco acceso a la información. Este municipio cuenta con 13,825 habitantes distribuidos por su territorio.



Servicios	Características
Educación ²⁴⁶	Educación primaria, secundaria y preparatoria. El promedio de la educación es de 7.78. Aunque presenta un porcentaje de 10.1% de analfabetismo, siendo este muy bajo.
Salud ²⁴⁷	Cuenta con clínicas además de doctores particulares.
Abasto ²⁴⁸	No existe una central de abastos, se deben trasladar a comunidades aledañas. Tampoco se cuenta con mercados públicos, pero se tienen pequeños tianguis.
Vivienda ²⁴⁹	Existen 3,257 viviendas, teniendo como cifras de 86% de viviendas que cuentan con drenaje, 98% con energía eléctrica, 96% con agua entubada y 12% cuentan con un equipo de cómputo.
Comunicación ²⁵⁰	<p>Se captan todas las radioemisoras y canales de televisión del Distrito Federal no así las señales transmitidas de Toluca.</p> <p>No hay un solo puesto de periódicos y revistas, los periódicos de mayor circulación son semanarios editados en municipios aledaños, aunque debe aclararse que estos medios de comunicación tiene ubicados sus lectores en el medio oficial, pues sólo son repartidos en las oficinas municipales.</p> <p>Es notorio que la ciudadanía está desinformada en cuanto a las acciones que emprende el ayuntamiento, y cuando llega a enterarse, es por la comunicación oral, que si bien es común en la región, no es la ideal.</p>
Actividad económica ²⁵¹	<p>La actividad principal que se desarrolla en el municipio es la agricultura, aunque actualmente ha disminuido debido a que existen centros fabriles, por su facilidad de transporte se ha dedicado más a la industria y se han abandonado las tierras.</p> <p>Los cultivos tradicionales son el maíz, avena y haba; aunque existen áreas mayores que se destinan a la siembra de la papa, tubérculo con probabilidad de ser rentable y que por falta de una adecuada organización su comercialización es deficiente.</p>
Turismo ²⁵²	La falta de infraestructura no ha permitido el crecimiento del turismo, contando con una zona boscosa, valles, arroyos y tranquilidad, por su cercanía a la zona metropolitana es un lugar idóneo para esta actividad.

2) San Bartolo Tutotepec, Estado De Hidalgo (Grupo de potencial crecimiento de servicios de conectividad en general)

- Este municipio localizado en Hidalgo cuenta actualmente con la cobertura de los servicios de telecomunicaciones, pero son muy escasas las personas que cuentan con ellos. Lo tomamos como piloto para saber cuáles son las necesidades para las zonas rurales para que pueda abrirse el mercado a mayor cantidad de pobladores en la región. El total de la población es de 17,837 habitantes, siendo 49% población masculina y 51% población femenina.

²⁴⁶ Datos calculados del Censo de Población y vivienda 2005.

²⁴⁷ Datos obtenidos de Enciclopedia de los Municipios de México. 2005

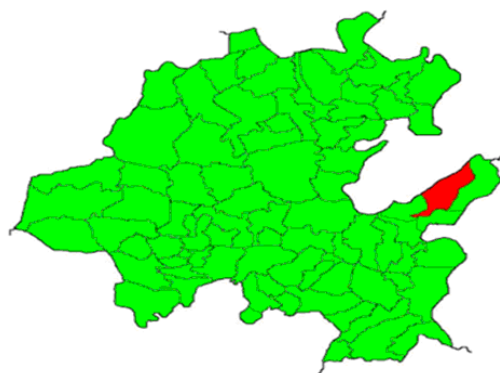
²⁴⁸ Datos obtenidos de Enciclopedia de los Municipios de México. 2005.

²⁴⁹ Datos calculados del Censo de Población y vivienda 2005.

²⁵⁰ Datos obtenidos de Enciclopedia de los Municipios de México. 2005.

²⁵¹ Datos obtenidos de Enciclopedia de los Municipios de México. 2005.

²⁵² Datos obtenidos de Enciclopedia de los Municipios de México. 2005.



Servicios	Características
Educación ²⁵³	El municipio cuenta con educación preescolar, primaria, secundaria y una escuela de nivel bachillerato, pero el promedio de educación es de 4.15. El analfabetismo en la región es del 19.5%.
Salud ²⁵⁴	El municipio cuenta con cuatro centros de salud, así como servicios que ofrece el IMSS.
Abasto ²⁵⁵	La presencia de tiendas urbanas en toda la región, así como tiendas de DICONSA distribuidas por el municipio.
Vivienda ²⁵⁶	El número de viviendas es de 3,931, teniendo porcentajes de servicios de 39% de disposición de drenaje, 69% energía eléctrica, 52% agua entubada y 2% con computadora.
Comunicación ²⁵⁷	El municipio cuenta con paradero de autobuses y líneas intraurbanas, así como teléfono y correo.
Actividad económica ²⁵⁸	La agricultura es el principal detonante de la economía local, como son la siembra de maíz, frijol y avena, de producción importante es el café. La ganadería es esencialmente la cría de ganado bovino, porcino, caprino y ovino.
Turismo ²⁵⁹	Se cuenta con atractivos culturales, como naturales (Grutas de San Bartolo), existe una infraestructura adecuada para la región y su crecimiento turístico.

III. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

LOCALIDAD	PERFILES	
	(Género, edad, composición partidista)	
SAN BARTOLO TUTOTEPEC, ESTADO DE HIDALGO	Hombres Edad (25-40) E/ D No usuarios de computadora e internet	Jóvenes Hombres Edad (18-24) E/ D No usuarios de computadora e internet

²⁵³ Datos calculados del Censo de Población y vivienda 2005.

²⁵⁴ Datos obtenidos de Enciclopedia de los Municipios de México. 2005

²⁵⁵ Datos obtenidos de Enciclopedia de los Municipios de México. 2005.

²⁵⁶ Datos calculados del Censo de Población y vivienda 2005.

²⁵⁷ Datos obtenidos de Enciclopedia de los Municipios de México. 2005.

²⁵⁸ Datos obtenidos de Enciclopedia de los Municipios de México. 2005.

²⁵⁹ Datos obtenidos de Enciclopedia de los Municipios de México. 2005.

MUNICIPIO DE JILOTZINGO ESTADO DE MEXICO	Hombres Edad (25-40) E/ D No usuarios de telefonía celular	Jóvenes Hombres Edad (18-24) E/ D No usuarios de telefonía celular
---	---	---

- Se plantea un diseño que permita conocer las percepciones sobre la inserción de servicios de conectividad en plazas que carecen o es muy escasa la existencia de los mismos.
- La propuesta que implica la realización de 4 grupos de enfoque se excluye a las mujeres partiendo de la experiencia que en niveles socioeconómicos bajos en pequeñas localidades las dinámicas familiares tienden a conducir a que sea el hombre el tomador de decisiones. Asimismo en los grupos mixtos, las mujeres suelen inhibirse y los argumentos suelen ser una caja de resonancia de las opiniones de los participantes masculinos.
- Para equilibrar el diseño de los grupos se aplicará un filtro previo a los participantes y se controlará:
 - Uso de servicios de conectividad
 - Nivel educativo
 - Área de actividad laboral
- Se buscará la composición deseada de estrato sociodemográfico indicadas en el diseño de grupos. Los grupos deberán ser integrados por mínimo 8 y máximo 12 personas.

Guión para Entrevistas sobre Tecnologías de Información en los hogares

Objetivo

El siguiente estudio es realizado con el objetivo de detectar y analizar el mercado al que nos vamos a enfocar para la detección de las barreras de introducir las tecnologías de información, en específico: telefonía móvil e Internet.

Metodología

La metodología sugerida es realizar un cuestionario estructurado a una muestra para cada uno de los municipios, siendo estos:

- Jilotzingo, Estado de México para telefonía móvil
- San Bartolomé Tutotepec, Hidalgo para ambos

Los datos buscados son:

- Edad
- Género
- Escolaridad
- Si las escuelas cuentan con computadoras
- Ingresos
- ¿Cuántos miembros del hogar trabajan?

- Actividad laboral de los miembros del hogar que trabajan
- ¿Es miembro de alguna institución micro financiera? (Cajas de ahorro) Si es así, ¿a que institución micro financiera pertenece?
- ¿Ha utilizado los servicios de algún banco?
- ¿Cuántos préstamos ha pedido en los últimos doce meses?
- Gasto
- ¿Cuántas veces al mes suele trasladarse a la ciudad o poblado más cercanos?
- ¿Cuáles son los principales motivos por los que se traslada al poblado o ciudad más cercanos?
- ¿Cuánto tiempo le toma ir al poblado más cercano? ¿Cuánto dinero gasta en transporte?
- Tiene acceso a Tecnologías dentro de su hogar como:
 - o Telefonía
 - o Electricidad
 - o Internet
 - o Computadora
- Si no tiene teléfono dentro de su hogar, ¿Cuánto tiempo le toma llegar al teléfono más cercano?
- Existencia de teléfonos públicos dentro de la comunidad.
- ¿Cuáles son las principales razones por las que utiliza el teléfono?
- ¿Cuánto gasta normalmente en una llamada telefónica?
- ¿Con qué frecuencia utiliza el teléfono?
- Conocimiento de las TICs
- Si han utilizado las TICs
 - o Razones por qué no las han utilizado
 - o Dónde las ha utilizado
- En qué utilizan las TICs
- Interés en utilizar las TICs
- Conocimientos de computación
- Conocimientos de Internet
- En caso de no tener conocimientos de computación e Internet, ¿estaría dispuesto a aprender? ¿qué tanto tiempo está dispuesto a invertir en aprender a usar una computadora y usar Internet?
- Existencia de algún café Internet en su comunidad
- En caso de no contar con acceso a computadoras o a Internet, ¿cree que el poder acceder a ellos podría mejorar su nivel de vida? ¿cree que el contar con una computadora con acceso a Internet puede aumentar sus ingresos, ayudándole a realizar mejor su trabajo?
- En caso de no contar con un teléfono celular, ¿cree que el contar con uno puede aumentar el bienestar de usted y de su familia? ¿cree que el tener un celular puede ayudarlo a obtener mayores ingresos, ayudándole a realizar mejor su trabajo?
- Existencia de algún café Internet en su comunidad
- Si tiene equipo de cómputo dentro de su hogar?
 - o Cómo adquirió el equipo
 - o Forma de pago
 - o ¿Tuvo que pedir algún préstamo?
- Si tiene acceso a Internet dentro de su hogar?
 - o Con cuál compañía tiene el contrato

- ¿Cuánto gasta mensualmente en el servicio de Internet?
- Si tiene celular
 - Cuál es su plan: prepago o postpago
 - Con cuál compañía
 - ¿Cuánto gasta mensualmente en llamadas de celular?
 - ¿Con quién habla por celular?:
Familiares, amigos, llamadas de trabajo, servicios de emergencia, otros.
 - ¿Qué miembros de su hogar utilizan celular?
 - ¿De qué calidad es el servicio que usted utiliza? ¿Cree usted que el servicio podría mejorar?
- Si pudiera adquirir un teléfono celular ¿cuánto estarías dispuesto a pagar? (subastas)
- Si pudieras comunicarte con tus vecinos ¿cuánto estarías dispuesto a pagar? (subastas)
- Si pudiera comunicarte con algún pariente que se encuentre fuera de la ciudad por ¿cuánto estarías dispuesto a pagar. (subastas)
- Si pudieras hacer transferencias de dinero a tus familiares ¿cuánto estrías dispuesto a pagar por este servicio? (subastas)
- Si pudieras utilizar Internet para consultar gente que te compre tus mercancías ¿cuánto estarías dispuesto a pagar la hora? (subastas)
- Si pudieras utilizar Internet para promocionar tu mercancía ¿cuánto estarías dispuesto a pagar la hora?

REPORTE EJECUTIVO

GRUPOS DE ENFOQUE

IDENTIFICAR LAS OPORTUNIDADES PARA GENERAR INCLUSIÓN SOCIAL Y ECONÓMICA EN MÉXICO UTILIZANDO SERVICIOS DE CONECTIVIDAD

A. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

LOCALIDAD	PERFILES (Género, edad, composición partidista)	
MUNICIPIO DE JILOTZINGO ESTADO DE MEXICO	Jóvenes Hombres Edad (18-24) D+ No usuarios de telefonía celular	Hombres Edad (25-40) E/ D No usuarios de telefonía celular

B. CONCLUSIONES GENERALES

1. Hábitos de acceso a información y medios de comunicación.

- El medio de comunicación por el cual principalmente se informan los habitantes de Jilotzingo es la televisión abierta. La radio y la prensa sólo se señalan de manera aislada, pues la mayoría reconoce no tener el hábito de escuchar la radio con esta finalidad, ni leer los periódicos.
- En el segmento de jóvenes, algunos participantes identifican el Internet como un medio informativo, más no hacen uso de esta herramienta tecnológica para enterarse de noticias.

2. Telefonía Fija

2.1. Cobertura

- La localidad cuenta con el servicio de telefonía fija en los hogares. Según la percepción de los jóvenes entre el 50% y 70% de Los habitantes de la comunidad cuentan con teléfono en su hogar, mientras que en el caso de los adultos esta apreciación es menor, pues señalan que son pocas las personas que tienen este servicio.
- Entre las personas que no cuentan con el servicio de telefonía fija en el hogar, reconocen la existencia de cinco casetas telefónicas públicas que se manejan por monedas y tarjetas.

2.2. Acceso (lugar y frecuencia)

- Los entrevistados que no cuentan con teléfono en su hogar acceden a las casetas públicas que se ubican en el centro de la localidad. El tiempo de traslado de su hogar o trabajo al teléfono público oscila entre 5 minutos y 20 minutos para algunos en casos extremos. Sin embargo, por lo general consideran que el tiempo de traslado es corto (5 minutos).
- La frecuencia con la que se usa el teléfono varía entre jóvenes y adultos, pues el primer segmento reconoce hacer mayor uso de él, mientras que el segundo grupo por lo general menciona que únicamente utilizan este medio cuando es indispensable.

2.3. Finalidad de uso

- El uso que se le da a este servicio es fundamentalmente para comunicarse con familiares o por alguna emergencia médica. Asimismo los jóvenes mencionan que recurren a este medio para comunicarse con amistades y parejas sentimentales.
- Por otra parte, en algunos casos se menciona el uso del teléfono con fines laborales.

2.4. Evaluación de la calidad del servicio

- Entre las personas que cuenta con el servicio, lo califican de manera positiva. Por su parte, quienes carecen de él no manifiestan ninguna opinión respecto al servicio de telefonía pública.

2.5. Evaluación de tarifas

- En la mayoría de los casos se considera que las tarifas a cubrir son justas y se adecuan a la cantidad de llamadas que realizan las personas, aunque algunos jóvenes critican el cobro por intento de llamada, debido a que esta medida incrementa significativamente las cuotas telefónicas.
- Es preciso destacar que las cuotas señaladas por el grupo de jóvenes y adultos son sustancialmente diferentes, siendo más elevadas las tarifas señaladas por los jóvenes, ya que éstas se ubican entre los 600 y 800 pesos mensuales -a excepción de un caso que señala una renta de 2,200 pesos aproximadamente-, mientras que en el segmento de mayor edad oscilan entre 200 a 300 pesos mensuales.

2.6. Identificación de ventajas y desventajas del servicio de telefonía fija

- Las principales **ventajas** que se destacan son la posibilidad comunicarse sin tener que perder tiempo en desplazarse a un teléfono público, o ser localizable en el hogar en caso de presentarse alguna emergencia o para recibir alguna solicitud de trabajo.
- Las **desventajas** señaladas por los entrevistados es principalmente el costo de este servicio, así como las llamadas anónimas que en ocasiones se reciben.

2.7 Interés en contratar un teléfono fijo

- En términos generales existe un interés de contar con telefonía fija en el hogar, sin embargo el principal impedimento es la limitación económica de las personas.

3. Telefonía móvil

3.1. Cobertura

- Se reconoce la existencia de red de telefonía celular en la localidad. De acuerdo con los jóvenes este servicio se ofrece desde hace cinco o seis años aproximadamente, y destacan que son escasas las zonas en las que se pierde la señal.
- Según este mismo segmento, la mitad de la población de Jilotzingo cuenta con teléfono móvil, mientras que entre los adultos se considera que es escasa la población que cuenta con este servicio.

3.2. Acceso

- Según este mismo segmento, la mitad de la población de Jilotzingo cuenta con teléfono móvil, aunque ninguno de los participantes tiene actualmente un celular. Sólo un participante reconoce haber tenido un aparato telefónico recientemente, sin embargo éste le fue robado.
- Mientras tanto, los adultos consideran que es escasa la población que cuenta con este servicio y ninguno tiene telefono celular. Únicamente, un entrevistado reconoce tener acceso a este medio de comunicación a través de un familiar.

3.3. Finalidad de uso

- La única persona que tiene acceso a un celular, a través de un familiar, lo utiliza principalmente para comunicarse para cuestiones laborales. Y del segmento de jóvenes, quien tuvo un aparato telefónico móvil recientemente lo usaba especialmente para comunicarse con amistades a través de mensajes.

3.4. Evaluación de la Calidad del servicio

- En general no se externa ninguna opinión respecto a la calidad del servicio de telefonía móvil, debido a que son escasas las personas que tienen o han tenido acceso al mismo.

3.5. Evaluación de tarifas

- Quienes han tenido o tienen acceso a un celular únicamente señalan que las tarifas se controlan a partir del monto de la tarjeta que se pretende adquirir.
- En cambio, otros participantes del grupo de mayor edad consideran que el servicio de prepago (tarjetas) es muy elevado, y otras personas tienen conocimiento que la tarifa de un plan fijo se ubica en cuatro pesos el minuto, lo cual también les parece elevado. Sin embargo, los adultos señalan que en caso de tener celular preferirían un plan fijo, mientras que los jóvenes optarían por las tarjetas y creen que gastarían entre 50 y 200 pesos mensuales.

3.6. Identificación de ventajas y desventajas del servicio de telefonía móvil

- Las principales **ventajas** de contar con un teléfono celular es que una persona es más localizable para recibir oportunidades laborales, lo cual representaría un incremento en sus ingresos, o en caso de presentarse alguno imprevisto rumbo al trabajo, se tendría la posibilidad de avisar oportunamente evitando ser objeto de una sanción.
- Por otro lado, el celular permitiría recibir rápidamente una noticia de cualquier emergencia médica y responder ante la misma, además de que algunos adultos lo asocian con un símbolo de status.
- Las **desventajas** de tener un celular son los egresos que implica contar con este servicio, así como el riesgo de ser asaltado. Este último argumento se debe especialmente a la experiencia que compartió uno de los participantes del grupo de jóvenes.

3.7. Interés en adquirir un teléfono celular

- La adquisición de un teléfono móvil despierta un gran interés en la mayoría de los entrevistados, sin embargo la falta de recursos económico ha impedido lograr este cometido.
- Algunos creen que la vía más factible para comprar un teléfono celular es por medio de pagos diversificados, mientras que otros preferirían sufragar el equipo de contado, a fin de no arrastrar deudas.

4. Computadora e Internet

4.1. Cobertura

- De acuerdo con los participantes existe tanto servicio público (escuelas y biblioteca) como privado (cibercafés) de computadoras, en cambio el Internet únicamente se ofrece de manera privada en cibercafés o por medio del servicio Prodigy con el que cuenta un sólo participante del segmento de jóvenes.

4.2. Conocimiento del manejo de computadora e Internet

- Más de la mitad de los entrevistados de los jóvenes saben el manejo de computadoras e Internet. Algunos cuentan con conocimiento básico que obtuvieron en la escuela, mientras que cuentan con conocimiento sofisticado en la materia, ya que dominan diversos programas como Excel, Word, Power Point, Publisher y Photoshop. Esto se debe a que uno de ellos se encuentra cursando una carrera técnica en programación.
- En cambio, en el grupo de adultos, la totalidad de los participantes desconocen el uso de las computadoras y el Internet.

4.3. Acceso

- Aproximadamente la mitad de los entrevistados del segmento de menor edad utiliza con frecuencia las computadoras e Internet tanto desde los cibercafés de la comunidad, como desde cibercafés de localidades aledañas, o bien desde sus centros de estudio, donde algunos jóvenes cursan la escuela media superior o carreras técnicas. Sólo uno de los participantes tiene acceso desde su hogar.
- En el caso de los adultos, ninguno recurre a computadoras e Internet, debido a que desconocen su uso.

4.4. Finalidad de uso

- Los jóvenes utilizan la computadora y el Internet principalmente para realizar tareas escolares, descargar música y revisar correos electrónicos. Sólo de manera aislada, un participante (estudiante de programación) utiliza adicionalmente Internet para realizar páginas web.

4.5. Evaluación de la calidad del servicio

- En general, los jóvenes señalan que el servicio de computadoras e Internet en los cibercafés es deficiente, debido a que la red es lenta y algunos programas de las computadoras son incompatibles con los programas de los equipos de otros cibercafés de los centros escolares.
- Por su parte, el entrevistado que cuenta con servicio particular de Internet en su hogar califica de manera positiva el servicio.

4.6. Evaluación de tarifas

- Quien cuenta con servicio de Internet particular considera que la tarifa es adecuada – 300 pesos mensuales- y quienes hace uso de las computadoras e Internet en cibercafès no externan ninguna opinión respecto al precio.

4.7. Identificación de ventajas y desventajas de la posesión y manejo de computadoras e Internet

- Las **ventajas** que identifican quienes manejan las computadoras e Internet son que fomenta la comunicación a través del correo electrónico, permite realizar de manera más rápida y eficiente las tareas escolares, y facilita la realización de investigaciones más completas, debido a que por medio de Internet es posible obtener información y diversos recursos como fotografías, música, imágenes y sonido.
- En cambio, quienes desconocen el uso de estas herramientas tecnológicas saben que las computadoras cuentan juegos, lo cual se percibe de manera positiva ya que fomenta el entretenimiento. Por otro lado, el Internet se identifica como un recurso que brinda información y funge como medio didáctico
- Las **desventajas** que se señalan entre quienes saben utilizar la computadora y el Internet son principalmente la exposición a los virus, y entre quienes desconocen su uso saben que en Internet se publica también información irreal o errónea.

4.8. Disposición a aprender el manejo de computadora e Internet

- En general se muestra una alta disposición a aprender el manejo de las computadoras e Internet, debido a que para varios participantes representaría una ventana de oportunidad para conseguir un mejor empleo y mayores ingresos. También los padres de familia consideran que sabiendo utilizar estas herramientas tecnológicas podrían ayudar a sus hijos con las tareas.
- Los jóvenes estarían dispuestos en tomar cursos de dos horas diarias o bien los fines de semana, mientras que los adultos no especifican el tiempo que estarían dispuestos a tomar clases, pero señalan que preferirían un horario vespertino entre semana o igualmente los fines de semana.

4.9. Interés a adquirir un equipo de cómputo

- Especialmente los jóvenes manifiestan un gran interés en adquirir una computadora y contar con Internet en su hogar, aunque la compra de un celular se considera una mayor prioridad. Sin embargo destacan que contar con una computadora e Internet propios les permitiría realizar más rápida y fácilmente sus tareas, además de que consideran que a la larga les resultaría más barato en lugar de pagar por los servicios en cafés Internet. Sin embargo, la limitación económica ha impedido comprar este bien.
- Por su parte, los adultos manifiestan un menor interés en adquirir una computadora especialmente por el costo. Quienes muestran una mayor proclividad son los padres de familia, debido a que reconocen la importancia de estas herramientas tecnológicas para sus hijos. No obstante, la adquisición de estos bienes implicaría un esfuerzo mayúsculo de trabajo y tendrían que realizar la compra del equipo a plazos a fin de amortiguar el impacto en su economía.

REPORTE EJECUTIVO

GRUPOS DE ENFOQUE

IDENTIFICAR LAS OPORTUNIDADES PARA GENERAR INCLUSIÓN SOCIAL Y ECONÓMICA EN MÉXICO UTILIZANDO SERVICIOS DE CONECTIVIDAD

C. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

LOCALIDAD	PERFILES (Género, edad, composición partidista)	
SAN BARTOLO TUTOTEPEC, ESTADO DE HIDALGO	Jóvenes Hombres Edad (18-24) E/ D No usuarios de computadora e internet	Hombres Edad (25-40) E/ D No usuarios de computadora e internet

D. CONCLUSIONES GENERALES

1. Hábitos de acceso a información y medios de comunicación.

- Los medios de información más utilizados en la comunidad son la televisión y la radio. Con respecto a la televisión se menciona que la localidad cuenta con cablevisión y sky. En términos generales se observa que el medio de comunicación más utilizado es el cable que cuenta con diez canales (incluyendo las cadenas nacionales).
- En prensa escrita se observa la presencia en la localidad de los periódicos Milenio y El Sol. Sin embargo, los participantes manifiestan que no tienen el hábito de leerlos frecuentemente.

2. Telefonía Fija

2.1. Cobertura

- La comunidad cuenta con el servicio de telefonía fija en los hogares y según la opinión de los entrevistados la mitad de la población posee este servicio.
- Para quienes no cuentan con el servicio en el hogar, existen en la comunidad dos casetas telefónicas.

2.2. Acceso (lugar y frecuencia)

- La mayoría de los participantes de los grupos de enfoque no cuentan con telefonía fija en el hogar. Este segmento de la población accede al teléfono a través de las casetas públicas. El horario de servicio de las mismas es de 9 a 21 horas, pero en caso de existir una emergencia se habilita su uso. El tiempo de traslado del hogar al teléfono público suele ser de 10 a 15 minutos en la mayoría de los casos.

2.3. Finalidad de uso

- El uso de este servicio parece ser poco frecuente y el principal fin es comunicarse con familiares que radican fuera de la localidad o en algunos casos se menciona su uso con fines laborales.

2.4. Evaluación de la Calidad del servicio

- Los participantes en la mayoría de los casos no cuentan con telefonía fija por lo cual no tienen una opinión formada sobre la calidad del servicio. Sobre el servicio que ofrecen las casetas la única crítica realizada es con respecto a los tiempos de espera.

2.5. Evaluación de tarifas

- No existe un conocimiento claro sobre el costo del servicio de teléfono fijo.

2.6. Ventajas y desventajas del servicio de telefonía fija

- El principal aspecto valorado de la telefonía fija en el hogar es a nivel personal, puesto que se menciona como ventajas contar con un medio de comunicación en el caso de emergencias médicas o de seguridad. Así como poder comunicarse con los familiares de manera más rápida, especialmente con quienes han migrado. Es importante acotar sobre este último aspecto que los entrevistados caracterizan a la comunidad como una localidad de alta migración.
- A nivel laboral, los entrevistados de profesión comerciante consideran que el contar con teléfono les permitiría comunicarse con los proveedores y ofrecer a sus clientes servicio a domicilio. Los entrevistados que son empleados consideran que un aspecto positivo de contar con teléfono es comunicarse en caso de ausencia y finalmente, quienes son trabajadores por cuenta propia creen que contar con teléfono fijo contribuiría a obtener mayor número de clientes/ trabajo.
- La principal **desventaja** de contar con telefonía fija es el costo fijo que implicaría contar con el servicio.

2.7. Interés en contratar un teléfono fijo

- Se percibe poco interés en contratar el servicio de telefonía fija, puesto que se lo ve como un gasto más que una inversión.

3. Telefonía móvil

3.1. Cobertura

- La cobertura de telefonía móvil es reciente en la comunidad, según los entrevistados data de un año atrás. La percepción es que pocas personas acceden a los mismos. Los adultos creen que es un servicio que ha crecido especialmente en el segmento de los jóvenes por razones de moda y prestigio social.

3.2. Acceso

- Ninguno de los participantes de los grupos de enfoque tienen acceso a celular propio o en su hogar, por lo cual la mayoría desconoce como utilizarlo.

3.3. Evaluación de tarifas

- Al igual que el teléfono fijo la compra y manutención del servicio de telefonía móvil es percibida como un gasto fijo. Con respecto al aparato telefónico opinan que existe la posibilidad de conseguir económicos y caros, por lo cual la limitante sería la manutención del servicio.
- Con respecto a las formas de pago se plantea que en la comunidad únicamente existe la posibilidad de acceder al servicio mediante tarjetas de pre-pago.
- Los recursos que estarían dispuestos a destinarle por mes para contar con celular oscilan entre 100 y 200 pesos. Sin embargo, se muestran disconformes con el precio de las llamadas y el no contar con la medida “el que llama paga”.
- Otro aspecto que genera malestar entre los adultos es la inexistencia de promociones como existen en las ciudades u otros países, así como por la inexistencia de competencia (sólo existe la oferta de la compañía de Telcel) y la falta de presencia en la localidad de la compañía que es sustituida por intermediarios que elevan los precios de los aparatos.

3.4. Ventajas y desventajas del servicio de telefonía móvil

- La percepción sobre las ventajas proporcionadas por la telefonía móvil son similares a las de contar con telefonía fija, sin embargo, como aspectos positivos particulares destacan que es un medio de comunicación más rápido y es un símbolo de estatus social.

3.5. Interés en adquirir un teléfono celular

- De las nuevas tecnologías de la información la telefonía celular es la que despierta mayor interés de adquisición. Si bien se la percibe como “un lujo”, “un gasto”, creen que en la actualidad se está convirtiendo en una necesidad.

4. Computadora e Internet

4.1. Cobertura

- La oferta de servicio de Internet en la localidad se da a nivel de los hogares y en espacios públicos.
- Sobre la conectividad en los hogares, según la opinión de los participantes menos de un diez por ciento de la población cuenta con el servicio.
- Con respecto al servicio en lugares públicos, se observa que a nivel privado existen tres cibercafés, mientras que en el ámbito público, hay en la escuela y en un Centro Comunitarios de Aprendizaje (CCA).

4.2. Conocimiento del manejo de computadora e Internet

- En el segmento de los jóvenes se observa que algunos aprendieron a utilizar la computadora en la escuela, aunque abandonaron su uso con la interrupción de los estudios. Entre los adultos la principal barrera para incorporar Internet en su vida cotidiana es el desconocimiento, puesto que la mayoría declaran que desconocen como funcionan, incluso expresan que su uso genera miedo y vergüenza por la ignorancia ante las personas más jóvenes.

4.3. Acceso

- De manera aislada los jóvenes utilizan computadoras e Internet con escasa frecuencia, siendo el lugar desde el cual acceden los cibercafés.

4.4. Finalidad de uso

- El principal uso que se le da a Internet es la búsqueda de información con fines educativos. Aunque reconocen que podría servir como medio informativo, para realizar trámites e inventarios. Curiosamente entre los jóvenes es donde se plantea que el uso de la computadora e Internet les aburre.

4.5. Evaluación de tarifas

- Los jóvenes saben que en los cibercafés la tarifa es de 10 pesos la hora.
- Con respecto al costo del equipo de cómputo la percepción generalizada es que es caro y prácticamente imposible de adquirir. Entre los jóvenes se plantea que una computadora ronda entre los diez mil y quince mil pesos, y el servicio de conexión entre 200 y 600 pesos dependiendo del proveedor.

4.6. Ventajas y desventajas de la posesión y manejo de computadoras e Internet

- Una barrera fuerte a la inserción de la computadora e Internet es el que en términos generales no se perciben los beneficios que puede generar este medio de comunicación e información en el ámbito productivo o laboral y se lo relaciona casi exclusivamente con la búsqueda de información con fines educativos. Esta idea en los jóvenes se traduce en relacionar el abandono de uso de Internet con adultez, madurez.
- Algunas **desventajas** señaladas por los jóvenes del uso de Internet es que fomenta la falta de lectura y esfuerzo. Así como ser una causa de pérdida de visión. Entre los adultos la principal desventaja percibida es el costo del equipo.

4.7. Disposición a aprender el manejo de computadora e Internet

- Entre quienes no saben utilizar una computadora manifiestan interés en aprender bajo la condición de que no interfiera con su trabajo y el curso no fuera costoso. Entre los adultos quienes se muestran un poco más motivados a aprender que los jóvenes, el principal argumento es poder enseñar o estar al nivel de sus hijos.

4.8. Interés a adquirir un equipo de cómputo

- Se observa escaso interés en adquirir un equipo de cómputo y servicio de Internet, esta postura se sustenta en diversas creencias como ser: 1) que no consideran que satisfaga ninguna necesidad esencial o que produzca un beneficio importante que amerite un gasto económico tan alto; 2) el pequeño tamaño del pueblo y el escaso porcentaje de personas que lo utilizan lo hace un medio de comunicación ineficaz; 3) que el servicio de Internet lo podrían obtener vía telefonía celular sin que implicara la inversión en un equipo de cómputo e invertir tiempo en aprender a usarlo.

C. Focus Group Reports and Stakeholder Interviews (continued)

Colombia

REUNION DE EXPERTOS FUNDES

PRESENTACION DE LOS ASISNTENTES

PRESENTACION FUNDES

PRESENTACION DE LOS RESULTADOS DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS EN LA CONSULTORIA

DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

Se han identificado problemas de diversa índole

- Acceso
- Servicio
- Mercado concentrado fundamentalmente en el régimen contributivo.
- No hay saturación del mercado y hay deficiencias pronunciadas en el régimen subsidiado.
- Barreras legales y políticas
- Barreras generadas por distorsiones del mercado.

El mercado ha generado “nuevos ricos”, pero no hay redistribución de esta riqueza.

Perfil del modelo

- Se requiere un marco de política pública
- Farmacias con un modelo de imagen diferenciador
- Adaptación de la iniciativa del bando de medicamentos, con alto control de calidad y rotación
- Apoyo institucional de laboratorios farmacéuticos y aseguradoras

Colsubsidio habla de su interés en apoyar un modelo que tenga las siguientes características:

- Estándares de calidad (certificación ICONTEC). Definitivamente no están de acuerdo con el modelo de trabajo del banco de medicamentos y lo consideran inadecuado e inseguro porque pueden presentarse problemas relacionados con la calidad de los medicamentos, que no podría asegurarse porque muchos medicamentos con fecha de vencimiento cercana no tienen una trazabilidad posible y por lo tanto, no puede afirmarse su cumplimiento con las especificaciones de calidad.
- Programas de formación. Ellos consideran que un modelo como su “escuela de retail”, que ya se encuentra operando podría dar buenos resultados.
- Actuación como distribuidores mayoristas.
- Modelo de franquicia, cuyo valor estaría determinado por el formato y el alcance de la integración requeridos.
- Separación absoluta de la consulta médica.

- Puede incluir otro tipo de productos, como cosméticos, o aseo y limpieza, para garantizar la sostenibilidad y el equilibrio financiero

El modelo de Copidrogas, con algunas modificaciones podría ser replicado.+

Los medicamentos que fluyen en la iniciativa deberían centrar su beneficio específicamente en las personas.

El mayor porcentaje de gastos de los hogares está en alimentación y vivienda. Hay que revisar de donde va a salir el dinero para pagar por los medicamentos.

El modelo a implementar debería ser complementario con el sistema de seguridad social en salud, y no ser un sustituto.

La comunidad no aspiraría a que una iniciativa de este tipo se convierta en un negocio particular, sino que aspiran a tener una participación en los beneficios y en el negocio mismo.

La secretaria de hacienda propone revisar la metodología y partir de los problemas hacia las soluciones.

El Estado es el peor distribuidor en Colombia.

Desde hacienda del Distrito Capital hay apoyo para la optimización en salud, siempre y cuando se presenten resultados.

El tema de la identificación de los usuarios es muy importante.

La trazabilidad de los medicamentos es otro elemento fundamental.

El proyecto debe ser netamente social y por lo tanto debe ser apoyado por las empresas como parte de su compromiso de Responsabilidad Social y no tanto por la rentabilidad como elemento central.

Debe promoverse el acceso a medicamentos y la empresa pequeña y mediana.

Los productos deberían ser misceláneos genéricos de buena calidad para varios mercados, como el de productos de aseo, cosméticos y varios.

Se discute una idea según la cual, las comunidades no quieren medicamentos genéricos, porque los consideran discriminatorios.

La iniciativa tiene que ser rentable, pero no se trata de hacer negocio con los pobres.

Los genéricos no son de menor calidad, pero en el proyecto se pueden contemplar las marcas.

El proyecto debe incluir un componente de uso adecuado de medicamentos.

Se debe definir un perfil mínimo para las personas que participen en el proyecto, relacionado fundamentalmente con las habilidades requeridas para realizar las funciones y tareas que deban llevarse a cabo. Sería un error trabajar características fundamentalmente relacionadas con aspectos como la situación de necesidad de las personas, aunque este aspecto también debe tenerse en cuenta.

Otro elemento interesante sería el del crédito, como medio para asegurar adherencia a los tratamientos y evitar el fraccionamiento en los casos en que este sea inadecuado.

Debería contarse con un equipo de auxiliares de servicios farmacéuticos apoyados por regentes de farmacia y químicos farmacéuticos, con funciones bien definidas y diferenciadas.

Podría plantearse la existencia de "droguerías tutoras", como redes de prestación de servicios de atención farmacéutica.

Sería deseable involucrar a las universidades.

Un modelo de negocios de este tipo debería iniciar su funcionamiento de manera gradual.

CONCLUSIONES

GRUPO FOCAL CON PRESTADORES

SERVICIOS DE SALUD – SECTOR FARMACÉUTICO

Fecha: Jueves 25 de Octubre de 2007

DETERMINANTES DE LOS PROBLEMAS DE ACCESO A MEDICAMENTOS

Dentro del mismo sistema, los afiliados aún teniendo el derecho, no pueden acceder a los servicios de salud, o si acceden no pueden obtener los medicamentos porque no se los entregan o porque muchas veces no tienen dinero para el transporte.

La situación económica es una barrera; las personas no tienen dinero para acceder a los servicios de salud.

No hay cobertura por parte de las EPS del Régimen Subsidiado, muchas están en quiebra, hay corrupción, mala administración. Los dineros robados quedaron en manos privadas.

Las cuatro categorías de inaccesibilidad se pueden agrupar en:

BARRERA	SISTEMA	MEDICAMENTOS
ECONÓMICA	Básicamente por la inestabilidad laboral. El contexto laboral hace que no todas las personas puedan acceder a financiación. La población no asegurada es de 40%. Los niveles bajos se han confundido con consultorios pobres. Las personas no acceden a tecnologías por falta de recursos propios.	No hay verdadera accesibilidad a los medicamentos como tal
CULTURAL	Los niveles bajos no deben confundirse con consultorios pobres. La oferta del sistema debe ser diferente para cada región donde se tenga en cuenta lo epidemiológico, demográfico y cultural.	
GEOGRÁFICO	Hay zonas en donde el acceso geográfico es muy difícil, a nivel urbano y rural, debido al transporte; por ejemplo hay ciudades en donde no llega transporte de noche y si se requiere un medicamento de urgencia, no se puede adquirir.	Las EPS tienen redes de distribución de medicamentos que no llegan suficientemente cerca de los usuarios y los pobres no tienen dinero para el transporte y para llegar lejos.

DE OFERTA	La oferta de servicios debe ser enfocada hacia una realidad epidemiológica y no por niveles. Llegar a tener en un futuro redes construidas desde lo epidemiológico.. Los recursos territoriales se requieren para dar mayor oferta al régimen subsidiado.	
------------------	---	--

INICIATIVAS NOVEDOSAS EN EL SECTOR FARMACÉUTICO

La elaboración de negocios sostenibles debe realizarse teniendo en cuenta que la Colombia urbana es muy diferente a la rural. Con la colaboración del estado no es suficiente, por tanto se requieren iniciativas privadas

Debe buscarse el acceso a tecnologías por vía de recursos diferentes al sector salud, por ejemplo el acceso a vacunas por vía de las regalías, o acciones no POS por medio de programas específicos de la alcaldía por presupuesto de bienestar social. Podrían tenerse programas de fidelización vía régimen contributivo, ofertando tecnologías terapéuticas no POS, planes complementarios de medicamentos por fidelización, etc.

Las Alcaldías que tienen regalías directas o de algunos recursos del PAB pueden tener programas que incluyan medicamentos.

BARRERAS LIMITACIONES Y OPORTUNIDADES PARA LA ENTRADA DE OTROS ACTORES DEL SECTOR

Legalmente hay una barrera y es el Decreto 7200, inclusive para hacer ampliación de cobertura.

En este momento se está dando un cambio en la oferta privada, debido a la entrada de grandes cadenas de farmacias al país, por ejemplo Farmacity, lo cual va a impactar profundamente las droguerías de barrio.

En los últimos 10 años se han consolidado grandes operadores logísticos, por ejemplo EPSIFARMA, AUDIFARMA, los cuales están capturando casi el 80% del total del cubrimiento. Esto también se da en salud, la verticalización ha conducido a monopolios muy claros que hacen difícil la entrada de nuevos actores al mercado.

En el sector farmacéutico, no obstante, aún hay mucho mercado, no se ha saturado, hay potencial de mercado emergente que antes no se veía como buen comprador, pero para el actor minorista es muy difícil. La oportunidad es para los que tengan músculo financiero y poder de negociación a nivel de grandes empresas; por ejemplo para las grandes superficies hay una oportunidad, aunque la tienda de barrio tiene ventajas diferenciales como el crédito quincenal.

En las grandes ciudades puede haber un boom, pero en las poblaciones pequeñas es más difícil que los grandes operadores entren. En estas zonas rurales es viable hacer convenios institucionales, como por ejemplo una red tercerizada.

Las droguerías de barrio se perpetúan por el servicio, que es lo que hace que persistan y eso depende más de la zona geográfica en la que se encuentran. Aquí hay una oportunidad muy grande para las farmacias que cumplan todos los estándares y que inspiren toda la confianza.

Un estudio sobre la intención de compra en los estratos 1, 2 y 3 en medicamentos (Buendía), dice que en la medida de las posibilidades, las personas de estos estratos sacrifican algunos recursos para la compra de medicamentos.

Existe un problema en el país y es la falta de proyectos. Para estas personas que tienen muy escasos recursos, debería recurrirse a recursos del estado, como por ejemplo las regalías.

Debería evaluarse si la unidad de medida en que se distribuyen los medicamentos al consumidor final es lo suficientemente ajustada a lo que el médico prescribe. Por ejemplo, ECAR utiliza blisters y HUMAX tiene blisters y tableterías con sistemas de precorte, el cual es genérico. Cuando se trata de medicamentos de marca se vende el tratamiento completo al menudeo. Es necesario evaluar el concepto de tratamiento, por ejemplo en cuanto a antibióticos se refiere, puesto que los droguistas venden los antibióticos al menudeo y no es que las personas no quieran comprarlos sino que muchas veces no cuentan con el dinero para comprar todo el tratamiento completo.

Los estándares establecidos por la normatividad vigente son una barrera para la entrada de actores, pero a la vez es una oportunidad para quien entra a competir técnicamente y éste sí tendría un nicho muy importante.

En las zonas rurales hay una barrera política, principalmente en las zonas de conflicto, porque allí los estándares no se cumplen. Por el contrario, en las ciudades el cumplimiento de estándares es una barrera de selección.

Algunas personas no conocen el concepto de medicamento y por eso no es fácil que cumplan los estándares.

En los pueblos se debe trabajar con el estándar que hay allá, porque es imposible cumplir todos los estándares, porque en estas zonas dicen que “lo técnico no sirve para nada”.

En cuanto a los medicamentos de control se exige regente de farmacia, pero en las zonas rurales hay excepciones a la regla que ayudan, pero aún así, se considera que el recurso humano es una limitación en el sector.

Muy pocas personas conocen la norma, entonces hay problemas también de capacitación y por esto deben hacerse alianzas con el Estado.

Hay por tanto una gran oportunidad para los regentes de farmacia, sería importante hacer redes de servicios técnicos con regentes; establecer un modelo de formación vendible como servicio agregado.

Si bien es cierto el regente va encaminado a la administración de la droguería, también se requieren auxiliares de servicios farmacéuticos y esto se debe profesionalizar.

Con el SENA se trabaja en el tema de competencias para auxiliares y regentes de farmacia para hacer articulación entre competencias y funciones, pero el SENA no está dando abasto, así que ahí hay otra gran oportunidad. La convalidación de títulos es una opción interesante.

Se requiere recurso humano capacitado y además de ser una necesidad, es una oportunidad muy grande.

Para el desarrollo de un modelo sostenible es importante la gestión de inventarios, por lo cual es necesario capacitar a las personas en el tema.

MODELOS DE NEGOCIOS INCLUSIVOS

En cuanto a los modelos y experiencias similares, debe evaluarse cómo está manejando el Banco de Medicamentos el caso de averías y rechazos, pues es algo muy riesgoso.

Uno de los participantes considera que los términos inclusivos “son como el día de la mujer”. Es claro que la accesibilidad es un derecho, y no se puede sustituir la función del Estado, pues las personas pobres también tiene derecho a servicios de calidad; ¿por qué siempre lo malo y de mala calidad para el pobre?”.

Si se controlara en el país la dispensación y los aspectos éticos, se rompería el problema de accesibilidad. “Por qué crear modelos sustitutos de una obligación que tiene el Estado?”. Eso perpetuaría el problema.

El modelo de franquicia es bueno, para llegar a la comunidad es muy viable, pero dando apoyo en gestión y monitoría permanente. Un modelo de microcrédito, por medio del BID o Banca de Oportunidades, mejoraría la fidelización, y si hay además un buen servicio y calidad, pues esto haría empatía con la comunidad.

El Banco de Medicamentos debería ser un proyecto que llegara a las comunidades pero no permanentemente, sino que terminara en la instalación de una red; es decir, que permita identificar poblaciones objetivo y que culminara con la implementación del negocio.

Algo que sería absolutamente diferenciador sería hacer el negocio propio, que la gente sienta que es de ellos, que se sientan yendo a su negocio; se debe crear una fuerte imagen de marca con la comunidad.

La base de asesoría es compleja, debe basarse en el manejo adecuado de inventarios. Sería clave un modelo de negocio que garantice la gestión contable y capacitación en manejo de inventario y caja diaria.

Colsubsidio y la Universidad de la Sabana estarían interesadas en el proyecto, siempre y cuando se haga algo diferenciador, con calidad, capacitación y fidelización comunitaria.

Pueden hacerse contratos estatales y convenios, teniendo un aliado estatal, como por ejemplo el hospital de primer nivel; en los municipios se puede hablar con los gerentes de las ESE's, pues aquí está la plata de la contratación estatal; o se puede buscar EPS's, que por medio de la Responsabilidad Social Empresarial ayuden y se involucren, pero es vital involucrar a la comunidad y ojalá a la empresa privada.

GRUPO FOCAL EXPERTOS

MEDELLIN, 29 DE OCTUBRE DE 2007

LUGAR: Sede Colegio Nacional de Químicos Farmacéuticos de Colombia, Regional Antioquia.
Calle 46 No 80-39 Medellín

HORA: 17:30 a 19:30

PARTICIPANTES

NOMBRE	ENTIDAD	CORREO ELECTRÓNICO
Joan Alexis Sepúlveda	Farmacia Apoteca	joanalesiss@yahoo.es
Juan José Zuluaga	Humax Pharmaceutical	juanzuluaga@humaxp.com
Javier Alonso Restrepo	Mix Supplier	Javierpo67@gmail.com
Newar Giraldo	Humax Pharmaceutical	newargiraldo@humaxp.com
Alvaro Gómez Zuluaga	Humax Pharmaceutical	alvarogomez@humaxph.com
Maria Mercedes Medina	AQUIFAR	mamechas@une.net.co

INVITADOS QUE NO ASISTIERON

Guillermo Gómez (Dirección Seccional de Salud de Antioquia)

Susana Patricia Rendón (Dirección Seccional de Salud de Antioquia)

Diego Acosta (Presidente Colegio Médico Colombiano Regional Antioquia)

Sergio García Isaza (Docente Universidad de Antioquia)

DESARROLLO

Los determinantes de los problemas de acceso están ligados al tipo de vinculación con el sistema general de seguridad social en salud.

Las personas que se encuentran afiliadas a uno de los dos regímenes enfrentan problemas específicos en lo relacionado con medicamentos e insumos farmacéuticos cuando estos no se encuentran incluidos en el plan obligatorio de salud. Sin embargo, aún en el evento de que sí lo estén, hay dificultades generadas por problemas en el sistema de suministro y por estrategias específicas de contención de costos.

Cuando los productos no se encuentran en el POS, existen barreras relacionadas con los trámites ante los comités técnico-científicos, las dificultades para acceder a ciertos medicamentos, definidos como vitales no disponibles.

El gasto de bolsillo ha aumentado según la percepción de los participantes, porque existen costos administrativos que encarecen el costo de los medicamentos aún por encima de su valor comercial. Por ejemplo, el caso de algunos copagos, o el costo de los desplazamientos necesarios para acceder a los medicamentos puede ser mayor que el de comprar el medicamento en una farmacia cercana.

Esto indica que la red de suministro no es suficiente para atender la demanda en las diferentes zonas y los participantes consideran que en ocasiones se trata de una estrategia consiente de contención de costos.

La afiliación no es sinónimo de acceso a los servicios y productos ofertados por el sistema.

El régimen contributivo tiene una dinámica distinta al régimen subsidiado, básicamente debido a la necesaria intervención del Estado, a través de los municipios en la identificación y afiliación de la población beneficiaria y en la contratación de los servicios, lo que hace que el factor político cobre gran importancia.

El conocimiento de las prestaciones a las que tienen derecho y el nivel de formación de las personas beneficiadas es otro factor fundamental como barrera de acceso en este segmento de la población.

El precio de los medicamentos e insumos farmacéuticos en las farmacias de barrio es mayor que el institucional y el de las cadenas de farmacias, lo que va en detrimento de la población más vulnerable.

Igualmente, cuando las personas tienen que acudir al médico por su propia cuenta, tienen mayores probabilidades de que se les prescriba de manera inadecuada desde el punto de vista clínico, con el objetivo de obtener beneficios particulares para el médico y/o para la farmacia. Se describió el caso de una prescripción por valor de \$40.000 para un dolor de estómago.

Esto indica que los médicos tratan de manera diferencial la prescripción dentro y fuera del sistema de seguridad social y quienes realizan su práctica médica por fuera del sistema se han convertido en el objetivo comercial de los planes de mercadeo de los laboratorios, junto con los dependientes de las farmacias y droguerías.

El problema fundamental que debe afrontar una posible estrategia de solución es la integralidad de la atención.

También ha de tenerse en cuenta el hecho de que dadas las deficiencias en el sistema, las farmacias de barrio cumplen, hoy más que nunca, una función importante como primer contacto con los pacientes, incluso con aquellos que se encuentran afiliados al sistema general de seguridad social en salud, teniendo en cuenta que en muchas oportunidades un paciente puede obtener una cita médica 4 días después de la solicitud.

Las farmacias y droguerías de barrio actualmente se encuentran plagadas de vicios. Se describen prácticas como la “raya”, que consiste en introducir nuevos medicamentos o productos dentro de la compra hecha con una prescripción médica mediante el consejo del expendedor.

Igualmente, la práctica de abortos ilegales mediante el uso de medicamentos se encuentra ampliamente extendida.

Los participantes abordan el papel de Copidrogas, y enfatizan el hecho de que es una cooperativa basada en una concepción de la farmacia como negocio, prevalente sobre su papel en salud pública.

Laboratorios ICON produce medicamentos para Copidrogas, de manera parecida a lo descrito en el caso de Mi farmacita o de Farmacias Similares en México, pero de alguna manera, el impacto positivo que esto pueda tener se ve opacado y desplazado por las prácticas inadecuadas que se toleran y en ocasiones se promueven.

Existe también un mercado paralelo de medicamentos introducidos al país de contrabando, productos de robos y también de cambios de canal. Los países origen de medicamentos de contrabando son Ecuador y cada vez más, Venezuela, especialmente en el caso de las leches.

Las condiciones en las que este tipo de medicamentos ingresan al país, generan un grave problema de calidad, ya que aunque en la mayoría de ocasiones los medicamentos son producidos por empresas reconocidas, se sabe que las condiciones en que son transportados, por ejemplo en caletas ocultas que soportan altas temperaturas, son absolutamente inadecuadas.

Igualmente existe un mercado negro de medicamentos adulterados y falsificados, que pone en riesgo inminente la salud de las personas.

Este panorama hace que aunque puedan existir posibles alternativas de solución, no exista la voluntad ni el poder político para realizar los cambios necesarios.

De otro lado, se aborda el problema de las condiciones sociales y económicas de las poblaciones vulnerables, que se encuentran expuestas a la desnutrición, en muchas ocasiones evitable si existen conocimientos mínimos sobre el manejo y balanceo adecuado de los alimentos disponibles, así como de las posibilidades de administración de suplementos en caso de necesidad, teniendo en cuenta que los productos específicos se encuentran dentro del POS, pero en pocos casos se recurre a ellos dentro de un proceso integral.

Dentro del sistema general de seguridad social en salud, los problemas de acceso a medicamentos como los de VIH/SIDA han disminuido, pero no ocurre lo mismo con medicamentos para enfermedades de alto costo como falla renal y cáncer.

En cuanto a iniciativas novedosas, los asistentes al grupo focal reseñan las actividades que realizan los laboratorios farmacéuticos con asociaciones de usuarios y con asesoría directa a los pacientes, aunque reconocen en ellas un interés predominantemente comercial, que puede incluso afectar económica y físicamente a los pacientes en determinados casos, generando problemas mayores que los que se pretende solucionar.

Las oportunidades identificadas por los participantes, de acuerdo con lo discutido en el grupo focal, se concentran en régimen subsidiado y en las personas que no se encuentran afiliadas al sistema.

Las farmacias de barrio ofrecen muchas oportunidades de trabajo en beneficio de la comunidad, pero hasta el momento parecen prevalecer las prácticas inadecuadas. Esto puede constituir igualmente una oportunidad, pero también constituye una indiscutiblemente una barrera a la entrada de un potencial nuevo actor.

Un punto específico que podría explorarse con mayor profundidad para la población asegurada es la entrega de medicamentos a población dispersa o aislada.

En el sector farmacéutico, los genéricos están asociados a altos márgenes porcentuales de ganancia, pero bajas utilidades, lo cual hace que sea un negocio de volumen, contrario a lo que ocurre con los medicamentos de marca. Esto debe tenerse en cuenta durante el diseño de un negocio de este tipo.

La integralidad de la atención se considera una condición para el éxito, aunque se dificulta por la legislación vigente, que en algunas oportunidades es un elemento que alienta los problemas que pretende combatir.

Un negocio de este tipo debería estar centrado en el logro de resultados significativos en salud, que pudieran medirse y hacerse públicos.

Las opiniones sobre las posibilidades de cumplir con la legislación vigente por parte de las farmacias de barrio se encuentran divididas en el grupo, así como la relación entre la percepción de las personas sobre la calidad de servicios y productos ofertados por una farmacia que cumpla con la normatividad y otra que no lo haga. La legislación se considera demasiado ambiciosa y carente de gradualidad y se cuestiona la capacidad de los organismos de Inspección, Vigilancia y Control para hacer cumplir los requerimientos de manera uniforme y no discriminatoria. Sin embargo, el cumplir con la normatividad se considera como una oportunidad.

En el futuro, los negocios del sector farmacéutico que hace parte del sistema general de seguridad social en salud podrían concentrarse en unos cuantos que sean capaces de cumplir con la normatividad, pero difícilmente ocurrirá lo mismo con las farmacias de barrio, de manera análoga a lo que ha sucedido con las tiendas de barrio y los almacenes de grandes superficies. La farmacia de barrio no desaparecerá mientras exista inequidad.

La inclusión de la comunidad en cualquier proyectos de negocios dirigido a este tipo de comunidad es fundamental para crear sentido de pertenencia, facilitar procesos educativos y limitar los posibles problemas de seguridad detectados.

Igualmente es necesario contar con respaldo político y sería deseable el apoyo de aseguradores, laboratorios productores y/ o de distribuidores.

GRUPO FOCAL COMUNIDAD
MEDELLIN, 30 DE OCTUBRE DE 2007

LUGAR: Sede Sindicato de Empaques. Carrera 46 53-15, Piso 12, Edificio Torre 46.

HORA: 14:30 – 16:00

PARTICIPANTES

NOMBRE	DIRECCION	TELEFONO
Guillermo Restrepo	Calle 103 82FF-80	2679663
Jaime Vélez	Carrera 56 1ª-52	2554588
Elias Ospina	Calle 74 70-25	2578760
Oscar Salinas	Carrera 65B 30B-3	2654840
Luis Fernando Lopera	Carrera 50ª 65-51	2638110
Maria Isabel Velásquez	Calle 65 50c-33	2639050
Adriana Giraldo	Barrio Jesús de Buenos Aires	2691303
Alberto Arroyave	Carrera 46 53-15	5134166

La primera inquietud de la comunidad es la existencia de venta de medicamentos marcados como muestra médica en las farmacias, que han sido denunciadas a un “instituto clínico”, pero que no ha tenido ningún efecto. Otros manifiestan que estas prácticas se dan en diferentes barrios populares.

Se explica a los presentes que esta es una modalidad de venta ilegal de medicamentos, como otras que incluyen el contrabando, la adulteración y la falsificación de medicamentos que ponen en riesgo a la comunidad. Existe una debilidad importante en materia de vigilancia y control, sobre todo en los barrios.

Los participantes en el grupo focal cuentan en su mayoría con algún tipo de afiliación a la seguridad social en salud, aunque al menos uno de ellos no está afiliado en ningún régimen porque no califica para afiliarse al régimen subsidiado, pero considera muy onerosa la afiliación como independiente. Aún así tiene afiliadas a su esposa y a su hija, “por si le ocurre algo grave”.

Tienen inquietudes importantes sobre los medicamentos que obtienen a través del sistema, porque dicen que “siempre son los mismos”. Además, a veces les cuesta más el desplazamiento para obtener los medicamentos que les entrega la EPS que comprar los medicamentos directamente en el barrio.

Todos acuden en casos no complicados a médicos privados o a la misma farmacia, y refieren también buenos resultados con medicamentos naturales.

Con los médicos privados tienen la posibilidad de un contacto más fluido y un buen seguimiento para la evolución de las enfermedades. Se presenta el caso de las enfermedades de la piel.

Las farmacias de los barrios se surten de los medicamentos prescritos a personas que pertenecen a la seguridad social, que no les sirven y son entregados como forma de pago por otros medicamentos que a juicio de la comunidad sí dan resultado.

Los médicos se encuentran amarrados y manipulados por un sistema que les exige prescribir dentro de un listado de medicamentos.

Los presentes perciben que la atención de los médicos es diferencial para las personas que van particulares y para los pacientes que acuden a través del sistema.

Los medicamentos son adquiridos preferencialmente en farmacias como las del “parque de Bolívar”, aunque se sabe que son medicamentos “chiviados”. También refieren compras en la farmacia Pasteur y en farmacias de barrio, donde les reciben medicamentos como parte de pago y les dan crédito. Además pueden conseguir todos los medicamentos.

La inversión mensual en medicamentos, de bolsillo propio se encuentra entre \$40.000 y \$190.000.

Las tiendas se han convertido también en un sitio importante de compra de medicamentos.

Las personas van al farmacéutico como primera opción, porque confían en él, incluso cuando tienen seguridad social en salud.

Existen también sitios en la ciudad, promocionados a través de programas radiales, en los que se vende todo tipo de medicamentos, incluso para enfermedades crónicas incurables. De todas maneras la gente asiste a este tipo de negocios, incluso fuera de la ciudad, con la esperanza de encontrar alivio a enfermedades en las que no se tienen resultados ni esperanza con la medicina de la seguridad social.

Los pacientes encuentran que existen medicamentos naturales efectivos, aunque también reconocen que existen algunos que entregan los mismos frascos para todo. Sin embargo, dicen que el “médico naturista es el mejor psicólogo que hay, porque sabe tratar muy bien al paciente”.

El gasto que hacen de bolsillo es variable. Los medicamentos que compran van variando de precios. En los que son buenos, el precio va aumentando, como en el caso del “ISOFACE”. Hay un programa para entregar una caja de medicamento por cada tres cajas consumidas, pero quien lo usa cree que es una forma de evitar posibles responsabilidades del laboratorio después.

Un miembro del grupo focal dice que a él le ha ido muy bien con todos los servicios, incluyendo los medicamentos y que a pesar de ser jubilado sólo empezó a utilizarlos hace cuatro años. Otra persona le dice que cuente lo de las tutelas y refiere haber interpuesto 13 tutelas. Todos los presentes le apoyan y dicen que han tenido dificultades para acceder a los servicios y utilizar la tutela constantemente.

Algunos, además de la seguridad social en salud tienen una póliza adicional, que les cuesta \$80.000 mensuales, en las que tienen a ciertos miembros de la familia.

Se describen las experiencias de negocios inclusivos y se pregunta cómo lo perciben.

Una de las participantes trabajó en una entidad que trabajaba sin ánimo de lucro, que estaba apoyada por la iglesia y recogía muestras médicas que eran utilizadas en atención de salud por un médico que iba periódicamente al barrio.

Otro comenta que las farmacias de barrio están haciendo lo mismo que hace el banco de medicamentos, es decir, compran medicamentos que les lleva la comunidad, sin ver ni siquiera la

fecha de vencimiento de los medicamentos y luego los revenden. Esta es una práctica que califica de extremadamente peligrosa y dicen que debería haber mayor control del Estado.

La Conferencia San Vicente de Paúl también tiene una red en la que reciben medicamentos que no utilizan, y los entregan como parte de la atención en salud impartida por médicos que van a los barrios.

Los principales elementos a la hora de comprar medicamentos son la confianza, la calidad y el precio, aunque algunos dicen que el primer factor que tienen en cuenta es el precio.

Aún así, consideran que los medicamentos son mejores cuando son más caros.

Si una farmacia construye buen nombre y buen prestigio funciona bien.

El prestigio tiene para ellos que ver con la presentación, la imagen y la honestidad.

Por ejemplo la farmacia Pasteur tiene muy buena imagen, pero el problema es que los precios son muy altos si se comparan con otros sitios, entonces uno de los participantes no volvió a comprar en ella.

Hay farmacias que ofrecen altos descuentos, pero aún así, los precios son bastante altos y por ello la gente no las utiliza.

Una farmacia con participación de la comunidad es una buena idea. La Ley 743 comenzó a darles fuerza a los comités empresariales de las Juntas de Acción Comunal. Si alguien le diera todo el montaje y una franquicia a farmacias que puedan ser manejadas por regentes de farmacia de la propia comunidad, con seguridad desbancaría a las farmacias que actualmente existen.

Los presentes encuentran que este tipo de iniciativa depende de las condiciones de los barrios, pero creen que en general, funcionarían muy bien.

Hay una iniciativa de prestación de servicios en los sitios donde las personas lo necesitan, que podría fusionarse con una iniciativa tipo "Mi Farmacita".

CONCLUSIONES

GRUPO FOCAL POBLACIONAL

SERVICIOS DE SALUD – SECTOR FARMACÉUTICO

Fecha: Martes 30 de Octubre de 2007

BARRERAS DE ACCESO AL SISTEMA Y A LOS MEDICAMENTOS

Geográficas:

Principalmente para el Régimen Contributivo, pues en ocasiones los puntos de atención no quedan cerca del sitio de vivienda del afiliado; por el contrario, para el Régimen Subsidiado sí es frecuente contar con atención cercana, dado que es en los hospitales públicos de la red.

Esta barrera geográfica es mayor para las personas con limitaciones físicas que le impiden desplazarse por sus propios medios.

Administrativas:

Existe una barrera marcada para las personas que no cuentan con documentación vigente para el acceso a los servicios y medicamentos; así mismo, hay exceso de tramitología, por ejemplo para lograr obtener los carné actualizados, lo que evita que sean atendidos cuando así se lo requiere o para la entrega de medicamentos especiales:

“En el programa especial de VIH de Humana los trámites son demorados porque todo hay que autorizarlo, incluyendo los medicamentos POS, que eso no tendría por qué autorizarse. Desconocen el estado de salud de los pacientes porque no todos están estables, se vuelve un problema el trámite; toman fotos al momento de entregar el medicamento y eso viola el derecho a la intimidad y confidencialidad; también exigen que tiene que ir el paciente personalmente y hacer la fila de alto costo, del programa especial y todo el mundo sabe para qué es ese cubículo. Los pacientes en estado crítico casi siempre viven su enfermedad solos y no tienen quién los acompañe y eso hace que muchos deserten del programa....Hay personas que no quieren visibilizarse o que tienen que trabajar y no pueden desplazarse....Para estos pacientes habría dos opciones: que les entreguen el medicamento en casa o que haya la posibilidad de que una persona les haga los trámites y les reclame el medicamento...”.

“...Llevo dos semanas tratando de reclamar el carné, las filas son imposibles y sin carné no me dan la cita...”.

“Ahorita tengo problemas porque me sacaron sin avisarme del sistema y me cambiaron de ARS, me demoraron el carné y cuando salió, mi nombre estaba mal; el carné se demora mucho tiempo y mientras tanto no puedo sacar citas”.

Económicas:

Para las personas que no poseen los recursos suficientes para trasladarse a los centros de atención o para pagar las cuotas moderadoras que les exige el sistema. Los afiliados residentes en zona rural presentan el inconveniente de no tener los medios económicos requeridos para desplazarse a la ciudad.

“Teniendo pre Sisben me dieron fórmula y no tuve para pagar la cuota y no pude reclamar el medicamento”.

Formulación:

- Las EPS muchas veces no cuentan con los medicamentos formulados, por lo cual no son entregados y el usuario se ve en la obligación de comprarlos de su propio bolsillo, o como es frecuente, de no seguir el tratamiento formulado.

“La niña estaba muy enferma, le formularon una droga y tocó ir lejos del Diana, cerca al San Rafael, me fui y allá no había nada, ya había otra EPS y entonces de ahí me mandaron a otra,

pero allá tampoco era...entre tanto ir y venir se venció la fórmula y me tocó comprarla en la droguería”.

- Igualmente sucede que son formulados medicamentos no cubiertos por el POS y los afiliados desconocen el trámite respectivo para hacer valer su derecho por vía administrativa (CTC) y/o legal (tutela).

“Cuando lo remiten al especialista, le formula droga costosa que el carné no la cubre y toca comprarla o no dársela y se pierde la ida al médico y también la plata”.

“Formulan droga que no es POS o que ya no existe y nunca dan todos los medicamentos completos”.

“No estamos enterados de los derechos que tenemos, no sabía que si no entregan los medicamentos completos podemos esperar que nos los envíen a la casa”.

- También se tiene la percepción por parte de los usuarios que les son formulados medicamentos no efectivos, haciendo que se pierda tiempo y dinero:

“Siempre mandan pañitos de agua tibia, formulan pastas que no funcionan para que después toque volver y ahí sí le formulan la droga que sirve”.

Calidad en la atención:

“El ISS sufre una descentralización perversa`...existe una presión muy intensa incluso entre los mismos pacientes... hay una mala atención, es pésima en las ARS y en el ISS...”

AUTOFORMULACIÓN

CAUSAS ATRIBUÍDAS:

Tiempo:

“Muchas veces se comete el error de ir a la droguería a que nos vendan los medicamentos, yo tenía esa costumbre por factor tiempo pero ahora no lo hago”.

“Si tengo que comprar los medicamentos, pues voy y los compro, pero cuando voy por urgencia al médico, espero todo el día y siempre me mandan lo mismo, Acetaminofén, Dolex, Loratadina, Amoxicilina... y me tienen de 7 a 4 y la niña con hambre y cansancio y duro todo el día en el hospital para que me formulen lo mismo...; entonces tengo una colección de fórmulas iguales y voy a la droguería y me ahorro tiempo”.

“En Famisanar y Colsubsidio no dan las citas, y nos toca ir a varios sitios para que le den la cita, nos ponen a voltear y a hacer muchas vueltas”.

“En el servicio de Sanitas uno puede llamar y consultar al médico, el problema es que el médico solo está en un horario establecido pero sirve para casos de emergencia”.

Desconfianza en el sistema:

“La cultura de la automedicación se está superando pero aún no lo suficiente; la tendencia es no ir al médico porque si voy me enfermo más, entonces por eso se va a homeópatas, a la droguería o se compran hierbas”.

Costumbre:

"A mi niño le damos siempre lo mismo que le manda el médico (loratadina), pero un día en una charla nos dijeron que nos podían meter a la cárcel si le damos la droga al niño y pasa algo malo".

"A mi me pasa lo mismo con la niña que tiene rinitis crónica y convulsiona con la fiebre, pero llega un momento en que la droga no le hace porque el cuerpo se acostumbra"

"Esos medicamentos los venden sin problemas en las droguerías".

"Todavía no estamos en esa cultura y el uso de antibióticos es grave en el mundo, por eso debería incluirse como un delito la automedicación".

Cercanía:

"Los medicamentos se pueden comprar en la droguería de barrio, pero no todos los barrios tienen una cerca, solo los que son populares".

Economía:

"Yo he visto que ya no venden por unidad sino que venden la caja o el sobre y eso hace que no se puedan comprar y esto induce el automedicamento, y es preocupante porque en las tiendas de barrio ya venden los medicamentos".

Gasto de bolsillo:

En promedio, los asistentes consideran que el gasto de bolsillo mensual en medicamentos es aproximadamente de \$10.000 pero eso depende de cada familia, si es numerosa o no, además unos meses puede que no se gaste tanto pero otros meses el gasto es mucho mayor.

Los participantes consideran más importante la calidad y luego el precio, el tercer atributo importante para ellos es el buen servicio, aunque reconocen que la cercanía y la buena atención son muy importantes.

RECOMENDACIONES:

Salud Preventiva – Promoción y prevención:

"En lugar de pensar en entregar medicamentos, inclusive en las casas, debe pensarse en la salud preventiva como la estrategia más importante".

Fortalecimiento de las instituciones – organizaciones sociales

"Aunque hay mucho apoyo a las iniciativas productivas, la gente dice que está cansada de tanta capacitación, porque después los dejan botados; debe haber fortalecimiento de las instituciones, de la organización social y comunitaria....."

Educación - Capacitación:

"Tener en cuenta la educación para el autocuidado, es más, deberían tener eso en el mismo sitio en donde entregan los medicamentos".

"La gente no sabe que tiene que hacer retenciones, mercadeo que es tan importante, ni nada de eso, requiere capacitación, no se enseña gestión de recursos públicos ni privados".

"Se debe enseñar a la misma comunidad a hacer las cosas para que tengan su ingreso y que sea fuente de empleo en los barrios".

"Las farmacias comunitarias deberían contar con un servicio de información a la comunidad".

Evaluación y seguimiento:

"..... Hacer evaluación y seguimiento porque dejan embalada a la gente y se desaparecen....debe hacerse todo el acompañamiento".

Financiación:

"Capacitan a la gente y no hay plata...la comunidad no tiene plata":

"Debe contarse con fuentes de financiación para los proyectos productivos".

"Si se apoyara con microcréditos los proyectos saldrían más fácilmente".

Alianzas entre droguerías locales – EPS – ARS:

"Por acceso y economía sí preferiríamos ir a una farmacia de la localidad que ir a la EPS, pero tocaría que ellos asumieran la responsabilidad, tendría que haber alianza con ARS y EPS".

"El primer riesgo es la competencia, por eso sería mejor que las ARS contrataran e hicieran un convenio con las farmacias de las localidades porque si no, no funcionaría".

Vinculación con políticas públicas:

"Tendría que haber vinculación con una política, por ejemplo Salud a su Hogar, tiene que estar enmarcado en políticas públicas para no suplantar al estado...Si se hace alianza con las JAL se involucra al Estado, para hacerlo responsable".

"Sería muy bueno que cuenten con los comedores, para que sea una iniciativa complementaria, de alta prioridad, que el tema de salud no sea algo unilateral, de solo nutrición, sino que se vea como algo integral, holístico".

"La salud es un derecho y está a cargo del Estado"

"Hacer convenios con hospitales públicos para la entrega de medicamentos".

Servicio social:

"Deben tener un enfoque de servicio social, no solo hacer réplicas de modelos privados".

Contexto geográfico:

"Por ejemplo el Barrio Villas del Sol es una zona virgen en farmacias, allí no hay ninguna, entonces es necesario buscar zonas clave".

Gestión de operaciones:

“Mirar la gestión de operaciones del proyecto, contar por ejemplo con operadores debidamente acreditados”.

OBSERVACIONES:

Un participante menciona que para él sería importante y valioso que se rescatara la tradición de las boticas de barrio.

El modelo de comedores comunitarios puede servir como una experiencia importante para llevarla a salud, que se cuente con atención y buen servicio, cercanía y capacitación.

C. Focus Group Reports and Stakeholder Interviews (continued)

El Salvador

Título:

*Análisis Sectorial Servicios de Salud: Descripción y caracterización del mercado actual
Informe de entrevistas a profundidad*

Fecha: 19.10.2007

Introducción

El presente documento recoge la información clave de las entrevistas a profundidad llevadas a cabo con el fin de recabar información, confidencial, de personas que se desarrollan en el área de servicios públicos, privados con fines de lucro y sin fines de lucro con el fin de caracterizar el sistema de salud.

Esta información servirá de complemento a la información recabada en fuentes secundarias.

Informantes claves de las entrevistas y sus criterios de selección

N	Nombre Completo	Sector al que pertenece	Perfil de la entidad	Criterio de selección	Datos del Contacto
1	Lic. Yolanda Castillo de Guevara	Asociación gremial	Junta de Vigilancia de la Profesión Químico Farmacéutica JVPOF, Jefe administrativa	Profesional que conoce los elementos legales y técnicos de la profesión de químico farmacéutica	Tel. 2298-9784
2	Dra. Margarita Valencia	Agencia Española de Cooperación Internacional (AECI)	Asesora de proyecto en la región occidental de Agencia Española	Profesional que conoce como se desarrollan modelos alternativos de calidad en la atención pública financiados por la cooperación internacional.	Tel. 2413-2975
3	Lic. Francisco Remberto Mixco	Universidad de El Salvador	Coordinador de la materia Farmacia Hospitalaria de la facultad de Química y de la Universidad de El Salvador.	Profesional que prepara otros futuros profesionales para hacerse cargo de las farmacias de instituciones, y supervisa la práctica de los estudiantes en las farmacias del MSPAS y del ISSS	Tel. 7855-7732

N	Nombre Completo	Sector al que pertenece	Perfil de la entidad	Criterio de selección	Datos del Contacto
4	Dr. Jorge Ferrer	Laboratorio Farmacéutico	Asesor de medico de Laboratorios GENERIX	Profesional médico con más de 20 años de trabajar con laboratorios que producen medicamentos.	Tel.7823-2920
5	Dra. Diana Burgos	Líder de opinión	Técnica en el área de salud del Centro para la Defensa del Consumidor	Profesional medica que se dedica al área de investigación en ONG que promueve la protección de los consumidores y consumidoras, que trabaja el tema de medicamentos, y es líder de opinión en el área.	Tel. 2222-1122
6	Dr. Julio Solórzano	Gobierno central	Colaborador Técnico medico de la Unidad Reguladora de Medicamentos e insumos médicos del Ministerio de Salud Publica y Asistencia Social	Profesional médico con experiencia en el área de manejo de medicamentos desde la institucionalidad del MSPAS, conoce los mecanismos del abastecimiento.	Tel. 7888-5433
7	Lic. Luís Enrique Bran Reyes	ONG	Director Ejecutivo de Red Salud	Profesional que se desempeña como gerente de un consorcio de ONG de salud , quienes dan alternativas en la atención y vendes servicios al MSPAS	Tel. 7894-7266
8	Dra. Eva Matéu de Mayorga	Ministerio de Salud Publica y Asistencia Social (MSPAS)	Jefe de Salud Comunitaria	Medica encargada de la atención de la población a nivel comunitario a través del sistema de promotores del MSPAS	Tel. 7935-8852
9	Dra. Orbelina de Palma	Ministerio de Salud Publica y Asistencia	Jefe de Epidemiología de campo	Medica jefe de la unidad de epidemiología de campo del MSPAS,	Tel. 7886-

N	Nombre Completo	Sector al que pertenece	Perfil de la entidad	Criterio de selección	Datos del Contacto
		Social (MSPAS)		conocedora de el perfil epidemiológico del país y de la situación de salud.	7214
10	Dra. Carolina Sánchez	Unidad de Salud	Directora de unidad de salud de Paraíso de Osorio	Medica , salubrista directora de la Unidad de salud de Paraíso de Osorio un municipio de la Paz de extrema pobreza	Tel. 7845-1222

Restricciones que provee el marco legal, normativo y regulatorio del sector salud en el primer nivel de atención para entregar servicios en forma privada.

Las restricciones más identificadas giran en torno a la falta de una reforma del sector salud y al hecho de no contar con un sector salud unificado. La población salvadoreña debe tener acceso a una atención gratuita por mandato constitucional, tal como lo expresa una de las personas entrevistadas: *"...todos los servicios que provee el Estado deberán de ser gratuitos (...) esa es la restricción que provee el marco legal para entregar los servicios en forma privada, o sea que no puede estar subcontratando ni vendiendo servicios a la población por que la misma Constitución de la República, el mismo Código de Salud establece la gratuidad y que la salud es un derecho de la población"*. Existen regulaciones como el Código de Salud, pero no existe una política nacional de salud como tal que implique favorecer este tipo de atención, se ha estado trabajando en ello desde hace algún tiempo sin que hasta el momento se cuente con algo en concreto, tal como lo manifiesta una de las doctoras entrevistadas: *"...no existe la reforma de salud, se ha venido...trabajando pero desde hace varios años existen una serie de propuestas, varias propuestas de diferentes sectores que trabajan en el área de salud, pero hasta ahora ha habido poca voluntad por parte de los tomadores de decisiones...pues, el poder legislativo, el poder ejecutivo, en establecer todo este marco normativo,"*. Todo esto encaminado a que no se privatice la salud, ya que se debe garantizar a todos los sectores de la población el acceso a la atención en salud

Por otra parte los establecimientos de salud del sector privado deben de contar con una serie de requisitos para poder ser aperturados; es necesario contar con un permiso, para el cual es necesario una serie de inspecciones por parte del Consejo Superior de Salud Pública para garantizar las condiciones adecuadas de limpieza, personal, equipo y así contar con un establecimiento legalmente establecido. Si la población posee capacidad de pago puede tener acceso a la atención privada, no existiendo restricción alguna para ello.

Otras opiniones giran entorno a que la falta de recursos (económicos, de personal y equipo) en el sistema público se convierte en una limitante para el acceso de la población al primer nivel de atención.

Es de hacer notar que en los establecimientos públicos es prohibido para los médicos hacer cualquier tipo de propaganda, ser atendidos por visitantes médicos o brindar atención fuera del trabajo durante las horas laborales, esto como parte del marco regulatorio con el que se trabaja. A nivel de Ministerio de Salud este no tiene ninguna inherencia con respecto a brindar la atención en forma privada.

Oportunidades que provee el marco legal, normativo y regulatorio del sector salud en el primer nivel de atención para entregar servicios en forma privada.

Realmente la población no presenta muchas oportunidades para que tenga acceso a servicios de salud en forma privada. Las oportunidades existen cuando se cuenta con el recurso necesario y disponible tanto de las instituciones como de la población. Se pueden obtener resultados positivos con la financiación para poder acceder a los servicios de salud, he ahí la importancia del recurso económico. En el sistema público la oportunidad para la población existe por el hecho de que no hay pago en los establecimientos del primer nivel de atención, sin embargo esto hace que exista lipidia y en muchos casos esto ha implicado recorte de personal. A continuación una de las opiniones manifestadas: *"....nosotros no le vemos que haya más oportunidades, que haya más acceso en el privado, creemos que es más importante que se fortalezca el sector público...verdad, todas las aristas del sector público para que la población tenga acceso a los servicios de salud ya sea de primer nivel, segundo y tercer nivel".*

El sector privado busca satisfacer necesidades brindando servicios y obtener ganancias, sin embargo las personas que no pueden pagar buscan los servicios públicos, en donde no se obtienen beneficios (para el sistema) y tampoco se brinda una atención de calidad para la población, predominantemente del sector informal, que accede al primer nivel de atención, estos además constituyen el sector con menos oportunidades.

No hay leyes que favorezcan el acceso a una atención en el ámbito privado para la población de pocos ingresos.

Restricciones que provee el marco legal, normativo y regulatorio del sector farmacéutico para entregar servicios en forma privada.

Entre las principales restricciones que se señalan es la autorización de los establecimientos farmacéuticos por parte de la Junta de Vigilancia de la profesión Químico Farmacéutica, sin embargo si se cumplen todos los requisitos y documentación exigida no hay ningún inconveniente en la apertura y funcionamiento de farmacias, laboratorios y droguerías de carácter privado. No existen mayores restricciones lo que si es importante es el cumplimiento de las Buenas Prácticas de Manufactura (GMP) para la fabricación de medicamentos y/o cosméticos ya que estas constituyen un requisito para avalar el funcionamiento del establecimiento. Al implementar un sistema de calidad también se elevan los costos de operación (instalaciones, equipos o maquinaria, insumos, mano de obra, procedimientos, etc.) y del producto final, tal como lo manifiesta el representante del laboratorio farmacéutico entrevistado: *"los costos en la empresa*

privada bajan a cambio y la ganancia va encima de los costos y si yo tengo bajo nivel de ganancia subo el precio entonces o salgo de competencia o puede ser que yo pongo tan alto el precio que me van a comer el mercado o disminuyo la calidad y aquí no se puede disminuir la calidad pero hay laboratorios que disminuyen la calidad para dar el servicio mas barato”.

También se señala a la competencia y la estrechez de mercado como una limitante ya que puede haber existencia de producto pero no consumidores de éstos.

Por otra parte se cuenta además con el hecho de que no existe una ley de control de medicamentos, existe un gran vacío con respecto a la accesibilidad a ellos y altos precios: *“El Salvador tiene hasta ahorita a nivel de Centro América uno de los precios mas altos de los medicamentos, es lo que imposibilita de alguna forma tener acceso a ellos”.* Además existe desabastecimiento en los centros de salud del sector público, muchos médicos (sobre todo los recién graduados) prescriben medicamentos que no se encuentran en el cuadro básico, lo que impacta en el entorno de cómo el paciente va a cumplir su tratamiento e implica que tiene que comprarlo, adquirirlo por su propia cuenta, lo que influye en el aspecto económico de las familias de escasos recursos mayoritariamente.

Lamentablemente hoy en día no se considera a la farmacia como establecimiento sanitario, sino mas bien como un establecimiento comercial, lo cual indica que pareciera mas importante el negocio y no el brindar una asesoría de la forma de administración, uso y disposición del medicamento por parte de un profesional farmacéutico hacia el paciente.

Oportunidades que provee el marco legal, normativo y regulatorio del sector farmacéutico para entregar servicios en forma privada.

Existen regulaciones en el código de salud con lo que se refiere al tema de calidad de los medicamentos. Además por parte del Consejo Superior de Salud Pública se cuenta con ley de publicidad y control de calidad. El Centro par la Defensa del Consumidor también aborda el tema de medicamentos. Las oportunidades existen y deben ser aprovechadas para promover el uso y control de calidad para medicamentos, además existen bonos por viñetas de venta a los empleados de las farmacias. Sin embargo la normativa esta disgregada, debería de existir unificación. Además se debe de rescatar y promover el uso de medicamentos naturales.

La publicidad escrita, televisiva y radial fomenta a la población a que se auto medique, lo que a la larga también influye negativamente en ellos pues quizás en la mayoría de los casos el tratamiento no es finalizado pues “ya se sienten mejor”. En una de las entrevistas se manifiesta que con regalías brindadas por los laboratorios farmacéuticos o vendedores a los dependientes de farmacias también se promueve la venta de medicamentos, aunque no sea ese determinado fármaco el idóneo para el tratamiento de la patología del paciente pues puede necesitarse un diagnostico mas determinante o exámenes de laboratorio para poder brindar una tratamiento adecuado, además la calidad y el buen manejo del medicamento implica responsabilidad por parte del farmacéutico y luego del paciente.

Identificación del sistema de funcionamiento para el primer nivel de atención en la población de menores ingresos:

Quienes participan (sector público y sector privado con y sin fines de lucro)

Participa el sector público y privado con y sin fines de lucro (ONG), es un trabajo en conjunto. El sector público en mayor proporción (80%) a través de las Unidades de Salud del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, un 10% lo cubre el Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS) en las clínicas comunales y un 5% lo cubre el sector privado y ONG's: INTERVIDA y FUNDASAL por mencionar algunas. Es de considerar el aporte muy importante del sector de la Sociedad civil y la atención en clínicas parroquiales y comunidades con brigadas médicas. También en muchas comunidades se prestan servicios de atención por ejemplo de proyectos en educación en salud, de diagnósticos comunitarios y participativos como una asistencia indirecta pero que existe en varias comunidades.

El sector privado es un actor muy fuerte sin embargo la capacidad de pago es una limitante para la población de menores ingresos lo que indica la asistencia mayoritariamente de ellos en el área rural y en el sistema público.

También existen casas de salud (154 en total a nivel nacional) ubicadas generalmente en áreas mucho más rural que en donde se encuentre una unidad de salud.

En los establecimientos de primer nivel de atención se encuentra personal como parteras, controles de saneamiento, ya en las unidades de salud se encuentran propiamente médicos y enfermeras, en control de saneamiento laboratorio clínico y el gran ausente en muchos de ellos es el farmacéutico.

Actores que concentran la atención en las zonas urbanas y rurales

El Ministerio de Salud concentra la atención, sin embargo no tiene la cobertura suficiente para atender los problemas de la población. Las ONG brindan atención en zonas de difícil acceso y educan más a la población. Los habitantes de la zona rural por contar con menores ingresos no tienen más opción que acceder a un servicio de salud público. En la zona urbana la atención la concentra el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, el Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS), Sanidad Militar, Bienestar Magisterial. La población con un nivel económico medio ya utiliza el servicio de salud privado, por mejor calidad en la atención. Hay quien opina que en la zona urbana un 50% de atención lo concentra el sector público y el otro 50% lo concentra el sector privado.

Costo y calidad (cobertura de profesionales, infraestructura, tiempos de espera, etc. Se prestan los servicios en cada una de estas áreas.

Se debe considerar en los costos tanto el tiempo de hora médico, enfermera graduada, enfermera auxiliar, inspectores de saneamiento, promotores, etc. En el área rural los costos pueden ser mayores ya sea por el transporte, gastos de operación, no existe todo el personal paramédico necesario. La calidad y costo es inversamente proporcional, ya que existe costo alto y poca calidad. Para el público existe mala atención tanto por parte del Seguro Social como del Ministerio

de Salud. En el sector privado hay más eficiencia y con este fin se trata de privatizar. Con respecto a las ONG con los escasos recursos que cuentan se atiende a la población que debería de atender el Ministerio de Salud y el Seguro Social. Según datos del Ministerio de Salud se está trabajando en mejorar la atención, hasta el momento se tiene más o menos un 80% de calidad, los tiempos de espera oscilan de 2 – 4 horas lo que depende mucho de la afluencia de población al centro de salud, ya que se ha logrado identificar que los días Lunes y Viernes son los que existe mayor cantidad de pacientes. Se considera que en la zona urbana el tiempo de espera es menor pues hay disponibilidad de 24 horas de atención por la existencia de FOSALUD. En cuanto a la infraestructura esta es un poco mejor en el área urbana, aunque ha mejorado un poco en el área rural pues han existido donaciones.

Se debe de optimizar la oportunidad de alumnos en servicio social, sin embargo estos se ven afectados por el hecho del salario que se les paga.

Identificación del sistema de funcionamiento para el acceso a medicamentos en la población de menores ingresos, separando en zonas rurales y urbanas:

Tipos de establecimientos, número, localización (concentrada o no en los centros urbanos).

El Ministerio de Salud Pública cuenta a nivel nacional con 355 unidades de Salud, 36 de ellas ubicadas en San Salvador e igual número en San Miguel, 30 hospitales de la red, 154 Casas de la Salud y 3 Centros de Atención de Emergencia (CAE) ubicados en Apopa, Lourdes Colón y en San Martín. Los establecimientos (farmacias) se encuentran más concentrados en la zona urbana, por lo tanto en lo que respecta al acceso de medicamentos es mucho más factible en esta zona consultar al farmacéutico, no así para la población de menores ingresos quienes compran medicamentos en el mercado o en la tienda pues en la zona rural el acceso a medicamentos es limitado, son muy pocas las comunidades que tienen como dispensarios o ventas de medicina. El Ministerio de Salud se rige con el Cuadro Básico de Medicamentos, el cual es revisado anualmente.

Servicios adicionales de salud o no relacionados con la salud

Es importante instruir a curanderos, sobadores, parteras para que sean un nexo con la comunidad. En algunos establecimientos públicos se cuenta además con promotores de salud, programas de agua potable, programas de saneamiento ambiental, sin embargo en aquellos en los que se necesitan medicamentos no existen fondos para ellos. Hace falta concientización y participación activa y organizada de la población en cuestiones preventivas de la salud, además el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social debe tener programas de prevención de enfermedades. Además de la asistencia básica de salud y parte preventiva también cuenta con área de educación en salud que lo hace el promotor de salud a través de las visitas. Hay proyectos que se desarrollan adicionales de la unidad de salud como proyectos de agua potable, control de vectores, controles de aguas, ríos y control de contaminación de éstos que son parte del desarrollo que tiene que llevar la unidad de salud, lo lleva la línea de la atención del saneamiento ambiental.

Principal tipo de medicamentos (marca, genéricos y alternativos) comercializados.

A nivel de farmacia privada se comercializan: Famotidina, Enalapril, Glibenclamida. Principales marcas mencionadas de laboratorios nacionales son: Laboratorios López, Teramed, Vijosa.

En el sistema público la mayor demanda la obtienen: Acetaminofen, Ibuprofeno, Amoxicilina, Trimetoprim Sulfa, Clorfeniramina, Eritromicina, Tetraciclina, Enalapril, Adalat, Diazepam, Griseofulvina, Ciproxina, Medicamentos para la tos y Oftálmicos, Vitaminas, Acido Fólico, Hierro.

El nivel privado prefiere utilizar o recomendar medicamentos de marca reconocida. Las ONG también utilizan medicamentos de marca pues reciben muchas donaciones.

El Ministerio de Salud con de la Unidad de Medicamentos e Insumos Médicos realiza la compra de medicamentos a través de una licitación al año, comprando por igual, ya sea de marca o genéricos ya que evalúan la calidad y el costo, las compras se realizan tanto a productores nacionales como extranjeros, considerando aquellos que se encuentran en el cuadro básico de medicamentos. Pueden participar ofertantes internacionales, se compra el medicamento que se encuentre mas barato y de acuerdo al historial del suministrante ya que se debe evaluar si se han tenido rechazos por parte de Control de Calidad.

Se comercializan más los que van dirigidos a enfermedades prevalentes: Antidiarreicos, antigripales. En nuestro país se fabrican medicamentos copia. Hace falta una política de medicamentos.

Cuando hay remesas familiares los pobladores buscan medicamentos de marca, cuando no las hay la opción es por los medicamentos genéricos. Además influye mucho la cultura de la población ya que por ejemplo en la zona de Oriente la población opta por lo tradicional.

Principales compradores (de acuerdo a sexo y edad)

La gran mayoría de las personas entrevistadas considera que **la mujer es la principal compradora de medicamentos, sobre todo en edad reproductiva, los rangos de edades mencionados fueron: 20 – 30 años, 16 – 50 años, 20 – 40 años, de 20 años en adelante.** También las personas de la tercera edad muchas de ellas mujeres pues están a cargo de sus nietos. Otros consideran que el Ministerio de Salud Pública y el ISSS son los principales compradores. A nivel de usuarios de los servicios de salud la mayoría de **consultantes son mujeres que oscilan en las edades de 20 – 59 años, en segundo lugar niños de 1 – 9 años, luego los adolescentes 10 -19 años y por último el adulto mayor.**

Principales proveedores y evaluación de los precios

Laboratorios López, Vijosa, Bayer, Teramed, Laboratorios Paill, Janssen, Roche. El Ministerio de Salud efectúa compras a través de licitaciones en las cuales participan productores nacionales y extranjeros. En general los precios son altos, desproporcionados y según un estudio del año 2004 sobre investigación de precios de medicamentos en varios países de Europa, Latinoamérica, África y Asia, El Salvador fue el país de la región Latinoamericana con los precios más altos de los fármacos. Hay variación importante del precio en los últimos años, esto por lo tanto afecta a la población de menores ingresos con relación por supuesto al salario mínimo de nuestro país ya que el paciente deja de solventar otros problemas, educación, alimentación, vestuario, para poder

cubrir gastos en medicamentos, los precios se han incrementado de forma importante de un 17 hasta un 143% en un periodo de 10 años, lo que representa un grave impacto a nivel nacional. En comparación con Costa Rica y Nicaragua, El Salvador tiene los precios más altos de medicamentos a nivel Centroamericano. Los componentes que influyen en el precio son: precio de venta del fabricante, el impuesto que se tiene que pagar en la aduana, el seguro y el flete, otros impuestos aduanales que tienen que ver con el almacenamiento, el margen del importador al mayorista, el margen del vendedor que son las farmacias, y a veces se le suma el IVA, lo que al final representa que en las marcas innovadoras un 64.8% del precio lo establecen las droguerías, el 18.7% corresponde a las farmacias. En cuanto a medicamentos genéricos el 59% del precio lo establecen las farmacias. Toda esta situación limita el acceso a los consumidores para obtener un tratamiento completo y poder superar la enfermedad que le o les aqueja, lo que al final puede repercutir en una complicación a su estado de salud.

Debilidades del actual sistema en funcionamiento para primer nivel de atención y acceso a medicamentos de la población de menores ingresos.

Mucha población se queja de que no hay acceso a medicamentos, existe desabastecimiento tanto a nivel público como en el Seguro Social, o por el contrario algunas unidades de salud están sobre abastecidas con algún medicamento en particular. Hace falta un compromiso institucional del sector público para dar servicio de calidad. Hace falta evaluaciones mas objetivas y con parámetros de atención, sistemas de monitoreo, falta de supervisión de la atención que da el médico a la población. Falta de presupuesto lo que repercute en que no esta completo el Cuadro Básico de Medicamentos, además existe la debilidad en el área farmacéutica de que no hay profesionales de farmacia para darle seguimiento o indicaciones adecuadas a los pacientes sobre la disposición, uso y precauciones sobre los medicamentos, además unidades de Salud con médicos en año social no cuentan con todos los medicamentos por ser unidades pequeñas.

Se identifica además la falta de un compromiso constitucional del sector público para brindar un servicio de buena calidad, existe poca o mala inversión presupuestaria en los programas relacionados a la salud.

Existe debilidad del sistema, una debilidad de negocio entre consumidores y proveedores de los servicios de salud.

Fortalezas del actual sistema en funcionamiento para primer nivel de atención y acceso a medicamentos de la población de menores ingresos.

A nivel de Ministerio de Salud existen esfuerzos de querer mejorar el servicio al usuario en cuanto a tiempos de espera. Hay quien opina que el acceso geográfico es una fortaleza pues por ser El Salvador un territorio pequeño facilita la accesibilidad a los centros de salud ya que están en todos los municipios, además se ha incrementado las horas de atención, hay horarios extendidos de 12 ó 24 horas, existe una mejor vigilancia epidemiológica, no hay pago de \$1 lo que beneficia a la población. Otra fortaleza identificada es el recurso humano "*...hay algunas fortalezas que radican en la entrega del mismo personal de salud (...) a este personal le toca callar con la resultante del mismo sistema por la falta de apoyo, por la falta de logística, por la falta de presupuesto porque la fortaleza esta en el recurso nada más...*". En cuanto a medicamentos el Ministerio de Salud realiza proyección de cálculo de necesidades en base a grupo epidemiológico, existencia, consumo, demanda y necesidad real.

Es importante considerar oportunidades con las que se pueda trabajar según la demanda en los lugares de atención, así como mejorar tanto la distribución de medicamentos en áreas específicas identificadas. El Ministerio de Salud cuenta con la estrategia del hospital sin paredes que además de que se hacen cirugías ambulatorias también se montan jornadas de atención médica y también ahí la población tienen un acceso a la atención como al medicamento con más facilidad por que el hospital sin paredes solo llega a áreas rurales que están a más de tres horas de un hospital nacional.

Existe además voluntad por parte del Ministerio de Salud en mejorar los servicios, se tienen muchos proyectos de calidad de cómo mejorar el servicio al usuario tanto en la reducción de los tiempos de espera como en la calidad de la atención, que el personal este mejor calificado y con mejores conocimientos de las normas de trabajo. Además se ha buscado implementar la estrategia de capacitar al médico en año social.

Propuestas para ampliar cobertura de salud y acceso a medicamentos en el primer nivel de atención.

Entre las propuestas mencionadas están:

- Debe de haber una evaluación de las necesidades de los medicamentos.
- Que las universidades se involucren técnicamente en la formación de profesionales de las carreras de la salud.
- Participación mayor en la parte social
- El Ministerio de Salud debe revisar perfiles epidemiológicos, analizar la morbilidad y mayores causas de consulta en el país.
- Es necesario un sistema integral de todos los sectores en todo el país.
- Hacer más labor de tipo preventiva
- Hacer más investigaciones de enfermedades y los riesgos a causa del humo, tabaco y de contaminación ambiental.
- Concienciar a la población de hacer uso racional de medicamentos.
- Reforzar labor preventiva.
- Que exista una sola unidad para proporcionar atención de salud.
- Destinar mayor presupuesto al sector salud.
- Hacer menos engorroso el acceso a medicamentos e insumos médicos.
- Que los directores de unidades de salud sean gestores.
- Que el Ministerio de Salud tenga un plan estratégico, que los planes operativos contemplen desastres, generar fondo de emergencia.
- No hay o no se cumple política de adquisiciones.
- Existen vacíos legales, se cambia reorganización.
- Formular una política de medicamentos.
- Incluir a las universidades y a los gremios de salud: odontólogos, enfermeras

- Descentralizar la atención, contar con mayor personal.
- Una estrategia que busque establecer una alianza para ampliar la cobertura hacia la población, con ONG's.
- Que el sector público se asocie con las ONG, cree alianzas para complementarse.
- Impulsar iniciativas desde el sector público para promover el uso de medicamentos genéricos, naturales, sin que esto este en detrimento de la calidad para que la población tenga acceso.
- Existencia de dispensarios en las comunidades.
- Hacer evaluaciones periódicas para identificar donde existe mayor demanda de atención.
- Apoyarse con las unidades de atención al cliente del Ministerio de Salud.

Indicadores que proponen para medir en la población y evidenciar las diferencias entre la situación actual y aquella en la cual se mejora la cobertura y acceso a primer nivel de atención y medicamentos

Indicadores mencionados:

- Realizar un estudio ahora y en 5 años en el cual se pudiera obtener datos de los horarios de atención, enfermedades que mas se consultan y ver que medicamentos dieron y evaluar si fue efectivo el tratamiento, si se le proporcionó el medicamento o si tuvo que comprarlo.
- Retirar el IVA a lo medicamentos para que sean mas accesibles
- Ver como esta la incidencia de enfermedades actualmente y dentro de 5 años.
- Darle seguimiento a una enfermedad actual y medir después su impacto.
- Medir el problema de tuberculosis, la vacunación y las enfermedades inmunoprevenibles y que se ha hecho para mejorar.
- Cobertura de atención de partos hospitalarios.
- Disminuir la tasa de mortalidad infantil y materna
- No. de médicos por población.
- Un indicador trazador: Muerte materna
- Índice morbilístico y número de episodios a los que acude el paciente por consulta.
- Evaluar gasto de la población a medicamentos.
- Nivel de demanda satisfecha e insatisfecha.
- Aumento de cobertura
- Número de atenciones al año
- Esquema de vacunación
- Necesidad de otros medicamentos
- Si hay mejora en las condiciones de salud se debe disminuir la tasa de incidencia de enfermedades diarreicas y respiratorias.

- Número de consultas en el área rural
- Número de medicamentos distribuidos en el área rural y urbana.
- Crecimiento en el número de unidades de salud a nivel nacional
- Número de dispensarios.
- Indicadores de calidad
- Medir satisfacción de usuarios.
- El servicio, se está dando buen servicio o no se está dando buen servicio.
- El dar o no dar atención.
- Calidad del medicamento

Profesionales que podrían diseñar y evaluar modelos de solución a las necesidades insatisfechas de la población de menores ingresos.

- Dra. Virginia Rodríguez (Jefe de Investigación del Hospital Rosales)
- Dra. Lilian Cruz (Jefe de Epidemiología de Campo, MSPAS)
- Lic. Luz Amanda Interiano (MSPAS)
- Dra. Carolina Paz (UCA)
- Dr. Guillermo Maza (Ministro de Salud)
- Dr. Ernesto A. Selva Sutter (UCA)
- Lic. Josefina de Arauz (Socióloga)
- Dra. María Isabel Rodríguez (Rectora de la Universidad de El Salvador)
- Dra. Sandra Villafuerte de Marroquín (Directora de la Regional de salud de Occidente)
- Dra. Genoveva Morales (Epidemióloga del ISSS)
- Dr. William Clara (Epidemiólogo del Hospital Bloom)
- Br. Ever Danilo Rodríguez Mancia (Estudiante universitario en proceso de graduación, facultad de Química y Farmacia, UES).
- Lic. Roxana de Quintanilla (Jefe de farmacia, hospital Zacamil)
- Lic. Xiomara Rodríguez (Jefe de farmacia, Hospital San Rafael)
- Lic. Esmeralda de Alarcón (Hospital Zaldaña).
- Lic. Margarita Posada (APROCSAL)
- Dra. Jeannette Alvarado (FUMA)
- En la Red Salud se encuentran aproximadamente 135 profesionales
- Dr. Miguel Orellana
- Dra. Elizabeth Torres (CALMA)
- Dr. Aníbal Quijano

- Lic. Mirna Argueta (OMS)
- Dra. Rocío de García (ASAPROSAR)
- Comité evaluador por parte del MSPAS

LINEAMIENTOS PARA UNA LINEA BASE EN LA POBLACIÓN

La población de bajos recursos económicos posee grandes limitantes en lo que respecta el acceso a la atención de salud y medicamentos, esto fundamentado en la poca accesibilidad al centro de salud sobre todo en la zona rural. El acceso a medicamentos es complejo, ya que por una parte se señala desabastecimiento en algunas Unidades de Salud o inclusive del Seguro Social y por otro lado existen Unidades de Salud que se encuentran sobre abastecidas de un medicamento "X".

Algunos indicadores que se proponen son:

- No. de recetas despachadas completas en las Unidades de Salud./total de recetas dadas a los pacientes
- Gasto de la población en medicamentos/salario mínimo
- % de incremento de precios por año
- Percepción de calidad y eficacia de los medicamentos de parte de los y las pacientes.
- Cobertura de vacunación en niños menores de 5 años
- Índice de mortalidad infantil y materna.

Título:

Análisis Sectorial Servicios de Salud: Informe de Grupos focales

Fecha: 09.11.2007

Introducción

Se desarrollaron 10 grupos focales con participantes de distintos sectores, seleccionados por estar ubicados en poblaciones en extrema pobreza y /o prestar servicios de salud a dichas poblaciones. Los grupos focales estuvieron conformados de la siguiente manera: 3 grupos con mujeres residentes en el área rural de cantones ubicados en los departamentos de La Paz y Cuscatlán y otro con mujeres del área urbano-marginal de San Salvador, 2 grupos con representantes de ONG que trabajan en el área de salud (en distintas zonas del país) con poblaciones en extrema pobreza, dos grupos de médicos y médicas de clínicas privadas ubicadas en Cojutepeque y Zacatecoluca que son visitadas, entre otros, por personas en extrema pobreza; y dos grupos más con proveedores de medicamentos, en su mayoría empleados de farmacias, y algunos propietarios de farmacias y vendedores en puestos de medicamentos del mercado, también de Cojutepeque y Zacatecoluca.

La temática de la discusión se centraba en aspectos positivos y negativos de los servicios de salud del primer nivel de atención, y en particular, del tema de los medicamentos y su acceso.

Para el desarrollo de los grupos focales se estructuraron guías que incluyen un saludo y presentación, una breve explicación de la metodología de trabajo del grupo y preguntas generadoras para la discusión (ver instrumento en anexo).

La información obtenida se presenta a continuación en cinco apartados que corresponden a cada uno de los distintos grupos estudiados. En cada uno de ellos se presenta un cuadro resumen de los hallazgos seguido del detalle de los resultados (resultados), y finalmente se describe a los y las integrantes de los grupos focales (participantes). A fin de conservar su anonimato sólo se anota su nombre y el criterio en que se basó su selección.

Metodología utilizada

Diseño metodológico

Se realizó un estudio cualitativo a fin de obtener información de distintos actores clave del sistema sobre su percepción en torno a los servicios de salud que recibe en el primer nivel de atención la población de escasos recursos del país, así como el acceso a medicamentos.

Método de recolección de datos

El estudio se basó en el método de grupos focales, que consisten en grupos más o menos homogéneos de 6 a 12 participantes quienes intervienen en una discusión facilitada por un moderador o moderadora, a fin de conversar libremente sobre un tema.

La convocatoria de los participantes fue realizada con varios días de anticipación. En el caso de los médicos y los trabajadores de farmacias, cada uno de ellos y ellas fue visitado por un colaborador o colaboradora del equipo de investigación, quien luego de explicar el objeto de su visita y obtener aceptación verbal de la invitación a participar, entregó cartas de invitación a participar en el grupo, regresando nuevamente el día previo a fin de recordar a los participantes de su participación.

Grupo Objetivo

Los grupos objetivo son los siguientes:

- Mujeres de la población en extrema pobreza, del área rural y urbano-marginal
- Médicos o médicas que realizan práctica privada con poblaciones en extrema pobreza
- Personas que comercializan medicamentos entre la población en extrema pobreza
- Representantes de ONG que trabajan en el área de salud y social atendiendo a poblaciones en extrema pobreza.

Número y composición de los grupos focales

Se desarrollaron 10 grupos focales, de los cuales 4 fueron realizados entre mujeres residentes en zonas de pobreza del país, 3 de ellos se realizaron en la zona rural y el cuarto con mujeres de la zona urbano-marginal de San Salvador. Asimismo, se desarrollaron dos grupos focales con médicos y médicas que ejercen en la práctica privada en Cojutepeque y Zacatecoluca, donde asiste población en pobreza extrema. Dos grupos más fueron realizados entre personas que comercializan medicamentos y dos más, entre representantes de ONG que trabajan con poblaciones en extrema pobreza. El cuadro 1 resume la distribución de los grupos:

Cuadro 1. Grupos focales realizados entre pobladoras del área rural, lugar de realización y número de participantes

	Grupo	Lugar de realización	No. participantes
1	Mujeres área rural	Municipio San Juan, Departamento de Cuscatlán	10
2	Mujeres área rural	Municipio San Juan, Departamento de Cuscatlán	10
3	Mujeres área rural	Municipio Paraíso de Osorio, Departamento de La Paz	9
4	Mujeres área urbano-marginal de San Salvador	Edificio ICAS, UCA	12
5	Médicos(as) Cojutepeque	Sala de Capacitación del Restaurante "La Familiar"	6
6	Médicos (as) Zacatecoluca	Centro de Formación "María Auxiliadora"	7
7	ONG No. 1	Edificio ICAS	7
8	ONG No. 2	Edificio ICAS	9
9	Farmacias Cojutepeque	Sala de Capacitación del Restaurante "La Familiar"	8
10	Farmacias Zacatecoluca	Centro de Formación "María Auxiliadora"	10

Período de evaluación

A todos los participantes les fue garantizado que su participación sería anónima a fin de que se tuviese libertad de expresarse. Todos los grupos focales fueron desarrollados en condiciones ambientales adecuadas, donde se tuvo privacidad, ambiente agradable y libre de ruidos u otras interferencias. El grupo focal de mujeres del área urbano-marginal de San Salvador y los dos grupos con representantes de ONG se llevaron a cabo en las instalaciones de la Universidad Centroamericana "José Simeón Cañas (UCA). Los cuatro grupos desarrollados en Cojutepeque y Zacatecoluca con médicos y con vendedores (as) de medicamentos se desarrollaron en sendas

salas de capacitación. Los dos grupos desarrollados con mujeres del área rural en Monte San Juan, Departamento de Cuscatlán se llevaron a cabo en la Alcaldía de San Juan, y el grupo desarrollado en Paraíso de Osorio, en La Paz se desarrolló en una vivienda privada. A pesar de que se tuvo algunas dificultades con la puntualidad de los participantes de los grupos de médicos y de trabajadores de farmacias, finalmente éstos se presentaron al sitio de reunión y la duración de cada grupo fue de aproximadamente noventa minutos.

Cada uno de los grupos focales contó con la presencia de una facilitadora y una relatora. Al final de cada discusión la facilitadora agradeció la colaboración e hizo una síntesis de lo comentado a los y las participantes a fin de obtener comentarios adicionales y una validación de lo anotado o percibido por ella. La relatora observó la dinámica y desarrollo de la discusión, tomando notas de lo discutido. Además pudo constatar que los distintos tópicos fueron abordados durante la discusión. Todos los grupos focales fueron registrados en grabadoras digitales, cuya información fue luego transcrita a fin de ser analizada.

1 Grupos focales de mujeres del área rural

Los mapas abajo muestran la ubicación de los municipios donde se desarrollaron los grupos focales de los Departamentos de Cuscatlán y La Paz.



Fuente: Fundación Dr. Guillermo Manuel Ungo. Directorio Municipal 2003-2006 Cuscatlán, <http://www.fundaungo.org.sv/dir/cusca/index.html> ((05/11/07).

A continuación se presenta los resultados obtenidos de los tres grupos focales desarrollados entre mujeres residentes del área rural, un grupo se desarrolló en el municipio Paraíso de Osorio, en el departamento de La Paz y los dos restantes en el municipio Monte San Juan, departamento de Cuscatlán.

1.1 Resumen

El cuadro 2 resume los hallazgos de los grupos focales.

Cuadro 2. Opiniones de mujeres del área rural en torno a distintos tópicos sobre los servicios de salud y medicamentos que reciben en el primer nivel de atención

Tópico	Servicios de salud	Medicamentos
Debilidades de los servicios públicos del primer nivel de atención	<ul style="list-style-type: none"> • Maltrato a pacientes. • Hacen esperar mucho tiempo. • Personal aprendiz • No dan información sobre tratamiento 	<ul style="list-style-type: none"> • Algunos medicamentos no son de calidad, lo cual depende del laboratorio que los produjo.
Fortalezas de los servicios públicos del primer nivel de atención	<ul style="list-style-type: none"> • Siempre hay alguien que las pueda atender • Si necesitan algo más les dan una referencia al hospital. 	<ul style="list-style-type: none"> • El poco medicamento que dan hace bien.
Calidad de consulta y medicamentos en la los servicios públicos del primer nivel de atención comparada con el sector privado	<ul style="list-style-type: none"> • En consulta privada los médicos son más amables, se toman mas tiempo para examinar y prescriben medicamento más acorde a la enfermedad; en la Unidad de Salud no atienden rápido, el trato es menos cálido, y en ocasiones les parece que están en manos de aprendices. 	<ul style="list-style-type: none"> • En lo privado les dan medicamentos muy caros, que si no tiene facilidades no logra adquirir, y en la Unidad de Salud les dan medicamento que sólo les sirve para ciertos problemas de salud.
Problemas que no pueden resolver los servicios públicos del primer nivel de atención	<ul style="list-style-type: none"> • No se toma exámenes de laboratorio • No se atiende partos ni cirugías 	<ul style="list-style-type: none"> • Sólo se encuentra algunos medicamentos "sencillos" como Acetaminofén, Ibuprofeno, y otros pocos más.
Opinión sobre quién podría solucionar el problema de la atención medica y de falta de medicamentos	<ul style="list-style-type: none"> • El Estado • Autoridades locales, como la alcaldía, el párroco y el Juez de Paz de la localidad • Las ONG 	

Tópico	Servicios de salud	Medicamentos
Opinión sobre si estuviesen dispuestas a pagar por los servicios médicos y de medicamentos	<ul style="list-style-type: none"> • Sí, pero se tiene la limitante económica que hace que aunque se tenga la voluntad de hacerlo, sea difícil de lograrlo. 	

Fuente: Grupos focales realizados entre mujeres residentes en Paraíso de Osorio, departamento de La Paz y Monte San Juan, departamento de Cuscatlán, octubre de 2007.

1.2 Resultados

1.2.1 Debilidades en cuanto a la atención médica de los servicios públicos del primer nivel a los que asisten las mujeres del área rural

Entre las debilidades de los servicios de salud de primer nivel identificadas por las mujeres del área rural se encuentra las siguientes:

- La obligatoriedad de pagar un dólar por la consulta en la Unidad de Salud (que incluye medicamentos), las mujeres aseguran que aunque se dice es una cuota voluntaria, existe fuerte presión para que la cancelen. Asimismo, se cobra \$0.25 por inyecciones, y se cobra aparte por los exámenes:
- Algunas mujeres opinaron que en cierta Unidad de Salud se inicia tarde la atención de pacientes, dado que el personal pierde tiempo en actividades no laborales, lo cual, aunado a otros factores, prolonga el tiempo de espera para los pacientes. En las unidades donde atienden mejor y con mayor eficiencia, la afluencia de pacientes es mayor lo que también repercute en prolongar los tiempos de espera, de modo que muchas veces salen al mediodía, y pierden el autobús que les llevaría de regreso a su casa.
- La mayoría de las veces el personal se niega a dar prioridad en la atención de personas que en su criterio deberán atenderse de inmediato, tales como dolor intenso, fiebre alta o tos en accesos, haciéndoles esperar turno que puede implicar una o varias horas.
- Los horarios de atención no son adecuados, pues los niños y niñas deben perder su día de clases para poder ser atendidos en la Unidad de Salud. Además, el personal se suele negar a dar atención después del mediodía, indicando que todos los pacientes deben presentarse temprano por la mañana.
- En el caso de las clínicas del Fondo Solidario para la Salud (FOSALUD) se niega la atención o se hace esperar más a algunas personas, por no pertenecer al área geográfica de influencia, lo cual ocurre durante la semana y en fines de semana.
- Falta de calidez y maltrato a pacientes por parte del personal de salud, particularmente de enfermería, y administrativo, pero también de personal médico. En el caso del personal médico se incluye el trato poco amable, prisa al atender, regaños, e incluso, ocasionalmente cortejo a pacientes durante la atención médica. No obstante, otras mujeres opinaron que reciben un buen trato, particularmente del personal médico.
- Negligencia médica, pues menosprecian el padecimiento referido por el o la paciente y no dan el tratamiento adecuado. Una participante relató que en una ocasión consultó por

dolor abdominal intenso y no le dieron ningún analgésico, pues le dijeron que se trataba de cálculos y le dijeron que necesitaba operación quirúrgica.

- A veces en la Unidad de Salud se confunden con los exámenes de otros pacientes.
- Algunas veces no dan medicina, aunque las personas lleguen mal, con vómito o dolor intenso.
- La promotora al pesar a los niños en sus viviendas con la báscula comete error pues usa una técnica inadecuada.

La atención odontológica en niños no es considerada adecuada, ya que se produce mucho dolor y los pacientes deben incurrir en gastos elevados:

1.2.2 Fortalezas en cuanto a la atención médica de los servicios públicos del primer nivel a los que asisten las mujeres del área rural

- Tener una Unidad de Salud cerca.
- El proporcionar la medicina, lo que evita la necesidad de comprarlas.
- La medicina proporcionada es efectiva.
- El control infantil, el control de embarazo y la citología son gratuitos.
- La atención médica es de calidad.
- La existencia de brigadas que visitan a las comunidades.
- Las mujeres valoran mucho el hecho de que en algunos establecimientos existe flexibilidad en cuanto a la exigencia del pago, por ejemplo, aceptan colaboración en un monto menor a un dólar, según el paciente lo pueda aportar, o incluso proporcionan atención sin cobrar a quien no puede pagar. De la misma manera, la promotora de salud pide colaboración en monto voluntario (por ejemplo 5 o 10 centavos, e incluso, da algún medicamento, permitiendo que las personas den la colaboración en un momento posterior si no pueden hacerlo de inmediato.
- Pocas de las mujeres refirieron que en la Unidad de Salud atienden rápido.
- La higiene es buena en algunos establecimientos y la Unidad de Salud proporciona alimentos a niños en riesgo. La promotora de salud está pendiente de los problemas y necesidades de salud de las comunidades y dispone de algunos medicamentos (Acetaminofén, Ibuprofeno) para proporcionar en la comunidad a las personas que lo necesitan, aunque en cantidad limitada. Se mencionó que ella solicita colaboración voluntaria a la población para cubrir el gasto en el transporte de los medicamentos que les proporciona.
- Salud Pública hace brigadas llevando servicios a la comunidad, proporcionando servicios como consultas, controles y toma de citologías.

1.2.3 Debilidades de los servicios públicos del primer nivel de atención a que asisten las mujeres residentes del área rural en cuanto al acceso a medicamentos

- El hecho de tener que pagar un dólar para recibir medicamentos.
- La falta de medicamentos, en tal caso los pacientes reciben recetas y la adquisición de medicamentos en la farmacia representa un costo demasiado alto, casi imposible de costear, aunque una mujer consideró que en la Unidad de Salud pierde su tiempo por lo que prefiere ir a adquirir medicamentos a una farmacia.

“...A veces no hay medicina...solo la receta le da el doctor, y luego llega uno ahí a la farmacia y le dicen...“no, de esa no hay, de esa si, de esta o de esta” y solamente que uno pueda, puede comprar la medicina, pero si uno no puede mejor se queda, mejor aguantar verdad...”

- Según algunas mujeres, la medicina que hay es de poca variedad y sólo reciben pocas tabletas.
- Algunas de las mujeres consideraron que el personal de salud tiene privilegios para entregar medicamentos, ya sea a personas de la tercera edad, o a sus amistades. De modo que consideran que existen medicamentos para ciertos problemas de salud, pero que el personal no los entrega aun teniendo en existencia y los niega.
- Se mencionó que algunos medicamentos que proporciona la Unidad de Salud no son de calidad como las multivitaminas.

1.2.4 Fortalezas de los servicios públicos del primer nivel de atención en cuanto al acceso a medicamentos por parte de la población de menores ingresos

- Que proporcionan el medicamento y el costo va incluido en la consulta.
 - Disponibilidad de ciertos medicamentos, como Acetaminofén, Penicilina, Ibuprofeno (más o menos disponible), Ambroxol, Amoxicilina, suero oral, entre otras.
 - La calidad del medicamento es buena.

1.2.5 Calidad de la atención en los servicios públicos de salud del primer nivel, en comparación con aquellos del sector privado

- Algunas de las mujeres aseveraron nunca haber hecho uso de la consulta privada. Las pocas que refirieron haberlo hecho, manifestaron que hay mucha calidez en la atención privada, que muchas veces contrasta con la atención poco amable en la Unidad de Salud.
- Se considera que el proveedor privado es más eficiente y atiende mejor, y los pocos participantes que refirieron haber utilizado los servicios del ISSS refirieron que la misma situación de falta de calidez que se da en la Unidad de Salud del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social se da en los servicios del Instituto salvadoreño del Seguro Social (ISSS).
- En la Unidad de Salud se gasta menos, pues en lo privado deben pagar más por la consulta, aparte de comprar el medicamento, pagando costos demasiado altos por los medicamentos que les impide dar seguimiento al tratamiento en la consulta privada.
- En algunos casos en la consulta privada recetan medicamentos que la Unidad de Salud posee, que fuera son más caros, por lo que es mejor ir a la Unidad.
- La atención en la Unidad de Salud no siempre es de buena calidad, en tanto que no examinan, dan poco medicamento.
- En algunos casos médicos en la Unidad de Salud o en el ISSS no proporcionan atención adecuada ni el medicamento, invitando al paciente a su clínica privada o a adquirir medicamentos comprados por la Unidad de Salud, que tiene un costo mayor que la atención en la facilidad pública.

1.2.6 Calidad de los medicamentos en los servicios públicos del primer nivel de atención en comparación con aquellos del sector privado

- En opinión de las mujeres, la calidad de los medicamentos es mejor en la Unidad de Salud, dado que hay una circulación adecuada de medicamentos, retirando el medicamento vencido, lo cual no sucede en lo privado, donde con frecuencia venden medicamentos vencidos. No obstante, se encontró controversia en este punto, pues algunas consideraron que el medicamento de la Unidad de Salud tiende a ser genérico, lo que asocian con una menor calidad, que el medicamento que recetan en la farmacia es más eficaz, pero encuentran que es de difícil acceso económico; y otras no encuentran diferencia entre el medicamento de la Unidad de Salud y el de farmacias privadas.

1.2.7 Necesidades de atención en salud no satisfechas por los servicios públicos del primer nivel de atención

- Falta de ambulancia disponible las 24 horas, pues toma tiempo llegar al hospital.
- Falta de equipos o instrumentos.
- No atienden partos ni cirugías.
- Enfermedades cuando están graves como el dengue o la diarrea, las personas son referidas al hospital. Otras enfermedades graves, en general porque no tienen medicamentos ni equipos.
- No realizan todos los exámenes y aquellos que sí hacen, sólo los hacen un día a la semana.

1.2.8 Necesidades de medicamentos no satisfechas por los servicios públicos del primer nivel de atención

- Algunas de las mujeres tienden a considerar suficiente o aceptable la variedad de medicamentos existentes en la Unidad de Salud, aunque otras pocas consideraron que ésta es limitada, particularmente en medicamentos para enfermedades como la hiperlipidemia (elevación de grasas en la sangre) la diabetes, o los padecimientos de vías urinarias.

1.2.9 Opiniones sobre cómo se podría solucionar el problema de la atención médica

- Que hubiese servicio de FOSALUD en la localidad, disponible las 24 horas y en fines de semana, pues por su pobreza, se les dificulta el pago de transporte para buscar atención fuera de su localidad por la noche, o que en la Unidad de Salud atendiesen las 24 horas. Refieren que ya han tenido situaciones de emergencia como el parto y no encuentran acceso a transporte.
- Aseveran que al ser referidos al hospital no son atendidos aunque estén graves, haciéndoles esperar demasiado tiempo, y que al igual que en la Unidad de Salud deben pagar por el medicamento y las inyecciones.
- Que hubiera más médicos, más atención y más medicamentos de mayor variedad.
- Cambiando al personal de salud, pues consideran que existe discriminación y prepotencia en el trato a los pacientes por su condición de pobreza.

1.2.10 Opiniones sobre cómo resolver las necesidades insatisfechas en cuanto a medicamentos

- Evitar el desabastecimiento de medicamentos, con gestión oportuna.
- Que se lleve un control adecuado (insinúan que por una persona honesta o correcta)
- Que haya supervisión externa, no sólo para la administración de los medicamentos, sino de la atención en general. Dicha supervisión debería evaluar también el desempeño del promotor (a) de salud, asegurándose que cumpla con su horario y haga sus visitas domiciliarias.

1.2.11 Opinión sobre si las personas estuviesen dispuestas a pagar por los servicios de atención médica y medicamentos que solucionen sus necesidades insatisfechas

- No lo consideran viable por considerar que no se dispone de recursos económicos para comprar medicamentos. Prefieren, en su lugar dar un aporte económico a la promotora de salud -quien en algunas oportunidades les ha llevado medicamentos a sus hogares, pidiendo colaboración voluntaria de un monto muy bajo (\$0.05 o \$0.10) para el gasto de transporte- a fin de que si no hay medicamentos en la Unidad ella pueda llevarlos a la comunidad al haber existencias.

1.2.12 Opiniones sobre quiénes serían actores clave para solucionar los problemas de falta de atención médica

- Sugieren a una persona estricta que ponga orden en la labor de la Unidad en cuanto a que se respete el horario de atención y a que no se discrimine a los pacientes.
- En cuanto a la provisión de salud mencionan a la promotora, la enfermera u otras personas que da atención en consulta médica, aunque esto fue contradicho por otras mujeres que consideran que debe ser el médico quien de la consulta.
- Consideran que el Estado es el llamado a mejorar la situación. Por otra parte, que se forme una especie de comisión de personas de la localidad que supervise la situación del servicio de salud.

1.2.13 Opiniones sobre quién consideran las participantes que podría solucionar los problemas de falta de medicamentos

- Las mujeres no consideran una opción accesible el comprar medicamentos en la farmacia dado su extremadamente limitado poder adquisitivo. Incluso refieren que a veces no disponen de \$0.30 para adquirir una Alka – Seltzer, una Tabacín u otra pastilla. Además no confían en la calidad de los medicamentos que les venden pues ocasionalmente han adquirido medicamentos vencidos, particularmente personas que no saben leer.
- No obstante, algunas pocas de las mujeres consideraron que la farmacia puede resolver cuando no se encuentran medicinas en las unidades de salud, dado que los medicamentos pueden necesitarse de modo urgente, asegurando que las familias tendrán que buscar la forma de poder pagar aunque no tengan dinero. Otra señora refirió que en raras ocasiones buscan en la farmacia algún medicamento que en el pasado les ha dado buenos resultados, pero refieren que eso lo hacen con ellas mismas, no con sus hijos.

- Las mujeres tendieron a proponer opciones, siempre partiendo del hecho de que sea las unidades de salud las que proporcionen los medicamentos:
- Consideran que en la farmacia pueden adquirir productos que no obtienen en la Unidad de Salud como alcohol para frotar en áreas que les duelen, pero tienen dudas de que en la farmacia el personal dependiente pueda recomendarles los medicamentos apropiados.
- Consideran no apropiado el adquirir medicamentos en el mercado, fuera de las farmacias.
- Algunas de las mujeres aseveraron utilizar medicina natural como plantas medicinales, y además expresaron tener cierta confianza en médicos naturistas.
- Las mujeres señalaron al Estado y al MSPAS como responsable de resolver la problemática. Luego consideraron que las ONG pueden colaborar y que las alcaldías, como autoridad principal son las llamadas a “hacer algo por el pueblo”, pero que en algunos casos éstas últimas prestan muy poca colaboración.
- Otras autoridades locales mencionadas como las llamadas a colaborar para resolver este problema incluyen: el sacerdote, el juez, el director de escuela, y el director de la Unidad de Salud. Se sugiere la conformación de un comité.

1.3 Participantes

A continuación se presenta los nombres (sin apellidos) de las personas que participaron en los tres grupos focales de mujeres del área rural y el criterio de selección utilizado:

Cuadro 3. Participantes de grupos focales realizados entre mujeres residentes de Paraíso de Osorio, Departamento de La Paz y Monte San Juan, Departamento de Cuscatlán y criterio de selección

	Nombre	Sector	Criterio de selección
1	Petrona	Mujeres área rural Paraíso de Osorio, Departamento de La Paz	Habitante de municipio catalogado en pobreza severa
2	María Otilia	Mujeres área rural Paraíso de Osorio, Departamento de La Paz	Habitante de municipio catalogado en pobreza severa
3	Blanca Edith	Mujeres área rural Paraíso de Osorio, Departamento de La Paz	Habitante de municipio catalogado en pobreza severa
4	Ana Celia	Mujeres área rural Paraíso de Osorio, Departamento de La Paz	Habitante de municipio catalogado en pobreza severa
5	Rosario	Mujeres área rural Paraíso de Osorio, Departamento de La Paz	Habitante de municipio catalogado en pobreza severa
6	Sandra	Mujeres área rural Paraíso de Osorio, Departamento de La Paz	Habitante de municipio catalogado en pobreza severa
7	Ana Delmy	Mujeres área rural Paraíso de Osorio, Departamento de La Paz	Habitante de municipio catalogado en pobreza severa

	Nombre	Sector	Criterio de selección
8	María	Mujeres área rural Paraíso de Osorio, Departamento de La Paz	Habitante de municipio catalogado en pobreza severa
9	Rosibel	Mujeres área rural Paraíso de Osorio, Departamento de La Paz	Habitante de municipio catalogado en pobreza severa
10	Adela	Mujeres área rural Monte San Juan, Departamento de Cuscatlán	Habitante de municipio catalogado en pobreza severa
11	Cristina	Mujeres área rural Monte San Juan, Departamento de Cuscatlán	Habitante de municipio catalogado en pobreza severa
12	Irma	Mujeres área rural Monte San Juan, Departamento de Cuscatlán	Habitante de municipio catalogado en pobreza severa
13	Alicia	Mujeres área rural Monte San Juan, Departamento de Cuscatlán	Habitante de municipio catalogado en pobreza severa
14	María	Mujeres área rural Monte San Juan, Departamento de Cuscatlán	Habitante de municipio catalogado en pobreza severa
15	Irene	Mujeres área rural Monte San Juan, Departamento de Cuscatlán	Habitante de municipio catalogado en pobreza severa
16	Angélica	Mujeres área rural Monte San Juan, Departamento de Cuscatlán	Habitante de municipio catalogado en pobreza severa
17	Marina	Mujeres área rural Monte San Juan, Departamento de Cuscatlán	Habitante de municipio catalogado en pobreza severa
18	María Lorena	Mujeres área rural Monte San Juan, Departamento de Cuscatlán	Habitante de municipio catalogado en pobreza severa
19	Martina	Mujeres área rural Monte San Juan, Departamento de Cuscatlán	Habitante de municipio catalogado en pobreza severa
20	María Lety	Mujeres área rural Monte San Juan, Departamento de Cuscatlán	Habitante de municipio catalogado en pobreza severa
21	María Elena	Mujeres área rural Monte San Juan, Departamento de Cuscatlán	Habitante de municipio catalogado en pobreza severa
22	Felícita	Mujeres área rural Monte San Juan, Departamento de Cuscatlán	Habitante de municipio catalogado en pobreza severa
23	Juana	Mujeres área rural Monte San Juan, Departamento de Cuscatlán	Habitante de municipio catalogado en pobreza severa

	Nombre	Sector	Criterio de selección
24	Luz de María	Mujeres área rural Monte San Juan, Departamento de Cuscatlán	Habitante de municipio catalogado en pobreza severa
25	Rosa Nerida	Mujeres área rural Monte San Juan, Departamento de Cuscatlán	Habitante de municipio catalogado en pobreza severa
26	Delma	Mujeres área rural Monte San Juan, Departamento de Cuscatlán	Habitante de municipio catalogado en pobreza severa
27	Claudia	Mujeres área rural Monte San Juan, Departamento de Cuscatlán	Habitante de municipio catalogado en pobreza severa
28	Lucía	Mujeres área rural Monte San Juan, Departamento de Cuscatlán	Habitante de municipio catalogado en pobreza severa
29	Ivón	Mujeres área rural Monte San Juan, Departamento de Cuscatlán	Habitante de municipio catalogado en pobreza severa

2 Grupo focal de mujeres de comunidades urbano- marginales de San Salvador

2.1 Resumen

El siguiente cuadro resume los hallazgos del grupo focal:

Cuadro 4. Opiniones de mujeres residentes en comunidades urbano-marginales de San Salvador en torno a distintos tópicos sobre los servicios de salud y medicamentos que reciben en el primer nivel de atención

Tópico	Servicios de salud	Medicamentos
Debilidades de los servicios públicos del primer nivel de atención	<ul style="list-style-type: none"> • Tratan mal a veces, principalmente las enfermeras, a las personas que llegan a la consulta • A veces no atienden rápido; Hacen reuniones en tiempos en que deberían estar atendiendo • Hay mucha demora en despachar el medicamento 	<ul style="list-style-type: none"> • Muchos medicamentos no son de calidad • Poca variedad en existencia(casi sólo les dan Acetaminofén, Ambroxol e Ibuprofeno) • En muchas ocasiones sólo dan receta médica
Fortalezas de los servicios públicos del primer nivel de atención	<ul style="list-style-type: none"> • Hay algunos médicos que tratan bien a las pacientes • Atienden las 24 horas al día en FOSALUD. 	<ul style="list-style-type: none"> • Proporcionan medicamentos • Generalmente hay Acetaminofén, Ambroxol e Ibuprofeno Proporcionan

Tópico	Servicios de salud	Medicamentos
		medicamentos de calidad, particularmente para diabetes
Calidad de consulta y medicamento de los servicios públicos del primer nivel de atención comparados con el sector privado	<ul style="list-style-type: none"> • En la consulta privada el médico toma más tiempo para hacer un examen más minucioso y preguntar ; en la Unidad de Salud la atención es apresurada y “no los voltea a ver a la cara” • Aunque hay personal que ha sido bueno en la consulta pública y personas que eran malas en la consulta privada, pero existe mejor atención en la consulta privada porque se paga. 	<ul style="list-style-type: none"> • Da lo mismo ir al proveedor privado porque no tienen dinero para ir a comprar los medicamentos recetados y no los compran. • Los medicamentos de la Unidad de Salud tienen calidad inferior, pues ésta depende de los laboratorios que no siempre es adecuada • En la consulta privada a veces les dan la receta y a veces es un poquito mas caro pero muchas veces es efectivo.
Problemas que los servicios públicos del primer nivel de atención no pueden resolver	<ul style="list-style-type: none"> • Emergencias • Cirugías • Rayos X (salvo Santa Anita). No pueden hacer cosas complicadas, las refieren. 	<ul style="list-style-type: none"> • En general sólo hay Acetaminofén, Ambroxol e Ibuprofeno y se da el caso de que necesiten otros medicamentos, pero la mayoría de ocasiones sólo les dan la receta
Propuestas de solución al problema de atención medica	<ul style="list-style-type: none"> • . haciendo Hacer conciencia a los médicos • 3. Que el personal de salud esté supervisado • Que no se haga las reuniones de personal a las horas de consulta 	<ul style="list-style-type: none"> • Que compren más medicamentos. • Que revisen si los medicamentos que tienen son adecuados para el perfil epidemiológico
Opinión sobre actores clave para solucionar el problema de la atención medica y de falta de medicamentos	<ul style="list-style-type: none"> • El Presidente • El Ministro de Salud • La población 	<ul style="list-style-type: none"> • El Ministro de salud • Las personas, cuidando su salud a través de hábitos adecuados • Se podría aportar si disminuyeran los precios y dieran bonos para de descuento

Tópico	Servicios de salud	Medicamentos
Opinión sobre si estuviesen dispuestas a pagar por los servicios médicos y de medicamentos	<ul style="list-style-type: none"> Tienen la disposición pero no tienen dinero, están dispuestas a sacrificar otras cosas como la alimentación de la quincena y otras necesidades, muchas veces tienen que pedir dinero prestado para pagar una consulta. 	<ul style="list-style-type: none"> Tienen que pedir prestado para comprar medicamentos y en muchas ocasiones en que se vuelven a enfermar sólo se encomiendan a Dios.

Fuente: Grupos focales realizados entre mujeres residentes en comunidades urbano-marginales del departamento de San Salvador, octubre de 2007.

2.2 Resultados

2.2.1 Debilidades en cuanto a la atención médica de los servicios públicos del primer nivel a los que asisten las mujeres del área urbano-marginal

- Tiempos de espera prolongados
- Maltrato a las pacientes, por parte del personal
- Las pacientes se sienten acosadas sexualmente algunas veces.
- Falta de continuidad en el personal médico que lleva los controles subsecuentes.
- No hay una atención por necesidades, si existen varios enfermos de la misma familia escogen uno, de preferencia niños y los demás se quedan sin atención.
- **Maltrato a pacientes.**

2.2.2 Fortalezas en cuanto a la atención médica de los servicios públicos del primer nivel a los que asisten las mujeres del área urbano-marginal

- Existe personal en las unidades de salud que es cálido con los pacientes, y ellos se sienten bien atendidos.
- Extensión de la cobertura con FOSALUD.
- Asignación de lugar único de consulta con el ISSS

2.2.3 Debilidades de los servicios públicos del primer nivel de atención a que asisten las mujeres residentes en comunidades urbano-marginales en cuanto al acceso a medicamentos

- Desabastecimiento de medicamentos en las Unidades de salud.
- Trato preferencial para las amistades y los parientes del personal.
- Entregan medicamentos vencidos.
- Percepción de mala calidad de los medicamentos.
- Tratamiento no integral de las patologías.
- Medicamentos incompletos.

2.2.4 Fortalezas de los servicios públicos del primer nivel de atención en cuanto al acceso a medicamentos por parte de la población de menores ingresos

- Tratan adecuadamente patologías como diabetes mellitus.
- Percepción de que algunos antibióticos son de buena calidad
- Percepción de que la terapia respiratoria es adecuada, y efectiva.
- Controles de embarazo con las multivitaminas y el hierro completo

2.2.5 Calidad de la atención en los servicios públicos de salud del primer nivel, en comparación con aquellos del sector privado

- Se considera mejor en el sistema público. Sin embargo refieren que hay buenos médicos en lo público también. La rapidez en la atención en los privados.
- Menor tiempo de espera para pasar con el o la médica.
- Consulta medica poco integral, y sin darle tiempo de calidad al paciente.
- Falta de confianza en las medidas higiénicas de bioseguridad del servicio de salud.
- Poca confianza en el manejo de los resultados de las citologías y otros exámenes.
- Muy prolongado el período de espera para los resultados (cinco meses en promedio)

2.2.6 Calidad de los medicamentos en los servicios públicos del primer nivel de atención en comparación con aquellos del sector privado

- Percepción de tratamiento más efectivo en lo privado, aunque las medicinas son más caras, pero el médico/a, les regala parte de las muestras medicas. Las medicina es percibida como más eficaz que en una Unidad de Salud o en un seguro.

2.2.7 Necesidades de atención en salud no satisfechas por los servicios públicos del primer nivel de atención

- Hacer una cirugía, operación de los ojos, trasplantes.
- Emergencias
- Exámenes para detectar tuberculosis

2.2.8 Necesidades de medicamentos no satisfechas por los servicios públicos del primer nivel de atención

- Percepción del uso indiscriminado de los mismos fármacos.
- Desabastecimiento de medicamentos.

2.2.9 Opiniones sobre cómo se podría solucionar el problema de la atención médica

- Seleccionar bien al personal de las unidades de salud.
- Desarrollar capacitaciones para hacerles conciencia de la calidez con que se tiene que tratar a los pacientes.
- Cumplimiento de horarios de trabajo.
- Que cambien los horarios de reuniones para que no afectaran los horarios de las consultas.
- Necesidad de calidez y calidad y de supervisar que se desarrolle.

2.2.10 Opiniones sobre cómo resolver las necesidades no satisfechas en cuanto a medicamentos

- Que tengan medicamentos para todas las enfermedades que consultan.
- Mejorar la calidad de los medicamentos, y la variedad.

2.2.11 Opinión sobre si las personas estuviesen dispuestas a pagar por los servicios de atención médica y medicamentos que solucionen sus necesidades insatisfechas

Problemas de disponibilidad de dinero, los que convierte una emergencia no resuelta en un evento propiciador del caos económico.

Formas de adquirir las medicinas, (que hacen si tiene que comprarlas)

- No compran los tratamientos completos, reúnen entre toda la familia el dinero para afrontar la necesidad, o recurren a la medicina natural, o simplemente no le dan nada.
- En las farmacias recetan, promocionan medicamentos de acuerdo al interés del vendedor o del dueño de la farmacia, hay farmacias más económicas que otras.

2.2.12 Opiniones sobre quiénes serían actores clave para solucionar los problemas de falta de atención médica

- Se mencionó al gobierno, al Ministro de salud y la población.

2.2.13 Opiniones sobre quiénes serían actores clave para solucionar los problemas de falta de medicamentos

- El gobierno
- El Ministro de salud
- El presidente
- Los médicos
- Más controles para evitar la fuga de medicamentos (corrupción).
- Mejorar la gestión de medicamentos.
- Disminuir el costo de los medicamentos con ordenes de descuento

2.3 Participantes

A continuación se presenta los nombres (sin apellidos) de las personas que participaron en el grupo focal de mujeres del área urbano-marginal y el criterio de selección utilizado.

Cuadro 5. Participantes de grupos focales realizados entre mujeres residentes de comunidades urbano-marginales de San Salvador y criterio de selección

	Nombre	Sector	Criterio de selección
1	Eria	Mujeres, comunidad urbano marginal, Departamento de San Salvador	Mujer residente de zona de extrema pobreza
2	Johanna	Mujeres, comunidad urbano marginal, Departamento de San Salvador	Mujer residente de zona de extrema pobreza

	Nombre	Sector	Criterio de selección
3	Victoria	Mujeres, comunidad urbano marginal, Departamento de San Salvador	Mujer residente de zona de extrema pobreza
4	María	Mujeres, comunidad urbano marginal, Departamento de San Salvador	Mujer residente de zona de extrema pobreza
5	Silvia	Mujeres, comunidad urbano marginal, Departamento de San Salvador	Mujer residente de zona de extrema pobreza
6	Rosa María	Mujeres, comunidad urbano marginal, Departamento de San Salvador	Mujer residente de zona de extrema pobreza
7	Ana Isabel	Mujeres, comunidad urbano marginal, Departamento de San Salvador	Mujer residente de zona de extrema pobreza
8	Susana Esther	Mujeres, comunidad urbano marginal, Departamento de San Salvador	Mujer residente de zona de extrema pobreza
9	Brenda	Mujeres, comunidad urbano marginal, Departamento de San Salvador	Mujer residente de zona de extrema pobreza
10	Claudia	Mujeres, comunidad urbano marginal, Departamento de San Salvador	Mujer residente de zona de extrema pobreza
11	Juana	Mujeres, comunidad urbano marginal, Departamento de San Salvador	Mujer residente de zona de extrema pobreza
12	María	Mujeres, comunidad urbano marginal, Departamento de San Salvador	Mujer residente de zona de extrema pobreza

3 Grupos Focales de trabajadores(as) de farmacias

A continuación se presenta los resultados obtenidos de los dos grupos focales desarrollados entre personas que laboran en farmacias, en su mayoría, y algunos pocos son propietarios de farmacias o vendedores de medicamentos en puestos del mercado (ver cuadro al final del presente apartado). Un grupo se desarrolló en Cojutepeque y el otro en Zacatecoluca.

3.1 Resumen

El siguiente cuadro resume los hallazgos de los grupos focales:

Cuadro 6. Opiniones de trabajadores(as) de farmacias y vendedores(as) de medicamentos en torno a distintos tópicos sobre los servicios de salud y medicamentos que recibe la población en extrema pobreza en el primer nivel de atención

Tópico	Servicios de salud	Medicamentos
Debilidades de los servicios públicos del primer nivel de atención	<ul style="list-style-type: none"> • Cobros por la atención, que aunque se cobra menos que en el sector privado, siempre se hace. • Aunque se tiene personal médico calificado y con buena voluntad, se carece de los medio adecuados • Limitaciones de tiempo para dar atención de calidad a los pacientes, tanto en las unidades del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social como en las del Instituto Salvadoreño del Seguro Social 	<ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos no son de calidad • Hay escasez de medicamentos, se encuentra más medicamentos en el mercado • Falta variedad, incluso en el Instituto Salvadoreño del Seguro Social • En ocasiones se dan fugas o desperdicios de medicamentos por vencimiento en las bodegas
Fortalezas de los servicios públicos del primer nivel de atención	<ul style="list-style-type: none"> • Se tuvo bastante consenso en que casi no hay fortalezas en las unidades de salud, a excepción de la infraestructura y la accesibilidad, dado que en algunas se tiene disponibilidad las veinticuatro horas 	<ul style="list-style-type: none"> • Las fortalezas encontradas fueron pocas, tal como que la gente se beneficia de los medicamentos que existen en las unidades de salud
Calidad de consulta y medicamento de los servicios públicos del primer nivel de atención comparados con el sector privado	<ul style="list-style-type: none"> • La calidad de atención del sector privado es mejor que aquella de la Unidad de Salud debido a que dedican más tiempo y más calidez a los pacientes, aunque también se hace esperar al paciente • En los servicios públicos en ocasiones maltratan a los pacientes • El personal médico puede tener la buena intención de dar buena atención pero tiene limitaciones, particularmente por las exigencias de producción 	Aquellos que se proporciona en unidades de salud son de calidad inferior a otros de ciertas casas comerciales.
Problemas que los servicios públicos del primer nivel de atención no pueden resolver	<ul style="list-style-type: none"> • Existe una gran demanda, y poco personal • Se carece de atención especializada • No hay equipos adecuados 	<ul style="list-style-type: none"> • No se tiene medicamentos, se entrega a los pacientes sólo la receta, ello no resuelve su problema
Propuestas de solución al problema de atención medica	<ul style="list-style-type: none"> • Que se incremente el personal de salud así como sus salarios • Auditoría, mejor control y supervisión en los servicios 	<ul style="list-style-type: none"> • Supervisión y control en el manejo de los medicamentos • Que el estado pueda subsidiar los medicamentos que las Unidades de Salud no posean, a través de la compra de medicamento

Tópico	Servicios de salud	Medicamentos
		por el paciente en las farmacias.
Opinión sobre actores clave para solucionar el problema de la atención médica y de falta de medicamentos	<ul style="list-style-type: none"> • Dios • El Estado • El Ministerio de Salud • La población, la cual debería de exigir más sus derechos, aunque sea difícil 	<ul style="list-style-type: none"> • Las farmacias • Los comités de salud de las unidades de salud
Opinión sobre si la población de menores ingresos estaría dispuesta a pagar por los servicios médicos y de medicamentos	<ul style="list-style-type: none"> • Tienen poco poder adquisitivo, por lo cual hacen esfuerzos y sacrificios grandes para cubrir sus necesidades hasta donde sea posible, aun sacrificando otras necesidades fundamentales como la alimentación 	

Fuente: Grupos focales realizados entre trabajadores de farmacias y ventas de medicamentos, Cojutepeque, departamento de Cuscatlán y Zacatecoluca, departamento de La Paz, octubre de 2007.

Resultados

3.2.1 Debilidades del primer nivel de atención en los servicios públicos brindados a las personas de menores ingresos

- Cobros por los servicios, pues siempre cobran un dólar por la atención.
- Maltrato al paciente, discriminación de parte del personal, particularmente en el área de recepción de pacientes, eso fomenta que la población acuda a curanderos o sobadores.
- Escasos recursos, pues hay pocas unidades de salud y con horarios limitados, lo que no es adecuado para las personas que viven en cantones retirados.
- En el caso del ISSS se aseveró que pacientes que son derechohabientes compran medicamentos en el mercado al no recibirlos en los servicios salud de la institución.
- Consideran que el médico no prescribe el medicamento adecuado y se tiene la sospecha de que ello se deba a que se apega al cuadro básico de que dispone en la Unidad de Salud, prescribiendo sólo medicamento del que se dispone en la unidad.
- La Unidad de Salud no está ubicada en sitio de fácil accesibilidad para la población.
- Hay poco personal, de modo que no sólo el personal médico atiende la consulta.
- En FOSALUD hay poco personal médico en relación con la demanda de consulta.
- Falta puntualidad de parte del personal médico, lo que reduce el tiempo destinado a la consulta.
- No se practica la medicina preventiva, sólo la curativa.
- Las Unidades de Salud de los lugares más cercanos (a la ciudad) son las mejor equipadas tienen más personal y recursos (las otras no).
- Algunos médicos dan prescripciones erróneas sobre la vía de administración del medicamento.
- En las unidades de salud niegan la atención a pacientes que no van graves.
- En las unidades de salud niegan la atención a pacientes que no pueden dar la colaboración, y se tiene privilegios con allegados del personal que reciben mejor atención.

3.2.2 Fortalezas del primer nivel de atención en los servicios públicos proporcionados a las personas de menores ingresos

- La ubicación de las unidades de salud
- La accesibilidad en el caso de las que atienden emergencias las 24 horas.
- Que dan referencia para el hospital.
- La infraestructura.
- El personal a veces tiene la buena intención de ayudar.

3.2.3 Debilidades de los servicios públicos del primer nivel de atención en cuanto a proporcionar los medicamentos a la población de menores ingresos

- Escasez de medicamentos en las unidades de salud.
- La calidad de medicamentos que se da en las unidades de salud es considerada inferior o dudosa.
- Consideran que no tienen medicamentos para niños, que les dan de los mismos de adultos.
- En el ISSS tampoco dan los medicamentos que los derecho habientes necesitan por lo que algunos optan por no asistir y comprar medicamentos fuera.
- Son más baratos los medicamentos que venden en el mercado por lo que hay personas que prefieren comprarlos ahí.
- Los costos de los medicamentos recetados son demasiado altos, lo que genera preocupación en la población. Hay personas que en la Unidad de Salud sólo recibe la receta y tiene que comprar los medicamentos.
- Existe fuga de medicamentos del MSPAS y del ISSS hacia el mercado negro, y ese medicamento no es conservado en condiciones adecuadas, tal es el caso de medicamentos como la insulina cuyo almacenamiento requiere de refrigeración.
- Los altos precios de los medicamentos de marca, que son los considerados de calidad por los participantes, hacen que las personas sólo compren parte del tratamiento.
- Los trabajadores de farmacias aseveran que tanto la Unidad de Salud como Bienestar Magisterial y el ISSS a veces no tienen los medicamentos y dan recetas a los pacientes a fin de que adquieran los medicamentos en la farmacia privada, pero la gente no compra completo el tratamiento por su alto costo.
- El MSPAS clasifica los medicamentos por niveles, hay medicamentos que para ser utilizados por las unidades de salud, y otros que sólo para otro nivel o de especialidad, esto en opinión de participantes hace que la Unidad de Salud siempre pase desabastecida y que la gente no tenga acceso a medicamento, o que estando los medicamentos –por ejemplo Diclofenaco- en bodega se recete sólo de otros como el Acetaminofén- y después se venza el más caro.
- Existe monopolio en la industria farmacéutica, pues aseveran que sólo son 9 laboratorios en el país de donde se surten todas las farmacias, y el Ministerio hace compras millonarias a nivel central, lo que reduce costos, pero no siempre compra medicamentos de calidad, si no que muchas veces productos genéricos, sólo ocasionalmente los Sistemas Básicos de Salud Integral (SIBASI) hacen compras aisladas de medicamentos de mayor calidad.

3.2.4 Fortalezas de los servicios públicos del primer nivel de atención en cuanto al acceso a medicamentos por parte de la población de menores ingresos

- Sólo mencionaron el proporcionar las vacunas a los niños y la vacuna contra el tétanos que ofrecen a los adultos, ellos y ellas consideran que es algo positivo y que se puede confiar en su calidad. Algunos pocos consideran que los escasos medicamentos de que se dispone, aun siendo genéricos en su mayoría tienen la misma calidad que los de marca, aunque la mayoría de participantes no comparte tal opinión.

3.2.5 Calidad de la atención en los servicios públicos de salud del primer nivel, en comparación con aquellos del sector privado

- Expresan tener muy poca confianza en la calidad de atención y en los medicamentos de la Unidad de Salud. No obstante, en ocasiones asisten por si tienen suerte de recibir algo que les resuelva su problema sin necesidad de ir a gastar a lo privado, donde consideran que la calidad es mejor.
- En los servicios privados los médicos dedican más tiempo al paciente que en los públicos porque les están pagando directamente, y no se pierde tanto tiempo como en los públicos, donde además se necesita madrugar para que le atiendan -aunque hubo un poco de contradicción, pues se aseveró que en la clínica privada también le dan cita y le piden que espere; pero se aseguró que los bajos salarios de la población no permiten que la gente tenga acceso a los servicios privados. Se mencionó que la población tiene, entonces, las alternativas de la Unidad de Salud, los curanderos y la farmacia.
- El trato y el aseo del lugar son mejores en el sector privado que en el público. Una participante comentó que en una ocasión en que visitó una Unidad de Salud, le fue negada la atención por no presentar su documento de identificación personal.
- En las unidades de salud del MSPAS y del ISSS hacen esperar al paciente para atenderle, entre otras cosas, porque son muchos los pacientes siendo la atención de menor calidad, y la actitud del personal hacia los pacientes no es buena.
- Algunos pocos de los participantes aseveran que la atención es igual en la clínica pública que en la privada.

3.2.6 Calidad de los medicamentos en los servicios públicos del primer nivel de atención en comparación con aquellos del sector privado

- Se aseveró que en la Unidad de Salud el médico se acopla a un cuadro básico de medicamentos, los cuales, por lo general son nacionales y a veces no son de laboratorios reconocidos, y consecuentemente la calidad es menor, teniendo ventaja el médico privado de poder optar por otros medicamentos de mejor calidad.
- En general, consideran mejor la calidad del medicamento que se adquiere en las farmacias, ya que los que tiene la Unidad de Salud son de los más baratos, en tanto que en las farmacias se encuentran de mejores marcas; aunque alguien contradijo aseverando que los medicamentos proceden de los mismos laboratorios que surten a las farmacias entonces es la misma calidad que llega a las clínicas y que llegan a la farmacia.
- Las personas suelen identificar los medicamentos que les hacen bien para determinado problema, que les han sido prescritos en ocasiones anteriores, se automedican adquiriendo estos medicamentos en la farmacia.
- También se mencionó que en las unidades a veces dan medicamentos que ya están por vencerse.

3.2.7 Necesidades de atención en salud no satisfechas por los servicios públicos del primer nivel de atención

- Se hizo alusión a la falta de idoneidad de quienes administran los servicios de salud, como un factor clave en la problemática de acceso a medicamentos, pues no necesariamente se tiene en la administración al personal idóneo.
- En la opinión de algunos participantes, aunque el personal de salud tenga calidad humana, la misma presión de trabajo hace que no den atención de calidad.
- Se cuestiona la experticia del personal médico de las unidades de salud en la prescripción adecuada de medicamentos, señalando que en ocasiones se prescribe medicamentos en dosis equivocadas, particularmente a niños, o no se indaga sobre alergias a medicamentos.

- Los problemas señalados por los participantes como aquellos que las unidades de salud no resuelven fueron los de especialidades médicas, como de cardiología, otorrinolaringología, etc. o problemas que requieren de tratamientos y equipos especiales.

3.2.8 Necesidades de medicamentos no satisfechas por los servicios públicos del primer nivel de atención

- Se mencionó que no se tiene medicamentos, y que se entrega a los pacientes únicamente la receta, con lo cual no se resuelve su problema. Aunado a ello aseguran que en las unidades de salud no se tiene el personal idóneo ni equipos para ciertos problemas de salud, y que en algunos servicios se tiene médicos practicantes

3.2.9 Opiniones sobre cómo se podría solucionar el problema de la atención médica

- Recomiendan que se tenga personas con capacidad de administración en los servicios de salud a fin de mejorar la calidad en la atención y el acceso a medicamentos.
- Que la persona responsable del servicio solicite los medicamentos adecuados para las especialidades que se atiende al hacer los pedidos.

“Que dotaran a las unidades de salud de medicina y ampliar los horarios de atención porque la enfermedad no va a estar de seis de la mañana a cuatro de la tarde... y dotarle de por lo menos de lo básico, medicamentos.”

- Que se exonere de pago a las personas que no puedan pagar.
- Que contrate suficiente personal médico para las Unidades de Salud a fin de atender la demanda, particularmente en la atención a los niños y de especialidades como para atención a pacientes cardíacos, y que se le aumente el salario a dicho personal.
- Que se disponga de exámenes adecuados para los pacientes.

3.2.10 Opiniones sobre cómo resolver las necesidades insatisfechas en cuanto a medicamentos

- Se considera que hay mal manejo de los medicamentos existentes, que existe burocracia, fugas y desperdicios pues en ocasiones los medicamentos vencen en las bodegas, por lo que se sugirió un mejor control al respecto. Se recomendó además la previsión y planificación a fin de hacer los pedidos oportunamente y que éstos se basen en las necesidades detectadas o previstas, como en el caso de enfermedades que se incrementan en ciertas épocas del año. Además se recomendó que se incremente el presupuesto destinado a la compra de medicamentos.
- Enfatizaron que la salud es un derecho que no se está cumpliendo, pues hay población con problemas de salud no resueltos, por ejemplo, personas en refugios que padecen de disenterías, micosis (hongos en la piel), etc.

3.2.11 Opinión sobre si las personas estuviesen dispuestas a pagar por los servicios de atención médica y medicamentos que solucionen sus necesidades insatisfechas

- En la discusión se tuvo un poco de controversia, dominando la postura de que la gente hace sacrificios grandes para tener acceso a servicios y medicamentos y que se limita dados los recursos escasos, pero también algunos consideran que hay personas que aun viviendo en pobreza tienen ingresos, sobre todo provenientes de remesas, que les dan acceso a ciertos servicios y medicamentos, aseverando además que la gente debe darle más valor a cuidar de su salud sobre otros bienes.

“Estarían dispuestos, pero no pueden por la situación, si no tienen nada para comer..., hay gente que están sobreviviendo con un dólar al día... tienen que ahorrar por lo menos tres meses para poder pagar una consulta y los medicamentos, ¿entonces?”

“Con este sistema de desempleo, dudo”.

“Yo en mi caso personal en donde yo trabajo hay gente que si, aunque sea pobrecita pero como dicen: no me quiero morir”.

“Aunque sea prestando”.

3.2.12 Opinión sobre quién creen los y las participantes que podría solucionar estos problemas de falta de atención médica

- Se sugiere evaluación del proceso de atención en los servicios públicos de salud.
- Se señaló que el Ministerio de Salud no permite que los médicos de las unidades den recetas a pacientes cuando los medicamentos no se tienen en la farmacia de la unidad, por lo que los médicos anotan la prescripción en papeles en blanco para que el paciente los lleve a la farmacia privada.
- Proponen que el Estado subsidie medicamentos, que defina un grupo de “medicamentos esenciales” a fin de que puedan ser adquiridos en las farmacias privadas por los pacientes cuando la Unidad de Salud no tenga el medicamento. Se podría designar algunas farmacias por cada lugar, para que la gente pueda tener acceso a los medicamentos que el ministerio no compra o compra con limitación.
- Sugieren además la entrega de **bonos de descuento** para que el paciente obtenga medicamentos en la farmacia privada a un precio muy reducido.
- Aseveraron que los costos de producción de los medicamentos son bajos y que en la actualidad los laboratorios se exceden con altos precios por lo que sugieren mayor control hacia ellos.

3.2.13 Opiniones sobre quién consideran las participantes que podría solucionar los problemas de falta de medicamentos

- Se señaló que Dios, el Estado y el MSPAS deben dar solución al problema, particularmente adjudicando más presupuesto y supervisando el funcionamiento de las unidades de salud, evitando la corrupción y controlando más.

Participantes

A continuación se presenta los nombres (sin apellidos) de las personas que participaron en los dos grupos focales del sector farmacia y el criterio de selección utilizado:

Cuadro 7. Participantes de grupos focales realizados entre trabajadores(as) de farmacias y criterio de selección

	Nombre	Sector	Criterio de selección
1	Guadalupe	Farmacia, Cojutepeque, Departamento de Cuscatlán	Labora en Farmacia que atiende a población en extrema pobreza
2	Delmy	Farmacia, Cojutepeque, Departamento de Cuscatlán	Labora en Farmacia que atiende a población en extrema pobreza

	Nombre	Sector	Criterio de selección
3	Francisco	Farmacia, Cojutepeque, Departamento de Cuscatlán	Propietario de Farmacia que atiende a población en extrema pobreza
4	William	Farmacia, Cojutepeque, Departamento de Cuscatlán	Propietario de Farmacia que atiende a población en extrema pobreza
5	Irma	Farmacia, Cojutepeque, Departamento de Cuscatlán	Labora en Farmacia que atiende a población en extrema pobreza
6	Esmeralda	Farmacia, Cojutepeque, Departamento de Cuscatlán	Labora en Farmacia que atiende a población en extrema pobreza
7	Andy	Farmacia, Cojutepeque, Departamento de Cuscatlán	Labora en Farmacia que atiende a población en extrema pobreza
8	Juan Carlos	Farmacia, Cojutepeque, Departamento de Cuscatlán	Propietario de Farmacia que atiende a población en extrema pobreza
9	Manuel Antonio	Farmacia, Zacatecoluca, Departamento de La Paz	Vendedor de medicamentos en puesto del mercado que atiende a población en extrema pobreza
10	Rogelio	Farmacia, Zacatecoluca, Departamento de La Paz	Labora en Farmacia que atiende a población en extrema pobreza
11	Juan Alberto	Farmacia, Zacatecoluca, Departamento de La Paz	Propietario de Farmacia que atiende a población en extrema pobreza
12	María Juana	Farmacia, Zacatecoluca, Departamento de La Paz	Vendedor de medicamentos en puesto del mercado que atiende a población en extrema pobreza
13	Dominica	Farmacia, Zacatecoluca, Departamento de La Paz	Labora en Farmacia que atiende a población en extrema pobreza
14	Tomás	Farmacia, Zacatecoluca, Departamento de La Paz	Labora en Farmacia que atiende a población en extrema pobreza
15	Lidia	Farmacia, Zacatecoluca, Departamento de La Paz	Labora en Farmacia que atiende a población en extrema pobreza
16	Roxana	Farmacia, Zacatecoluca, Departamento de La Paz	Labora en Farmacia que atiende a población en extrema pobreza
17	Juan	Farmacia, Zacatecoluca,	Labora en Farmacia que atiende a

	Nombre	Sector	Criterio de selección
		Departamento de La Paz	población en extrema pobreza
18	Zoila	Farmacia, Zacatecoluca, Departamento de La Paz	Vendedor de medicamentos en puesto del mercado que atiende a población en extrema pobreza

4 Grupos focales de médicos y médicas que laboran en ciudades que son visitadas por la población de extrema pobreza de la Zona Paracentral y Central del país

4.1 Resumen

El siguiente cuadro resume los hallazgos de los grupos focales:

Cuadro 8. Opiniones de médicos y médicas que laboran en clínicas privadas de Cojutepeque y Zacatecoluca en torno a distintos tópicos sobre los servicios de salud y medicamentos que recibe la población en extrema pobreza en el primer nivel de atención

Tópico	Servicios de salud	Medicamentos
Debilidades de la Unidad de Salud	<ul style="list-style-type: none"> • Cantidad de personal médico contratado por el Ministerio de Salud Pública insuficiente para cubrir la demanda de consulta • Existe maltrato al paciente por el personal de salud • El tiempo de espera es prolongado • La duración de la consulta es corta • Cobros por las atenciones bajo la modalidad de “donación” • La toma de exámenes de laboratorio es deficiente porque no hay reactivos para todas las pruebas • No se realizan suficientes actividades educativas con los pacientes • La capacitación de algunos médicos es limitada • El sistema de referencia y contrarreferencia entre el primer y segundo nivel de atención (unidades de salud y hospitales regionales) es inadecuado 	<ul style="list-style-type: none"> • La carencia o escasez de medicamentos • La calidad de los medicamentos que provee el Ministerio de Salud es baja • La falta de consulta al personal que brinda las atenciones en salud, en lo relativo a las compras de medicamentos • En los establecimientos donde funciona FOSALUD, se ha visto que La farmacia de FOSALUD está llena y no abastece a la farmacia de la Unidad de Salud • La gama de antibióticos es limitada • De las bodegas del MSPAS envían a las unidades de salud algunos medicamentos que no utilizan • Cambio frecuente de la medicación de pacientes con enfermedades crónicas por abastecimiento irregular de medicinas

Tópico	Servicios de salud	Medicamentos
Fortalezas de la Unidad de Salud	<ul style="list-style-type: none"> • El horario de atención se ha extendido en algunas unidades de salud gracias al FOSALUD • Se atiende a toda persona que lo solicita • La infraestructura es adecuada • Se tiene adecuado acceso geográfico de los establecimientos de salud • Las unidades de salud continúan siendo una alternativa, desde el punto de vista económico, para la atención en salud de las personas con menores recursos del país • El personal de las unidades de salud sale de los establecimientos a brindar atenciones a las comunidades • Las unidades de salud cuentan con algunos especialistas dentro de su personal • Los programas que se tiene de vacunación y de planificación familiar 	<ul style="list-style-type: none"> • La farmacia de FOSALUD está completamente abastecida y su cuadro básico de medicamentos es más amplio que el de las unidades
Calidad de consulta y medicamento en la Unidad de Salud comparados con el sector privado	<ul style="list-style-type: none"> • Es mayor en el sector privado, ya que el trato a los pacientes es mejor, la duración de la consulta es mayor (lo que permite hacer una adecuada evaluación), el tiempo de espera es menor. • Sin embargo, se considera que la población de menores ingresos asiste a consulta en el sector privado sólo cuando no ha mejorado su salud después de haber sido atendido en el sector público 	<ul style="list-style-type: none"> • Los medicamentos dados en las unidades de salud son de menor calidad que los medicamentos prescritos en el sector privado • El factor económico es el que determina el tipo de medicamentos que se indica en el sector privado • La población tiene una mala percepción de los medicamentos genéricos en cuanto a su calidad, por lo que gozan de muy poca aceptación
Problemas que no puede resolver la Unidad de Salud	<ul style="list-style-type: none"> • La obtención de una atención médica de calidad, en forma oportuna y en un ambiente de respeto y dignidad 	<ul style="list-style-type: none"> • La mejora de la calidad de los medicamentos • El adecuado abastecimiento de las farmacias de las unidades de salud

Tópico	Servicios de salud	Medicamentos
Propuestas de solución al problema de atención médica	<ul style="list-style-type: none"> • La mejora en la calidad de la atención a través de la contratación de más médicos adecuadamente capacitados • La coordinación apropiada entre el primer y el segundo nivel de atención del Ministerio de Salud, sobre todo en lo relativo al sistema de referencia y contrarreferencia de pacientes 	<ul style="list-style-type: none"> • La mejora de la calidad de los medicamentos proporcionados en las farmacias de las unidades de salud • La fusión de las farmacias de las unidades de salud con las farmacias de FOSALUD en los establecimientos donde está trabajando dicho fondo • El abastecimiento constante de las farmacias de las unidades de salud
Opinión sobre quién podría solucionar el problema de la atención médica y de falta de medicamentos	<ul style="list-style-type: none"> • El Gobierno de El Salvador • Las autoridades del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social • Los directores de las Unidades de Salud • Las y los médicos • La población general 	<ul style="list-style-type: none"> • Los políticos cambiando la manera de actuar. • Las autoridades del Ministerio de Salud, evalúen lo que se hace. • Los médicos, que ven las necesidades que se tiene en los servicios en medicamentos
Opinión sobre si la población de menores ingresos estaría dispuesta a pagar por los servicios médicos y de medicamentos	<ul style="list-style-type: none"> • Posiblemente sí, a fin de solucionar sus necesidades insatisfechas; pero su precaria situación económica no se los permitiría. • Consideran una posible excepción en las personas que reciben remesas 	

Fuente: Grupos focales realizados entre médicos y médicas que laboran en clínicas privadas de Cojutepeque, departamento de Cuscatlán y Zacatecoluca, departamento de La Paz, octubre de 2007.

4.2 Resultados

4.2.1 Debilidades del primer nivel de atención en los servicios públicos brindados a las personas de menores ingresos

- La cantidad de personal médico contratado por el Ministerio de Salud Pública es insuficiente para cubrir la demanda de consultas, ya que según los informantes cada doctor debe atender ocho pacientes por hora dentro del horario regular del establecimiento. Por otro lado, en las Unidades de Salud que han extendido su horario de atención gracias al FOSALUD, el médico contratado a través de dicho fondo atiende un promedio de 75 a 100 pacientes durante cada turno de 12 horas. A pesar que los servicios de salud pasan saturados debido a que la mayoría de la población no puede optar a la atención médica en el sector privado (por su precaria situación económica), el MSPAS no ha realizado nuevas contrataciones de personal médico y paramédico en los últimos años.

- **Maltrato al paciente.** Según informan los participantes en los 2 grupos focales, los pacientes son maltratados por el personal que labora en las unidades de salud, comenzando por el portero o vigilante; continuando con las enfermeras, los médicos, el personal de la farmacia o del laboratorio clínico. Esto lo atribuyen al estrés generado por el exceso de trabajo y a mala actitud del personal, ya que se tiene la percepción errónea que son pacientes de caridad o que les están haciendo el favor de atenderles; lo que hace que algunos empleados de salud tengan una actitud discriminante hacia ellos. También mencionaron que a pesar que el personal de salud sabe que existen los “derechos” de los pacientes, no los reconocen.
- **El tiempo de espera por una atención es prolongado** y depende del número de personas pendientes de ser vistas. Con frecuencia se requiere de 3 a 4 horas para recibir la consulta.
- **La duración de la consulta es corta.** Esto se debe a que según los lineamientos del Ministerio de Salud, cada médico general debe atender 8 pacientes por cada hora contratada, por lo que el tiempo asignado a cada consulta es de 7 minutos y medio. Además, diariamente deben aceptar pacientes extra debido a que con el número de recursos médicos que laboran en los establecimientos del primer nivel de atención no se alcanza a cubrir la demanda diaria de pacientes. Lo anterior obliga a reducir aún más el tiempo dedicado a cada paciente para tomarle la historia clínica, examinarlo, decidir el tratamiento que se le prescribirá, llenar papelería (recetas, boletas de exámenes, formularios donde queda la constancia de la atención dada, etc.). Por todo ello, los informantes reconocen que no les queda tiempo para explicarles sobre su padecimiento y sobre la forma como se tomarán los medicamentos recetados, ni para orientarles sobre medidas preventivas. Además, reconocen que algunos médicos ni siquiera examinan a los pacientes.
- **Cobros por las atenciones.** A pesar que el gobierno central ordenó la suspensión de los cobros por las atenciones en salud, los establecimientos del primer nivel de atención continúan solicitando fondos a los pacientes bajo la denominación de “Donación”. Aducen como justificación a estos cobros, el hecho que el presupuesto que les asigna el Ministerio de Salud es insuficiente para cubrir la totalidad de los gastos de funcionamiento de las unidades de salud.
- **La toma de exámenes de laboratorio es deficiente** porque no hay reactivos para todas las pruebas. Esto se debe a que no les alcanzan los insumos provistos por el MSPAS o a que no los alcanzan a comprar con fondos propios.
- **No se realizan suficientes actividades educativas** con los pacientes.
- **La capacitación de algunos médicos es limitada.** Mencionaron como razones para esta situación las siguientes: 1. Falta de interés de seguir aprendiendo; 2. Falta de actualización en los manejos de las diferentes enfermedades que son causa frecuente de consulta por parte del establecimiento o por cuenta propia.
- El sistema de referencia y contrarreferencia entre el primer y segundo nivel de atención (unidades de salud y hospitales regionales) es inadecuado, lo que hace que al enviar pacientes hacia los hospitales no sean atendidos.

4.2.2 Fortalezas del primer nivel de atención en los servicios públicos proporcionados a las personas de menores ingresos

- **El horario de atención se ha extendido** en algunas unidades de salud a las 24 horas del día los siete días de la semana gracias al FOSALUD. Esto hace que por ejemplo: el horario de trabajo no sea un obstáculo o dificultad para el acceso a los servicios de salud.
- **Se está atendiendo a toda persona que llega solicitando servicios médicos.** Ya no se rechaza a nadie, aunque las personas deben esperar para ser vistas.
- **La infraestructura es adecuada para brindar las atenciones.** Esto fue expresado por los médicos que laboran en el hospital de Cojutepeque, quienes refieren que las instalaciones de dicho nosocomio son amplias.

- **Adecuado acceso geográfico de los establecimientos de salud.** La ubicación de las unidades de salud y de los hospitales que brindan atención primaria a través de la consulta externa, cerca o dentro de las colonias o comunidades facilita el acceso a la atención en salud.
- **Las unidades de salud continúan siendo una alternativa,** desde el punto de vista económico, para la atención en salud de las personas con menores recursos del país, debido a que los precios de las consultas y de los medicamentos son menores que los precios cobrados en el sector privado.
- **El personal de las unidades de salud sale de los establecimientos a realizar visitas** a las comunidades que les corresponde cubrir, por lo menos una vez al mes, con el fin de alcanzar sus metas en cuanto a cobertura. Durante estas visitas brindan atenciones a niños, niñas, embarazadas o realizan actividades preventivas de acuerdo a los problemas que existan en ese momento. Por ejemplo: abatización para prevenir el dengue.
- **Las unidades de salud cuentan dentro de su personal con algunos especialistas.** Por ejemplo: ginecóloga(o), pediatra, dermatóloga(o).
- **Los Programas de vacunación y de planificación familiar son vistos como una fortaleza,** ya que en el sector privado son altos los precios cobrados por vacunas y por los anticonceptivos; por lo que sería imposible para las personas de menores recursos del país tener a sus hijos con los esquemas de vacunación completos, así como también les sería difícil comprar los anticonceptivos en las farmacias privadas.

4.2.3 Debilidades de los servicios públicos del primer nivel de atención en cuanto a proporcionar los medicamentos a la población de menores ingresos

- La carencia o escasez de medicamentos del cuadro básico de las unidades de salud que con frecuencia se prescriben. Por ejemplo: el Acetaminofén, que es un medicamento usado para tratar la fiebre o el dolor. Entre las razones dadas para el desabastecimiento se plantearon las siguientes: 1. La encargada de la farmacia no realiza oportunamente el pedido, por lo que en el establecimiento faltan algunos medicamentos aunque en la bodega del Ministerio estén disponibles; 2. El Ministerio de Salud no hace oportunamente las compras de las medicinas.
- En las unidades de salud cuyo horario ha sido extendido gracias al Fondo solidario para la salud (FOSALUD) existen dos farmacias: La de la Unidad de Salud y la que sólo abre durante los turnos contratados por dicho fondo. Esto hace que aunque la población que consulta sea la misma, si las personas consultan en el horario regular del establecimiento es probable que sólo obtengan la consulta médica pero no todos los medicamentos prescritos. Según expresaron los informantes: “La farmacia de FOSALUD está llena y no abastece a la farmacia de la Unidad de Salud”. Consideran que FOSALUD es una maniobra política del gobierno para quedar bien con la población, por lo que no se arriesgan a desabastecerse de medicamentos.
- Los médicos y las médicas participantes en los grupos focales se quejaron por la falta de consulta al personal que brinda las atenciones en salud, en lo relativo a las compras de medicamentos, lo que da por resultado que algunas necesidades queden descubiertas.
- Hay una mala planificación en el nivel central con respecto a las medicinas enviadas a los diferentes niveles de atención; ya que según los informantes de las bodegas del Ministerio de Salud con frecuencia envían a las unidades de salud algunos medicamentos que se utilizan poco en este nivel de atención; por lo que deben transferirlos a otros centros de atención donde sí los necesitan para evitar su vencimiento.
- En cuanto a los antibióticos, se considera que en las unidades de salud se cuenta con una gama muy escasa de este tipo de medicamentos, y que en algunos de estos establecimientos sólo se tiene Amoxicilina. Además, hubo quejas respecto a la resistencia que con frecuencia se encuentra ante dicho antibiótico (“Ya no les pega a las enfermedades”).

- Se criticó también la calidad de los medicamentos que compra el Ministerio de Salud, ya que son genéricos y con frecuencia son elaborados por laboratorios nacionales que no cumplen con los estándares de calidad.
- En el caso de enfermedades crónicas como la hipertensión arterial, los médicos expresaron que con frecuencia se agotan las existencias de los antihipertensivos y que no existe constancia por parte del Ministerio de Salud en cuanto al tipo de medicamento que les envían; por lo que deben cambiar el tratamiento a los pacientes, a pesar de que estén adecuadamente controlados de su presión con la medicina que están recibiendo.
- Los médicos que laboran en el Hospital de Cojutepeque informaron que en la farmacia de dicho nosocomio se despacha únicamente la mitad de las dosis prescritas en cada receta. Esto es una irregularidad grave, ya que puede complicarse la salud de los pacientes al no recibir su tratamiento completo. En ese mismo hospital con frecuencia no se despacha los medicamentos indicados a pesar de estar en existencia en la farmacia.

4.2.4 Fortalezas de los servicios públicos del primer nivel de atención en cuanto al acceso a medicamentos por parte de la población de menores ingresos

- Los médicos de los establecimientos que han sido contratados por el Fondo Solidario para la Salud (FOSALUD) refieren contar en su farmacia con la variedad y la cantidad de medicamentos necesarios para las enfermedades que con frecuencia atienden. Asimismo, dijeron que prescriben incluso medicinas de marca, no genéricas. Además, expresaron que el cuadro básico de medicamentos que manejan es más amplio que el cuadro básico asignado normalmente a las unidades de salud. Por ejemplo: ellos poseen el anticonvulsivante Carbamacepina. Por lo anterior, las personas prefieren ir a pasar consulta por las noches o los fines de semana; lo que hace que un promedio de 75 a 100 personas deban ser vistas por el médico de turno de FOSALUD.

4.2.5 Calidad de la atención en los servicios públicos de salud del primer nivel, en comparación con aquellos del sector privado

- Se considera que en el sector privado el trato a los pacientes es mejor que en las unidades de salud, debido a que existe un pago monetario de por medio y a que incluso los pacientes esperan ser atendidos con amabilidad y respeto.
- La duración de la consulta en el sector privado es mayor que en las unidades de salud. Refirieron las médicas y los médicos que pueden tardarse hasta una hora con un paciente en su clínica privada; mientras que en la Unidad de Salud disponen de 5 minutos o menos para cada paciente, debido al exceso de demanda de atenciones y a la escasez de recursos médicos para atender dicha demanda. Por lo antes expuesto, consideran que la calidad de la atención es mejor en el sector privado, ya que se toman el tiempo para escuchar al paciente, para examinarlo, para explicarle sobre su enfermedad y sobre la manera como deberán tomarse el tratamiento indicado. Además, se les orienta sobre medidas preventivas y se les dan recomendaciones para evitar complicaciones.
- Los y las participantes informaron que con frecuencia la población asiste a la consulta privada después que han sido atendidos en las unidades de salud sin haber obtenido alivio a sus dolencias. Por lo anterior, consideran que la población percibe que calidad de la atención es mejor en el sector privado que en el público.

4.2.6 Calidad de los medicamentos en los servicios públicos del primer nivel de atención en comparación con aquellos del sector privado

- En términos generales, se puede afirmar que los médicos consideran que la calidad de los medicamentos dados en las unidades de salud es menor que la calidad de los medicamentos prescritos en el sector privado. Además, muestran una opinión desfavorable sobre la calidad de los medicamentos elaborados en los laboratorios nacionales, debido a que no existe un buen control de calidad.
- Si bien es cierto en el sector privado existe en la red de farmacias la gama completa de medicamentos, originales de marca o genéricos, elaborados por laboratorios internacionales o nacionales; la capacidad de pago de las personas de menores ingresos es la principal limitante a la hora de prescribir un medicamento. Sin embargo, los y las médicas refieren utilizar medicamentos de precios razonables y de mejor calidad que los existentes en las unidades de salud.
- Los médicos participantes consideran que la población tiene una mala percepción de los medicamentos genéricos en cuanto a su calidad, por lo que gozan de muy poca aceptación.

4.2.7 Necesidades de atención en salud no satisfechas por los servicios públicos del primer nivel de atención

- La obtención de una atención médica de calidad.
- El acortamiento de los tiempos de espera, sobre todo cuando las personas consultan por una enfermedad, ya que el atraso en la atención puede incluso poner en riesgo la vida de ellas.

4.2.8 Necesidades de medicamentos no satisfechas por los servicios públicos del primer nivel de atención

- La mejora de la calidad de los medicamentos, ya que con frecuencia los medicamentos que “les venden” a bajo costo en las unidades de salud no les ayudan a aliviar las dolencias o enfermedades por las que consultaron.
- La existencia en las farmacias de las unidades de salud de todos los medicamentos del cuadro básico en cantidad suficiente para cubrir las necesidades generadas a través de las consultas.

4.2.9 Opiniones sobre cómo se podría solucionar el problema de la atención médica

- La mejora en la calidad de la atención a través de la contratación de más médicos para que se disponga de mayor tiempo para atender a cada paciente y que estos se capaciten o actualicen en el manejo de las enfermedades más frecuentes.
- La coordinación apropiada entre el primer y el segundo nivel de atención del Ministerio de Salud, sobre todo en lo relativo al sistema de referencia y contrarreferencia de pacientes.

4.2.10 Opiniones sobre cómo resolver las necesidades insatisfechas en cuanto a medicamentos

- La mejora de la calidad de los medicamentos proporcionados en las farmacias de las unidades de salud, para que los pacientes no requieran de múltiples consultas o de atenderse en el sector privado, con el fin de recuperar su salud.
- La fusión de las farmacias de las unidades de salud con las farmacias de FOSALUD en los establecimientos donde está trabajando dicho fondo, con el fin de que las personas puedan recibir los medicamentos que necesitan durante el día o durante la noche.
- El abastecimiento constante de las farmacias de las unidades de salud, para que al recibir su consulta también reciban los medicamentos que necesitan para restablecer su salud.

4.2.11 Opinión sobre si las personas estuviesen dispuestas a pagar por los servicios de atención médica y medicamentos que solucionen sus necesidades insatisfechas

- A pesar de que las médicas y los médicos participantes consideran que es muy posible que la población de más bajos ingresos estaría dispuesta a pagar por los servicios y medicamentos para solucionar sus necesidades insatisfechas; tienen claro que su situación económica les imposibilitaría hacerlo. Considerar una posible excepción a las personas que reciben remesas.

4.2.12 Percepción de los participantes en cuanto a los actores clave para solucionar los problemas de falta de atención médica

Entre los actores clave para solucionar los problemas de falta de atención médica fueron mencionados:

- El Gobierno de El Salvador, por medio de la creación y ejecución de políticas sanitarias que garanticen que las atenciones en las unidades de salud sean brindadas con calidad, en el momento oportuno y con equidad.
- Las autoridades del Ministerio de Salud, quienes como rectores del sector salud deben ejecutar una reforma del sector salud que beneficie a la población de menores ingresos del país.
- Los directores de las unidades de salud, quienes podrían informar al nivel central sobre las deficiencias en las atenciones brindadas y solicitar los recursos requeridos para resolver esas deficiencias (por ejemplo: la contratación de recursos humanos, la compra de equipo o insumos médicos, compra de medicamentos de mejor calidad, etc.)
- Los médicos y las médicas, quienes deberían de manifestarse a favor de sus pacientes. Además, al atender a los pacientes deben considerar a la persona en forma integral y darle un trato digno.
- La población general, haciendo uso de su derecho de manifestarse y de ser escuchados; para solicitar al gobierno que les satisfagan su derecho humano fundamental salud.

4.2.13 Percepción de los participantes en cuanto a los actores clave para solucionar los problemas de falta de medicamentos

- Los políticos, deben cambiar la manera de actuar.
- Las autoridades del Ministerio de Salud, que realicen evaluaciones de lo que se hace.
- Los médicos, que ven las necesidades que se tiene en los servicios, la necesidad de adquisiciones distintas de las que ya se hacen en medicamentos.

4.3 Participantes

A continuación se presenta los nombres (sin apellidos) de los médicos y médicas que participaron en los dos grupos focales y el criterio de selección utilizado:

Cuadro 9. Participantes de grupos focales realizados entre médicos y médicas que trabajan en clínicas privadas de Cojutepeque y Zacatecoluca, y criterio de selección

	Nombre	Sector	Criterio de selección
1	Salvador	Medico sector privado, Zacatecoluca, Departamento de La Paz	Médico que en su clínica privada atiende a población en extrema pobreza
2	Rafael	Medico sector privado, Zacatecoluca, Departamento de La	Médico que en su clínica privada atiende a población en extrema

	Nombre	Sector	Criterio de selección
		Paz	pobreza
3	Gilmar	Medico sector privado, Zacatecoluca, Departamento de La Paz	Médico que en su clínica privada atiende a población en extrema pobreza
4	Karla	Medico sector privado, Zacatecoluca, Departamento de La Paz	Médico que en su clínica privada atiende a población en extrema pobreza
5	Maria	Medico sector privado, Zacatecoluca, Departamento de La Paz	Médico que en su clínica privada atiende a población en extrema pobreza
6	Omar	Medico sector privado, Zacatecoluca, Departamento de La Paz	Médico que en su clínica privada atiende a población en extrema pobreza
7	Santos	Medico sector privado, Zacatecoluca, Departamento de La Paz	Médico que en su clínica privada atiende a población en extrema pobreza
8	Rubén	Medico sector privado, Cojutepeque, Departamento de Cuscatlán	Médico que en su clínica privada atiende a población en extrema pobreza
9	Carlos	Medico sector privado, Cojutepeque, Departamento de Cuscatlán	Médico que en su clínica privada atiende a población en extrema pobreza
10	Jorge	Medico sector privado, Cojutepeque, Departamento de Cuscatlán	Médico que en su clínica privada atiende a población en extrema pobreza
11	Aníbal	Medico sector privado, Cojutepeque, Departamento de Cuscatlán	Médico que en su clínica privada atiende a población en extrema pobreza
12	Ernesto	Medico sector privado, Cojutepeque, Departamento de Cuscatlán	Médico que en su clínica privada atiende a población en extrema pobreza
13	Oscar	Medico sector privado, Cojutepeque, Departamento de Cuscatlán	Médico que en su clínica privada atiende a población en extrema pobreza

5 Grupos focales con representantes de Organizaciones no gubernamentales (ONG) que trabajan con poblaciones en extrema pobreza

A continuación se presenta los resultados obtenidos de los dos grupos focales desarrollados entre representantes de ONG que desarrollan programas en poblaciones del país en extrema pobreza, un grupo se desarrolló en Zacatecoluca y el otro en Cojutepeque.

5.1 Resumen

El siguiente cuadro resume los hallazgos de los grupos focales:

Cuadro 10. Opiniones de representantes de ONG en torno a distintos tópicos sobre los servicios de salud y medicamentos que recibe la población en extrema pobreza en el primer nivel de atención

Tópico	Servicios de salud	Medicamentos
Debilidades de la Unidad de Salud	<ul style="list-style-type: none"> Falta de capacitación y poca experiencia del personal de salud, ya que el personal que tiene menos experiencia es enviado a lugares lejanos Actitudes no muy positivas, falta de respeto y calidez del personal hacia la población que atienden Falta de equipos y mobiliario Condiciones no muy adecuadas Mala distribución del presupuesto asignado lo que disminuye la eficiencia, Personal no da las atenciones que debería dar por estar en demasiadas reuniones El enfoque biológico no permite dar atenciones integrales Centralización va en aumento y hace que sea inadecuada la respuesta de atención a la población 	<ul style="list-style-type: none"> Falta de medicamentos, personas sólo reciben recetas Se parte de un perfil epidemiológico no actualizado del país Se hace una asignación de medicamentos independientemente de las zonas donde se está y de su perfil Se asigna los medicamentos tomando como base las atenciones que han dado en el pasado Falta de capacidad de gestión de las personas que están en el nivel local para pedir los medicamentos adecuados Falta de interés en cambiar (mejorar) la situación Débil gestión de medicamentos, se vencen a nivel central Mala gestión a nivel local, no se solicita y no hay una revisión constante del cuadro básico de medicamentos Mal uso de los antibióticos Mal uso de medicamentos que genera resistencia Se usan medicamentos de baja calidad Medicalización de la atención, no se toma en cuenta otras alternativas como plantas y otras cosas Se sospecha conflicto de intereses en mecanismos de licitación
Fortalezas de	<ul style="list-style-type: none"> El MSPAS tiene el carácter 	<ul style="list-style-type: none"> La cuota voluntaria es mas baja que el gasto

Tópico	Servicios de salud	Medicamentos
la Unidad de Salud	<p>de rector</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tienen una imagen de credibilidad • Tienen algún equipo • Es preferible que haya alguien que de alguna forma de atención de salud a que no haya nadie • La formación teórica constante que tiene el personal del Ministerio de Salud • La red de servicios que es grande, esta casi en todos los 262 municipios • Tienen protocolos de atención definidos 	<p>en la farmacia</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hay fondos que podrían usarse mejor, el problema es la manera en que se gestiona y la actitud
Calidad de consulta y medicamento en la Unidad de Salud comparados con el sector privado	<ul style="list-style-type: none"> • Existe diferencia en la calidez (mayor en el sistema privado) • La orientación a retener los pacientes de parte del sector privado versus la orientación de deshacerse de los pacientes de parte del sector público 	<ul style="list-style-type: none"> • En lo privado dan mas medicamentos combinados porque necesitan que las personas se mejoren rápido, pero esto genera muchos más gastos • Se dan medicamentos por moda • Los laboratorios, a fin de generar ganancias, invitan a congresos y desvirtúan el uso de los genéricos <p>La calidad de los medicamentos en el ministerio pudiera ser menor, por compra al por mayor aunque no se garantiza, que en el sector privado sea mejor.</p>
Propuestas de solución al problema de atención medica	<ul style="list-style-type: none"> • Cambiar el enfoque del sistema de salud y de la política publica, enfocándose más a las causas estructurales, a la educación, a la infraestructura, y al aumento de las coberturas • Retomar el trabajo con las ONG, ya que éstas han estado haciendo trabajos de aumento de cobertura desde hace décadas • Falta rectoría de parte del Ministerio de Salud y de las autoridades que son encargadas de la rectoría 	<ul style="list-style-type: none"> • Una mejor legislación • Un mayor control • Ética de los dependientes • Capacitar a los dependientes para que puedan hacer mejor su labor • Farmacias con más personal capacitado a nivel local • Farmacias con médicos también capacitados, a nivel local • Que el Ministerio de Salud como ente rector y los diputados regulen mejor la situación clave en el problema de medicamentos

Tópico	Servicios de salud	Medicamentos
	de la venta de medicamentos en la farmacia	
Opinión sobre quién podría solucionar el problema de la atención médica y de falta de medicamentos	<ul style="list-style-type: none"> El Ministerio de Salud como ente rector debería de definir otras formas de atención Las ONG pueden operativizar estas reformas de función del Ministerio 	<ul style="list-style-type: none"> Sólo se reconoció a las farmacias y otros proveedores, como vendedores de medicamentos y proveedores de medicina natural como actores clave en esta población, lo cual debe abordarse mediante regulación y control
Opinión sobre si la población de más menores ingresos estuviese dispuesta a pagar por los servicios médicos y de medicamentos	<ul style="list-style-type: none"> Está dispuesta, pero no tiene la capacidad de hacerlo, pues tiene que sacrificar su alimentación para pagar por los servicios y medicamentos 	

Fuente: Grupos focales realizados entre representantes de ONG que trabajan con poblaciones en extrema pobreza en distintos lugares de El Salvador, octubre de 2007.

5.2 Resultados

5.2.1 Debilidades del primer nivel de atención en los servicios públicos brindados a las personas de menores ingresos

Las debilidades manifestadas por el grupo de representantes de ONG fueron las siguientes:

- Personal falto de experiencia porque por lo general en, las zonas en donde las ONG trabajan llegan personas en año social y por lo tanto con poco conocimiento de la atención primaria además con muy poca experiencia también para el trato al tipo de persona objetivo que se atiende en una Unidad de Salud o en la atención primaria en salud.
- Totalmente o poco desprovistos del equipo de necesario para poder dar una atención de calidad.
- Casi siempre carecen de medicamentos y papelería como para llevar controles específicos.
- Infraestructura pequeña para la demanda que se tiene y además con mobiliario bastante escaso.
- El enfoque con el cual tratan los casos las personas, están atendiendo bajo un enfoque biológico, problemas que son de carácter estructural en el sentido de de tratar una inspección en muchas ocasiones sólo con la prescripción de los medicamentos que en la mayoría de casos no se encuentran en las unidades de salud por lo tanto las personas tienen que abastecerse por si mismas, pero ubicándonos en el caso de que lo

podrían hacer no está considerando el contexto social-cultural bajo el cual la persona se desenvuelve en su medio.

- La organización del sistema, ya que el Ministerio de Salud está centralizado, y tiene todo su abastecimiento en recursos de esa forma y eso hace que en las unidades de salud que son las más alejadas la que están atendiendo a la población de más escasos recursos son las que a veces las que más carecen de recursos porque la distribución no se hace de manera equitativa atendiendo a las necesidades, identificados en cada lugar.
- La incapacidad de gestión, de entendimiento que tiene las personas encargadas de planificar un servicio de salud para una población es específica no tiene el conocimiento de lo que es una comunidad, de cuáles son los condicionantes y las determinantes de salud de esa comunidad simplemente siguen una planificación histórica de prestación de servicios que realmente en muchas ocasiones no tiene nada que ver con su población ni de la cultura de la población, ni del número de población que están atendiendo. Se basa en una provisión de servicios basado en la demanda de cuantas personas históricamente han consultado a la unidad, sin ofrecer los servicios que realmente la población necesita, en las unidades más alejadas, con más necesidad, con más situación de pobreza más extrema es se encuentra a los recursos más inexpertos, más jóvenes, y con menos apoyo de los niveles centrales del ministerio.
- La falta de medicamentos y que la gente sale de la Unidad de Salud con una receta que solo para ir se tiene que viajar a la ciudad más cercana, no lo va a hacer porque muchas personas para llegar a la Unidad de Salud caminan 3 horas de madrugada y se van con receta en la mano y se regresa a su casa.
- El trasladar responsabilidad de sostener un servicio a la población y a través de las cuotas voluntarias que también se llaman donaciones.
- El manejo de parte de los directores y directoras de las unidades de salud casi a ciegas, de lo emanado en nivel central del ministerio, poca capacidad como de analizar y de reflexionar sobre los problemas que les aquejan en las zonas específicamente, son dogmáticos en seguir que todo lo que el nivel central plantea.
- La falta de integralidad en la atención no tanto por ello sino que las unidades están construidas para que hayan médicos/as, el recurso de enfermería de pronto la persona de saneamiento pero no se concibe que haya otros recursos humanos que pueden ser valiosos también para la atención de zonas. Nunca una Unidad de Salud con recurso por ejemplo de psicología, de nutrición, de terapia de alguna otra disciplina que pueda aportar muchísimo a no a resolver los problemas Pero si pronto a aplacar un poquito la situación de enfermedad de las comunidades.
- El problema regular es presupuestario además del enfoque. Otro de los problemas que se obvia en muchas ocasiones es el trabajo preventivo por lo mismo en toda la extensión de la palabra.
- El recargo de trabajo porque como el presupuesto es muy bajo entonces el personal es poco lo que lleva a una recarga de trabajo además de que todo el papeleo, los requisitos que se piden.
- El recurso humano que está contratado como promotores y promotoras de salud es bastante limitado.
- No hay una distribución acorde a las necesidades en todas las unidades de salud y hay unidades de salud que no deberían de ser unidades de salud que son tan pequeño el lugar, municipios que no deberían de ser municipios, son tan pequeños que a veces tienen el mismo personal que una Unidad de Salud que tiene una mayor demanda de atención porque la población.
- Hay una total falta de una política de atención para la salud sexual y productiva de las mujeres, La promoción de la salud, la parte preventiva, pues prácticamente sólo se limita a charlas, visitas domiciliares.
- Reuniones demasiado frecuentes "reunionitis". Si se es director o una jefe de enfermeras, en lugar de estar en la unidad o en la comunidad, dándole respuesta a la comunidad verdad, entonces los recursos valiosos son mal utilizados.
- Que ciertos servicios sólo se dan en determinado horarios y entonces para acceder a ellos es difícil solamente tiene el número determinado de personas que puede ver, porque a tal hora se va, la toma de citologías y otros servicios tiene hora establecida, si no es a esa hora no se pueden recibir.

- No se hace análisis de los problemas de salud, ya que el enfoque es que se cubran las metas para la supervisión, solo supervisan lo que son números, no evalúan la calidad de lo que se está haciendo.
- La pérdida de citologías, pueden tardarse hasta 3 meses y cuando llega la paciente a veces la han perdido, había que tomarle de nuevo el examen.
- No existe ningún mecanismo que facilite la participación social de la gente, ni siquiera eso que es tan, se supone que es tan elemental como lo es saber cual es el presupuesto de la Unidad de Salud, porque de alguna manera ahí se comprendería todas las series de limitantes

5.2.2 Fortalezas del primer nivel de atención en los servicios públicos proporcionados a las personas de menores ingresos

Las fortalezas manifestadas por el grupo de ONG fueron las siguientes:

- El carácter rector que tiene el Ministerio de Salud, en ese sentido en el mismo nivel local ya sean por diferentes ONG's u otros factores que a veces cambian en la misma comunidad por ejemplo: en de la botica, que siempre hay en una comunidad, podría impactar como para desarrollar la promoción de la salud más eficiente, que no lo esta haciendo porque tiene el carácter rector, tiene la autoridad.
- La capacidad de organización de las comunidades, la imagen, la credibilidad que tienen con la población...
- El equipo (personal de salud) alguien que conduce la orientación de salud en las zonas tan lejanas, también la población en una situación de riesgo.
- La oportunidad de formación en cada curso, el ministerio forma a sus cuadros. Lo que más falta es pasar un poco de la teoría a la práctica.
- La red de servicios, es una red grande y hay diferentes niveles... entonces desde las unidades de salud si funcionara adecuadamente su sistema de referencia pudiéramos tener una respuesta como mucho mas grande.
- La presencia que tiene en los municipios, en el país solo hay dos municipios que no tienen Unidad de Salud, pero hay mas unidades de salud municipios entonces.
- Los protocolos de atención, para estos grupos generales; para poder establecer el tipo de atención que se debe proporcionar.
- El tener acceso de ingreso a servicio a través de impuestos verdad, llámese FOSALUD, tener un refuerzo presupuestario más permanente, más sostenido, externo al sistema pero que si pudiese aprovecharse como fuente de ingreso si es una buena fortaleza como es aprovecha.
- El país es realmente es bien pequeño, y que las áreas geográficas de influencia que tienen, nosotros hablamos de que hay que caminar como una hora
- El apoyo que reciben de otras entidades internacionales, por ejemplo, PF, apoya en capacitaciones a 20 ó 30 enfermeros.

5.2.3 Debilidades de los servicios públicos del primer nivel de atención en cuanto a proporcionar los medicamentos a la población de menores ingresos

Las debilidades manifestadas por el grupo de ONG respecto al acceso de medicamentos fueron las siguientes:

- Se aseveró que en el país no se parte del perfil epidemiológico que tienen los países. Se hace una asignación de medicamentos, sin tomarlo en cuenta. Así tenemos por ejemplo que en algunos lugares hay excesos de ciertos medicamentos que no se utilizan mucho porque no es una población que tiene ciertas características.

- “Que sería como la falta de asignación de acuerdo a perfil porque de pronto el perfil epidemiológico se conoce porque todas las unidades el SIBASI, las regiones, el perfil de pronto se conoce pero no se asigna de acuerdo a ese perfil epidemiológico se tiene o un exceso o muchas veces hay falta de medicamentos que no satisfacen las demandas de la población o hay ciertos grupos de que pueden ser prioritarios pues yo lo vería entonces en ese sentido”.
- Se señaló que se ha trabajado en un proceso de formulación de una propuesta de ley de medicamentos, que hablaba de elementos tan importantes como la regulación de precios, trabajando con techos, de la promoción, del control de calidad de medicamentos y del papel de las universidades en el tema de control de calidad, desarrollo de investigaciones científicas, y una regulación también de la parte de promoción, y publicidad, y que se planteó la promoción de medicamentos genéricos, pero hubo oposición rotunda de uno de los laboratorios más fuertes, ya que los temas de control de precios y de calidad constituyen “pecados mortales”.
- “Para nadie es desconocido que aquí hay grandes intereses y parte de la argolla política actual, es la industria químico-farmacéutica... riñe el interés económico con el derecho humano fundamental a la vida, lo que priva, digamos, en un gobierno como el que tenemos nosotros es precisamente el interés económico”.
- Ausencia de una política nacional de medicamentos.
- El personal de salud tampoco se toma la molestia no porque esto se asume que esta, no se da en la unidad aunque una y otra y otra persona lo requiera.
- La poca capacidad que tenga el administrador o el director del establecimiento del Ministerio de Salud que se termina perdiendo enorme cantidad de medicamento simplemente por no solicitarlos
- Mala calidad de medicamentos
- No se hace revisión del cuadro básico de medicamentos que se tiene para el primer nivel de atención.
- Una sociedad totalmente medicalizada y a veces no se potencia recursos que son propios de la comunidad y que se pueden trabajar.
- Hay un conflicto de intereses en cuanto a la compra de medicamentos.
- Hay escasez de medicamentos en las unidades de salud.
- Se utiliza mal los medicamentos.
- En el mercado se venden medicamentos procedentes del MSPAS.
- El medicamento no está llegando a las manos del usuario que realmente lo necesita.

5.2.4 Fortalezas de los servicios públicos del primer nivel de atención en cuanto al acceso a medicamentos por parte de la población de menores ingresos

Las fortalezas detectadas por el grupo de representantes de ONG respecto al acceso de medicamentos fueron las siguientes:

- La farmacia de la Unidad de Salud, resulta más barata a la población que una farmacia privada, dependerá de la gestión y la organización que se tiene para su distribución que funcione o no adecuadamente, de la distribución, pero se identifica como fortaleza que por lo menos se tiene una partida para eso, aunque hubo controversia en cuanto a que constituya una fortaleza.

5.2.5 Calidad de la atención en los servicios públicos de salud del primer nivel, en comparación con aquellos del sector privado

- La consulta de la Unidad de Salud es en masas, poco humanizada, poco accesible a la necesidad real de la persona, es generalizada y en cambio en el sector privado el médico o médica en el sector privado le tiene

que poner mucho mas interés y tiempo y la calidez de la atención que le pongan al paciente viene la recuperación económica del medico, en cambio en la Unidad de Salud es una obligación, en lo privado le dan un poco mas de calidez al paciente ahí esta la diferencia.

- Los cargos se mueven por intereses políticos.
- En lo privado el médico o la médica esta interesada en retener al paciente.
- La oportunidad de conocer cual es la satisfacción del usuario, en este caso por ejemplo en el sector publico no hay espacios para que la gente pueda evaluar el servicio que se le esta dando que entonces es mas considerado. Cuando andan en iniciativas para poder tener esos espacios los cuales la gente pueda evaluar ya sea por cualquier mecanismo.
- Que el usuario entienda, que la gente tiene derecho, que la atención no es caridad.
- Algunos médicos aseveran estar concientes de que la situación por la que pasan los pacientes al asistir a las unidades de salud puede ser difícil.
- Existe conflictos de intereses en el sector privado.
- Falta de ética profesional desde el recepcionista, secretaria, médico... en el sector público.

5.2.6 Calidad de los medicamentos en los servicios públicos del primer nivel de atención en comparación con aquellos del sector privado

- Se asevera que las instituciones públicas no adquieren medicamentos de calidad.
- En opinión de los participantes, la calidad de los medicamentos en el ministerio pudiera ser menor, ya que la compra al por mayor se logra al menor costo, aunque no se pueden garantizar, refirieron, que en el sector privado sean de mejor calidad.

5.2.7 Opiniones sobre cómo se podría solucionar el problema de la atención médica

- Seguir con el trabajo de extensión de cobertura que las ONG están haciendo extensión de cobertura desde hace décadas la población entre menores ingresos por lo general en estudios hechos, ha sido atendida y estoy seguro de que seguirá siendo mejor atendida por las ONG.
- Las ONG pudieran hacer un mejor trabajo en las comunidades se dedicaran a la parte de promoción, la educación a trabajar por las comunidades en vez de simplemente llevar los mismo servicios solo que en unidades móviles.
- Que haya políticas públicas, con un enfoque diferente. Se necesita voluntad política para que se mejore la situación de salud de todas estas comunidades.
- Poner en práctica las normativas existentes.
- Hay que regular el mercado de medicamentos y servicios,
- Un proceso de reforma que garantice la calidad y la calidez en todos los niveles de atención.
- Fortalecer el sistema público de cara al perfil epidemiológico del país.
- Para mejorar la calidad de los servicios tendría que ser desde un inicio con la sensibilización hacia el enfoque de la atención de salud, como un proceso colectivo y no un proceso meramente individual esto cambiaria un poco la operatividad del sistema en el sentido
- Con la participación de los diferentes sectores que ya están en los municipios y que tienen recursos que combinándose podrían ayudar a la mejoría de las diferentes actividades de los diferentes ingresos que tienen en las unidades de salud lo hemos hecho específicamente para salud productiva de adolescentes.
- Un proceso que inicia con la definición de calidad desde el punto de vista de los participantes como los proveedores también de los otros sectores entonces si la población participa en lo que para ellos es calidad en la atención de los servicios de salud.
- Generar un mecanismo para que las personas se evalúen a sí mismas constantemente.
- Crear el mecanismo de cómo la gente usuaria pueda decir si esta satisfecha o no.

- Formar mejor al personal de salud, dejando de producirlos en masas en las universidades, haciendo calidad de selección.

5.2.8 Opiniones sobre cómo resolver las necesidades insatisfechas en cuanto a medicamentos

- Definir bien el cuadro básico en función a las necesidades, que tengan, que actualizarlo cada dos años.
- Aprovechar esa partida para medicamentos que ya se tiene para entra en función a la necesidad específica, para que lo poco que se tiene pueda conocerse.
- Con licitaciones transparentes en tiempo y a tiempo, que también existe otro problema que es que la licitación sale fuera de tiempo, la logística y la provisión de medicamentos fuera de tiempo.
- Hay que regular el mercado, hay que regular el mercado, los abusos de las empresas y aquí si nosotros nos vamos hasta los tratados de libre comercio que abren las puertas para todo lo que son las patentes.
- El ministerio tendría que dar un salto en darle apertura también a las medicinas alternativas.
- Fortalecer el presupuesto tanto para el Ministerio de Salud como para el seguro social.

5.2.9 Opinión sobre si las personas estuviesen dispuestas a pagar por los servicios de atención médica y medicamentos que solucionen sus necesidades insatisfechas

- Estarían dispuestos, pero no tienen la capacidad de hacerlo.
- Un dólar podría ser poco para unas personas, pero para ellos, no es poco, es con lo que viven un día.
- La disposición como existe, pero si hubiera capacidad, pero aquí no la hay, la atención de salud la esta pagando el usuario, que sabe del bolsillo, que está cubriendo las tres cuartas partes del costo de la atención.
- El problema es comunicación, en donde los recursos deberían de estar focalizados a los que no tienen capacidad de pago. Pero el problema es que no están identificados los usuarios del servicio llega tanto gente que puede pagar, como llega gente de escasos recursos y se cobra el mismo costo es para todos.
- En las comunidades muchas personas no pueden pagar el costo de una consulta por muy simbólica que sea.
- No sé esta subsidiando a los más pobres, se esta subsidiando a personas que tienen un poder adquisitivo y un poder de pago mayor, eso es un cuestionamiento que tendría que hacerse a las distintas estancias involucradas porque es algo supremamente complejo.
- Al hacer un análisis del gasto nacional en salud aquí el mayor porcentaje del gasto es privado, y el mayor porcentaje de lo privado es la gente más pobre.

5.2.10 Actores clave para solucionar el problema de la falta de atención médica

- El Estado. A él le compete, pues es su obligación.
- Las Organizaciones no Gubernamentales (ONG).

5.2.11 Opiniones sobre actores clave podría solucionar el problema de falta de medicamentos

- Los y las participantes se refirieron al hecho de que las farmacias y otros proveedores, tanto de medicamentos, como de medicina natural son protagonistas en la provisión de medicamentos tradicionales o alternativos y que esta situación debe abordarse, desde el punto de vista del control y la regulación.
- No hay ningún tipo de control sobre la venta de medicamentos.
- En los puestos del mercado se venden los medicados.

- Hay conflicto de intereses, en los que dan la consulta y despachan o comercian con medicamento.
- No hay ningún control de los precios.
- Hay farmacias que tienen médicos que dan consulta.
- En el nivel muy local esto podría convertirse en una oportunidad porque a veces es el único referente de salud que hay en la zona, y podría capacitársele
- Los supermercados, tienen mini farmacias en donde prácticamente es muy fácil encontrar cualquier medicamento.

Los mecanismos de control que se desarrollen, porque solamente con la capacitación y sin los mecanismos de control, no se logra nada.

- No van a dejar de vender sin receta, ni las personas de pedir que les prescriban, porque esto es cultural
- En el pasado se tenía más control para quien ponía una farmacia, ya que le pedían que fuera química-farmacéutico.

5.3 Participantes

A continuación se presenta los nombres (sin apellidos) de las personas que participaron en los dos grupos focales de representantes de ONG que trabajan con poblaciones en extrema pobreza y el criterio de selección utilizado:

Cuadro 11. Participantes de grupos focales realizados entre representantes de ONG que trabajan con poblaciones en extrema pobreza en el área social y de salud, y criterio de selección

	Nombre	ONG	Criterio de selección
1	Florencia	Fundación Salvadoreña para la Salud y el Desarrollo Humano (FUSAL)	Trabajo en campo en zonas de extrema pobreza de una de las ONG que es apoyada por la empresa privada
2	Fátima	Asociación para el Desarrollo Humano (ADHU)	Trabajo en campo en zonas de extrema pobreza, especialmente en occidente
3	Maria	Asociación para el Desarrollo Humano (ADHU)	Trabajo en campo en zonas de extrema pobreza, especialmente en occidente
4	Patricia	Asociación Salvadoreña Pro-Salud Rural (ASAPROSAR)	Trabajo en campo en zonas de extrema pobreza, especialmente en occidente, una de las ONG más grandes del país.
5	Lucia	Asociación Salvadoreña Pro-Salud Rural (ASAPROSAR)	Trabajo en campo en zonas de extrema pobreza, especialmente en occidente, una de las ONG más grandes del país.
6	Joaquín	Médicos Mundi Aragón	Trabajo en campo en zonas de extrema pobreza, especialmente en occidente.
7	Sara	Fundación Salvadoreña para el Desarrollo de la Mujer y el Niño (FUNDEMUN)	ONG que trabaja especialmente en áreas de extrema pobreza
8	Elizabeth	Centro de Atención a la Lactancia Materna (CALMA)	ONG que trabaja especialmente en áreas de extrema pobreza

	Nombre	ONG	Criterio de selección
9	Ludin	Save the Children	ONG internacional que trabaja especialmente en áreas de extrema pobreza
10	Margarita	Acción para la Salud en El Salvador (APSAL)	ONG que trabaja sobre medicamentos y acceso de atención en salud a la población
11	Mónica	Asociación Atlacatl	ONG de personas viviendo y afectadas por el VIH, se dedica a la defensa de los derechos humanos de las personas que viven con VIH/SIDA o afectadas, tienen los servicios de investigación, educación, y área de apoyo legal.
12	Miguel	Cruz Roja Salvadoreña	ONG internacional que trabaja especialmente en áreas de extrema pobreza, Director de Salud Comunitaria
13	Jannette	Fundación Maquilishuat (FUMA)	Trabajo en campo en zonas de extrema pobreza en todo el país, una de las ONG con mucha trayectoria en el área de salud.
14	Mirna	AMS	Trabajo en campo en zonas de extrema pobreza, especialmente en oriente, una de las ONG con mucha trayectoria en el área de salud.
15	Diana	(Centro para la Defensa del Consumidor (CDC)	Centro de defensa del consumidor, ONG de defensa de los derechos de los consumidores.
16	Efraín	Fundación SERAPHIN	ONG internacional que trabaja especialmente en áreas de extrema pobreza

Anexo: Instrumentos para Grupos focales

“ANÁLISIS SECTORIAL DE SERVICIOS DE SALUD”

GUÍA DE DISCUSION DE GRUPO FOCAL DIRIGIDO A MÉDICOS(AS), REPRESENTANTES DE ONG Y FARMACIAS

Fecha_____ Lugar_____ Moderadora_____

Anotadora_____

SALUDO Y PRESENTACIÓN

Buenos días/tardes. Mi nombre es _____, y mi compañera _____, ambas del DSP-UCA. Estamos realizando una investigación para FUNDES con relación opiniones sobre las necesidades sobre servicios de salud. Queremos conocer las opiniones de Uds. acerca de importantes aspectos sobre el tema, de modo que la información que nos den es de suma importancia y un aporte muy valioso para la investigación. Voy a trabajar con Uds. siendo la moderadora de esta reunión. Esto quiere decir que les voy a ir pidiendo que opinen y que expresen libremente lo que piensan sobre el problema que vamos a tratar. Yo no voy a opinar, sólo Uds. Si tienen alguna pregunta para mí, me la pueden hacer al terminar la discusión. _____ va a tomar notas de lo que aquí se comente. Vamos a grabar la discusión para poder recopilar toda la información que Uds. den.

Esta discusión va a durar aproximadamente una hora y media. Les suplico que por favor permanezcan hasta el final para poder lograr una discusión sin interrupciones.

REGLAS DEL GRUPO

Para que este grupo funcione adecuadamente debemos recordar algunas cosas importantes:

- En este grupo nadie sabe más que nadie. No hay opiniones buenas ni opiniones malas, todas las opiniones son igualmente importantes y valiosas y nos interesa conocerlas.
- Cuando una persona esté hablando, el resto debe permanecer atento(a) a lo que está diciendo.
- Todo mundo podrá opinar a favor o en contra de lo dicho por otras personas.
- Pueden usar ejemplos para explicar mejor sus ideas, si así lo estiman conveniente.

GUÍA DE PREGUNTAS

1. ¿Cuáles son las debilidades de las unidades de salud en la atención que dan la población de menores ingresos?
2. Cuáles son las fortalezas de las unidades de salud en la atención que dan la población de menores ingresos?
3. ¿Qué debilidades encuentran en el acceso a medicamentos para la población de menores ingresos en las unidades de salud?
4. ¿Qué fortalezas encuentran en el acceso a medicamentos para la población de menores ingresos en las unidades de salud?
5. ¿Cómo perciben Uds. la calidad de la atención en la consulta de la Unidad de Salud, y cómo es en el sector privado?
6. ¿Cómo perciben Uds. la calidad de los medicamentos en la consulta de la Unidad de Salud, y cómo en lo privado?
7. ¿Cuáles consideran Uds. que son las necesidades insatisfechas por las unidades de salud?:
 - En cuanto a atención médica
 - En cuanto a proporcionar medicamentos
8. ¿Qué proponen Uds. para resolver las necesidades insatisfechas:
 - En cuanto a atención médica?
 - En cuanto a proporcionar medicamentos?
9. ¿Consideran Uds. que la población de más bajos ingresos estaría dispuesta a pagar por los servicios y medicamentos que solucionen sus necesidades insatisfechas?

10. ¿Quiénes consideran Uds. que serían los actores clave para solucionar los problemas de falta de atención médica?
11. ¿Quiénes consideran Uds. que serían los actores clave para solucionar los problemas de falta de medicamentos?

“ANÁLISIS SECTORIAL DE SERVICIOS DE SALUD”

GUÍA DE DISCUSION DE GRUPO FOCAL DIRIGIDO A MUJERES

Fecha_____ Lugar_____ Moderadora_____

Anotadora_____

SALUDO Y PRESENTACIÓN

Buenos días/tardes. Mi nombre es_____, y mi compañera _____, ambas del DSP-UCA. Estamos realizando una investigación para FUNDES con relación opiniones sobre las necesidades sobre servicios de salud. Queremos conocer las opiniones de Uds. acerca de importantes aspectos sobre el tema, de modo que la información que nos den es de suma importancia y un aporte muy valioso para la investigación. Voy a trabajar con Uds. siendo la moderadora de esta reunión. Esto quiere decir que les voy a ir pidiendo que opinen y que expresen libremente lo que piensan sobre el problema que vamos a tratar. Yo no voy a opinar, sólo Uds. Si tienen alguna pregunta para mí, me la pueden hacer al terminar la discusión. _____va a tomar notas de lo que aquí se comente. Vamos a grabar la discusión para poder recopilar toda la información que Uds. den.

Esta discusión va a durar aproximadamente una hora y media. Les suplico que por favor permanezcan hasta el final para poder lograr una discusión sin interrupciones.

REGLAS DEL GRUPO

Para que este grupo funcione adecuadamente debemos recordar algunas cosas importantes:

- En este grupo nadie sabe más que nadie. No hay opiniones buenas ni opiniones malas, todas las opiniones son igualmente importantes y valiosas y nos interesa conocerlas.
- Cuando una persona esté hablando, el resto debe permanecer atento(a) a lo que está diciendo.
- Todo mundo podrá opinar a favor o en contra de lo dicho por otras personas.
- Pueden usar ejemplos para explicar mejor sus ideas, si así lo estiman conveniente.

GUÍA DE PREGUNTAS

- 1) Para Uds. ¿Cuáles son las debilidades de las unidades de salud a las que asisten?
- 2) Para Uds. ¿Cuáles son las fortalezas de las unidades de salud a las que asisten?
- 3) Para Uds. ¿Cuáles son las debilidades de las unidades de salud a las que asisten en cuanto a proporcionar los medicamentos?
- 4) Para Uds. ¿Cuáles son las fortalezas de las unidades de salud a las que asisten en cuanto a proporcionar los medicamentos?
- 5) ¿Cómo piensan que es la calidad de la atención en la consulta de la Unidad de Salud, y cómo es con el médico privado?

- 6) ¿Cómo piensan que es la calidad de los medicamentos en la consulta de la Unidad de Salud, y cómo es en lo privado?
- 7) ¿Cuáles problemas de salud no pueden resolverles en la Unidad de Salud?
 - En cuanto a atención médica
 - En cuanto a que proporcionen los medicamentos
- 8) ¿Cómo creen que se podría solucionar el problema de atención médica?
- 9) ¿Cómo creen que se podría solucionar el problema de falta de medicamentos?
- 10) ¿Creen Uds. que la gente estaría dispuesta a pagar por los servicios y medicamentos que no da la Unidad de Salud?
- 11) ¿Quién creen Uds. que podría solucionar estos problemas de falta de atención médica?
- 12) ¿Quién creen Uds. que podría solucionar estos problemas de falta de medicamentos?

Título:

Panel de expertos para el Análisis Sectorial Servicios de Salud

Fecha: 5 .11 2007

INTRODUCCIÓN

El panel de expertos , que a continuación se presenta tenía como objetivo presentar lo que se había recopilado en los pasos previos de la investigación y presentar los modelos mas compatibles con la población blanco estudiada que es la población de extrema pobreza, con el fin de que los expertos valoraran desde su experiencia y experticia la viabilidad económica y social para desarrollarlos como empresa en el país, además de solicitarles criterios a utilizar tanto en la evaluación , como en su posible implementación.

Los y las participantes fueron escogidos después de ser entrevistados y por los aportes brindados para los pasos anteriores adonde se logró conocer de su experiencia en el tema.

Los resultados de este panel dan la pauta de que ninguno de los dos modelos presentados pueden ser implantados como tales en el país, sin embargo los y las expertas expusieron que se puede armar un modelo híbrido, basándose en el modelo de "Mi Farmacita" y en el modelo SSER/CEGIN , tomando además otros criterios y experiencias propias del país para llegar no necesariamente al segmento de población escogida, si o al de pobreza relativa.

A continuación se presentan los objetivos del Panel de expertos/as:

- **OBJETIVO GENERAL**
 - Crear un marco de referencia para apoyar la evaluación y propuesta de líneas de modelos empresariales viables en el país
- **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**
 - Crear un marco de referencia para apoyar la evaluación de modelos
 - Evaluar los modelos presentados desde la experticia de las y los participantes
 - Recabar insumos para construir en el futuro un modelo empresarial para el país.

Panelistas expertos participantes:

1. Lic. Ricardo Palacios. Director de salud rural ADS.

2. Dr. Jorge Ferrer director medico de laboratorios Generix.
3. Dra. Diana Burgos, medica encargada de incidencia política e investigación Centro de Defensa del Consumidor.
4. Lic. Mirna Argueta, Directora Ejecutiva AMS, programas atención primaria en salud en la zona oriental del país.
5. Dr. Adán Vaquerano Economista de la UCA

METODOLOGÍA

Panel de expertos para evaluar y generar insumos de modelos empresariales de atenciones el primer nivel.

Se desarrolló una sesión presencial de 5 expertos (identificados en las entrevistas de profundidad).

Se les presentaron los resultados gruesos de las etapas anteriores:

Se proyectó una presentación, con un resumen de resultados relevantes de las etapas anteriores. Su contenido contempló:

- Descripción del sistema en funcionamiento para atención primaria de salud en sectores de bajos ingresos
- Descripción del sistema en funcionamiento para acceso a medicamentos en sectores de bajos ingresos
- Modelos en economías similares
- Necesidades insatisfechas
- Propuestas de solución
- Actores clave
- Presentación de los modelos escogidos por FUNDES y el DSP-UCA como mas adaptables a el tipo de población blanco. ("Mi Farmacita", SSER/CEGIN) y la revisión del modelo publico de Argentina REMEDIAR

Evaluación de modelos

Se pidió a los presentes evaluar dos modelos probables privados que solucionen las necesidades insatisfechas de la población de menores ingresos. El requisito es que ellos puedan ser:

1. Masivos
2. De costo bajo
3. De alta calidad

Evaluación de costo beneficio

Se desarrollo una sencilla evaluación que respondía las siguientes preguntas:

- ¿A cuánta población podría atender aproximadamente cada modelo?
- ¿Cuánto podría pagar la población por los servicios de cada modelo?
- ¿Se considera que el modelo podría ser rentable para sus operadores privados? ¿Por qué?
- Que otros criterios deberían de considerar en el modelo para satisfacer las necesidades insatisfechas desde el sector.

Se les pidió elementos para generar un modelo que mejore la atención de primaria en salud y el acceso a medicamentos de la población de menores ingresos, con una evaluación sencilla de costo- beneficio.

Se trabajó una sesión de síntesis, evaluación de modelos de solución para la población de bajos ingresos y valoración simple.

Resultados

Población que podría tener acceso económico a cada modelo y razones que ofrecen.

Se explico que habían tomado de base la población en extrema pobreza y que esta difícilmente tendría acceso, sin embargo pensando en términos económicos, se debería hacer una segmentación en el mercado posiblemente que nos esta permitiendo encontrar aquella que tiene mejores posibilidades económicas sean las que nosotros estemos buscando atender.

La población que atienden en áreas rurales y urbano marginales pueden aportar dinero en relaciona lo que tienen. "En el programa directo de lo que es la distribución de anticonceptivos estamos también en las ciudades, con el Ministerio de Salud Publica y muchas veces apoyado por otras ONG, que hacen la misma labor que nosotros estamos haciendo, pero nosotros tenemos que recuperar costos en alguna medida y tenemos una buena cantidad de personas que hacen uso del mismo método que muchas veces en el Ministerio de Salud o cualquier otra institución esta regalando en la comunidad y nos aportan una cierta cantidad"

Si bien es cierto que en nuestro país la difícil situación económica pero sin embargo en la experiencia de uno de los panelistas que trabaja en un programa de salud rural a nivel nacional, han logrado establecer un programa de prevención de cáncer cervico-uterino en donde las personas están aportando cierta cantidad de dinero que no es el costo real, que implica a la institución por esa toma de citología, sin embargo las personas prefieren en esas comunidades aportar algo de dinero a cambio de una mejor calidad de atención. A veces el establecimiento de salud esta a un kilómetro o dos y prefieren el servicio proporcionado por la institución por que argumentan una serie de situaciones que no son tan satisfactorias para las personas, para las mujeres especialmente que se les extravíen los resultados, que no se los den oportunamente. En cambio les ofrecemos una respuesta con un máximo de quince días de espera además se les ofrece la debida orientación, la explicación de que en que va consistir el examen, cuales son los posibles resultados que pueda obtener y realmente hemos tenido mucho éxito.

Sin embargo otro de los expertos opina que en la región que ella trabaja la población aun no esta preparada para ser atendida sin subsidio. Ya que existe poca accesibilidad en cuanto a poder adquisitivo, en cuanto a ubicación geográfica de estos lugares que ese es un elemento importante a tomar en cuenta en cuanto a este modelo.

En el área rural hay gente que no es dueña de tierra entonces no puede decir que va a sembrar granos básicos, si siembra es para la subsistencia entonces que el modelo en este país deberá seguir siendo subsidiado para que pueda realmente llegar a la población.

En el mundo urbano existe un excedente de población rural que se ha venido para acá por que no cabe allá y no puede comer, que viene a ver como lo hace, de alguna manera en la ciudad. Para muestra San Salvador esta totalmente rodeado y penetrado las zonas marginales donde vive el exceso de población rural que aun no se ha urbanizado, entonces el concepto urbano rural no debe ser tan estricto para analizar a quien tenemos que buscar como población blanco, que estén demandando una atención, y la demanda y la necesita y que no tiene acceso por mil razones hasta por distancia pero la mayor relaciones de acceso es económica, buscan soluciones y tienen capacidad de buscar soluciones propias, el problemas es cuando los vemos como urbanos. Un elemento importante es la parte de la cultura, también, la educación en salud. Que se difunda ya que puede ayudar a prevenir muchas de los padecimientos de esta población, este modelo debería de incluir mucho eso, esa difusión de esa cultura en salud.

Habría que determinar por medio de diagnósticos a que comunidades se quiere llegar, seleccionar comunidades de acuerdo a características pero para eso habría que hacer todo un modelo incluyendo las características específicas de la población por que aquí hay comunidades rurales y urbano marginales de muy diversos niveles económicos en cada una de las realidades, puede haber una comunidad como decían que tenga carro, que tenga una casa mixta,

puede ser que a la par viva u hogar con escasos recursos. Que no puede acceder si quiera a la canasta básica entonces habría que hacer todo ese sondeo.

Monto que podría pagar la población por los servicios que presentan los diferentes modelos, Razones.

Los costos de medicamentos son sumamente altos tanto en medicamentos de marca como en medicamentos genéricos, ya analizando los modelos proporcionados, ninguno de los dos privados no son masivos verdad pero habría que ver el tema de costos bajos es decir: que si la consulta cuesta dos dólares, habrá que preguntarse ¿eso será un costo bajo?, ¿será accesible para la población en que vivimos? La población de escasos recursos económicos, la población en extrema pobreza que tiene uno o dos dólares para sobrevivir en el día entonces habría que valorar eso

La población en algunos programas como el de salud rural esta realmente esta pagando un 80, 75% de los costos de la toma de citología y de los anticonceptivos. Pero es de aclarar también que la institución recoge fondos a través de unas unidades estratégicas de negocios, ya que aportan el capital para sostener el programa social entonces ahí es donde logramos seguir adelante. La citología cuesta dos dólares con cincuenta centavos y los anticonceptivos para decir algo un ciclo pastillas le esta costando veinticinco centavos de dólar. Un ciclo de anticonceptivos cuesta 0.25 centavos de dólar. El anticonceptivo inyectado mensual está pagando uno noventa de dólar y el inyectado el bimensual hasta dos veinticinco. Capacitamos a la gente de la comunidad que hace las distribuciones del anticonceptivo.

“No se que clase de sacrificios pudieran hacer pero cuando va en busca de un buen servicio la atención muchas veces la puede servir igual entonces eso es parte de lo que nosotros vivimos no quiero decirles que cubrimos toda la población de hecho para mi hay una segmentación de mercado que nosotros hemos logrado identificar como institución y que es aquella que tiene capacidad de pago posiblemente”.

Sin embargo en la experiencia de otra panelista desarrollaron un programa que se iba a cobrar un porcentaje de la citología ya que con eso iban a darle la parte al laboratorio y que cobran un colón (0.11 centavos de dólar) por la citología y muchas señoras no tenían esa cantidad para tomársela.

Modelo se considerado con potencial de ser más rentable para sus operadores privados: Razones.

Un modelo que cumpla con estos objetivos: de ser masivo, de costos bajos y de alta calidad, Según explicaron los panelistas ninguno de los modelos presentados (“Mi Farmacita” y SSER/CEGIN) aplica para El Salvador, la realidad es muy diferente pero expresan que se podría hacer como un híbrido de tal forma que se obtenga medicamento de bajo costo, y se venda en un establecimiento como el que plantea “Mi Farmacita”, ubicado en sitios estratégicos, pero que además este subsidiado, con mezcla del modelo SSER/CEGIN, este parece interesante, con las tarjetas que tienen acceso a paquetes diríamos de servicio, y quizás ahí podría haber una parte que la subsidie el estado y una pequeña aportación de la población dependiendo de la capacidad adquisitiva que tengan. Hay mas experiencias en zonas en el campo en las la gente enferma, desde la UCA se visitan diferentes sitios y a veces se encuentra gente que lleva una semana ahí y que no puede ir a la Unidad de Salud por que hay que caminar siete u ocho kilómetros y si el quiere contratar un vehículo vale cien dólares para que lo lleve a la Unidad de Salud mas cercana y esa gente no tiene esa capacidad económica, de ahí la importancia de ubicar esos sitios esas clínicas de atención en los lugares donde la gente verdaderamente lo necesita y que sea accesible.

En el país existen las farmacias MEDCO, las Farmacias ECONÓMICAS que es parecido al modelo de “Mi Farmacita”, hay médicos dan la consulta, hay medicamento genérico y hay descuento, pero están en zonas de clase media, que puedan tener capacidad de pago, no están enfocadas a la población en extrema pobreza que es adonde estamos enfocando adonde queremos ver que ese modelo atienda a la población.

Es importante no saber cual va a ser el mercado meta en este modelo, la zona rural o las zonas urbanas empobrecidas por que el modelo de atención tiene que ser diferente.

Hablando de medicamentos genéricos el costo en el país, no es aparentemente mas bajo que el costo del medicamento no genérico, pero si se analiza el costo del medicamento que el ministerio reparte insuficientemente, es cinco veces mas bajo que el costo del medicamento que se venden en farmacias, cinco además el ministerio es incapaz de cumplir la demanda, nunca esta el medicamento que se necesita. Por el sistema de compra que tienen y son los mismos medicamentos que las venden las multinacionales y las nacionales en las farmacias, pero en las farmacias privadas el sistema de consumo de medicamentos es una pirámide invertida de la pirámide social de la población, si la pirámide social los de menos recursos están abajo en el consumo de medicamentos la base esta arriba y la punta apenas toca allá abajo entonces los que mas consumen es la punta de la pirámide que tienen más ingresos o sea que esta diseñado para esas personas, el sistema de farmacias, las mil y pico que hay. Están diseñados para atender apenas un 16% de la población que puede pagar este servicio, hay que pensar y tenemos que pensar, en buscar una alternativa, en el sentido del modelo híbrido tiene que funcionar, es un híbrido en esta forma de negocio un híbrido entre todas las estructuras de que están sirviendo en el sector salud.

"MI FARMACITA" pareciera, que es un servicio de este tipo comunitario, pero realmente es que es una gran empresa que se esta comiendo al mercado medico, tratando de robarles el mercado con un 6% o un 10% de el consumo de genéricos en México, que ya no es cualquier cosa, es un monstruo que esta buscando como meter su negocio dando franquicias bastantes caras, como un McDonald, no estamos hablando de pequeña o mediana empresa, si no de gran empresa.

En cambio el modelo SSER/CEGIN, por lo menos tiene una ventaja que es importante, que es participativo, están tratando que la personas entiendan y vivan que salud también es un problema que les atañe, que no es el maná que cae del cielo, que no puede ser siempre subsidiado, tiene que ser subsidiado por que el país no puede enfrentarlo de otra manera no podemos eliminar el concepto de subsidio, La persona subsidiada tiene que participar en alguna manera, debe ser participativo, que la población participe, que sepa que cuesta y que cuesta algo, que lo que necesita es mucho mas caro de lo que se le puede dar y que la calidad de los servicios es algo difícil de lograr sin invertir; que entre mas complejo es servicio mas caro será.

El problema no es de invertir la relación en el consumo de la población de medicamentos, el problema es crear un consumo adicional que complemente lo que esa pirámide no puede hacer, aquí existe una pirámide, esta toda la industria farmacéutica y eso va a ser muy difícil de cambiar, pero si se puede utilizarlos en alguna medida para que los recursos de producción del país que son mucho allá de la capacidad de venta sean utilizados al máximo, cualquier industria de farmacéutica de este país esta subutilizada en un 60 a 70% de su capacidad de producción y bien pudieran producir bajo un sistema híbrido que garantice su consumo y su beneficio; ya que ningún laboratorio lo va ha hacer de gratis, que les quede su beneficio, pero el beneficio fundamental y de interés es el de la población, es difícil escoger un modelo, pero aquí existe una alternativa muy interesante, existe un modelo participativo, existe un modelo de darles, existe un modelo de organización que es el de MI FARMACITA que aunque sean puros intereses de la farmacéuticas que producen los genéricos, que es una gran empresa para solucionar sus problemas, por que no esta solucionado los de la población, y en algún sentido se puede tomar aquí a toda la industria farmacéutica que existe y es suficiente. Además conseguir esos servicios dentro de un modelo de servicio que implique lo que es fundamental en el modelo de los Argentinos SSER/CEGIN, pequeñas organizaciones de servicio y de consumo de salud a nivel de atención por que estamos hablando a nivel de atención primaria.

No importa donde este urbano o rural o ambos y lo importante es como se llega a esta gente a través de un sistema nuevo híbrido, participativo, un sistema farmacista, con la idea de darles algo a quienes no lo tienen y con cierta independencia del estado, por que el estado actual no ha logrado satisfacer lo que es su obligación. Veamos quienes tienen esa necesidad y quienes en alguna medida que ya se empiezan a satisfacerla, pues existen otros

que satisfacen sus necesidades de salud, su manera, de forma muy diferente a la que nosotros conocemos, si no se busca beneficiara esa población no se esta haciendo nada.

Además un aspecto muy importante a tomar en cuenta es quienes van a ser los actores en este modelo, por que el reto es reducir los costos, ese es el principal reto, “hablaba con un español por que le comentaba de este panel y me dice: estamos sorprendidos (por el traía una medicina de España y aquí se le acabo y tuvo que comprar) no es posible que aquí en este país yo tengo que pagar ocho veces mas de lo que pago allá por esa misma medicina. Así es imposible que la población tenga acceso a medicina de calidad”.

Cuando se habla de medicamentos específicamente que retome esa parte de la responsabilidad social empresarial y buscar que la industria farmacéutica forme parte los actores directos en esto para que se pueda satisfacer y buscar un modelo híbrido que se ha mencionado, buscar la manera se pueda articular y con esa articulación involucrar a esos laboratorios, droguerías para que ellos asuman esa realidad social y que de esa manera se pueda hacer un modelo que sea aplicado a nuestro país.

Otro aspecto importante son los curanderos y los Shamanes, que hay que tomarlos en cuenta como actores del sistema , y para tener aceptación, primero se debe platicar con curanderos y los Shamanes, por que en la zona rural los hay que relacionarse, por que la gente va de la consulta de las ONG o de la Unidad de Salud va donde el curandero para enseñarle lo que le dieron y preguntarle si se lo toma o no, por ejemplo el curandero dice: “tómese el polvito por que el plástico se le pega en el estomago y eso le produce cáncer”, entonces hay conocer un poco de esa cultura, por que es una realidad, que no se puede negar. Esto es una de las cosas que también habría que tomar en cuenta en un modelo por que también existen otros lugares en las mismas condiciones.

Otros criterios debieran de considerarse en el modelo que satisfagan las necesidades insatisfechas desde el sector

- El medicamento sea barato para esta gente y estar ubicados de acuerdo a su situación de ubicación
- Sensibilización de la población blanco.
- Segmentación de la población buscando el mercado adecuado, no necesariamente la población de extrema pobreza.
- Que sea sostenible
- Que no sea asistencialista
- Que la población tome conciencia del costo del servicio
- Que siempre pague, poco pero que la población aporte
- Caracterizar mejor el segmento de la población que puede pagar y los que no pueden hacerlo.
- Educar en salud
- Las zonas con remesas tienen mayor capacidad de pago
- Campaña de divulgación adecuada a la población blanco.
- Se puede considerar un modelo de bajo costo como “Mi Farmacita” pero subsidiado por el estado, o al menos que provea los medicamentos a más bajo costo, que sirva de proveedor.
- Coordinación entre los actores.
- Híbrido es decir con los elementos de “Mi Farmacita” que convengan, así como elementos de CEGIN, y otros a tomar en cuenta
- Que tenga institucionalidad (que sea participativo) no implantar.
- El programa de prevención de cáncer Cerviño-uterino:
 - La gente esta dispuesta a aportar algo por una mejor calidad de atención (respuesta oportuna)
 - La gente cubre el 75-80% del costo, el resto se cubre con fondos del programa.
- No existe el concepto claro de medicamento genérico en el salvador.
- No existe un concepto claro de salud
- Cambiar actitudes mediante campañas de información, educación y comunicación.

Conclusiones y recomendaciones

Respecto a la población que podría tener acceso económico a cada modelo y razones que ofrecen para sugerir eso, se concluye que:

La población blanco de extrema pobreza no necesariamente es la que debería ser la población sujeta de un proyecto de empresa como el que se puede desarrollar, sin embargo, las comunidades rurales y urbano marginales que están en las zonas de extrema pobreza deben de estudiarse a través de un diagnóstico y focalizarse en aquellos que puedan acceder a el modelo que se elija proponer, ya que el volumen de población hace atractivo el desarrollar el proyecto.

Monto que podría pagar la población por los servicios que presentan los diferentes modelos, Razones. Se concluye que:

Hay opiniones encontradas respecto a este tema que van desde que se debe seguir subsidiando por el estado lo que es atención medica y medicamentos, por que las personas de extrema pobreza no pueden aportar nada, hasta otras opiniones basadas en experiencias de trabajo con este tipo de población en las cuales hay recuperación de costos de parte de las instituciones a cambio de ofertar un servicio mas eficiente, seguro, oportuno y calido, específicamente servicio de toma de citologías y venta de anticonceptivos adonde la población hace aportes hasta de 2.75 dólares.

Sin embargo se expreso que era necesario hacer diagnósticos para determinar quien puede pagar y quien no.

Que las medicinas y los servicios deberían de ser baratos para que esta población pueda acceder a ellos.

Modelo se considerado con potencial de ser más rentable para sus operadores privados: Razones se concluye que:

Ninguno de los dos modelos privados con fines de lucro presentados son viables en su forma original en el país , pero que si se hiciera un híbrido tomando en cuenta la parte organizativa e infraestructura de “Mi Farmacita” y la forma de proporcionar la atención de SSER/CEGIN, además de tomar en cuenta la coordinación con otras estructuras de salud, y que en un primer momento podría el estado servir de proveedor de medicamentos, o la industria farmacéutica local de participar como actor en el modelo para disminuir costos, se podría considerar que tiene mas oportunidades de ser viable el modelo híbrido, pero que además se tiene que tomar en cuenta la cultura de la población blanco, y que el modelo debe responder con calidad, calidez y oportunidad para la atención de la población rural y urbano marginal-

Respecto a otros criterios debieran de considerarse en el modelo que satisfagan las necesidades insatisfechas desde el sector se recomienda que :

El medicamento sea barato para esta gente y estar ubicados de acuerdo a su situación de económica y geográfica, que se debe hacer sensibilización de la población blanco. Se debe hacer segmentación de la población buscando el mercado adecuado, no necesariamente la población de extrema pobreza. El modelo debe ser Autosostenible, no asistencialista

Que la población tome conciencia del costo del servicio, que pague poco, pero que la población aporte. Que las zonas con remesas tienen mayor capacidad de pago

Que se desarrolle campañas de divulgación de servicios adecuada a la población blanco. Que se haga educación en salud.

Se puede considerar un modelo de bajo costo como “Mi Farmacita” pero subsidiado por el estado, o al menos que provea los medicamentos a más bajo costo, que sirva de proveedor.

Desarrollar un modelo híbrido es decir con los elementos de “Mi Farmacita” que convengan, así como elementos de CEGIN, y otros a tomar en cuenta, que tenga institucionalidad (que sea participativo) no implantar.

Tomar en cuenta el programa de prevención de cáncer Cerviño-uterino:

La gente esta dispuesta a aportar algo por una mejor calidad de atención (respuesta oportuna)

La gente cubre el 75-80% del costo, el resto se cubre con fondos del programa.

Coordinación entre los actores.

Que se trabaje un concepto claro de medicamento genérico en El Salvador.

Que se trabaje un concepto claro de salud

Cambiar actitudes mediante campañas de información, educación y comunicación.

Anexos

AGENDA

Panel de Expertos/as

ANALISIS SECTORIAL SERVICIOS DE SALUD: EL SALVADOR

Día: 05 de Noviembre 2007

Lugar: Hotel Sheraton Presidente, Salón Presidente 8

Hora: 5:00 PM – 7:00 PM

Hora	Actividad	Objetivo	Encargada/o
5:00 PM – 5:10 PM	Inscripción	Registro de Asistentes	Dra. Carolina Paz
5:10 PM -5:15 PM	Exponer los objetivos del Panel y dinámica del	Dinamizar el evento, creando un ambiente adecuado	Dra. Carolina Paz

	mismo		
5:15 PM - 5:35 PM	Presentación de principales resultados de la investigación	Crear un marco de referencia para apoyar la evaluación de modelos	Dra. Carolina Paz
5:35 PM -6:35 PM	Discusión acerca de los modelos con expertos	Recopilar información para la toma de decisiones	Dra. Carolina Paz Dra. Lorena de Mendoza
6:35 PM - 7:00 PM	Síntesis y cierre	Resumir y exponer los datos recabados en el panel.	Dra. Carolina Paz

Guía de análisis para panel de expertos

Se pedirá analizar los modelos probables privados que solucionen las necesidades insatisfechas de la población de menores ingresos. El requisito es que ellos puedan ser:

- Masivos
- De costo bajo
- De alta calidad

12. Evaluación de costo beneficio

Deberá proveerse una evaluación sencilla que responda las siguientes preguntas:

- ¿Cuánta población tendría acceso económico a cada modelo y por que opina eso?
- ¿Cuánto podría pagar la población por los servicios que presentan los diferentes modelos? Por que opina eso
- ¿Cuál modelo se considera que podría ser más rentable para sus operadores privados? ¿Por qué?
- ¿Qué otros criterios debieran de considerarse en el modelo que satisfagan las necesidades insatisfechas desde el sector?