

Última actualización: 2019-01-01

Información del indicador

Objetivo 3: Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades

Meta 3.b: Apoyar la investigación y el desarrollo de vacunas y medicamentos para las enfermedades transmisibles y no transmisibles que afectan principalmente a los países en desarrollo, proporcionar acceso a vacunas y medicamentos esenciales asequibles, de conformidad con la Declaración de Doha sobre el Acuerdo sobre los ADPIC y la salud pública, que afirma el derecho de los países en desarrollo a utilizar plenamente las disposiciones del Acuerdo sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual relacionados con el Comercio con respecto a las flexibilidades para proteger la salud pública y, en particular, proporcionar acceso a medicamentos para todos

Indicador 3.b.3: Proporción de establecimientos de salud que cuentan con un conjunto básico de medicamentos esenciales relevantes disponibles y asequibles de forma sostenible

Indicadores relacionados

3.b.1- Proporción de la población objetivo cubierta por todas las vacunas incluidas en su programa nacional

3.b.2- Total de asistencia oficial neta para el desarrollo destinada a los sectores de investigación médica y salud básica

3.8.1- Cobertura de servicios de salud esenciales (definida como la cobertura promedio de servicios esenciales basada en intervenciones de seguimiento que incluyen salud reproductiva, materna, neonatal e infantil, enfermedades infecciosas, enfermedades no transmisibles y capacidad y acceso a servicios, entre los servicios generales). y la población más desfavorecida)

3.8.2- Proporción de la población con grandes gastos domésticos en salud como porcentaje del gasto o ingreso total del hogar

Organizaciones internacionales responsables del monitoreo global

Organización Mundial de la Salud (OMS)

Reportero de datos

Organización Mundial de la Salud (OMS)

Definición, conceptos y clasificaciones

Definición:

Proporción de establecimientos de salud que tienen un conjunto básico de medicamentos esenciales disponibles y asequibles de manera sostenible.

El indicador es un índice multidimensional informado como una proporción (%) de los establecimientos de salud que cuentan con un conjunto básico definido de medicamentos de calidad garantizada que están disponibles y son asequibles en relación con el número total de establecimientos de salud encuestados a nivel nacional.

Conceptos:

El indicador 3.b.3 se define como la “Proporción de establecimientos de salud que cuentan con un conjunto básico de medicamentos esenciales relevantes disponibles y asequibles de manera sostenible”. Este indicador se basa en la proporción de establecimientos (farmacias, hospitales, clínicas, centros de atención, públicos/privados, etc.) donde los medicamentos esenciales básicos del conjunto identificado están disponibles para su compra y sus precios son asequibles, en comparación con el número total de establecimientos encuestados.

Hay varios conceptos básicos que se utilizan para medir el indicador 3.b.3:

Disponibilidad de medicamentos

Asequibilidad de la medicina

Para definir la asequibilidad, se utilizan conceptos adicionales:

Tratamiento de dosis diaria del medicamento.

Línea de pobreza nacional

Salario del trabajador gubernamental no calificado peor pagado

Conjunto básico de medicamentos esenciales pertinentes (definidos a nivel mundial)

Para aplicar a todos los países un conjunto básico de medicamentos esenciales pertinentes definidos a nivel mundial, se utiliza un concepto adicional: carga mundial de enfermedad

1) Un medicamento está disponible en una instalación cuando el entrevistador lo encuentra allí el día de la recopilación de datos. La disponibilidad se mide como una variable binaria con 1 = medicamento disponible y 0 = de lo contrario.

2) Un medicamento es asequible cuando no se necesitan salarios diarios adicionales (EDW) para que el trabajador no calificado del sector gubernamental peor pagado (salario LPGW)

compre una dosis mensual de tratamiento de este medicamento después de satisfacer las necesidades básicas representadas por la línea nacional de pobreza (NPL). La asequibilidad se mide como una relación de 1) la suma de la NPL y el precio por dosis diaria de tratamiento del medicamento (DDD), sobre

2) el salario de LPGW. Mide el número de salarios diarios adicionales necesarios para cubrir el costo de los medicamentos del conjunto básico y que puede variar entre 0 e infinito.

2.a) La dosis diaria de tratamiento (DDD) es una dosis promedio de mantenimiento por día de un medicamento utilizado para su indicación principal en adultos. ² Los DDD permiten comparar el uso de medicamentos a pesar de las diferencias en la concentración, la cantidad o el tamaño del paquete.

2.b) La línea nacional de pobreza (PNL) es el punto de referencia para estimar indicadores de pobreza que sean consistentes con las circunstancias económicas y sociales específicas del país. Los préstamos en mora reflejan percepciones locales sobre el nivel y la composición del consumo o del ingreso necesario para no ser pobre.

2.c) Salario del trabajador gubernamental no calificado peor pagado (LPGW es un salario mínimo vital que los empleados tienen derecho a recibir para garantizar la superación de la pobreza y la reducción de las desigualdades).

En otras palabras, la asequibilidad de un medicamento identifica cuántos salarios diarios adicionales (si los hay) se necesitan para que una persona que gana el salario de LPGW pueda comprar un medicamento. El índice EDW calculado tiene como objetivo indicar si el salario LPGW es suficiente para que el individuo que gana el ingreso más bajo posible cubra 1) los gastos diarios en alimentos y artículos no alimentarios utilizados para definir la pobreza (relativa o absoluta) utilizando estándares nacionales (NPL).) y 2) las necesidades diarias de un medicamento (DDD). Luego, esta relación requiere una transformación en una variable binaria en la que los medicamentos son asequibles cuando no se requieren salarios diarios adicionales para comprarlos y, de lo contrario, no son asequibles.

3) El conjunto básico de medicamentos esenciales relevantes es una lista de 32 medicamentos esenciales trazadores para enfermedades agudas y crónicas, transmisibles y no transmisibles en el ámbito de la atención primaria de salud.

Esta canasta de medicamentos ha sido seleccionada de la Lista Modelo de Medicamentos Esenciales de la OMS de 2017 y utilizada en la atención primaria de salud. Por definición, los medicamentos esenciales son aquellos que satisfacen las necesidades prioritarias de atención de la salud de la población y se seleccionan para su inclusión en la Lista Modelo sobre la base de la debida consideración de la prevalencia de la enfermedad, la evidencia de eficacia y seguridad, y la consideración del costo y la rentabilidad.

Estos medicamentos se enumeran en *la tabla 1* del Anexo 1, donde también se proporciona una justificación detallada para incluir cada medicamento, así como referencias en línea para las guías de tratamiento relevantes y las secciones de la Lista de Medicamentos Esenciales de la OMS.

Esta lista de medicamentos pretende ser una referencia mundial. Sin embargo, para abordar las especificidades regionales y nacionales en términos de necesidades de medicamentos, los medicamentos de esta canasta se ponderan de acuerdo con la carga regional de morbilidad.

3.a) La *carga global de morbilidad* es una evaluación de la salud de la población mundial. Más específicamente, la carga de morbilidad proporciona información sobre las estimaciones globales y regionales de mortalidad prematura, discapacidad y pérdida de salud por causas determinadas. La medida resumida utilizada para dar una indicación de la carga de enfermedad son los años de vida ajustados por discapacidad (AVAD), que representan la pérdida de una persona del equivalente a un año de salud plena. Esta métrica incorpora los años de vida perdidos debido a la muerte y los años de vida perdidos por vivir en estados de salud inferior a la plena (o discapacidad)

Tipo de fuente de datos y método de recopilación de datos

El indicador se basa en tres fuentes de datos que los países han utilizado para recopilar información sobre precios y disponibilidad de medicamentos:

Proyecto Internacional de Acción Sanitaria apoyado por la OMS [**HAI/OMS**]

La encuesta de evaluación de disponibilidad y preparación del servicio [**SARA**]

La aplicación móvil de seguimiento de la disponibilidad y el precio de los medicamentos de la OMS [**EMP MedMon**]

Proyecto Internacional de Acción Sanitaria apoyado por la OMS [**HAI/OMS**] proporciona datos de encuestas nacionales y subnacionales que han utilizado la metodología OMS/HAI, Medición de Precios de Medicamentos, Disponibilidad y Asequibilidad y Componentes de Precios. La base de datos está disponible en el siguiente enlace: <http://haiweb.org/what-we-do/price-availability-affordability/price-availability-data/>

La Evaluación de disponibilidad y preparación del servicio [**SARA**] es una herramienta de evaluación de establecimientos de salud diseñada para evaluar y monitorear la disponibilidad y preparación de los servicios prestados en el sector de la salud y generar evidencia para respaldar la planificación y gestión de un sistema de salud.

La aplicación móvil de Monitoreo de Precios y Disponibilidad de Medicamentos de la OMS [**EMP MedMon**] se puede considerar como una versión actualizada de la herramienta

HAI/OMS para recopilar datos sobre precios y disponibilidad de medicamentos. Esta herramienta de recopilación de datos se creó en base a las dos metodologías existentes y bien establecidas mencionadas anteriormente. Esta aplicación se utiliza a nivel de establecimiento para recopilar información sobre la disponibilidad y el precio de la canasta básica de medicamentos acordada.

El EMP MedMon es más fácil de usar, más rápido de realizar y consume muchos menos recursos para recopilar datos. También permite un enfoque modular para definir la canasta, lo cual es muy útil y conveniente para los propósitos de este indicador.

Para calcular puntos de datos históricos anteriores a 2018, se utilizan datos de HAI/OMS. Para calcular puntos de datos actuales y futuros, se recomiendan SARA y EMP MedMon

Método de recopilación de datos

Disponibilidad y asequibilidad de los medicamentos

La OMS obtiene datos de la encuesta SARA sobre disponibilidad y asequibilidad de los Ministerios de Salud de los países. Los datos históricos de HAI/OMS recopilados a nivel de instalación están disponibles en HAI previa solicitud, ya que los datos de HAI/OMS disponibles públicamente en el sitio web de HAI ya se han agregado a nivel de país. Los datos de EMP MedMon sobre disponibilidad y precios de medicamentos se recopilan en colaboración entre la OMS y los Ministerios de Salud de los países.

NPL, salarios LPGW, DALY:

Los informes nacionales sobre pobreza proporcionan sistemáticamente información sobre los *préstamos dudosos* en unidades de moneda local. Los NPL actualizados y recalculados también son publicados por los países en estos informes de pobreza. El *salario del LPGW* se publica en la base de datos ILOSTAT. La información sobre la *carga regional de enfermedades (AVAD)* está disponible públicamente y es publicada por la OMS.

Calendario de recogida de datos

SARA y HAI/OMS: Las actividades de recopilación de datos a menudo se han llevado a cabo utilizando fondos de donantes internacionales.

EMP MedMon: Las actividades de recopilación de datos se han llevado a cabo utilizando fondos de donantes internacionales, pero la OMS actualmente está probando un mecanismo de monitoreo regular sostenible a través de la integración de una recopilación de datos similar durante la inspección gubernamental de las instalaciones de salud o utilizando sitios de monitoreo centinela determinados por el país.

Calendario de publicación de datos

Según los puntos de datos históricos, la primera publicación de los resultados del indicador 3.b.3 de los ODS está prevista para el verano de 2019. Posteriormente, los valores actualizados se calcularán y publicarán anualmente.

Proveedores de datos

SARA, HAI/OMS, EMP MedMon : los datos son recopilados por los Ministerios de Salud (MOH) de los países, a menudo con el apoyo de la oficina de país de la OMS. Luego, los estadísticos del Ministerio de Salud validan los datos y los comparten con la OMS previa solicitud.

Compiladores de datos

La Organización Mundial de la Salud

Otras consideraciones metodológicas

Justificación

La medición y el seguimiento del acceso a los medicamentos esenciales son de alta prioridad para la agenda de desarrollo global dado que el acceso es una parte integral del movimiento de Cobertura Universal de Salud y un elemento indispensable para la prestación de atención médica de calidad. El acceso a los medicamentos es un concepto multidimensional compuesto por la disponibilidad de los medicamentos y la asequibilidad de sus precios. La información sobre estas dos dimensiones se ha recopilado y analizado desde la 54.^a Asamblea Mundial de la Salud en 2001, cuando los Estados Miembros adoptaron la Estrategia de Medicamentos de la OMS (resolución WHA54.11). Esta resolución condujo al lanzamiento del proyecto conjunto sobre precios y disponibilidad de medicamentos por parte de la OMS y la organización no gubernamental internacional Health Action International (HAI/WHO), así como una metodología propuesta por HAI/OMS para recopilar datos y medir los componentes del acceso a los medicamentos. Hasta el día de hoy, esta metodología se ha implementado ampliamente para producir análisis útiles de la disponibilidad y asequibilidad de los medicamentos; sin embargo, las dos dimensiones se han evaluado por separado.

Si bien el enfoque anterior ha proporcionado una visión general del desempeño y el progreso de los países en la mejora de la asequibilidad y disponibilidad de los medicamentos, no ha permitido evaluar el acceso general a los medicamentos.

Esta evaluación es a su vez esencial ya que el éxito del país en asegurar una de las dimensiones (por ejemplo, disponibilidad) no necesariamente indica la realización de la otra (por ejemplo, asequibilidad) y viceversa. Por ejemplo, un país puede centrar sus esfuerzos

políticos en garantizar la disponibilidad de un conjunto básico de medicamentos esenciales en caso de baja capacidad de producción local y/o desafíos asociados con la ubicación geográfica. Como resultado de las políticas propuestas, es posible que haya medicamentos disponibles pero que sus precios no sean asequibles. La situación opuesta también es posible, ya que bajar los precios de los medicamentos para aumentar la asequibilidad puede ser demasiado restrictivo para algunos productores farmacéuticos y provocar una disminución del suministro. Por lo tanto, dada la multidimensionalidad del acceso a los medicamentos, es necesario evaluar tanto la asequibilidad como la disponibilidad de los medicamentos al mismo tiempo.

La metodología propuesta para el indicador 3.b.3 permite combinar ambas dimensiones en un solo indicador para evaluar la disponibilidad y asequibilidad de los medicamentos simultáneamente. Esta metodología también permite la desagregación para que cada dimensión se pueda analizar por separado y se pueda identificar adecuadamente el principal impulsor del desempeño deficiente del índice general.

El seguimiento del conjunto básico de medicamentos esenciales pertinentes se basa en la Lista Modelo de Medicamentos Esenciales (LME) de la OMS. La LME de la OMS de 2017 contiene 433 medicamentos considerados esenciales para abordar las necesidades de salud pública más importantes a nivel mundial. El índice actual se calcula sobre la base de un subconjunto de 32 medicamentos trazadores esenciales para el tratamiento, la prevención y el manejo de enfermedades agudas y crónicas, transmisibles y no transmisibles en un entorno de atención primaria de salud.

Comentario y limitaciones

En la cesta de medicamentos trazadores esenciales:

Aunque es posible monitorear regularmente los más de 400 medicamentos en la Lista Modelo de Medicamentos Esenciales de la OMS actual, el indicador 3.b.3 requiere un subconjunto específico de esta lista. A lo largo de los años, se han definido varias canastas de medicamentos para diferentes propósitos y se han utilizado para recopilar datos y monitorear el precio y la disponibilidad. Este conjunto básico de medicamentos no reemplaza las otras canastas existentes, y se alienta y se compromete a los equipos y socios de la OMS a continuar el monitoreo ad hoc a través de otros canales existentes. A lo largo del proceso de identificación del conjunto básico de medicamentos, un área de atención ha sido equilibrar la selección de los medicamentos trazadores para la atención primaria de salud con el tamaño de la canasta en sí. La canasta propuesta representa un enfoque equilibrado para permitir que los medicamentos trazadores relevantes para la atención primaria de salud sean monitoreados y al mismo tiempo garantizar una recopilación y

análisis de datos prácticos y factibles. Los 32 medicamentos enumerados en la canasta pretenden ser indicativos del acceso a medicamentos para la atención primaria de salud, pero no sirven como una lista completa o exhaustiva.

Como se mencionó anteriormente, cada medicamento de la canasta se pondera de acuerdo con los años de vida ajustados por discapacidad (AVAD) regionales para la enfermedad relevante de las estimaciones de salud global de la OMS. Las estimaciones regionales son menos sensibles a la variabilidad de la calidad de los datos entre países, ilustran suficientemente la distribución de enfermedades entre los países de la región y funcionan bien debido a su simplicidad y comparabilidad. Por lo tanto, las ponderaciones regionales de los medicamentos se utilizan para establecer las ponderaciones de los países asociados. Sin embargo, esto disminuye la especificidad de la canasta para el contexto nacional.

Sobre la medición de la disponibilidad de medicamentos:

El enfoque propuesto para medir la disponibilidad de medicamentos se basa en la presencia del medicamento el día que el entrevistador visita el establecimiento y no tiene en cuenta los desabastecimientos temporales y/o planificados. Los 32 medicamentos identificados para el análisis siempre deben estar disponibles en los establecimientos considerando que en algunas áreas (principalmente rurales), el establecimiento puede ser muy difícil de alcanzar y las personas pueden no tener recursos para viajar diariamente. Además, en esta metodología propuesta el precio del medicamento no tiene en cuenta los llamados costos indirectos, que normalmente incluyen el transporte y otros costos para llegar al establecimiento. Por lo tanto, la medida de disponibilidad propuesta presenta algunas limitaciones.

Además, dado que la recopilación de datos se realiza a nivel de establecimiento y no controla las cantidades de ningún medicamento determinado, no es posible realizar un análisis general de los medicamentos disponibles en comparación con las necesidades nacionales.

Sobre la medición de la asequibilidad de los medicamentos:

La asequibilidad de un medicamento a menudo se mide como la capacidad de la población de un país determinado para pagar este medicamento, ya sea ex-ante (generalmente en función de los ingresos) o ex-post (generalmente en función de los gastos informados). Esto último requeriría principalmente datos recopilados a nivel individual y de encuestas de hogares. Sin embargo, la información sobre gastos en medicamentos en estas encuestas no siempre se recopila y, cuando se recopila, no se hace de manera consistente y regular en todos los países. Además, suele haber una gran cantidad de datos perdidos.

Se sugiere el enfoque ex-ante para los propósitos de este indicador, ya que se mide a nivel de establecimiento. El análisis ex-ante requiere identificar una persona o grupo de personas de referencia para la medición. Se sugiere que el trabajador del gobierno no calificado peor pagado sirva como referencia para este indicador. En otras palabras, si se identifica que un medicamento es asequible para el individuo que recibe el salario LPGW, lo más probable es que sea asequible para todos los demás individuos afiliados a ese grupo económico y superiores. Obviamente, esto no tiene en cuenta a las personas empleadas en el mercado laboral no oficial.

La metodología propuesta es una metodología ajustada de HAI/OMS. El enfoque de HAI/OMS sugiere calcular la asequibilidad de los precios de los medicamentos como la cantidad de salarios diarios que se requieren para que el trabajador gubernamental no calificado con el salario más bajo (LPGW) compre una dosis diaria de un medicamento (DDD). Este enfoque es sencillo y también se refiere a la capacidad del individuo de referencia para pagar los medicamentos. Sin embargo, no se identificó ningún umbral para distinguir el número máximo de salarios diarios que una persona debe gastar en un medicamento para poder pagarlo.

La Organización Internacional del Trabajo (OIT) dispone de información sobre el salario mínimo LPGW para 155 países. Cuando falta información o cuando la información no se ha actualizado recientemente, la medida alternativa sugerida se tomará de los datos de los Indicadores del Desarrollo Mundial sobre “salario mínimo para un trabajador de 19 años o un aprendiz”, que a menudo se utiliza como alternativa. en los informes de la OIT.

El indicador propuesto, que se mide a nivel de instalación, no tiene en cuenta los posibles planes de reembolso/cobertura de seguros presentes a nivel nacional. La información sobre seguros u otras formas de planes de cobertura de costos a nivel nacional no está disponible fácilmente y requeriría una estandarización para permitir la comparación entre países y niveles de ingresos de la población. Sin embargo, como lo demostró la OCDE en su informe Health at a Glance de 2015, en 31 países de ingresos altos y medianos, los gastos de bolsillo (OOP) en productos farmacéuticos como porcentaje de todos los OOP en salud varían de 64 a dieciséis%.

Además, hay otros indicadores de los ODS, como 3.8.1 y 3.8.2, que capturan la cobertura de los servicios de salud esenciales, así como la protección financiera de los gastos de salud netos de reembolso, incluidos los gastos en medicamentos.

Otras dimensiones sobre el acceso a medicamentos (calidad)

La calidad del producto es otra dimensión igualmente importante del acceso a los medicamentos. Actualmente, no existe una recopilación de datos sistemática y públicamente disponible sobre la calidad de un solo medicamento o en un solo país. Sin

embargo, la OMS ha contribuido a mejorar el acceso a productos de salud de calidad a través de diferentes programas, como el fortalecimiento de los sistemas regulatorios y la precalificación.

Una autoridad reguladora nacional (NRA) desempeña un papel clave para garantizar la calidad, la seguridad y la eficacia de los productos médicos hasta que llegan al paciente/consumidor, así como para garantizar la relevancia y precisión de la información del producto. Por lo tanto, los sistemas regulatorios integrados, estables y que funcionan bien son un componente esencial de un sistema de salud y contribuyen a mejores resultados de salud pública. La madurez de las ARN y la precalificación de medicamentos de la OMS pueden considerarse indicadores para garantizar que los medicamentos en un país tengan una calidad garantizada. El nivel de madurez de la NRA se evalúa utilizando la herramienta de evaluación comparativa global de la autoridad reguladora nacional de la OMS (WHO NRA GBT). Después de las evaluaciones, a los países se les asigna uno de cinco niveles de madurez, donde una puntuación de nivel de madurez tres representa la capacidad regulatoria mínima aceptable y el nivel de madurez cinco representa el nivel más alto de funcionamiento.

Se tiene en cuenta la importancia de la transparencia y la divulgación de los resultados de las evaluaciones entre los reguladores (desde ML 3 en adelante). Sin embargo, la información sobre el nivel de madurez de las ENR específicas de cada país no está actualmente disponible públicamente y la OMS está trabajando para abordar esta limitación a través de debates recientes sobre las Autoridades Listadas de la OMS (WLA).

Otros comentarios:

La dimensión de “sostenibilidad” en este indicador se puede medir solo cuando se dispone de más de una serie de cálculos de una sola vez para un país específico, de modo que se pueda determinar una tendencia (tendencia de una serie de puntos de datos a moverse en una determinada dirección a lo largo del tiempo). identificado.

La metodología propuesta aprovecha estándares reconocidos y métodos de recolección de datos, proponiendo una recombinação de dimensiones para permitir la medición de la asequibilidad de un conjunto básico de medicamentos esenciales relevantes para enfermedades transmisibles y no transmisibles.

Método de cálculo

El índice se calcula como una proporción de los establecimientos de salud con medicamentos disponibles y asequibles para la atención primaria de salud sobre el número total de establecimientos de salud encuestados:

$$SDG_{3.b.3} = \frac{\text{Facilities with available and affordable basket of medicines (n)}}{\text{Surveyed Facilities (n)}}$$

Para este indicador se consideran las siguientes variables para una comprensión multidimensional de los componentes del acceso a medicamentos:

Un conjunto básico de medicamentos esenciales pertinentes para la atención primaria de salud

Carga regional de enfermedad

Disponibilidad de un medicamento

Precio de un medicamento

Ciclos de tratamiento para cada medicamento (número de unidades por tratamiento y duración del tratamiento)

Línea de pobreza nacional y salario de los trabajadores gubernamentales no calificados peor pagados (LPGW)

Representación de la calidad del conjunto básico de medicamentos esenciales pertinentes.

El índice se mide para cada instalación por separado. Luego se calcula una proporción de establecimientos que tienen medicamentos accesibles. Se deben seguir los siguientes **pasos** para calcular el índice a nivel de establecimiento:

Revisión y selección de la canasta básica de medicamentos para la atención primaria de salud.

Estime los pesos de los medicamentos definidos en función de la carga regional de la enfermedad

Medir las dos dimensiones del acceso a los medicamentos

Disponibilidad

asequibilidad

Combinar las dos dimensiones sobre disponibilidad y asequibilidad (acceso a medicamentos)

Aplicar pesos a los medicamentos en la canasta de acuerdo con la prevalencia regional de las enfermedades que se curan, tratan y controlan con estos medicamentos

Identificar si una instalación tiene un conjunto básico de medicamentos esenciales relevantes disponibles y asequibles

Los siguientes dos pasos se calculan a nivel de país en todas las instalaciones encuestadas:

Calcular el indicador como la proporción de establecimientos con medicamentos accesibles en el país

Consideración de la calidad de los medicamentos accesibles en el país usando un proxy

A continuación se muestra un procedimiento más detallado del cálculo del índice.

Paso 1: Revisión y selección de la canasta básica de medicamentos para la atención primaria de salud

Para algunas de las categorías de enfermedades incluidas en la cesta de medicamentos propuesta, se ha especificado una categoría terapéutica de medicamento (por ejemplo, estatinas, betabloqueantes, corticosteroides, etc.) y se debe identificar un medicamento específico para su seguimiento. Por ejemplo, la beclometasona se usa para tratar enfermedades respiratorias no transmisibles y si no se suministra en un país en particular por alguna política o razón de mercado, se debe incluir en el análisis un inhalador de corticosteroides alternativo. En otros casos, se debe incluir más de un medicamento en la canasta por categoría de enfermedad. Esto requerirá una revisión preliminar de la canasta antes de iniciar el proceso de recopilación de datos.

Paso 2: Estimar los pesos de los medicamentos definidos en función de la carga regional de la enfermedad

Los siguientes puntos deben ser considerados al calcular los pesos de los medicamentos:

Se asignan pesos iguales a los medicamentos que se usan para tratar, curar y controlar la(s) misma(s) enfermedad(es) (p. ej., gliclazida (u otra sulfonilurea), metformina e insulina regular se asignan pesos iguales de acuerdo con la carga de enfermedad de la diabetes).

Para un medicamento indicado para múltiples enfermedades, los valores de AVAD para cada enfermedad se suman.

Para un medicamento utilizado para tratar afecciones en niños (cuatro medicamentos de la lista), la suma de AVAD se calcula para hombres y mujeres con edades comprendidas entre 0 y 14 años.

Para algunos de los medicamentos que no pueden asignarse a una enfermedad específica (p. ej., paracetamol), el peso se calcula como $\frac{1}{T}$ (donde T es un número total de medicamentos

en la cesta encuestada) suponiendo un uso igual del medicamento en relación con otros medicamentos de la lista básica .

Para los medicamentos que no están en la lista pero “sugeridos para seguimiento” por el país, la ponderación se calcula asumiendo $0.5 * \frac{1}{T}$ una relevancia menor de estos medicamentos para este indicador y para evitar problemas importantes en la comparación entre países.

Para estimar el peso de cada medicamento, se deben seguir los siguientes pasos :

Asigne cada medicamento en la canasta a una o varias enfermedades que son tratadas/curadas/controladas por ese medicamento (*Anexo 1 tabla 2*)

Asigne a cada enfermedad los AVAD correspondientes ¹(si se tratan varias enfermedades con el mismo medicamento, calcule la suma de estos AVAD en consecuencia) [$DALYS_{Mi}$]

Calcular la suma total de los AVAD por medicamento [$\sum_{i=1}^{32} DALYS_{Mi}$]

Calcule el peso de cada medicamento como una proporción de los AVAD específicos del medicamento a la suma total de AVAD en la cesta [W_{Mi}]:

$$W_{Mi} = \frac{DALYS_{Mi}}{\sum_{i=1}^{32} DALYS_{Mi}}$$

Como ejemplo, las ponderaciones calculadas entre regiones para el año 2015 se representan en el Anexo 2, tablas 2.1 y 2.2 .

Paso 3: Medir las dos dimensiones del acceso a los medicamentos

La disponibilidad y la asequibilidad de los medicamentos deben medirse y transformarse (cuando sea necesario) al formato de una variable binaria.

La disponibilidad se mide como una variable binaria codificada como “1” cuando el medicamento está en el establecimiento el día de la encuesta y codificada como “0” en caso contrario. Este enfoque se utiliza actualmente en la metodología HAI/OMS.²

¹ Los AVAD de una enfermedad se calculan como la suma de los *Años de Vida Perdidos (AVP)* por mortalidad prematura de la población y los *Años Perdidos por Discapacidad (AVD)* de las personas que viven con la condición de salud o sus consecuencias (AVAD AVP + AVP). Por eso los AVAD permiten “calcular” las consecuencias tanto de las enfermedades agudas (mortalidad) como de las crónicas (discapacidad y convivencia con la enfermedad).
http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates/en/index1.html

² http://www.who.int/medicines/areas/access/OMS_Medicine_prices.pdf

La *asequibilidad* se calcula siguiendo estos pasos:

3.1 Calcular el precio diario por dosis de tratamiento de cada medicamento (precio por DDD) en la canasta de medicamentos seleccionada

Las pautas de tratamiento de la OMS brindan la información necesaria para calcular la DDD.

La DDD de un medicamento se define mediante la siguiente fórmula:

$$\text{price per DDD} = \frac{\text{Medicine price (month)} * \text{Units per treatment (month)}}{365/12}$$

dónde:

Las unidades por tratamiento son tabletas/viales u otras formas que se necesitan para un individuo con la gravedad promedio de la enfermedad por un curso de tratamiento de una duración de un mes (365 días por año / 12 meses por año = 30,42 días dados 30 o 31 días por mes), y

Los precios de los medicamentos se calculan por unidad (por tableta/frasco/otra forma) y requieren ajustes por gramo o miligramo según la potencia.

Esta relación varía entre “0” e infinito y se mide en unidades de moneda local por día [UML/d].

La información sobre el número de unidades por tratamiento se especifica en el Anexo 3. El precio por DDD se puede medir por día o por mes.

3.2 Definir línea nacional de pobreza (NPL) y salario mínimo del LPGW para el país analizado

Línea de pobreza nacional (NPL): los países recalculan y actualizan periódicamente sus líneas de pobreza en función de los datos de nuevas encuestas y publican esta información en sus informes nacionales sobre la pobreza. Para ajustar los últimos NPL disponibles al año de análisis relevante (cuando sea necesario), la información sobre el Índice de Precios al Consumidor (IPC) en el país analizado debe usarse para tener en cuenta la deflación/inflación.

Los informes nacionales sobre la pobreza proporcionan sistemáticamente información sobre los préstamos en mora en unidades de moneda local, pero a menudo se refieren a diferentes períodos de recuperación de un país a otro (los préstamos en mora se pueden medir por día, por mes o por año). Por consistencia, la NPL debe ajustarse para medirse por día [UML/d].

El salario del trabajador gubernamental no calificado peor pagado (LPGW): se estima y se publica en la base de datos de ILOSTAT. Para los países con los últimos datos disponibles recopilados en un año diferente al año de análisis, el salario LPGW se actualiza utilizando el factor de conversión del IPC.

La OIT proporciona información sobre los salarios mínimos LPGW en unidades de moneda local por mes. El salario de LPGW debe ajustarse para medirse también por día [UML/d].

El salario NPL y LPGW se puede medir por día o por mes.

3.3 Calcular los salarios diarios adicionales (EDW)

En primer lugar, el salario LPGW se compara con el NPL y, si es inferior, los medicamentos se consideran inasequibles. En este caso, sólo se considerarán asequibles los medicamentos cuyo precio sea igual a cero.

A continuación, la asequibilidad se mide a través de la cantidad de salarios diarios adicionales (EDW, por sus siglas en inglés) que se necesitan para que el LPGW pague el tratamiento de un mes utilizando la fórmula a continuación. En particular, el número de salarios diarios adicionales se puede calcular utilizando la siguiente fórmula:

$$\text{Extra daily wages (EDW)} = \frac{\text{NPL} + \text{price per DDD}}{\text{daily wage of LPGW}}$$

3.4 Transformar la variable EDW a un formato binario

Siguiendo la definición, se considera que un medicamento es asequible cuando la suma de la NPL y el precio de una dosis diaria del tratamiento es igual o inferior al salario mínimo diario de la LPGW:

$$\begin{cases} \text{if } EDW \leq 1, & \text{affordability} = 1, \\ \text{otherwise,} & \text{affordability} = 0 \end{cases}$$

Por lo tanto, la asequibilidad de los medicamentos también se mide como una variable binaria que se codifica como "1" cuando el medicamento es asequible y "0" en caso contrario.

Cuando el precio del medicamento es 0, no es necesario realizar los cálculos anteriores y el medicamento se considera asequible (es decir, "1"). Si todos los medicamentos en el país se proporcionan de forma gratuita, todos los medicamentos se marcan directamente como asequibles y el cómputo posterior del índice depende de la disponibilidad de estos medicamentos.

Paso 4: Combinar las dos dimensiones sobre disponibilidad y asequibilidad (**acceso a medicamentos**)

En este paso, las dos dimensiones del acceso a los medicamentos (disponibilidad y asequibilidad) se combinan en un índice multidimensional.

La construcción de un índice multidimensional se basa en el enfoque de identificación sindical³ propuesto por S. Alkire y G. Robles.

La combinación de las dimensiones de los medicamentos se puede construir en forma de matriz:

$$g_{ij}^o = \begin{bmatrix} x_{11} & \dots & x_{1d} \\ \dots & \dots & \dots \\ x_{n1} & \dots & x_{nd} \end{bmatrix}$$

Esta matriz contiene el rendimiento para n objetos de análisis (especificados en filas) en d dimensiones (especificadas en columnas). El rendimiento de cualquier objeto i en todas las dimensiones está representado por el vector d -dimensional x_i para todos $i = 1, \dots, n$. El rendimiento en cualquier dimensión j para todos los objetos está representado por el vector n -dimensional x_j para todos $j = 1, \dots, d$. En general, un índice debe calcularse a través de dos pasos principales: identificación y agregación. Un ejemplo de cómo combinar las 2 dimensiones se puede encontrar en el Anexo 4.

Paso 5: Aplicar pesos a los medicamentos en la canasta de acuerdo con la prevalencia regional de las enfermedades que se curan/tratan/controlan con estos medicamentos

Después de identificar la variable de acceso, los medicamentos en la canasta deben ponderarse de acuerdo con la prevalencia de la(s) enfermedad(es) que estos medicamentos se usan para curar/tratar/controlar usando los pesos identificados en el paso 2 y proporcionados en el Anexo 2, tablas 2.1 y 2.2. Esto se realiza multiplicando la variable de acceso por los pesos de los medicamentos:

³ <https://www.ophi.org.uk/wp-content/uploads/OPHIRP046a.pdf>

Figura 1. Matriz de logros de acceso ponderado a medicamentos

$$X'' = \begin{matrix} \text{Access} \\ \downarrow \\ \begin{pmatrix} 1 \\ 0 \\ 0 \end{pmatrix} \end{matrix} * \begin{matrix} \text{Weights} \\ \downarrow \\ \begin{pmatrix} w_{m1} \\ w_{m2} \\ w_{m2} \end{pmatrix} \end{matrix}; \quad X'' = \begin{matrix} \text{Weighted access} \\ \downarrow \\ \begin{pmatrix} w_{m1} \\ 0 \\ 0 \end{pmatrix} \end{matrix}$$

Paso 6: Identificar si una instalación tiene un conjunto básico de medicamentos esenciales relevantes disponibles y asequibles

En este paso se deben realizar los siguientes cálculos:

6.1 Calcular la proporción de medicamentos que son accesibles (tanto disponibles como asequibles) en cada establecimiento

Debido a que los medicamentos están ponderados, la proporción se calcula como una suma ponderada de medicamentos que están disponibles y son asequibles (accesibles) en cada establecimiento mediante la siguiente fórmula:

$$Access = \sum_{i=1}^n w_{mi}$$

Esta variable luego se transforma en un porcentaje y varía de 0 a 100.

El número calculado de medicamentos accesibles da cuenta de la importancia de los medicamentos analizados en el país. En particular, si un medicamento de mayor peso (por ejemplo, hipertensión) no es accesible, el índice será sensible a esto y demostrará la falta de acceso. Por el contrario, si un medicamento tiene un peso bajo (es decir, cercano a cero, como los medicamentos antipalúdicos en un país no endémico) y no es accesible, el índice no se verá afectado.

6.2 Marcar los establecimientos que tienen el 80% o más de medicamentos disponibles y asequibles

La variable calculada “acceso” se transforma luego en el formato binario que identifica los establecimientos que tienen la canasta básica de medicamentos esenciales disponibles y asequibles frente a los establecimientos que no la tienen. Se aplica un umbral del 80% para transformar la variable “acceso” a formato binario. En particular, al menos el 80% de todos

los medicamentos encuestados en un establecimiento deben estar disponibles y ser asequibles. La transformación se realiza mediante la siguiente fórmula:

$$\begin{cases} \text{if } Access_{facility_i} \geq 80\% \text{ Facility} = 1, \\ 0 \\ \text{otherwise, Facility} = 0 \end{cases}$$

Este umbral está acordado y adoptado por el Plan de acción mundial de la OMS sobre enfermedades no transmisibles y se utiliza como referencia en esta metodología propuesta.

Paso 7: Calcular el indicador como la proporción de establecimientos con medicamentos accesibles en el país

La proporción de establecimientos que han alcanzado el umbral del 80 % se calcula a partir del número total de establecimientos encuestados en un país seleccionado mediante la siguiente fórmula:

$$SDG_{3.b.3} = \frac{\text{Facilities with available and affordable basket of medicines } (n)}{\text{Surveyed Facilities } (n)}$$

El indicador calculado es una proporción que luego se convertirá en un porcentaje entre 0 y 100%.

Paso 8: Consideración de la calidad de los medicamentos accesibles en el país mediante un proxy

El nivel nacional de capacidad regulatoria de medicamentos evaluada utilizando el NRA GBT de la OMS se utiliza como indicador indirecto de la calidad de los medicamentos accesibles. Los países con una Autoridad en la lista de la OMS (WLA correspondiente al nivel de madurez 3 y superior) se marcarán para indicar el componente de calidad asegurada.

Tratamiento de los valores perdidos (i) a nivel de país y (ii) a nivel regional

A nivel de país

El tratamiento de los valores faltantes ya se ha abordado parcialmente. En particular, cuando un medicamento no está disponible, no se puede recopilar su precio. Por esta razón, los valores de precio faltantes se consideran como que el medicamento no está disponible y, por lo tanto, no es accesible (acceso = 0).

La observación simultánea de los valores faltantes de disponibilidad y asequibilidad indica que estos medicamentos no se proporcionan en absoluto en el establecimiento encuestado. Por ejemplo, en algunos países los medicamentos para atención hospitalaria

(principalmente en forma inyectable) se suministran únicamente en los hospitales. En este caso, el procedimiento para calcular el indicador es el mismo excepto que:

Los medicamentos que se utilizan para la atención de pacientes hospitalizados se excluyen del análisis de los datos recopilados en farmacias y otros centros de atención de salud no terciarios, y

Se aplican dos versiones diferentes de ponderaciones a la lista de medicamentos para hospitales y farmacias.

A nivel regional y mundial

Cuando se calculan los agregados regionales o globales del indicador 3.b.3, es posible acomodar los valores faltantes de los países como resultado de la falta de recopilación de datos para un país determinado en un año determinado. Para calcular un indicador 3.b.3 agregado regionalmente, se utilizará como referencia un período de recolección de datos de 5 años para identificar los indicadores disponibles para todos los países de la región. Si durante el período definido de 5 años, un país de la región no tiene ni un resultado de indicador, este país no se incluirá en el agregado regional. Los valores faltantes de los países sólo pueden imputarse cuando existe al menos un punto de datos para el país determinado en dicho período de cinco años.

Agregaciones regionales

Los agregados regionales y globales se pueden calcular utilizando el tamaño de la población nacional de un país como un indicador de las ponderaciones de los países en la región o a nivel mundial. Esto se justifica porque los medicamentos deben estar disponibles y ser asequibles para todos los individuos de la población.

Para calcular el indicador regional, se usa el promedio ponderado de los indicadores del país (usando el indicador nacional real cuando está disponible para el año específico de cálculo, o el valor imputado que corresponde al año más cercano al año de cálculo).

Métodos y orientaciones disponibles para los países para la recopilación de datos a nivel nacional

El manual de HAI/OMS sobre la medición de los precios, la disponibilidad, la asequibilidad y los componentes del precio de los medicamentos describe la metodología, así como las pautas para el procedimiento de recopilación de datos y el análisis de la disponibilidad y la asequibilidad de los medicamentos a nivel nacional e institucional:

http://www.who.int/medicines/areas/access/medicines_prices08/en/

http://www.who.int/healthinfo/systems/SARA_Reference_Manual_Full.pdf

<http://www.who.int/medicines/areas/policy/monitoring/empmedmon>

Garantía de calidad

El control de calidad se puede realizar en función de la disponibilidad media y la proporción de precio al consumidor medio de medicamentos genéricos seleccionados que figuran en el Observatorio de Salud Global (GHO). La calidad de los componentes clave de este indicador (es decir, disponibilidad, precios, etc.) puede garantizarse para los datos recopilados utilizando cualquiera de los tres mecanismos enumerados anteriormente cuando se comparan con los valores de GHO.

Para la futura recopilación de datos, la calidad se basará en el análisis del tamaño de la muestra y la cantidad de medicamentos capturados en la canasta.

Los países recopilarán y compartirán datos con la Secretaría de la OMS. Posteriormente la OMS calculará el indicador y lo enviará a los países para su validación. Si lo solicita, la OMS también proporcionará todos los materiales de referencia y capacitación para la recopilación de datos y el cálculo de indicadores.

Disponibilidad y desagregación de datos

Disponibilidad de datos:

SARA : Actualmente están disponibles 21 encuestas nacionales de 2010 a 2017 para un total de 13 países. Se encuentran disponibles tendencias de dos y tres años para seis países; los otros siete países solo tienen un punto de datos. El 67 % de la cesta de los ODS de medicamentos esenciales pertinentes está cubierto por dichas encuestas. Estos datos se utilizarán para probar la calidad únicamente en la dimensión de disponibilidad.

HAI/OMS: Hay datos históricos disponibles para 55 países (28%) de todos los Estados Miembros de la OMS. El mayor número de países captados por las encuestas se encuentra en la región SEARO (59%) y el menor en la región EURO (15%). Más del 60% de los medicamentos de la canasta de indicadores definidos de los ODS se capturan en las encuestas de datos históricos de HAI/OMS.

Tabla 1. Número de países capturados por las encuestas en todas las regiones

Región de la OMS	2001- 2005	2005- 2010	2010- 2015	Total
<i>Región africana</i>	14	5	2	21
<i>Región de las Américas</i>	3	7	1	11
<i>Región del Mediterráneo Oriental</i>	8	5	3	dieciséis
<i>Región europea</i>	5	2	3	10
<i>Región del Sudeste Asiático</i>	5	2	1	8
<i>Región del Pacífico Occidental</i>	6	2	2	10
Total	41	23	12	76

Las encuestas de HAI/OMS se realizaron más de una vez en algunos de los países para un total de 76 encuestas.

EMP MedMon: En 2016 se finalizó el diseño de la herramienta EMP MedMon para la recolección de datos. Desde entonces, se han realizado varias encuestas piloto para probar la herramienta. La primera encuesta piloto se realizó en 19 países utilizando una canasta de medicamentos que capta alrededor del 60% de la propuesta actualmente. El segundo piloto utilizó una canasta ajustada con el fin de capturar únicamente las enfermedades no transmisibles. Estos pilotos han demostrado que esta herramienta es flexible y se puede manipular fácilmente para incluir módulos especializados de medicamentos para la recopilación de datos en el futuro.

Series de tiempo:

Históricamente, los datos existentes se han recopilado en función de la financiación disponible. La mayoría de las encuestas existentes se han recopilado hasta ahora utilizando la herramienta de recopilación de datos **de HAI/OMS**. La mayoría de los puntos de datos existentes son del período 2000 – 2005.

Cuadro 2. Número de encuestas y % de medicamentos de la canasta definida que son captados por las encuestas de HAI/OMS

	<u>2001-2005</u>	<u>2005-2010</u>	<u>2010-2015</u>
<i>Número total de encuestas (n)</i>	41	23	12
<i>Medicamentos captados en las encuestas (%)</i>	49,8%	66,3%	72,9%

La distribución de estas 76 encuestas en las regiones de la OMS se representa en **la Tabla 3.**

Cuadro 3. Número de encuestas de HAI/OMS en todas las regiones

<u>WHO Region</u>	<u>Number of countries captured in the surveys</u>	<u>Ttl number of countries</u>	<u>% of covered countries</u>
<i>African Region</i>	16	47	34%
<i>Region of the Americas</i>	9	35	26%
<i>Eastern Mediterranean Region</i>	13	22	59%
<i>European Region</i>	8	54	15%
<i>South-East Asia Region</i>	4	11	36%
<i>Western Pacific Region</i>	5	27	19%
Total	55	196	28.1%

En total, se realizaron 21 encuestas SARA durante el período de 2010 a 2017. Se realizaron 17 encuestas entre 2010 y 2015 y 4 encuestas después de 2015.

Desagregación:

El indicador propuesto permitirá la siguiente desagregación:

instalaciones de los sectores público/privado/misión (autoridad de gestión)

geografía – áreas rurales/urbanas

grupo terapéutico

tipo de establecimiento (farmacia/hospital)

medicamento.

Comparabilidad / desviación de los estándares internacionales

Fuentes de discrepancias:

Los datos se pueden recibir de tres fuentes de datos: SARA, HAI/OMS y EMP MedMon. Estos métodos de recopilación de datos demuestran las siguientes discrepancias:

Muestreo de las instalaciones a inspeccionar,

Tamaño de la muestra de las instalaciones a ser encuestadas, y

Preguntas formuladas a nivel de establecimiento para capturar la disponibilidad (es decir, SARA también considera medicamentos vencidos potencialmente disponibles).

La OMS utilizará cualquiera de estas tres fuentes de datos disponibles para el año de cálculo como un compromiso entre las limitaciones que estas discrepancias plantean a la metodología propuesta y la necesidad de superar los problemas de disponibilidad de datos para comenzar a informar sobre este indicador crítico. En el caso improbable de que los datos estén disponibles a través de más de una fuente de datos para un país específico, la OMS se basará en la fuente con un tamaño de muestra más grande y un porcentaje más alto de medicamentos de la lista básica definida capturada por la encuesta.

Referencias y documentación

Organización Mundial de la Salud y Health Action International, *Medición de precios de medicamentos, disponibilidad, asequibilidad y componentes de precios*, 2.^a edición (Suiza, 2008), disponible en

http://www.who.int/medicines/areas/access/OMS_Medicine_prices.pdf

“Dosis diaria definida: definición y consideraciones generales” (Centro Colaborador de la OMS para la metodología de Estadísticas de Drogas, 7 de febrero de 2018), https://www.whooc.no/ddd/definition_and_general_considera/

“¿Cómo definir un salario mínimo?” (Organización Internacional del Trabajo, 2018), <https://www.ilo.org/global/topics/wages/minimum-wages/definition/lang--en/index.htm>

Organización Mundial de la Salud, *The Global Burden of Disease: 2004 Update* (Suiza, 2008), disponible en

http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/2004_report_update/en/

“Herramienta de evaluación comparativa global (GBT) de la OMS para la evaluación de sistemas regulatorios nacionales” (OMS Medicamentos esenciales y productos sanitarios, 2018), disponible en http://www.who.int/medicines/regulation/benchmarking_tool/en/.

“Estimaciones de carga de enfermedad y mortalidad” (OMS Estadísticas y sistemas de información de salud, 2018), disponible en http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates/en/index1.html.

Alkire, S. y Robles, G. (2016). "Medición de la pobreza multidimensional: paneles de control, identificación sindical y el índice de pobreza multidimensional (IPM)". OPHI Investigación en progreso 46a, Universidad de Oxford.

“Essential Medicines” (Repositorio de datos del Observatorio Mundial de la Salud de la OMS, 2016), disponible en <http://apps.who.int/gho/data/node.main.487>.

Panorama de la salud 2017: Indicadores de la OCDE, OCDE (2017). Publicaciones de la OCDE,

<u>Medicamento</u>	<u>Categoría (Grupo terapéutico)</u>	<u>Justificación</u>
Salbutamol (100 mcg/dosis inhalador)	ENT - Respiratoria	Justificación: se recomienda el salbutamol, un agonista beta-2 de acción corta, para la profilaxis y el tratamiento de primera línea del broncoespasmo en el asma y la EPOC. Se recomienda para todos los pacientes con asma aguda grave. Referencias de tratamiento: <u>PEN 5.b de la OMS, Directrices de la OMS para la atención primaria de salud en entornos de bajos recursos</u> Más información en Referencia de la sección EML 2017 de la OMS: 25.1
Beclometasona (100 mcg/dosis de inhalador) u otro inhalador de corticosteroides Las alternativas incluirían, entre otras, budesonida, fluticasona y ciclesonida. Consulte el grupo ATC R03BA -	ENT - Respiratoria	Justificación: los corticosteroides inhalados están indicados para el tratamiento de mantenimiento de los síntomas del asma al reducir la inflamación y la hiperreactividad de las vías respiratorias. Estos no proporcionan alivio sintomático en el asma aguda. La beclometasona es un antiasmático representativo en la EML de la OMS. Referencias de tratamiento: <u>PEN 5.b de la OMS, Directrices de la OMS para la atención primaria de salud en entornos de bajos recursos</u> Más información en Referencia de la sección EML 2017 de la OMS: 25.1

París https://doi.org/10.1787/health_glance-2017-en.

<p>Gliclazida (80 mg cap/tab) u otra sulfonilurea</p> <p>Las alternativas incluirían, entre otras, glibenclamida y glimepirida. Consulte el grupo ATC A10BB</p>	<p>ENT - Diabetes</p>	<p>Justificación: Las sulfonilureas (SFU) de segunda generación aumentan la liberación de insulina del páncreas para aliviar la hiperglucemia asociada con la diabetes. Las SFU son útiles en pacientes que no pueden tolerar la metformina o que no están adecuadamente controlados con metformina. Estas se encuentran entre las principales terapias para la mayoría de los pacientes con diabetes tipo 2, pero están contraindicadas para pacientes con diabetes tipo 1. Sin embargo, cabe señalar que la glibenclamida se ha asociado con niveles más altos de hipoglucemia en comparación con la gliclazida. La gliclazida es la sulfonilurea representativa en la EML de la OMS.</p> <p>Referencias de tratamiento: <u>PEN 5.b de la OMS, Directrices de la OMS para la atención primaria de salud en entornos de bajos recursos</u></p> <p>Más información en OMS EML 2017 Sección Referencia: 18.5</p>
<p>Metformina (500 mg cap/tab, 850 mg cap/tab o 1 g cap/tab)</p>	<p>ENT - Diabetes</p>	<p>Justificación: la metformina, un medicamento antidiabético oral, se puede utilizar en pacientes con diabetes tipo 2 como monoterapia o en combinación con sulfonilureas.</p> <p>Referencias de tratamiento: <u>PEN 5.b de la OMS, Directrices de la OMS para la atención primaria de salud en entornos de bajos recursos</u></p> <p>Más información en Referencia de la sección EML 2017 de la OMS: 18.5</p>
<p>Insulina regular, soluble (inyección de 100 UI/ml)</p>	<p>ENT - Diabetes</p>	<p>Justificación: la insulina humana regular, una insulina de acción rápida, es necesaria para todos los pacientes con diabetes tipo 1 y más del 10 % de los pacientes con diabetes tipo 2. Actualmente es más asequible para los sistemas de salud que otras insulinas análogas o de acción prolongada.</p> <p>Referencias de tratamiento: <u>WHO PEN 5.b</u></p> <p>Más información en Referencia de la sección EML 2017 de la OMS: 18.5</p>
<p>Dos de los siguientes antihipertensivos: Amlodipina (5 mg tapa/pestaña)</p>	<p>ENT - Cardiovascular</p>	<p>Razón fundamental: Los bloqueadores de los canales de calcio</p>

<p>Enalapril (5 mg cap/tab) u otro inhibidor de la enzima convertidora de angiotensina (ACEI). Consulte el grupo ATC C09AA.</p> <p>Hidroclorotiazida (25 mg tapa/pestaña) o clortalidona (25 mg tapa/pestaña)</p> <p>Bisoprolol (cap/tableta de 5 mg) o betabloqueante alternativo (atenolol, carvedilol o metoprolol únicamente)</p>		<p>(BCB) se encuentran entre las opciones de tratamiento de primera línea para pacientes con hipertensión. Amlodipino es el BCC representativo en la EML de la OMS.</p> <p>Los IECA se encuentran entre las opciones de tratamiento de primera línea para pacientes con hipertensión. Los IECA también se utilizan en el tratamiento de la insuficiencia cardíaca. Enalapril es el IECA representativo en la EML de la OMS.</p> <p>Los diuréticos tiazídicos se encuentran entre las opciones de tratamiento de primera línea para pacientes con hipertensión. Las tiazidas también se utilizan como tratamiento de la insuficiencia cardíaca. La hidroclorotiazida es el diurético tiazídico representativo en la EML de la OMS.</p> <p>Los betabloqueantes se encuentran entre las opciones de tratamiento recomendadas para pacientes con hipertensión, angina, arritmias cardíacas o insuficiencia cardíaca. Bisoprolol es el betabloqueante representativo en la EML de la OMS.</p> <p>Referencias de tratamiento: <u>PEN 5.b de la OMS , Directrices de la OMS para la atención primaria de la salud en entornos de bajos recursos</u></p> <p>Más información en Referencia de la sección EML 2017 de la OMS: 12.3, 12.4</p>
<p>Simvastatin (20 mg cap/tab) u otra estatina. Consulte el grupo ATC C10AA.</p>	<p>ENT - Cardiovascular</p>	<p>Justificación: Las estatinas, medicamentos para reducir los lípidos, se utilizan para reducir el riesgo de enfermedad coronaria, incluidos infartos de miocardio mortales y no mortales y accidentes cerebrovasculares. La simvastatina es la estatina representativa en la EML de la OMS.</p> <p>Referencias de tratamiento: <u>PEN 5.b de la OMS , Directrices de la OMS para la atención primaria de la salud en entornos de bajos recursos</u></p> <p>Más información en OMS EML 2017 Sección Referencia: 12.6</p>
<p>Ácido acetilsalicílico (aspirina) (100 mg cap/tab)</p>	<p>ENT – Cardiovascular</p>	<p>Justificación: la aspirina, un medicamento antiplaquetario, se recomienda para prevenir un primer accidente cerebrovascular, tiene un</p>

		<p>papel importante en la prevención de accidentes cerebrovasculares recurrentes y puede reducir la gravedad de un accidente cerebrovascular isquémico. La aspirina en dosis bajas tiene numerosas indicaciones terapéuticas, incluida la terapia antiplaquetaria, y puede usarse para reducir el riesgo de enfermedad cardiovascular.</p> <p>Referencias de tratamiento: <u>WHO PEN 5.b</u> Más información en Referencia de la sección EML 2017 de la OMS: 12.5</p>
Furosemida comprimido de 40 mg	ENT - Cardiovasculares	<p>Justificación: la furosemida es un diurético de asa que se utiliza en el tratamiento del edema, la insuficiencia cardíaca congestiva y la enfermedad renal.</p> <p>Referencias de tratamiento: WHO PEN 5.b Más información en Referencia de la sección EML 2017 de la OMS: 12.4</p>
Morfina (tableta de 10 mg)	Cuidados paliativos	<p>Justificación: la morfina, un analgésico opioide, es el opioide de primera elección para el tratamiento del dolor intenso, incluido el dolor por cáncer. También se recomienda como medicación preoperatoria y sedación para procedimientos a corto plazo.</p> <p>Referencias de tratamiento: <u>Modelo OMS de información sobre prescripción de medicamentos: Medicamentos utilizados en anestesia</u> Más información en OMS EML 2017 Sección Referencia: 2.2,1.3</p>
Paracetamol (cualquier concentración)	Dolor y cuidados paliativos	<p>Justificación: el paracetamol, también conocido como acetaminofén o APAP, es un analgésico y antipirético que se usa ampliamente como tratamiento de primera línea para el dolor y la fiebre leves a moderados. También se encuentra a menudo en combinación con otros medicamentos para tratar un resfriado o para el dolor intenso. En particular, es el analgésico preferido para las mujeres embarazadas.</p> <p>Referencias de tratamiento: <u>Modelo OMS de información sobre prescripción de medicamentos: Medicamentos utilizados en anestesia</u></p>

		Más información en la sección Referencia de la OMS EML 2017: 2.1, 7.1
Fluoxetina (20 mg cap/tab) u otro inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina (ISRS)	SNC	<p>Justificación: los ISRS se encuentran entre los fármacos más utilizados en el tratamiento de los trastornos depresivos. La fluoxetina se recomienda para su uso en trastornos depresivos y puede usarse para tratar pacientes mayores de 8 años. Los ISRS deben utilizarse como parte de un plan de gestión integral.</p> <p>Referencias de tratamiento: <u>Recomendaciones basadas en la evidencia para el manejo de la depresión en entornos de salud no especializados</u></p> <p>Más información en OMS EML 2017 Sección Referencia: 24.2</p>
Fenitoína (tableta de 100 mg) o carbamazepina (cap/tableta de 200 mg)	SNC	<p>Justificación: la carbamazepina y la fenitoína son medicamentos anticonvulsivos/antiepilépticos que se utilizan en el tratamiento de las convulsiones generalizadas y parciales y el dolor neuropático.</p> <p>Referencias de tratamiento: <u>Recomendaciones basadas en evidencia para el tratamiento de la epilepsia y las convulsiones en entornos de salud no especializados</u></p> <p>Más información en Referencia de la sección EML 2017 de la OMS: 5</p>
Gentamicina (40 mg/ml en vial de 2 ml)	Antiinfeccioso	<p>Justificación: La gentamicina, un antibiótico aminoglucósido, se utiliza para el tratamiento sistémico de infecciones susceptibles. Está clasificado como antibiótico ACCESS en la EML de la OMS, lo que significa que debe estar ampliamente disponible, ser asequible y tener calidad garantizada. Es el tratamiento de primera línea para la neumonía adquirida en la comunidad, la desnutrición severa complicada</p>

		<p>y la sepsis neonatal, y el tratamiento de segunda línea para la gonorrea.</p> <p>Referencias de tratamiento: <u>Modelo OMS de información sobre prescripción de medicamentos: Medicamentos utilizados en infecciones bacterianas</u> Más información en OMS EML 2017 Sección Referencia: 6.2.2</p>
Amoxicilina (500 mg tapa/pestaña)	Antiinfeccioso	<p>Justificación: La amoxicilina, un antibiótico betalactámico, se usa para tratar una amplia gama de infecciones susceptibles. Está clasificado como un antibiótico ACCESS en la EML de la OMS, lo que significa que debe estar ampliamente disponible, asequible y de calidad garantizada. Es el tratamiento de primera línea para síndromes infecciosos específicos, incluida la neumonía adquirida en la comunidad, la sepsis neonatal, las infecciones del tracto urinario inferior y el tratamiento de segunda línea para la meningitis bacteriana aguda.</p> <p>Referencias de tratamiento: <u>Modelo OMS de información sobre prescripción de medicamentos: Medicamentos utilizados en infecciones bacterianas</u> Más información en OMS EML 2017 Sección Referencia: 6.2.1</p>
Ceftriaxona (inyección de 1 g/vial)	Antiinfeccioso	<p>Justificación: la ceftriaxona, una cefalosporina de tercera generación, se usa para el tratamiento sistémico de infecciones susceptibles. Está clasificado como WATCH en la EML de la OMS, lo que significa que tiene un mayor potencial de resistencia y recomendación solo para un número limitado y específico de indicaciones. Es el tratamiento de primera línea para síndromes infecciosos específicos que incluyen neumonía grave adquirida en la comunidad, meningitis bacteriana aguda y gonorrea.</p> <p>Referencias de tratamiento: <u>Modelo de información de prescripción de la OMS: medicamentos utilizados en infecciones bacterianas</u> Más información en Referencia de la sección EML 2017 de la OMS: 6.2.1</p>

<p>Bencilpenicilina procaína (1G = 1MU inyección) o bencilpenicilina benzatina (900 mg = 1,2 MUI o 1,44 g = 2,4 MUI) inyección</p>	<p>Antiinfeccioso</p>	<p>Justificación: La bencilpenicilina procaína, un antibiótico betalactámico, se usa para tratar la sífilis en adultos y niños. Está clasificado como un antibiótico ACCESS en la EML de la OMS, lo que significa que debe estar ampliamente disponible, asequible y de calidad garantizada.</p> <p>Referencias de tratamiento: <u>Modelo de información de prescripción de la OMS: medicamentos utilizados en infecciones bacterianas</u></p> <p>Más información en Referencia de la sección EML 2017 de la OMS: 6.2.1</p>
<p>Uno de los siguientes anticonceptivos: Etinilestradiol + levonorgestrel: tableta 30 mcg + 150 mcg (o anticonceptivo oral combinado alternativo) Levonorgestrel comprimido de 30 microgramos. Acetato de medroxiprogesterona inyectable IM 150 mg/mL o SC 104 mg/0.65mL Implante liberador de progesterona (etonogestrel 68 mg o levonorgestrel 150 mg) Levonorgestrel 750 mcg o tableta de 1.5 mg</p>	<p>MCH</p>	<p>Justificación: La promoción de la planificación familiar –y garantizar el acceso a los métodos anticonceptivos preferidos para las mujeres y las parejas– es esencial para asegurar el bienestar y la autonomía de las mujeres, al tiempo que se apoya la salud y el desarrollo de las comunidades. El acceso a los anticonceptivos puede reducir las tasas de mortalidad infantil y materna asociadas con embarazos poco espaciados e inoportunos. Además, los anticonceptivos se han incluido en la EML de la OMS desde su creación y también están incluidos como productos básicos para salvar vidas por la Comisión de las Naciones Unidas sobre Productos Básicos para Salvar Vidas para Mujeres y Niños.</p> <p>Referencias de tratamiento: <u>Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos</u></p> <p>Más información en OMS EML 2017 Sección Referencia: 18.3</p>
<p>Rehidratación oral (sales 1 litro)</p>	<p>MCH</p>	<p>Justificación: Las sales de rehidratación oral (SRO), soluciones que contienen sodio, potasio, citrato y glucosa, se utilizan para reemplazar líquidos y electrolitos por vía oral. La SRO se usa para tratar la diarrea aguda en niños para prevenir o tratar la deshidratación.</p> <p>Referencias de tratamiento: <u>Pautas de tratamiento de la diarrea que incluyen nuevas recomendaciones para el uso de SRO y suplementos de zinc para trabajadores de atención médica en clínicas</u></p> <p>Más información en Referencia de la sección EML 2017 de la OMS: 26.1</p>

Sulfato de zinc (comprimido dispersable de 20 mg)	MCH	<p>Justificación: Se recomiendan suplementos de zinc para reducir la gravedad y la duración de la diarrea aguda. Si se administra durante 10 a 14 días, el zinc también reduce la incidencia de nuevos episodios de diarrea en los 2 a 3 meses posteriores al tratamiento.</p> <p>Referencias de tratamiento: <u>Pautas de tratamiento de la diarrea que incluyen nuevas recomendaciones para el uso de SRO y suplementos de zinc para trabajadores de atención médica en clínicas</u></p> <p>Más información en OMS EML 2017 Referencia de la sección: 17.5.2</p>
Oxitocina (inyección de 5 UI o 10 UI)	MCH	<p>Justificación: La oxitocina, una hormona peptídica, se utiliza para la prevención y el tratamiento de la hemorragia posparto y posaborto en situaciones de emergencia. Se recomienda que a todas las mujeres que dan a luz se les ofrezcan medicamentos uterotónicos, como la oxitocina, durante la tercera etapa del trabajo de parto para la prevención de la HPP.</p> <p>Referencias de tratamiento: <u>Recomendaciones de la OMS para la prevención y el tratamiento de la hemorragia posparto , Medicamentos para la salud materna del UNFPA</u></p> <p>Más información en Referencia de la sección EML 2017 de la OMS: 22.1</p>
Sulfato de magnesio 50% 10ml Inyectable	MCH	<p>Justificación: el sulfato de magnesio, un anticonvulsivo, se usa en el tratamiento y la prevención de las convulsiones recurrentes en la eclampsia y la preeclampsia.</p> <p>Referencias de tratamiento: <u>Recomendación de la OMS sobre el sulfato de magnesio para la prevención de la eclampsia en mujeres con preeclampsia grave , UNFPA Medicamentos para la salud materna</u></p> <p>Más información en OMS EML 2017 Sección Referencia: 5</p>
Ácido fólico	MCH	<p>Justificación: el ácido fólico como agente único es importante para la prevención de defectos del tubo neural y debe tomarse periconcepcionalmente y en el primer trimestre del embarazo.</p>

		<p>Referencias de tratamiento: <u>Recomendación de la OMS sobre la suplementación periconcepcional con ácido fólico para prevenir defectos del tubo neural</u></p> <p>Más información en la sección Referencia de la OMS EML 2017: 10.1</p>
<p>Terapia combinada basada en artemisinina (ACT) para el tratamiento de la malaria por <i>P. falciparum</i> no complicada .</p> <p>Uno de los siguientes:</p> <p>Arteméter + lumefantrina (20/120 mg tapa/pestaña)</p> <p>Artesunato+amodiaquina (cualquier concentración)</p> <p>Artesunato+mefloquina (cualquier concentración)</p> <p>Dihidroartemisinina+piperquina (cualquier concentración)</p> <p>Artesunato+sulfadoxina-pirimetamina (50 mg+500 mg/25 mg)</p>	Antipalúdico	<p>Justificación: las directrices de la OMS recomiendan tratar a adultos y niños con paludismo por <i>P. falciparum</i> sin complicaciones con una terapia combinada a base de artemisinina (recomendación fuerte, evidencia de alta calidad).</p> <p>Referencias de tratamiento: <u>Directrices de la OMS para el tratamiento de la malaria</u></p> <p>Más información en la sección Referencia de la OMS EML 2017: 6.5.3.1</p>
Artesunato (inyección de 60 mg o forma de dosis rectal de 100 mg)	Antipalúdico	<p>Justificación: Se recomienda el tratamiento con artesunato IM o rectal antes de la remisión de los casos sospechosos de paludismo grave en espera de la transferencia a un centro de nivel superior.</p> <p>Referencias de tratamiento: <u>Directrices de la OMS para el tratamiento de la malaria</u></p> <p>Más información en la sección Referencia de la OMS EML 2017: 6.5.3.1</p>
<p>Terapia antirretroviral combinada para el tratamiento de primera línea del VIH</p> <p>Una de las siguientes combinaciones individualmente para uso concomitante o en combinación a dosis fija:</p> <p>1. Efavirenz (400 mg o 600 mg) + Emtricitabina (200 mg) + Tenofovir disoproxil fumarato (300 mg)</p> <p>2. Efavirenz (400 mg o 600 mg) + Lamivudina (300 mg) + Tenofovir disoproxil fumarato (300 mg)</p>	antirretrovirales	<p>Justificación: Efavirenz/Emtricitabina/Tenofovir es la combinación preferida de terapias antirretrovirales de dosis fija para el tratamiento del VIH en adultos, mujeres embarazadas o lactantes y adolescentes.</p> <p>Referencias de tratamiento: <u>Directrices consolidadas de la OMS sobre el uso de medicamentos antirretrovirales para tratar y prevenir la infección por VIH</u></p> <p>Más información en OMS EML 2017 Sección Referencia: 6.4.2.4</p>
Ibuprofeno (tableta de 200 mg)	Dolor y cuidados paliativos	<p>Justificación: el ibuprofeno, un fármaco antiinflamatorio no esteroideo, es un medicamento de primera elección en el</p>

		<p>tratamiento del dolor leve.</p> <p>Referencias de tratamiento: <u>Directrices de la OMS sobre el tratamiento farmacológico del dolor persistente en niños con enfermedades médicas</u></p> <p>Más información en la sección Referencia de la OMS EML 2017: 2.1</p>
<p>Clorhexidina</p> <p>Solución o gel: 7,1 % (digluconato) que administra clorhexidina al 4 %</p>	<p>atención neonatal</p>	<p>Razón fundamental: Un antiséptico recomendado que debe aplicarse al cordón umbilical en casos de parto sucio y si las prácticas tradicionales aumentan el riesgo de infección del cordón.</p> <p>Referencias de tratamiento: <u>revisión de la evidencia disponible sobre la solución de clorhexidina al 4% para el cuidado del cordón umbilical</u></p> <p>Más información en OMS EML 2017 Sección Referencia: 29.1</p>
<p>Alimentos terapéuticos listos para usar (RUTF), pasta o untar (1 sobre = 92 g [500 Kcal]) o galleta (28,4g, 500 kcal por 100g)</p>	<p>Nutrición</p>	<p>Razón fundamental: Pastas ricas en energía y mejoradas con micronutrientes utilizadas en la alimentación terapéutica para el tratamiento comunitario de niños que padecen desnutrición aguda grave sin complicaciones y que conservan el apetito. Se proporciona como alimento terapéutico en la fase de rehabilitación (siguiendo al F-75 en la fase de estabilización)</p> <p>Referencias de tratamiento: <u>Guía de la OMS: Actualizaciones sobre el manejo de la desnutrición aguda severa en lactantes y niños. 2013</u></p> <p>Más información en OMS EML 2017: No incluido actualmente</p>
<p>Isoniazida + pirazinamida + rifampicina (50 mg + 150 mg + 75 mg)</p>	<p>antituberculosis</p>	<p>Justificación: Se recomienda isoniazida + pirazinamida + rifampicina como terapia combinada de dosis fija para la fase intensiva del tratamiento de la tuberculosis sensible a los medicamentos en niños.</p> <p>Referencias de tratamiento: <u>Orientación para los programas nacionales de tuberculosis sobre la manejo de la tuberculosis en niños, 2014</u></p> <p>Más información en Referencia de la sección EML 2017 de la OMS: 6.2.4</p>
<p>Eritropoyesis - agentes estimulantes.</p>	<p>enfermedad</p>	<p>Justificación: los agentes estimulantes de la</p>

<p>Uno de los siguientes:</p> <p>Epoetina alfa (2000 UI/mL) Darbepoetina alfa (100 mcg/mL)</p>	<p>renal cronica</p>	<p>eritropoyesis se recomiendan para el tratamiento de la anemia de la enfermedad renal crónica en niños, jóvenes personas y pacientes adultos con enfermedad renal crónica que requieran diálisis.</p> <p>Referencias de tratamiento: <u>EML de la OMS 2016-2017 - Solicitud de agentes estimulantes de la eritropoyetina</u> (factores sanguíneos de tipo eritropoyetina)</p> <p>Más información en la sección Referencia de la OMS EML 2017: 10.1</p>
<p>Sugerido para monitoreo (opcional para países) *</p>		
<p>Uno de los siguientes:</p> <p>Epinefrina inyectable 1 mg (como clorhidrato o tartrato de hidrógeno) en ampolla de 1 ml</p> <p>Inyección de dexametasona 4 mg/ml en ampolla de 1 ml (como sal de fosfato disódico)</p>	<p>Antialérgicos y medicamentos utilizados en la anafilaxia</p>	<p>Justificación: La epinefrina (adrenalina) es el tratamiento de primera línea para una reacción alérgica grave. Durante el shock anafiláctico, debe administrarse mediante inyección intramuscular.</p> <p>La dexametasona es un corticosteroide que previene casi todos los síntomas de inflamación asociados con la alergia. También se puede utilizar durante un shock anafiláctico de emergencia.</p> <p>Referencias de tratamiento: <u>Uso de medicamentos y antialérgicos de la OMS en la anafilaxia</u></p> <p>Más información en Referencia de la sección EML 2017 de la OMS: 3</p>
<p>Fluconazol (50 mg cap/tab) y Nistatina (tableta 500 000 UI)</p>	<p>Medicamentos antimicóticos</p>	<p>Razón fundamental:</p> <p>La nistatina es un antibiótico polieno antifúngico que es eficaz contra las infecciones causadas por una amplia gama de levaduras y hongos similares a las levaduras. Se utiliza para el tratamiento de la candidosis oral, esofágica e intestinal.</p> <p>El fluconazol es un agente antifúngico imidazol activo por vía oral con actividad contra dermatofitos, levaduras y otros hongos patógenos.</p> <p>Es ampliamente utilizado en el tratamiento de micosis sistémicas y gastrointestinales graves, así como en el manejo de infecciones superficiales. El fluconazol también se usa para prevenir infecciones fúngicas en pacientes inmunocomprometidos.</p>

		<p>Referencias de tratamiento : <u>Formulario modelo de la OMS 2008</u> <u>Modelo de información de prescripción de la OMS</u> <u>Fármacos utilizados en enfermedades de transmisión sexual</u> Más información en OMS EML 2017 Sección Referencia: 6.3</p>
Levotiroxina (tableta de 50 microgramos)	Hormonas tiroideas	<p>Razón fundamental: La levotiroxina se utiliza para el tratamiento del hipotiroidismo, el bocio no tóxico difuso, la tiroiditis de Hashimoto y el cáncer de tiroides. Referencias de tratamiento : <u>Formulario modelo de la OMS 2008</u> Más información en Referencia de la sección EML 2017 de la OMS: 18.8</p>

Anexo 1: Cesta del conjunto básico de medicamentos esenciales pertinentes para la atención primaria de salud y categorías de enfermedades relacionadas

Cuadro 1. Canasta del conjunto básico de medicamentos esenciales pertinentes para la atención primaria de salud

* Estos medicamentos adicionales se sugirieron para el seguimiento durante las consultas con los asesores regionales de la OMS y los Estados miembros de la OMS, sin embargo, no representan una carga importante de enfermedad en los países y no pueden ponderarse de acuerdo con el mismo procedimiento que la lista obligatoria.

Tabla 2. Enfermedades tratadas con los medicamentos de la lista básica

Nombre del medicamento	Enfermedad afiliada (código de las enfermedades según la clasificación CIE-11)
salbutamol	→ Asma (1190) → Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (1180)
Beclometasona u otro inhalador de corticosteroides	→ Asma (1190)
Gliclazida u otra sulfonilurea	→ Diabetes mellitus (800)
metformina	
Insulina regular, soluble	

amlodipina	→ Cardiopatía hipertensiva (1120)
Enalapril u otro inhibidor de la enzima convertidora de angiotensina	→ Cardiopatía hipertensiva (1120) → Miocardiopatía, miocarditis, endocarditis (1150)
Hidroclorotiazida o Clortalidona	
Bisoprolol o betabloqueante alternativo (atenolol, carvedilol o metoprolol únicamente)	→ Cardiopatía hipertensiva (1120) → Cardiopatía isquémica (1130) → Otras enfermedades circulatorias (1160) → Miocardiopatía, miocarditis, endocarditis (1150)
furosemida	→ Miocardiopatía, miocarditis, endocarditis (1150)
Simvastatina u otra estatina	→ Cardiopatía isquémica (1130) → Trazo (1140)
Ácido acetilsalicílico (aspirina)	→ Cardiopatía isquémica (1130)
Morfina	→ Neoplasias malignas (610)
Paracetamol	→ peso = 1/t
Ibuprofeno	→ peso = 1/T
Fluoxetina u otro inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina	→ Trastornos depresivos (830)
Fenitoína o Carbamazepina	→ Epilepsia (970)
gentamicina	→ Infecciones respiratorias bajas (390) → Enfermedades infecciosas y parasitarias (20)
amoxicilina	
ceftriaxona	→ Enfermedades infecciosas y parasitarias (20)
Bencilpenicilina procaína o bencilpenicilina benzatínica	
Etinilestradiol + levonorgestrel (o anticonceptivo oral combinado alternativo)	
Inyección de acetato de medroxiprogesterona	→ Condiciones maternas (420)
Implante liberador de progesterona (etonogestrel o levonorgestrel)	
Levonorgestrel	
Rehidratación oral	→ Enfermedades diarreicas (110)
sulfato de zinc	
oxitocina	→ Condiciones maternas (420)
Sulfato de magnesio	→ Epilepsia (970)
Ácido fólico	→ Anemia ferropénica (580)
Arteméter+lumefantrina	
Artesunato+amodiaquina	
Artesunato+mefloquina	→ Paludismo (220)
Dihidroartemisinina+piperarquina	
Artesunato+sulfadoxina-pirimetamina	
artesunato	

Efavirenz + Emtricitabina + Tenofovir disoproxilo fumarato	→ VIH/SIDA (100)
Efavirenz + Lamivudina + Tenofovir disoproxil fumarato	
Clorhexidina	→ Sepsis e infecciones neonatales (520)
Alimentos terapéuticos listos para usar (RUTF)	→ Deficiencias nutricionales (540)
Isoniazida + pirazinamida + rifampicina	→ Tuberculosis (30)
Eritropoyesis - agentes estimulantes	→ Otra enfermedad renal crónica (1273)
Sugerido para monitoreo (opcional)	
Epinefrina o Dexametasona	→ peso = $0,5 * (1/T)$
fluconazol	
nistatina	
levotiroxina	

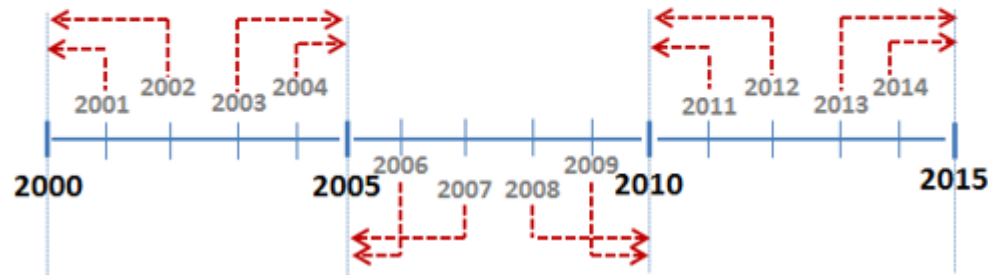
Anexo 2. Cálculo de pesos

Los pesos son específicos de la región y la suma de los pesos asignados a los medicamentos en la canasta siempre es igual a "1" en una región determinada. Dado que algunos de los medicamentos no se ponderan según los AVAD sino según la fórmula de los puntos iii. y iv. arriba, los pesos deben normalizarse para que su suma sea igual a "1".

Los datos regionales de la OMS sobre la carga de morbilidad se calculan y publican en intervalos de 5 años (por ejemplo, 2000, 2005, 2010 y 2015 por ahora). Como resultado, para los puntos de datos que se encuentran entre los años de referencia para los que se dispone de estimaciones de DALY, se utiliza el año de referencia más cercano para calcular el peso de los medicamentos (ya sea anterior o posterior) (*Figura 1*).

Figura 2.1. Selección del año de datos para calcular los pesos de los medicamentos

Figure 2.1. Selection of data year for computing medicine weights



Se calculan dos versiones de ponderaciones: una que captura 32 medicamentos (excluidos los medicamentos opcionales) y la otra que captura 36 medicamentos (incluidos los medicamentos opcionales). Para países donde la distribución de medicamentos específicos se calcula solo en establecimientos especializados (por ejemplo, los medicamentos inyectables se proporcionan solo en hospitales), la OMS sugiere calcular dos

versiones de ponderaciones (1: para farmacias y otros establecimientos de atención médica no terciarios basados en un lista de medicamentos que excluyen los medicamentos mencionados y 2 – para hospitales que incluye la lista completa de medicamentos).

Table-2.1: Region-specific-weights-applied-for-medicines-in-a-defined-basket-[excluding-suggested-for-monitoring-(optional)-medicines]*¶

N	Medicine name	AFRO	EMRO	EURO	PAHO	SEARO	WPRO
1	Acetylsalicylic acid (aspirin)	0.0084	0.0408	0.1276	0.0796	0.0561	0.0719
2	Amoxicillin	0.1502	0.0581	0.0230	0.0364	0.0988	0.0301
3	Artemether+lumefantrine OR Artesunate+amodiaquine OR Artesunate+mefloquine OR Dihydroartemisinin+piperazine OR Artesunate+sulfadoxine-pyrimethamine	0.0264	0.0013	0.0000	0.0002	0.0021	0.0004
4	Artesunate	0.0264	0.0013	0.0000	0.0002	0.0021	0.0004
5	Beclomethasone QB other corticosteroid inhaler	0.0041	0.0064	0.0074	0.0122	0.0091	0.0068
6	Bisoprolol QB alternative betablocker (atenolol QR carvedilol or metoprolol only) QB Amlodipine	0.0154	0.0528	0.1883	0.1162	0.0671	0.0968
7	Ceftriaxone	0.1502	0.0581	0.0230	0.0364	0.0988	0.0301
8	Chlorhexidine	0.0002	0.1483	0.0015	0.0001	0.0008	0.0271
9	Efavirenz + Emtricitabine + Tenofovir disoproxil fumarate QRE Efavirenz + Lamivudine + Tenofovir disoproxil fumarate	0.0340	0.0019	0.0086	0.0105	0.0062	0.0040
10	Erythropoiesis - stimulating agents	0.0008	0.0010	0.0002	0.0002	0.0003	0.0462
11	Ethinylestradiol + levonorgestrel QB Levonorgestrel QR Medroxyprogesterone acetate QB Progesterone-releasing implant QB Levonorgestrel	0.0092	0.0041	0.0005	0.0021	0.0041	0.0012
12	Fluoxetine QB other selective serotonin reuptake inhibitor	0.0054	0.0101	0.0223	0.0322	0.0145	0.0203
13	Folic acid	0.0086	0.0113	0.0114	0.0183	0.0203	0.0116
14	Furosemide	0.0014	0.0029	0.0137	0.0072	0.0016	0.0029
15	Gentamicin	0.1983	0.0933	0.0414	0.0667	0.1350	0.0509
16	Gliclazide QB other sulfonylurea	0.0053	0.0155	0.0223	0.0513	0.0210	0.0241
17	Hydrochlorothiazide or Chlorthalidone OR Enalapril or other ACEI	0.0033	0.0060	0.0201	0.0151	0.0078	0.0134
18	Ibuprofen	0.0333	0.0333	0.0333	0.0333	0.0333	0.0333
19	Insulin regular, soluble	0.0053	0.0155	0.0223	0.0513	0.0210	0.0241
20	Isoniazid + pyrazinamide + rifampicin	0.0033	0.0239	0.0003	0.0039	0.0007	0.0515
21	Magnesium sulphate	0.0029	0.0038	0.0039	0.0052	0.0045	0.0032
22	Metformin	0.0053	0.0155	0.0223	0.0513	0.0210	0.0241
23	Morphine	0.0148	0.0311	0.1484	0.1267	0.0458	0.1338
24	Oral rehydration	0.0330	0.0216	0.0023	0.0067	0.0269	0.0038
25	Oxytocin	0.0092	0.0041	0.0005	0.0021	0.0041	0.0012
26	Paracetamol	0.0333	0.0333	0.0333	0.0333	0.0333	0.0333
27	Phenytoin OR Carbamazepine	0.0029	0.0038	0.0039	0.0052	0.0045	0.0032
28	Procaine benzylpenicillin QB Benzathine benzylpenicillin	0.1502	0.0581	0.0230	0.0364	0.0988	0.0301
29	Ready-to-use therapeutic food (RUTF)	0.0007	0.1455	0.0000	0.0003	0.0009	0.0073
30	Salbutamol	0.0067	0.0142	0.0267	0.0400	0.0384	0.0465
31	Simvastatin OR other statin	0.0181	0.0615	0.1863	0.1127	0.0920	0.1624
32	Zinc sulphate	0.0330	0.0216	0.0023	0.0067	0.0269	0.0038

Weights for 32 medicines are computed. Where several medicines or combinations of medicines are specified (listed with "OR"), one medicine has to be selected for the further computation of the SDG indicator.



Table 2.2.: Region-specific weights applied for medicines in a defined basket [including suggested for monitoring (optional) medicines]

N	Medicine name	AFRO	EMRO	EURO	PAHO	SEARO	WPRO
1	Acetylsalicylic acid (aspirin)	0.0081	0.0390	0.1219	0.0761	0.0536	0.0687
2	Amoxicillin (for adults)	0.1436	0.0555	0.0220	0.0348	0.0944	0.0287
3	Artemether+lumefantrine OR Artesunate+amodiaquine OR Artesunate+mefloquine OR Dihydroartemisinin+piperazine OR Artesunate+sulfadoxine-pyrimethamine	0.0252	0.0012	0.0000	0.0002	0.0020	0.0004
4	Artesunate	0.0252	0.0012	0.0000	0.0002	0.0020	0.0004
5	Beclomethasone OR other corticosteroid inhaler	0.0040	0.0061	0.0071	0.0117	0.0087	0.0065
6	Bisoprolol OR alternative beta-blocker (atenolol OR carvedilol or metoprolol only) OR Amlodipine	0.0148	0.0505	0.1608	0.1110	0.0641	0.0925
7	Ceftriaxone	0.1436	0.0555	0.0220	0.0348	0.0944	0.0287
8	Chlorhexidine	0.0002	0.1417	0.0014	0.0001	0.0007	0.0259
9	Efavirenz + Emtricitabine + Tenofovir disoproxil fumarate OR Efavirenz + Lamivudine + Tenofovir disoproxil fumarate	0.0325	0.0018	0.0082	0.0100	0.0078	0.0038
10	Epinephrine or Dexamethasone	0.0135	0.0135	0.0135	0.0135	0.0135	0.0135
11	Erythropoiesis-stimulating agents	0.0008	0.0009	0.0002	0.0002	0.0003	0.0442
12	Ethinylestradiol + levonorgestrel OR Levonorgestrel OR Medroxyprogesterone acetate OR Progesterone-releasing implant OR Levonorgestrel	0.0088	0.0039	0.0005	0.0020	0.0039	0.0012
13	Fluconazole	0.0135	0.0135	0.0135	0.0135	0.0135	0.0135
14	Fluoxetine OR other selective serotonin reuptake inhibitor	0.0051	0.0096	0.0213	0.0308	0.0138	0.0194
15	Folic acid	0.0082	0.0108	0.0109	0.0175	0.0194	0.0111
16	Furosemide	0.0013	0.0028	0.0131	0.0069	0.0015	0.0028
17	Gentamicin	0.1895	0.0892	0.0396	0.0637	0.1290	0.0487
18	Gliclazide OR other sulfonylurea	0.0051	0.0148	0.0213	0.0490	0.0201	0.0231
19	Hydrochlorothiazide or Chlorthalidone OR Enalapril or other ACEI	0.0031	0.0057	0.0192	0.0144	0.0074	0.0128
20	Ibuprofen (for adults)	0.0270	0.0270	0.0270	0.0270	0.0270	0.0270
21	Insulin regular, soluble	0.0051	0.0148	0.0213	0.0490	0.0201	0.0231
22	Isoniazid + pyrazinamide + rifampicin	0.0032	0.0229	0.0003	0.0037	0.0007	0.0492
23	Levothyroxine	0.0135	0.0135	0.0135	0.0135	0.0135	0.0135
24	Magnesium sulphate	0.0028	0.0036	0.0037	0.0050	0.0043	0.0030
25	Metformin	0.0051	0.0148	0.0213	0.0490	0.0201	0.0231
26	Morphine	0.0142	0.0297	0.1418	0.1210	0.0437	0.1278
27	Nystatin	0.0135	0.0135	0.0135	0.0135	0.0135	0.0135
28	Oral rehydration	0.0315	0.0206	0.0022	0.0064	0.0257	0.0037
29	Oxytocin	0.0088	0.0039	0.0005	0.0020	0.0039	0.0012
30	Paracetamol	0.0270	0.0270	0.0270	0.0270	0.0270	0.0270
31	Phenytoin OR Carbamazepine	0.0028	0.0036	0.0037	0.0050	0.0043	0.0030
32	Procaine benzylpenicillin OR Benzathine benzylpenicillin	0.1436	0.0555	0.0220	0.0348	0.0944	0.0287
33	Ready-to-use therapeutic food (RUTF)	0.0006	0.1391	0.0000	0.0003	0.0009	0.0070
34	Salbutamol	0.0064	0.0135	0.0255	0.0382	0.0367	0.0444
35	Simvastatin OR other statin	0.0173	0.0588	0.1780	0.1077	0.0879	0.1552
36	Zinc sulphate	0.0315	0.0206	0.0022	0.0064	0.0257	0.0037

*Weights for 36 medicines are computed. Where several medicines or combinations of medicines are specified (listed with "OR"), one medicine has to be selected for the further computation of the SDG indicator...

Anexo 3: Canasta del conjunto básico de medicamentos esenciales pertinentes para la atención primaria de salud: número de unidades y duración por tratamiento

<u>Medicamento</u>	<u>Dosis</u>	<u>Duración</u>	<u>Unidades</u>
salbutamol	Inhalador de 100 mcg/dosis	30	30
beclometasona	inhalador de 100 mcg/dosis	30	60
Gliclazida	80 mg cápsula/comp.	30	30
metformina	500 mg tapa/pestaña <u>O</u> 850 mg tapa/pestaña <u>O</u> 1 g tapa/pestaña	30	90
Insulina regular, soluble	Inyección de 100 UI/ml	30	90
amlodipina	Tapa/pestaña de 5 mg	30	30
enalapril	5 mg cápsula/comp.	30	30
hidroclorotiazida	25 mg cápsula/comp.	30	30
clortalidona	25 mg cápsula/comp.	30	15
bisoprolol	Tapa/pestaña de 5 mg	30	30
simvastatina	20 mg cápsula/comp.	30	30
Ácido acetilsalicílico (aspirina)	100 mg cápsula/comp.	30	30
Morfina	10 mg tapa/pestaña	30	180
Paracetamol	500 mg comprimido/tapa	30	180
fluoxetina	20 mg cápsula/comp.	30	30
fenitoína	100 mg cápsula/tableta	30	90
Carbamazepina	200 mg cápsula/comp.	30	150
gentamicina	40 mg/ml en vial de 2 ml	3	15
Amoxicilina para adultos	500 mg cápsula/tableta	7	21
ceftriaxona	Inyección de 1g/vial	1	1
Bencilpenicilina procaína	1G = 1MU Inyección	10	10

bencilpenicilina benzatínica	900 mg = 1,2 MUI <u>O</u> 1,44 g = inyección de 2,4 MUI	1	1 o 2
Etinilestradiol + levonorgestrel	30 mcg tapa/pestaña + 150 mcg tapa/pestaña	28	21
Levonorgestrel	30 mcg cápsula/completa	28	28
Inyección de acetato de medroxiprogesterona	IM 150 mg/mL <u>O</u> SC 104 mg/0.65mL	84	1
Implante liberador de progesterona: Etonogestrel O Levonorgestrel	Etonogestrel 68 mg O Levonorgestrel 150 mg	3 o 5 años	1
Levonorgestrel	750 mcg <u>O</u> 1,5 mg	1	2 o 1
Sales de rehidratación oral	1 litro	1	3
sulfato de zinc	comprimido dispersable de 20 mg	14	14
oxitocina	Inyección de 5 UI o 10 UI	1	1
Sulfato de magnesio	50% 10ml Inyección	1	2
Ácido fólico	tableta de 400 mcg	30	30
Arteméter+lumefantrina	20/120 mg tapa/comp.	3	24
Artesunato+amodiaquina	100 mg + 270 mg	3	6
Artesunato+mefloquina	100 mg + 220 mg	3	6
Dihidroartemisinina+piperquina	40 mg + 320 mg	3	9
Artesunato+sulfadoxina- pirimetamina	200 mg + 1500 mg + 75 mg	3	3 + 1
artesanato	Inyección de 60 mg <u>O</u> forma de dosis rectal de 100 mg	1	1
Efavirenz + Emtricitabina + Tenofovir disoproxil fumarato	400 mg O 600 mg + 200 mg + 300 mg	30	30
Efavirenz + Lamivudina + Tenofovir disoproxil fumarato	400 mg o 600 mg + 300 mg + 300 mg	30	30

ibuprofeno para adultos	200 mg tapa/pestaña	30	60
furosemida	40 mg tapa/pestaña	30	30
epinefrina	inyección de 1 mg	1	0.5
Dexametasona	inyección 4 mg/ml en ampolla de 1 ml (como sal de fosfato disódico)	1	1
fluconazol	50 mg cap/tab (dependiendo de la indicación)		
Nistatina	tableta 500 000 UI	2	8
levotiroxina	tableta 50 microgramos	30	60
Clorhexidina	Solución o gel: 7,1 % (digluconato) que administra clorhexidina al 4 %	7	1
Alimentos terapéuticos listos para usar (RUTF)	pasta o untar (1 sobre = 92 g [500 Kcal]) <u>Q</u> galleta (28,4g, 500 kcal por 100g)	30	150 - 220 kcal/kg por día
Isoniazida + pirazinamida + rifampicina	50 mg + 150 mg + 75 mg	30	30 (60, 90 o 120)
Epoetina alfa	2000 UI/mL	12	50 unidades/kg

Anexo 4 – Combinación de disponibilidad y asequibilidad

Como ejemplo, consideremos un caso simplificado de acceso a una canasta de tres medicamentos (*Figura 2*). En la matriz:

“1” indica que un medicamento está disponible o es asequible.

“0” indica que un medicamento no está disponible o no es asequible. En otras palabras, "0" en la matriz indica que la dimensión está privada.

“.” indica casos en los que los medicamentos no están disponibles y, en consecuencia, no se mide su asequibilidad. En otras palabras, no se puede recopilar información sobre precios cuando el entrevistador no encuentra un medicamento en el establecimiento.

Figura 4.1. Matriz de logros en acceso a medicamentos (dos dimensiones)

$$\begin{array}{c}
 \text{Dimensions} \\
 \text{Availability} \quad \text{Affordability} \\
 \downarrow \quad \quad \downarrow \\
 X = \begin{pmatrix} 1 & 1 \\ 1 & 0 \\ 0 & . \end{pmatrix} \begin{array}{l} \leftarrow \text{medicine 1} \\ \leftarrow \text{medicine 2} \\ \leftarrow \text{medicine 3} \end{array} \left. \vphantom{\begin{pmatrix} 1 & 1 \\ 1 & 0 \\ 0 & . \end{pmatrix}} \right\} \text{Medicines in a basket}
 \end{array}$$

En esta canasta, el primer medicamento es totalmente accesible (es decir, está disponible y es asequible), el segundo medicamento es parcialmente accesible (es decir, está disponible pero no es asequible), mientras que el tercer medicamento es inaccesible (es decir, no está disponible). y por tanto no es posible recoger información sobre precios).

En este ejemplo, el primer medicamento es accesible y el tercero no. Sin embargo, el segundo medicamento está parcialmente privado, lo que indica que las políticas específicas aplicadas en el país pueden ser efectivas para la disponibilidad del medicamento, pero no para su asequibilidad. Aplicando el enfoque de identificación de sindicatos de S. Alkire y G. Robles que trata los elementos (medicamentos) en la matriz con privación parcial como privados totales, el segundo medicamento también se considera no accesible (Figura 3) .

Figura 4.2. Matriz de logros de acceso a medicamentos (dos dimensiones y privación de dimensiones)

$$\begin{array}{c}
 \text{Dimensions} \\
 \text{Availability} \quad \text{Affordability} \\
 \downarrow \quad \downarrow \\
 X = \begin{pmatrix} 1 & 1 \\ 1 & 0 \\ 0 & . \end{pmatrix} \rightarrow X' = \begin{pmatrix} 1 \\ 0 \\ 0 \end{pmatrix} \\
 \text{Access} \\
 \downarrow
 \end{array}$$

Al final de este paso se genera la variable “acceso” a medicamentos, combinando las 2 dimensiones de disponibilidad y asequibilidad. Esta variable sigue siendo de naturaleza binaria, siendo 1: los medicamentos son accesibles (tanto disponibles como asequibles) y 0: los medicamentos no son accesibles (no disponibles o disponibles pero no asequibles).