

NOTA TÉCNICA

**ASEGURAR QUE LOS PACIENTES
RECIBAN SUS RECETAS COMPLETAS
Y OPORTUNAMENTE SIN QUE
RECURRAN AL GASTO DE BOLSILLO**

10 RECOMENDACIONES PARA MEJORAR EL
SISTEMA PÚBLICO DE ABASTECIMIENTO DE
MEDICAMENTOS

ABRIL 2024

ACCESO A LOS MEDICAMENTOS RECETADOS SIN RECURRIR AL GASTO DE BOLSILLO

¿Cuál es el indicador que debe guiar la gestión del sistema de abastecimiento público de medicamentos? ¿Cuál es ese indicador que deben impulsar los decisores y diseñadores de política, que deben "comprar" los financiadores del cuidado de la salud de los asegurados, y que busca la población todos los días en el sistema de salud?

Los ciudadanos necesitan y quieren recibir su receta completa, de manera oportuna y sin recurrir al gasto de bolsillo. En un sistema de cobertura universal de salud, no demandan medicinas a precios accesibles, sino las medicinas a las que tiene derecho como parte del plan de beneficios que le otorga su aseguradora, sin tener que desviar recursos de su sobrevivencia diaria, de la educación de sus hijos o de otros proyectos de crecimiento familiar.

*Esto nos lleva a remirar el sistema público de abastecimiento de medicamentos más allá del actual estándar de desempeño, basado en el indicador de disponibilidad de inventarios en las farmacias de los establecimientos, para ir a una definición de nivel de servicio cuyo indicador sea la **"receta prescrita atendida de manera completa y con oportunidad"**. Esa es la propuesta de valor que contiene esta nota técnica con sus 10 recomendaciones para mejorar el suministro de productos farmacéuticos y dispositivos médicos empleando este nuevo indicador trazador.*

*Mesa de Diálogo de Medicamentos.
Abril 2024*

CONTENIDO

1. Introducción: recomendaciones para resolver la crisis de abastecimiento de medicamentos	4
2. La relación de los ciudadanos con los servicios de salud y el abastecimiento de medicamento	5
2.1 ¿Dónde buscan atención las personas?	5
2.2 ¿Cuál es su satisfacción con los servicios?	6
2.3 ¿Cuál es el gasto público en medicamentos?	7
2.4 ¿Cuál es el gasto de bolsillo en medicamentos?	9
3. Panorama del sistema de abastecimiento público de medicamentos	10
4. Recomendaciones para hacer más eficiente el abastecimiento público de medicamentos	13
a. Recomendaciones para abordar sistemáticamente el sistema de abastecimiento	13
b. Recomendaciones para implementar innovaciones en escalas territoriales y temáticas	19
c. Recomendaciones para mejorar eficiencia	21
Gráfico 1: Distribución de personas que buscaron atención en salud por tipo de establecimiento	5
Gráfico 2: Satisfacción con los servicios públicos en Perú, 2012 - 2023	7
Gráfico 3: Gasto per cápita anual en medicamentos. En soles	8
Gráfico 4: Disponibilidad de medicamentos esenciales (DME). Marzo, 2024	10
Gráfico 5: Disponibilidad de medicamentos antirretrovirales de mayor uso. 2021	11
Tabla 1 Perú: Gasto público en medicamentos, 2012-2022. En millones de soles	7
Tabla 2: Recursos no ejecutados en medicamentos de las fuentes DyT, RDR y RO del primer nivel de atención 2018-2024	9
Tabla 3: Gasto de bolsillo en medicamentos. En millones de soles	9

1. Introducción: recomendaciones para resolver la crisis de abastecimiento de medicamentos

El 2019 elaboramos, producto del diálogo y discernimiento especializado, la nota técnica "Recomendaciones para la modernización del sistema de abastecimiento público de medicamentos en el marco del aseguramiento universal de salud" enfocada en la operación logística propendiendo a asegurar la disponibilidad para los usuarios.

Cuatro años después las necesidades de mejora siguen siendo grandes y urgentes, en un ciclo afectado, además, por limitaciones en la fase de adquisición que han puesto mayores presiones sobre el gasto de bolsillo que pasó de 28.35% el 2019 a 30.63 el 2021, según datos preliminares del Ministerio de Salud¹. En el período 2018-2022 se aprecia un crecimiento nominal del gasto de bolsillo en medicamentos, que pasó de 4,392 a 5,400 millones de soles².

Asimismo, el Perú ha avanzado en su cobertura de aseguramiento hasta llegar casi al 100% de la población según los datos de las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento, (IAFAS) según los registros de la Superintendencia Nacional de Salud – SUSALUD. Específicamente, los asegurados SIS han pasado de 12'838,4521 el 2012 a 26'671,255 el 2024³.

En este escenario, se propició un nuevo proceso de diálogo técnico para analizar la situación actual y elaborar recomendaciones para mejorar el ciclo de abastecimiento de medicamentos, particularmente en el subsector público MINSAL-Gobiernos Regionales, con propuestas de mejora del sistema de abastecimiento como de iniciativas de transformación parciales e incrementales, con énfasis en el primer nivel de atención.

Los objetivos que guiaron este esfuerzo de diálogo fueron:

1. Analizar la problemática de la adquisición de medicamentos, sus cuellos de botella y las alternativas de solución para lograr compras oportunas y suficientes para abastecer prioritariamente al primer nivel de atención.
2. Analizar la problemática de la logística de medicamentos, sus cuellos de botella y las alternativas de solución para abastecer prioritariamente al primer nivel de atención.
3. Elaborar una nota técnica con los principales aportes y recomendaciones de los actores involucrados en el diálogo técnico, dirigida a las instancias de decisión del sector público.

Este documento resume la situación actual y presenta 10 recomendaciones, producto del diálogo sostenido por un grupo de expertos, funcionarios y exfuncionarios públicos, representantes de organizaciones de la sociedad civil, de los usuarios de los servicios y del sector privado. La diversidad del grupo ha permitido la confluencia de diferentes perspectivas que han enriquecido el análisis y las recomendaciones que alcanzamos.

¹Ministerio de Salud-OGPPM. Estimaciones preliminares para Libro Blanco de Fortalecimiento del Primer Nivel de Cuidado de la Salud, 2023.

²Ministerio de Salud-OGPPM. Equipo de Cuentas en Salud.

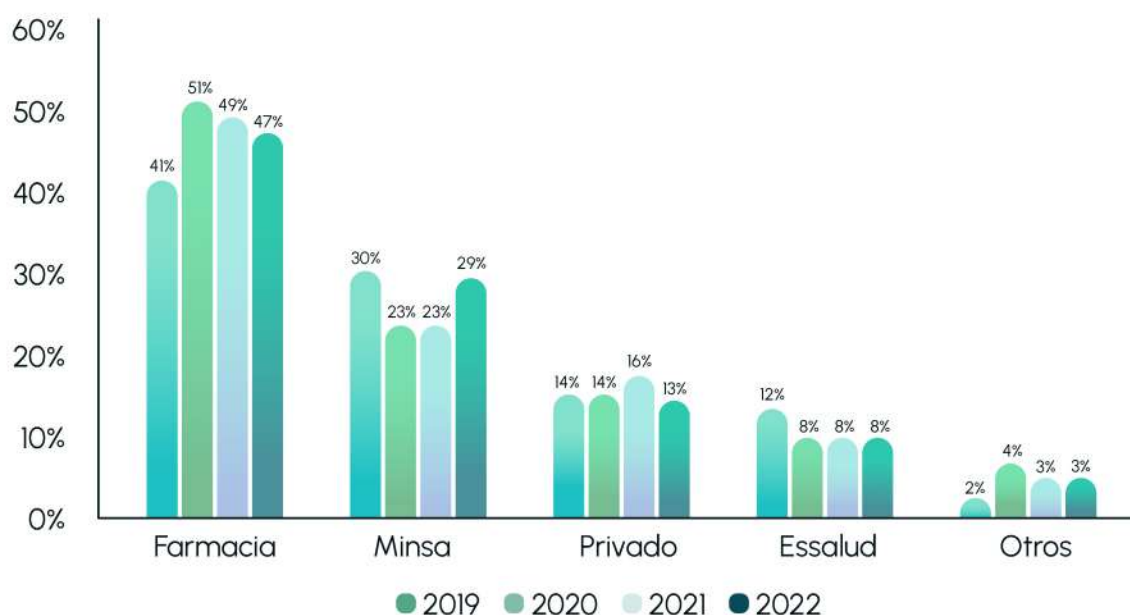
³SUSALUD. Boletín informativo, 20 de mayo de 2024.

2. La relación de los ciudadanos con los servicios de salud y el abastecimiento de medicamentos

2.1 ¿Dónde buscan atención las personas?

Los datos de la Encuesta Nacional de Hogares muestran una persistente preminencia de la red de farmacias como fuente de búsqueda de atención en salud por parte de los usuarios. El 2019 esta preferencia era de 41%, mientras el 2022 creció a 47%. En los años de la pandemia por COVID-19 (2020-2021) esta elección aumentó hasta llegar a 51% debido a las restricciones en la oferta de servicios en toda la red pública.

Gráfico 1: Distribución de personas que buscaron atención en salud por tipo de establecimiento



Fuente: ENAHO. Elaborado por César Amaro.

Es también significativa la presencia de la red MINSA/Gobiernos Regionales (29%) como segundo lugar de atracción para la demanda de atención, seguidos por el sector privado (13%) y luego por EsSalud (8%).

Recuadro 1: La experiencia del usuario

¡No hay medicamentos!, la inaceptable respuesta a los usuarios.

Cecilia Ma

Cada usuario que acude a un establecimiento público de salud por alguna dolencia o malestar espera le resuelvan el problema de salud, no sólo el síntoma como el dolor o la diarrea, o un signo como la fiebre. Necesita saber ¿por qué está mal?. Algunas veces se requieren exámenes adicionales para establecer un diagnóstico: análisis de laboratorio (ejemplo: hemograma) y/o exámenes de diagnóstico por imágenes (ejemplo: tomografía). Finalmente, el médico analiza los resultados, le brinda un diagnóstico e indica un tratamiento: dieta, actividad física, y eventualmente prescribe medicamentos y se resuelve el problema de salud.

Es decir, luego de un proceso complejo (puede ser prolongado: de varios días o meses), se llega al diagnóstico y la mayoría de las veces, la dolencia se puede manejar con indicaciones médicas y/o farmacológicas. Sin embargo, muchas veces, en los establecimientos públicos, el usuario una vez que le entregan la prescripción va a la farmacia del establecimiento de salud y le dicen: "Sólo hay uno de los tres medicamentos recetados"! O simplemente ¡No hay!!

En el caso de los usuarios con enfermedades crónicas, como diabetes mellitus e hipertensión arterial, sólo un tercio de los usuarios accede a medicamentos⁴, para estos usuarios el control de la enfermedad es fundamental para evitar el daño de órganos blancos como el cerebro o los riñones. Si se trata de un paciente informado y sensibilizado sabe que una respuesta negativa sobre la disponibilidad de medicamentos implica un riesgo para su salud, además del riesgo financiero; así sólo le queda adquirirlos o comprarlos con su dinero, es decir realizar un gasto de bolsillo (el cual una buena política pública /seguro universal debe reducir y si es posible evitar). Si se trata de un usuario poco informado o sin capacidad económica para comprar los medicamentos con sus propios medios, de manera particular su enfermedad podría empeorar y eventualmente complicarse.

Sólo unos pocos establecimientos de salud: (por ejemplo: el Instituto Nacional de Salud del Niño de San Borja), reembolsan a los usuarios asegurados en el Seguro Integral de Salud si no cuentan con los medicamentos prescritos en dicho establecimiento. Esta es la frustración más frecuente para los usuarios de servicios de salud públicos, que estando afiliados a un seguro de salud público (SIS o ESSALUD), y contando con un diagnóstico no pueda acceder a los medicamentos que son parte del tratamiento indicado. Un estudio con datos al 2016 demostró más posibilidad de empobrecer en familias que tienen como miembros: menores de cinco y mayores de 60 años; vivir en la región costa y en zona urbana; tener una enfermedad crónica; y pertenecer a los quintiles de gasto per cápita más altos⁵.

La responsabilidad del Estado es brindar una cobertura integral de salud, que debe incluir la consulta médica, los análisis de confirmación diagnóstica y los medicamentos o preparados farmacológicos.

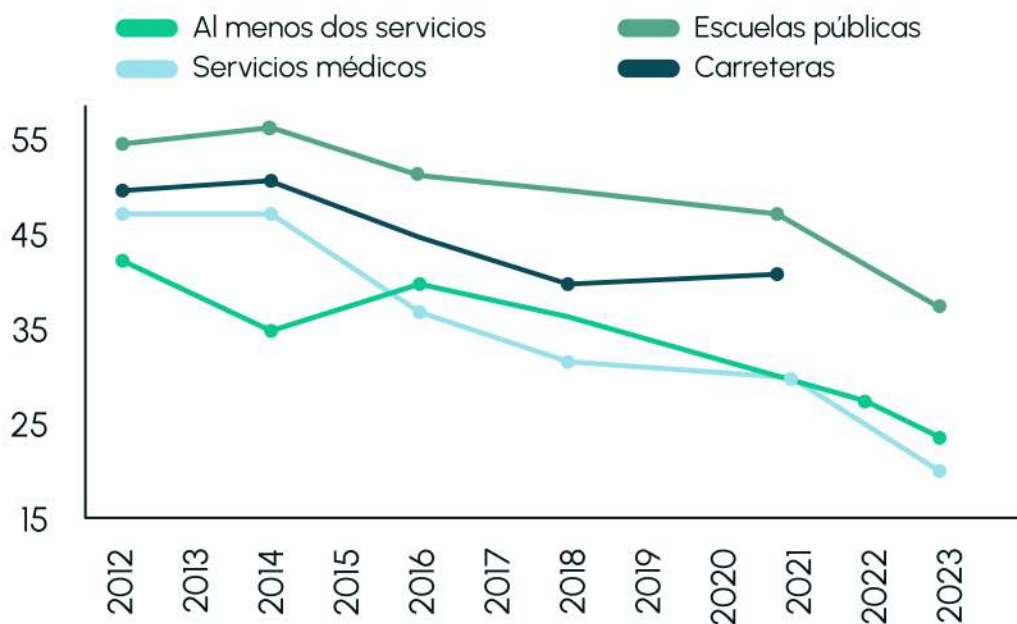
2.2 ¿Cuál es su satisfacción con los servicios?

Respecto a la satisfacción de los usuarios con los servicios públicos, el gráfico 2 permite observar que los servicios médicos tienen apenas un 20%, al final de la cola, luego de las escuelas públicas y las carreteras.

⁴ESPINOZA-MARCHAN, H et al. Acceso a medicamentos en pacientes del Seguro Integral de Salud (SIS) con diabetes mellitus y/o hipertensión arterial en Perú. Rev. OFIL-ILAPHAR [online]. 2021, vol.31, n.1 [citado 2024-04-19], pp.71-77. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-714X2021000100015&lng=es&nrm=iso>. Epub 07-Jun-2021. ISSN 1699-714X. <https://dx.doi.org/10.4321/s1699-714x20210001000015>.

⁵Hernández-Vásquez A, Vargas-Fernández R, Magallanes-Quevedo L, Bendezu-Quispe G. Out-of-pocket expenditure on medicines in Peru in 2007 and 2016. Medwave 2020;20(2):e7833

Gráfico 2: Satisfacción con los servicios públicos en Perú, 2012 - 2023
(en % de la población que indicó estar muy satisfecho o satisfecho con al menos dos servicios)



*/ Considera infraestructura vial, educación y salud.
Fuente: IPAE Mide. IPSOS, LAPOP.

Preocupa la tendencia decreciente en el grado de satisfacción con los servicios de salud que se ha reducido de más de 45% el 2012 a 20% el 2023.

2.3 ¿Cuál es el gasto público en medicamentos?

La tabla 1 muestra cómo el gasto público (MINSa, Gobiernos Regionales y EsSalud) en medicamentos en el período 2012-2022 ha crecido significativamente, hasta más que duplicarse en términos nominales. Algo similar ha ocurrido con la asignación presupuestal en material, insumos e instrumental médico, que pasó de 884 millones a 2,317 en el mismo período.

Tabla 1 Perú: Gasto público en medicamentos, 2012-2022. En millones de soles

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Gasto es medicamento \1											
Sub sector público (MINSa Y GR) \2	290.9	352.7	467.2	562.6	655.6	516.7	622.6	635.4	876.8	724.7	781.1
EsSalud \3	606.5	685.4	719.8	770.5	863.5	911.9	990.1	998.7	913.5	1,103.7	1,157.1
Subtotal gasto del sector público	897.5	1038.1	1186.9	1333.0	1519.0	1428.6	1612.7	1634.1	1790.3	1828.3	1938.1
Gasto es material, insumos, instrumental y accesorios médicos, quirúrgicos, odontológicos y de laboratorio											
Sub sector público (MINSa Y GR)	430.6	433.4	515.1	654.4	744.4	738.1	857.8	789.3	1,656.0	1,507.1	1,301.0
EsSalud \2	453.5	521.1	546.9	608.3	676.3	692.8	713.6	800.5	850.4	1041.6	1015.9
Subtotal gasto del sector público	884.0	954.5	1,061.9	1,262.7	1,420.8	1,430.9	1,571.4	1,589.7	2,506.4	2,548.7	2,317.0
Total	1781.5	1992.6	2248.9	2595.7	2939.8	2859.5	3184.4	3223.9	4296.7	4377.0	4255.1

\1/ No incluye vacunas

\2/ MEF, SIAF

\3/ EsSalud, Estados financieros

Elaboración propia

No obstante, como se aprecia en el gráfico 3, el per cápita en medicamentos entre el 2017 y el 2022 se ha reducido significativamente en el caso de los asegurados SIS, mientras que en el caso de los asegurados de EsSalud ha crecido.

Asimismo, es muy notoria la gran disparidad que existe entre los asegurados de ambas IAFAS. El 2022, por un lado, los asegurados SIS tuvieron un per cápita de 31.7 soles para medicamentos, mientras los de EsSalud tienen uno de 105 soles. Es decir, el triple.

Gráfico 3: Gasto per cápita anual en medicamentos. En soles.



1/ MINSA, GR y EsSalud.

2/ Considerando los afiliados SIS: 2017 (17,4 millones); 2022 (24,6 millones)

3/ Considerando afiliados EsSalud: 2017 (9,5 millones); 2022 (11,0 millones)

Fuentes: MEF-SIAF; EsSalud - Estados Financieros.

Elaboración: Propia.

Un problema vigente es la deficiente capacidad que tiene el sistema público para ejecutar el presupuesto asignado para la adquisición de medicamentos. Un estudio de OPS⁶ muestra, para el caso del primer nivel de atención, que la capacidad de ejecución de las unidades ejecutoras de salud en algunas fuentes de financiamiento no supera el 50%. En términos nominales, en el período 2018-2022, en promedio no se ejecutaron aproximadamente 40 millones por año, sólo en el primer nivel, según el estudio referido de OPS.

⁶Má, Cecilia. Estimación del gasto en primer nivel de atención 2018-2022- Perú, OPS (2023)

Tabla 2: Recursos no ejecutados en medicamentos de las fuentes DyT, RDR y RO del primer nivel de atención 2018-2024

Años	D Y T				RDR				RO			
	PIM	DEV	DIFERENCIA	% (DEV/PIM)	PIM	DEV	DIFERENCIA	% (DEV/PIM)	PIM	DEV	DIFERENCIA	% (DEV/PIM)
2018 - Nivel I	161.753.956	109.323.426	52.430.530	67.59%	16.797.826	8.048.921	8.748.905	47.92%	4.107.629	3.876.741	230.888	94.38%
2019 - Nivel I	167.346.636	123.119.272	44.227.364	73.57%	16.007.205	6.245.629	9.761.576	39.02%	6.514.120	6.012.487	501.633	92.30%
2020 - Nivel I	130.233.308	113.089.470	17.143.838	86.84%	19.344.071	9.296.568	10.047.503	48.06%	13.743.689	14.679.069	-935.380	106.81%
2021 - Nivel I	118.488.028	101.500.771	16.947.257	85.69%	8.965.700	4.117.879	4.874.821	45.93%	10.724.724	10.074.058	650.666	93.93%
2022 - Nivel I	137.686.311	104.804.970	32.881.341	76.12%	8.916.704	4.599.094	4.317.610	51.58%	5.673.384	5.252.944	420.440	92.59%
Total	715.468.239	551.837.909	163.630.330	77.13%	70.031.506	32.308.091	37.723.415	46.13%	40.763.546	39.895.299	868.247	97.87%

Nota: DyT (Donaciones y Transferencias), RDR (Recursos Directamente Recaudados) y RO (Recursos Ordinarios)

Nota: PIA (Presupuesto Inicial de Apertura), PIM (Presupuesto Inicial Modificado), DEV (Devengado)

Fuente: Elaboración propia con base a SIAF del 2018 - 2022

2.4 ¿Cuál es el gasto de bolsillo en medicamentos?

En el período 2018-2022 se aprecia un crecimiento nominal del gasto de bolsillo en medicamentos, que pasó de 4,392 a 5,400 millones de soles, aunque porcentualmente se puede distinguir una reducción de 38.8% a 35%, en base a datos preliminares del Ministerio de Salud.

Tabla 3: Gasto de bolsillo en medicamentos. En millones de soles

Tipo de Gasto	2018	2019	2020*	2021*	2022*
Total gasto de bolsillo	11,312	11,297	10,318	14,709	15,450
Medicina e insumos	4,392	4,467	4,085	4,786	5,404
Participación porcentual	39.8	39.5	39.6	32.5	35.0

Fuente: MINSA-OGPPM: Equipo de Cuentas en Salud

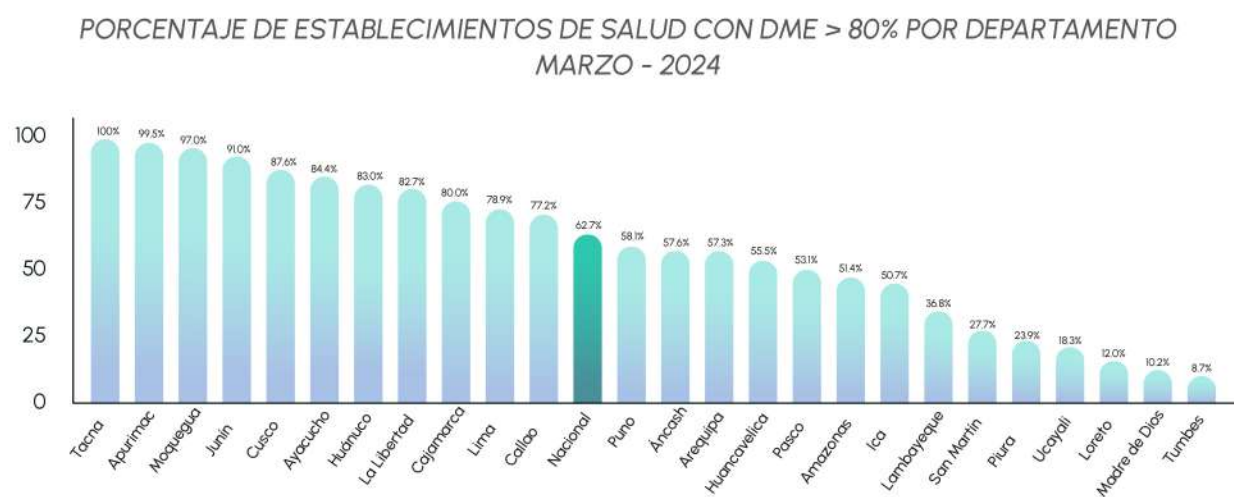
*Datos de Gasto de bolsillo a 2020, 2021, 2022 son datos preliminares

Esta carga, que para la economía de las familias es muy grande, representa el 35% del gasto de bolsillo en salud.

3. Panorama del sistema de abastecimiento públicos de medicamentos

Una vista panorámica de la disponibilidad de medicamentos esenciales – a pesar de las limitaciones de este indicador- a noviembre del 2023 muestra que el promedio nacional es apenas 62.7%. Asimismo, llama la atención un grupo de 7 regiones con una disponibilidad menor a 40%, con cuatro regiones con menos de 20% (Ucayali, Loreto, Madre de Dios y Tumbes). Desde la perspectiva de un indicador básico como la disponibilidad, la situación es enormemente crítica.

Gráfico 4: Disponibilidad de medicamentos esenciales (DME). Noviembre, 2023



Fuente: ICI Mensual (Minsa y Gobiernos regionales)

DME: Disponibilidad de Medicamentos Esenciales

Elaborado por Propuestas del bicentenario – Videnza instituto.

Si vemos en detalle la disponibilidad de medicamentos podemos distinguir con claridad, como en el ejemplo de antirretrovirales del gráfico 5, que según regiones o redes hay medicamentos específicos que están desabastecidos, aunque los promedios nacionales lo oculten. Eso quiere decir que en su conjunto la red pública puede tener stock a redistribuir si realiza una operación logística eficiente e integrada del subsistema MINSA-Gobiernos Regionales

Disponibilidad de medicamentos antirretrovirales de mayor uso. 2021

Compilación¹ de las disponibilidades de existencias de los PES por ARV en diferentes niveles de grupo % del total de informes de disponibilidad de existencias, enero a julio de 2021



1. Informes de desabastecimiento en función de los meses de inventario calculados utilizando el consumo promedio mensual ajustado y las existencias en la fecha de cierre: con resultados definidos como 0 sin existencia, >0 y <2 subexistencias, 2 - 6 existencias normales, >6 de excedencias. Considera solo informes relacionados a cualquiera de los 6 ARV seleccionados como marcadores y solo 24 DRESAS y 4 DIRIS que contaban con datos disponibles.

2. Para los datos nacionales y regionales, el total de existencias y consumo se calculó con base en los informes de los PES y se generó un indicador de disponibilidad de existencias regionales y país para los meses bajo análisis.

Fuente: The Local Health System Sustainability Project (LHSS) under the USAID Integrated Health System IDIQ. September 2021. Report on forecast accuracy tracking systems. Rockville, Maryland: Abt Associates

Los urgentes desafíos del sistema público de abastecimiento de medicamentos

1. Sistema de abastecimiento desconectado de la atención real a los usuarios, que no prioriza la entrega completa de los medicamentos prescritos, sino el indicador de disponibilidad (inventarios existentes en la farmacia de la IPRESS pública). El sistema carece de incentivos para orientar su funcionamiento hacia el acceso sin gasto de bolsillo para los ciudadanos.

2. Programación fragmentada y tardía, basada en requerimientos históricos, que no reconoce la demanda como criterio de estimación de necesidades. Esta situación genera que siempre se tengan ítems deficitarios, mientras que otros estarán en sobre stock produciéndose pérdidas de medicamentos por vencimientos. Es muy notorio que la programación funciona de espaldas a la demanda. Además, la existencia de múltiples unidades ejecutoras que programan requerimientos a ritmos diferentes, con grandes vacíos de información y sin un proceso automatizado, produce enormes retrasos en los procesos de compra.

3. Procesos de compra ineficientes que generan desabastecimiento por retrasos durante el ejercicio presupuestal, y compras fragmentadas (institucionales) con mayores costos de adquisición. Esta situación se complejiza, debido al uso obligatorio de diversos sistemas como SIGA, SIAF, SEACE, CEPLAN, SINABIP y CEAM, además de SISMED y HIS, que no son interoperables.

4. Almacenamiento y distribución ineficiente por limitaciones de especialización, capacidad física y fragmentación de la gestión logística. La promesa de los cambios normativos del 2019 para tener un operador logístico público no se ha cristalizado en 4 años, en gran medida por la curva de aprendizaje que implica ser un operador en este campo, además de las enormes responsabilidades que ya tiene CENARES para realizar compras a gran escala. La ausencia de un operador especializado en el subsistema MINSA-Gobiernos Regionales genera una pobre gestión de inventarios a escala nacional, sobre stock y problemas de disponibilidad y oportunidad en el suministro de medicamentos.

5. Grandes vacíos de información sobre la demanda real y la no atendida, sobre el stock real de medicamentos, así como información contradictoria entre varios sistemas públicos. Esta situación contribuye a que el sistema de abastecimiento sea muy difícil de ser gobernado dada la falta de información confiable.

6. Las diferentes fases del ciclo de abastecimiento están fragmentadas, con diferentes agentes responsables, sin una conducción del conjunto expresada en la ausencia de responsable del ciclo completo. Esta es una seria limitación porque no hay un agente responsable de los resultados del sistema en su conjunto, lo que es una tarea pendiente, advertida ya desde las recomendaciones del 2019 para "contar con una entidad pública dueña del proceso de abastecimiento de medicamentos e insumos, y establecer los macroprocesos del sistema de suministro..." Asimismo, en este marco, diferenciar con claridad los roles de gobierno/conducción del proceso, de los roles o tareas de operación que pueden realizar organismos públicos, entidades privadas, o ambas, bajo modalidades de asocio de mediano y largo plazo.

7. Limitada visión de los gestores públicos basados únicamente en la provisión de bienes, que desaprovecha las posibilidades del marco legal actual para comprar servicios que incluyan medicamentos o paquetes de cuidado, por ejemplo para pacientes crónicos. No obstante, esto también se presenta como una oportunidad para precisar mejor el marco normativo en este campo, sobre todo en medio de una cultura imperante de temor al control, para evitar la parálisis y el temor a la innovación.

8. Ausencia de mecanismos de rendición de cuentas, vigilancia ciudadana y monitoreo del sistema de abastecimiento para identificar problemas y proponer soluciones. Más allá de los reportes de los sistemas actuales de disponibilidad, no existe un reporte y análisis de la situación del abastecimiento, sus problemas y las soluciones de gestión que se proponen. Los ciudadanos no conocen el entramado existente y simplemente sufren las actuales ineficiencias de las entidades públicas.

4. Recomendaciones para hacer más eficiente el abastecimiento público de medicamentos

Con el propósito de perfilar recomendaciones generales para mejorar el sistema de abastecimiento, en sus dos fases más críticas (compra y distribución) se han considerado 5 criterios, extraídos del diálogo con expertos y de la revisión bibliográfica:

1. Costo/eficiencia atribuible a la opción. ¿Cuál opción puede ser más costo-efectiva?
2. Garantías de calidad posibles de alcanzar. ¿Cuál opción puede ofrecer más garantías de calidad?
3. Agilidad u oportunidad en el abastecimiento. ¿Cuál opción puede ser más ágil u oportuna?
4. Menores resistencias a la implementación de la opción. ¿Cuál opción ofrece menos resistencias?
5. Menores interferencias políticas en el funcionamiento de la opción. ¿Cuál opción puede ofrecer menos interferencias políticas en su funcionamiento?

El análisis realizado por los participantes de la Mesa de Medicamentos se decanta por hacer recomendaciones de fortalecimiento público y asociado con sector privado, dejando de lado las polarizaciones innecesarias y falaces que sostienen que sólo el sector público o sólo el sector privado tiene las soluciones a los problemas que enfrentamos para asegurar el acceso a los medicamentos prescritos para los ciudadanos.

A. Recomendaciones para abordar sistemáticamente el sistema de abastecimiento

Desde la perspectiva de los usuarios de los servicios, se propone una primera recomendación orientada al cambio de paradigma en la gestión del sistema público de abastecimiento, poniendo al centro las necesidades de las personas a recibir tratamiento oportuno, suficiente y adecuado.

Recomendación 1: Enfocar el sistema en la entrega completa y oportuna de medicamentos

Cambiar el enfoque del abastecimiento de recursos estratégicos empleando el indicador de nivel de servicio (NS) midiendo la entrega completa y oportuna de los productos farmacéuticos recetados a los usuarios finales comparándola contra el total de productos farmacéuticos prescritos:
$$NS = \frac{\text{Total de RE}}{\text{Total de RP}} \times 100$$

Donde, NS: Porcentaje del Nivel de Servicio por periodo de tiempo. Total de RE: Número de recetas entregadas completamente a pacientes ambulatorios. Total de RP: Número de recetas prescritas para pacientes ambulatorios.

De este modo se beneficia a los usuarios finales y se traslada el foco de las acciones de los actores involucrados con un claro incentivo orientado a resolver las restricciones que afecten este indicador en las etapas previas: presupuesto, programación, adquisición, gestión de inventarios y distribución.

Recomendación 2: Transformar a CENARES en un comprador de excelencia

Fortalecer la capacidad de compra de CENARES para asegurar adquisiciones de mayor escala y disminuir las compras institucionales o por desabastecimiento que realizan 291 unidades ejecutoras del MINSA y Gobiernos Regionales.

Este esfuerzo debe asegurar una plana directiva especializada y estable, y atribuciones que permitan que CENARES conduzca el proceso de adquisiciones para tener oportunidad en la estimación y agregación de la demanda, de modo que asegure las compras y la oportunidad del abastecimiento de la red pública.

La especialización de CENARES debe aprovechar la experiencia internacional de compras estratégicas (opuesta a compras pasivas), que se aplica en muchos países en desarrollo. Esto ha aumentado en los últimos años, dando lugar a organizaciones de compras centralizadas y al aumento de los contratos a largo plazo en lugar de las compras al contado. Ingresar a esta opción para mejorar el acceso a los medicamentos implican medidas que estimulen el funcionamiento óptimo del mercado a través de incentivos, regulaciones e información. Las estrategias utilizadas para esto se orientan principalmente a intervenciones del lado de la demanda, del lado de la oferta, fijación de precios e incentivos.

Al mismo tiempo, especializar a CENARES en la gestión del contrato de la APP de logística, como se propone en la recomendación 3.

Esta opción de mejora implica algunos prerrequisitos para hacer viable la mejora de la compra pública en manos de agentes públicos:

- a. Compromiso político fuerte y sostenido como parte de una política nacional.
- b. Modelo de gobernanza corporativa del sistema completo de abastecimiento.
- c. Desarrollo de capacidad de gestión en la entidad, un equipo profesionalizado en el sistema de abastecimiento y un cuerpo gerencial fuerte y estable.
- d. Mejora del sistema de información para conocer la situación de la demanda, de los stocks en toda la red pública y del mercado de medicamentos a nivel nacional e internacional.
- e. Implementación de normas o estándares ISO.
- f. Fortalecimiento de los sistemas internos de control
- g. Mejoramiento de la capacidad operativa con recursos e inversión.
- h. Usar efectivamente las posibilidades que ofrecen las normas disponibles.
- i. Romper los paradigmas dominantes centrados en los procedimientos y no en el valor público.

⁷Consulta amigable. MEF. Mayo, 2024.

⁸Mehralian, G., & Bastani, P. (2015). Pharmaceutical Strategic Purchasing: a Key to Improve Access to Medicines. Iranian Journal of Pharmaceutical Research : IJPR, 14, 345 - 346.

Estrategias para mejores compras de medicamentos

Fernando Masumura

Peter Kraljic, propuso un modelo para mapear el abastecimiento de una organización en su artículo "Purchasing must become supply management" (las compras deben convertirse en gestión de suministros), publicado en el Harvard Business Review en octubre de 1983, con una matriz que lleva su nombre, donde se ubican los artículos que compra una organización comparando la facilidad o dificultad de abastecerlo versus el gasto que éste genera.

Para comprar medicamentos, sería bueno hacer un análisis adaptando este modelo a las particularidades que tiene el mercado de los medicamentos en nuestro país.

De esta manera, podríamos excluir del análisis, a todos los medicamentos que solo poseen una fuente de abastecimiento, como medicamentos con patente o aquellos que quedaron con proveedor único por defectos del mercado. En estos casos de monopolio, el vendedor es quien tiene el poder, y una manera de comprar mejor, es negociando precios y colocar los contratos en un Catálogo Electrónico, de manera que quien los necesite, genere órdenes de compra directamente al único proveedor existente al precio pactado a nivel nacional. La misma Ley de Contrataciones, considera la compra directa cuando solo existe un proveedor. Con esto, evitamos que un medicamento que se compra en Lima a X soles se compre en regiones a 5X o 10X soles.

Para el resto de los medicamentos, el supuesto es que existe competencia, y deberían comprarse en su mayoría por Subasta Inversa Electrónica, dado que, si son moléculas estándar, lo único que quedaría por discutir es el precio. La generalización de decir que "la subasta inversa no sirve para comprar medicamentos", es irracional, dado que es absoluta. Lo cierto, es que la subasta inversa no sirve para comprar algunos medicamentos. Los medicamentos que se reducen a moléculas estándar deben comprarse por subasta inversa. Considerando que muchas de estas quedan desiertas al tener una sola oferta válida, se podría modificar la Ley para adjudicar a una sola oferta con ciertas condiciones, por ejemplo: definir un límite al valor de adjudicación, un paso para ver si es posible reducir la oferta económica y todo esto sujeto a revisión periódica, en caso de que la situación de competencia varíe en el mercado.

Sin embargo, existe una minoría que no puede comprarse por Subasta Inversa: Medicamentos que tienen condiciones de mercado diferentes, o resultan por algún tema técnico, no independientes por si mismos, (requieren de algún aplicador no estandarizado, poseen algún tipo de secreto industrial que controla su efectividad) o simplemente, su eficacia no está debidamente probada, como en el caso de medicamentos para enfermedades raras o huérfanas. Además, existen medicamentos caros, como algunos oncológicos, que también salen de la categoría "regular". Todos estos medicamentos, no son fáciles de comprar y requieren de una estrategia diferenciada.

Sobre los medicamentos para enfermedades raras o huérfanas, lo mejor es aplicar Managed Entry Agreements (MEA), de manera que, al no existir evidencia suficiente sobre la efectividad del medicamento, se negocia transparentemente un esquema de pago por resultados, como se hace en los países desarrollados (en la región, en Chile y en Colombia). Hay otro tipo de MEA, de esquemas económicos, que puede aplicarse a los medicamentos caros, como tablas de descuentos de acuerdo al consumo, por ejemplo.

En resumen, colocando esto en una matriz, la propuesta sería:

Estrategia: Subasta inversa electrónica Moléculas estándares	Estrategia: M.E.A Esquemas Económicos Medicamentos caros
Estrategia: Compra directa Medicamentos con patente	Estrategia: M.E.A Esquemas de Resultados Enfermedades raras o huérfanas

Recomendación 3: Implementar una Asociación Público-Privada para la operación logística a nivel nacional

Evaluar, diseñar y poner en operación una Asociación Público-Privada en almacenamiento y distribución de medicamentos e insumos médicos para el MINSA-Gobiernos Regionales, innovando el modelo con una cláusula de seguridad para los ciudadanos que active la responsabilidad de compra en el operador privado en caso de que los compradores públicos tengan problemas en la adquisición de algún medicamento, a precios no mayores a los obtenidos por éstos.

Esta opción de modernización permitirá que CENARES se concentre en las adquisiciones, absorba la capacidad de operadores especializados al sector público y asegure una adecuada distribución y redistribución de los recursos bajo el enfoque de una sola red pública MINSA-Gobiernos Regionales.

Esta opción de mejora implica algunos prerrequisitos para hacer viable la mejora de la logística pública con la colaboración de agentes privados:

- Contar con un sistema de información que permita conocer la situación de los stocks y la demanda real contenida en las recetas.
- Apoyo político sostenido para desarrollar la operación, explicar los beneficios y controles que se usarán y gestionar las resistencias producto de la desconfianza imperante.
- Participación activa del Ministerio de Economía y Finanzas en el diseño de la APP, con el concurso de PROINVERSIÓN.
- Apertura para tener al sector privado como socio estratégico y no como enemigo.

Recuadro 3. Experiencia de colaboración público-privada de EsSalud

Es posible una colaboración eficaz entre el sector público y privado para mejorar la cadena de suministros. El caso de EsSalud.

Rogerio Marcondes.

Desde 2010, cuando se inicia el contrato de asociación público-privada para la logística de medicamentos en Lima Metropolitana, el propósito colaborativo orienta las relaciones entre SALOG y ESSALUD. En 2015, se inició un cambio del paradigma del modelo de reposición de la cadena de suministro de medicamentos en las tres redes principales de Lima, con el objetivo de reducir los problemas asociados a la gestión de planificación de stocks.

La intervención tuvo como objetivo introducir ahorros de costos y mejorar la eficiencia y oportunidad de cobertura en los centros de salud, reduciendo el inventario y exceso de medicamentos y suministros médicos, con entregas más frecuentes entre centros de salud y almacenes, permitiendo también establecer un proceso ágil de colaboración con transferencia de stocks entre centros asistenciales en caso de escasez, minimizando la ruptura de medicamentos a los pacientes. Este objetivo es de vital importancia considerando la creciente carga de enfermedades crónicas en el Perú relacionada con la diabetes, la hipertensión y las enfermedades cardíacas en una población cada vez mayor.

Así, EsSalud pasó de un modelo de gestión de la cadena de suministro "Just in Case" (JIC) a un modelo "Just in Time" (JIT). Bajo el modelo JIC, se esperaba que las unidades médicas mantuvieran el inventario durante tres meses aproximadamente, y que la demanda fuera evaluada por una oficina central. Cuando se presentaba escasez, las farmacias solicitaban entregas de emergencia desde el almacén central, o compraban medicamentos de forma independiente con su presupuesto individual.

Bajo el modelo JIT, las entregas se empezaron a realizar en intervalos más cortos y en menor cantidad según su variación de consumo, para reducir los costos y riesgos de almacenar inventarios innecesarios. Esta intervención se denominó el programa Colaborativo, de Planificación, Pronóstico y Reposición (CPFR).

Esta plataforma tecnológica estima la demanda de cada farmacia mediante la captura de las transacciones de consumo, incluyendo la captura de la demanda no asistida y una comunicación colaborativa entre los gestores privados de la cadena de suministro y los administradores y gerentes de farmacias de los centros asistenciales.

Los principales impactos del modelo de negocio implementado en EsSalud (2015-2016) fueron analizados por la Universidad de Berkeley (marzo 2018) con la finalidad de determinar la eficiencia del mismo, destacando -entre otros- los beneficios siguientes:

- 28% de reducción de inventario
- 69% de reducción de sobre stock
- 44% de reducción de stocks en los centros asistenciales
- Impacto económico de 2 millones de soles por mes en el grupo control (15 CAS)
- Extrapolando este impacto a los 62 centros atendidos por SALOG, se genera un impacto de S/ 99,200,000 por año.

En la última década, como en el ejemplo del Modelo Colaborativo entre ESSALUD y SALOG, ha surgido cada vez más evidencia de la práctica colaborativa como un requisito fundamental para un sistema de salud público eficiente y seguro para la ciudadanía y para los profesionales de salud. A pesar de esta constatación, su implementación sigue siendo un desafío, que requiere un mayor entendimiento de su complejidad para lograr formas óptimas y efectivas de trabajo conjunto. La constante rotación de funcionarios públicos, el no alineamiento de la política de planificación de reposición con el sistema de compras, la postergación de decisiones, son algunos ejemplos que podrían ser tratados para un resultado más efectivo, pero la resiliencia del modelo sigue perenne, generando resultados sustanciales que impactan el día a día del asegurado, que es la principal razón de ser del modelo.

Lecciones aprendidas para un asociación público-privada en la logística de medicamentos:

En la evaluación y mejora continua

- Se monitorean las métricas de desempeño y se identifican excepciones.
- Se analizan los resultados y ajustan sus estrategias según sea necesario.
- La colaboración permite una gestión más efectiva de la cadena de suministro al compartir información, coordinar acciones y lograr una mayor eficiencia en la satisfacción de la demanda

En transparencia y comunicación abierta

- Se comparte información relevante de manera transparente. Esto incluye datos de consumos, inventario, pronósticos y eventos especiales.
- Se fomenta una comunicación abierta y honesta para resolver problemas y tomar decisiones informadas.

En el cumplimiento de compromisos

- Se cumple con los acuerdos y compromisos establecidos. Esto incluye plazos de entrega, cantidades de reabastecimiento y otros aspectos operativos.
- La confianza se construye cuando los socios pueden depender unos de otros.

En el establecimiento de objetivos comunes

- Se definen metas compartidas y alinean los intereses. Por ejemplo, mejorar el servicio al paciente, reducir costos o aumentar la eficiencia.
- Trabajar juntos hacia estos objetivos refuerza la confianza.

En la gestión constructiva de conflictos

- Los desacuerdos pueden surgir, pero es importante abordarlos de manera constructiva.
- Se resuelve los conflictos de manera colaborativa y sin culpar a los demás.

En el historial de cumplimiento

- La confianza basada en experiencias pasadas. Los incumplimientos, en el abastecimiento, fracturan la confianza en el modelo.
- Se evalúa el historial de cumplimiento y reconocer los logros mutuos.

En el establecimiento de normas y protocolos

- Se han definido reglas claras para la colaboración. Esto incluye cómo se comparte la información, cómo se toman decisiones y cómo se resuelven los problemas.

En la confiabilidad de la Información

- La confianza se basa en la precisión y confiabilidad de los datos compartidos entre los socios.
- Se evalúa la calidad de la información utilizada para pronósticos y reabastecimiento.

B. Recomendaciones para implementar innovaciones en escalas territoriales y temáticas

En paralelo al diseño e implementación de medidas de mejora y eficiencia general del sistema, existen varias opciones de innovación o modernización que son posibles poner en funcionamiento para asegurar en ciertos ámbitos geográficos o en determinados grupos de pacientes el acceso a sus recetas completas, entregadas oportunamente.

Recomendación 4: Utilizar las farmacias privadas para la dispensación de medicamentos públicos para pacientes crónicos

Diseñar y poner en operación un programa de entrega de medicamentos para personas con condiciones crónicas para la dispensación en redes de farmacias privadas. Esta recomendación se basa en experiencia nacional e internacional de utilización de la amplia red de farmacias y boticas que tienen una alta capilaridad a nivel nacional, para distribuir cerca de los domicilios de los pacientes adscritos al

programa los medicamentos adquiridos por el sector público, bajo un acuerdo de retribución, sin invertir en locales ni en personal adicional.

Esta fórmula usa la infraestructura privada como punto de dispensación de los medicamentos de los asegurados, adquiridos por CENARES y las unidades ejecutoras.

Recuadro 3: La experiencia de Farmacia Vecina de EsSalud.

FARMACIA VECINA: un servicio necesario que no solo debe ser para los asegurados a EsSalud.

César Amaro

Las enfermedades no transmisibles (ENT) son la principal causa de muerte y discapacidad en el mundo y en el país. En Perú, en particular, es alta la incidencia de hipertensión arterial y diabetes mellitus. Una persona afectada por una dolencia crónica requiere de un manejo integral y necesita habitualmente una terapia farmacológica. Esta debe ser accesible de manera sostenida para mantener controlada la enfermedad, evitando en lo posible complicaciones, pues un cuadro grave requiere intervenciones mayores, llegando incluso al fallecimiento, además del perjuicio económico relacionado. Enfrentar este escenario plantea un doble reto para afrontar la debilidad del sistema de salud peruano y una demanda creciente en un país urbano que está envejeciendo.

En ese contexto, EsSalud ha logrado que en Lima y Callao surja un modelo llamado Farmacia Vecina que resuelve el problema del acceso a farmacoterapias de los asegurados diagnosticado con una ENT atendidos ambulatoriamente, aprovechando las ventajas competitivas de los sectores público y privado: se usa la capacidad de compra y

economía de escala que el Estado posee, a lo que se suma sinérgicamente la flexibilidad en la distribución de un operador logístico y el uso de la oferta instalada de farmacias y boticas privadas existente. Los usuarios al afiliarse a Farmacia Vecina elijan un establecimiento farmacéutico cercano a su vivienda o centro de labores, donde recogerán cada mes las recetas indicadas por su facultativo.

Los resultados difundidos para Lima y Callao permiten ser optimistas pues los usuarios han logrado un ahorro de 43.78 soles por receta en sus bolsillos por recibirlas de manera gratuita, de 7.31 soles en combustible y de 95 minutos en tiempo⁹, al no tener que trasladarse hasta el establecimiento de EsSalud para recoger sus medicamentos. Farmacias Vecina logra un 97% de nivel de servicio desde marzo 2021, es decir que prácticamente todas las recetas prescritas son entregadas al usuario, lo cual garantiza que reciba la terapia para su dolencia crónica. Estos resultados se reflejan en los altos niveles de satisfacción de los usuarios del programa.

Más allá de la economía y comodidad que benefician al asegurado se está asegurando el acceso a la terapia de manera sostenida, reduciendo el riesgo de complicaciones en la salud. Un reto pendiente es cuantificar e incrementar la adherencia terapéutica en los pacientes, pues resolviéndose la entrega del medicamento es necesario cautelar su adecuado empleo por las personas.

Actualmente se benefician de esta estrategia más de 11,000 asegurados, pudiéndose llegar a más. Es deseable ampliar el servicio en todo el territorio nacional para beneficio de los afiliados a EsSalud.

Finalmente, es importante mencionar que es clave en el actual modelamiento e implementación de las Redes Integradas de Salud (RIS), que conduce el Ministerio de Salud en el país, se tome en cuenta esta experiencia exitosa por su impacto sanitario en el acceso a tratamiento con medicamentos de los peruanos afectados por una ENT que pueden ser atendidos ambulatoriamente.

Recomendación 5: Utilizar la capacidad privada para la distribución de medicamentos en redes públicas

Promover la participación del sector privado en la distribución de medicamentos en una red pública integrada. Esta innovación consiste en un asocio con el sector privado para encargarle el almacenamiento y distribución en el primer, segundo y tercer nivel de atención en un territorio específico, en una Red Integrada de Salud que se encuentra implementando el Ministerio de Salud. En esta opción de

innovación, la compra de medicamentos es pública. Esta es una alternativa localizada territorialmente, a diferencia de la Asociación Pública Privada de escala nacional que se plantea en la recomendación 3 para distribución. Tiene la ventaja de explorar localmente el modelo de asocio con el sector privado para luego de una evaluación realizar un escalamiento.

⁹Estudio realizado por Videnza consultores el año 2021.

Recomendación 6: Utilizar la capacidad privada para la compra y distribución de medicamentos en redes públicas

Promover la participación del sector privado en el manejo completo del abastecimiento en una red pública integrada (APP de compra y distribución). Esta es una opción de asocio con sector privado con localización territorial para explorar las ventajas de unir compra y distribución en un solo operador. La idea es acordar un nivel de servicio con recetas atendidas de manera completa, con un

un acuerdo de precios de medicamentos similar a los obtenidos en las licitaciones públicas que realiza el sector público. Es posible desarrollar la experiencia en una Red Integrada de Salud. Se puede utilizar, también, como mecanismos una operación de Servicios por Impuestos, modalidad recientemente incorporada por el MEF en el reglamento de promoción de la participación privada.

Recomendación 7: Implementar compras públicas de servicios completos de cuidado con atención y medicamentos

Evaluar, diseñar e implementar la compra pública de servicios de cuidado (tratamiento y dispensación de medicamentos) para determinados grupos de daños o condiciones crónicas. Esta alternativa busca comprar el servicio completo que incluya un paquete de cuidado con controles periódicos, seguimiento clínico, tratamiento, entrega y evaluación del

tratamiento y de la adherencia, con resultados intermedios relacionados al bienestar de los pacientes. La localización, en este caso, es temática o de prioridad sanitaria para grupos de población que necesitamos preserven sus años de vida saludables para su bienestar y la sostenibilidad financiera del sistema de salud.

C. Recomendaciones para mejorar eficiencia

Existen algunas decisiones que deben adoptarse bajo cualquier opción de mejora del sistema público de abastecimiento, con mayor o menor asocio con el sector privado, y para cualquiera de las innovaciones o decisiones de fortalecimiento. Es lo que los participantes de la Mesa de Medicamentos denominan prerrequisitos para avanzar.

Recomendación 8: Implementar programación centralizada, digitalizada y en línea

Diseñar e implementar una programación gestionada centralmente, digitalizada y en línea para ganar oportunidad y precisión en la atención de la demanda, basada en la demanda real de los servicios y en la situación de morbilidad de la población.

El problema que se busca superar es la planificación basada en criterios históricos, debido a que trae como consecuencia que los ítems con sobre stock

augmenten y los ítems desabastecidos sigan desabastecidos. La programación basada en información en línea permitiría armar un modelo econométrico que permita programar por pronósticos, considerando los stocks existentes y compartiendo la misma información. Tener la información en línea, permite una programación centralizada y abona al beneficio adicional de evitar los robos o pérdidas.

Implementación de un Sistema Nacional de Trazabilidad de Medicamentos en el Sector Público Peruano

Mary Wong

En el contexto del sector público de salud en el Perú, la disponibilidad y la trazabilidad de los medicamentos han sido temas críticos debido a la crisis del abastecimiento que ha afectado la capacidad de atención a los pacientes. Ante esta situación, se hace imperativo implementar un Sistema Nacional de Trazabilidad de Medicamentos que garantice la seguridad, la eficiencia y la transparencia en la cadena de suministro farmacéutico.

La trazabilidad se define como la capacidad de rastrear hacia adelante y hacia atrás el movimiento de los productos a lo largo de la cadena de suministro. Implica tener información completa y en tiempo real sobre la ubicación, el origen y el destino de los medicamentos, con el fin de asegurar la seguridad del paciente y optimizar la gestión logística de planeamiento, compras, inventarios, distribución, transporte y disposición final.

Importancia del Uso de Estándares Globales de Identificación

Un factor clave de éxito para la implementación de un sistema eficiente de trazabilidad es la adopción de estándares globales de identificación, en la industria en general y en el sector salud en particular, siendo fundamental para garantizar la eficiencia y la interoperabilidad entre todos los actores (nacionales e internacionales) de la cadena de suministro. Los estándares GSI (Global Standards One) son códigos abiertos (no están sujetos ni dependen de una tecnología específica) y constituyen la base de la codificación uniforme de los productos a nivel global. Por ello, permiten a las autoridades normar, regular, registrar y controlar los flujos de los productos desde su ingreso al mercado hasta su disposición final, evitando así costos adicionales de recodificación, facilitando la conectividad, visibilidad, control y transparencia de los productos.

Hoy, con el avance de la tecnología, el estándar GSI permite la automatización, facilitando compartir información de calidad en tiempo real, generando visibilidad y asegurando el cumplimiento de regulaciones y normativas tanto locales como internacionales. Además, brinda los siguientes beneficios:

- Minimiza las falsificaciones y el contrabando.
- Agiliza la retirada de productos en casos de procesos de logística de reversa (recall).
- Asegura la calidad de atención de los pacientes en toda la cadena, reduciendo errores médicos y de medicación y/o dosificación.
- Elimina intervenciones manuales y mejora la eficiencia y seguridad en la cadena de suministro.
- Reduce costos operativos y administrativos.

Metodología y pasos para la Implementación de un sistema de Trazabilidad Nacional de Medicamentos

1. Fases de Implementación:

Identificar los medicamentos de alto impacto en la salud pública, alto valor y baja o media rotación.

Iniciar con un piloto que involucre a los actores de la cadena.

Ampliar progresivamente la cobertura del sistema a todos los medicamentos.

2. Uso de Estándares Globales de Identificación:

Adoptar estándares de identificación GSI para garantizar la interoperabilidad y la compatibilidad con sistemas internacionales. <https://www.gsi.org/1/gtinrules//es/>

3. Captura de Datos Mínimos:

Implementar la captura automática de datos mínimos en el envase secundario de los medicamentos, incluyendo el código de identificación estándar global, número de lote, fecha de vencimiento y número de serie.

4. Base de Datos Centralizada:

Establecer una base de datos centralizada y controlada por el Ministerio de Salud (MINSa), administrada por entidades como la Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas (DIGEMID) o el Centro Nacional de Abastecimiento de Recursos Estratégicos en Salud (CENARES).

5. Plazos de Implementación Razonables:

Brindar plazos de implementación adecuados, con un mínimo de 6 meses a 1 año, por cada etapa, para garantizar una transición efectiva y viable.

Conclusión

La implementación de un Sistema Nacional de Trazabilidad de Medicamentos en el sector público peruano es esencial para abordar los desafíos relacionados con el abastecimiento y la seguridad de los medicamentos. Por esta razón, es fundamental contar con una metodología estructurada que, con el uso y adopción de estándares globales de identificación, permita alcanzar significativos beneficios para los pacientes y para el sistema de salud en su conjunto. Actualmente más de 40 países a nivel mundial aceptan el uso de estándares globales de identificación en el sector salud

Recomendación 9: Ajustar la norma de contrataciones para agilizar la adquisición

Modificar la normativa de contrataciones respecto a la Subasta Inversa Electrónica que permita la adjudicación contando con una sola propuesta válida para el caso de medicamentos.

En la Subasta Inversa Electrónica que hizo CENARES el 2022, quedaron 109 ítems desiertos por quedar solo una oferta válida. Esta es una realidad que obedece a varios factores como la reducción de registros sanitarios hasta en un 55% y a la renuencia de las empresas a presentarse, como lo sugiere el hecho de ítems desiertos

a pesar de tener estos productos entre 2 y 22 titulares de registros sanitarios vigentes.

En este marco de realidad, es necesario un ajuste a la normativa para poder contratar mejor, con una sola oferta válida, pero con algunas restricciones, para que no ocurra que un contrato se adjudique al 1,000% del valor anterior. En otras palabras, esto requiere dotar de capacidad y reglas flexibles para la negociación abierta y transparente de los compradores públicos y las empresas, sujetas a revisión periódica.

Recomendación 10: Implementar sistema único de registro de prescripción, dispensación y uso de medicamentos

Avanzar a un sistema único de registro de existencias que ingrese hasta el consultorio (aplicativo) para tener en línea todos los ingresos y salidas de medicamentos. Una opción es emplear la receta electrónica articulada al SIS, SISMED e idealmente al Sistema de Información de Historia Clínica Electrónica (SIHCE) del Minsa.

El sistema de información de existencias es un prerrequisito fundamental para mejorar la planificación de las compras, asegurar una buena logística, monitorear el nivel de servicio y evitar las pérdidas.

Un estudio en Uganda confirma que "compartir información de planificación,

cronogramas de distribución, conocimiento mutuo de los niveles de existencias y nueva demanda fue estadísticamente significativo para influir en la efectividad de la cadena de suministro descendente. La mejora del intercambio de información que sea precisa, oportuna y completa, el desarrollo de sistemas computarizados de gestión de medicamentos en los hospitales, la planificación colaborativa de adquisiciones en todos los niveles, la mejora en los registros y el mantenimiento de registros y la mejora de la comunicación en línea entre los hospitales y los proveedores influyeron significativamente en la efectividad de la cadena de suministro"¹⁰.

Recuadro 5: Sistemas de información en salud

Sistemas de información en salud y acceso a tecnologías sanitarias.

César Amaro

El problema

Actualmente 98.8% de peruanos tienen un seguro de salud. 73.7% de ellos son asegurados del Seguro Integral de Salud - SIS. No obstante, la mayoría, cuando considera necesita atención de salud, prefiere acudir a una farmacia o botica en busca de atención: según la ENAHO 2022 el 47.26%. Sin embargo, según el análisis realizado a la información brindada por el SIS a la Superintendencia Nacional de Salud (SUSALUD) al tercer trimestre del 2023, en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS) dependientes del Ministerio de Salud (MINSA) y los gobiernos regionales (GORE), la brecha entre lo prescrito y entregado solo fue de 4,8%. Aparentemente, se dejó de entregar un bajo porcentaje de recetas en las atenciones. Esto es contradictorio con que apenas el 62,66% de prestadores de salud del MINSA/GORE tienen una disponibilidad de medicamentos esenciales mayor al 8 a marzo de 2024. Esto explica la necesidad de los peruanos de acudir a una farmacia privada en lugar de un establecimiento de salud público: no se encuentra la receta completa por un persistente desabastecimiento.

¹⁰Okiria, J., Mwirumubi, R., & Mpaata, K. (2016). Information Flow Management and the Effectiveness of the Supply Chain of Essential Medicines in the Public Sector. Evidence from Selected Public Hospitals in Uganda: A Downward Perspective. <https://doi.org/10.21275/v5i4.nov162794>.

¹¹Boletín Informativo REGINA de SUSALUD del 20 de mayo de 2024.

¹²Boletín estadístico 2023. Tercer trimestre. SUSALUD

Una de las posibles causas

Se aprecia la existencia de sistemas de información diseñados para los gestores del nivel central: SIS, Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas (DIGEMID), Centro Nacional de Recursos Estratégicos en Salud (CENARES); pero, no pensados desde la perspectiva de los actores en el terreno. Además, al no ser interoperables mantienen flujos diferenciados de información complejizando la gestión. El SIS tiene interés en conocer las prestaciones de sus asegurados para financiarlas y para ello acopia los datos de los Formatos Únicos de Atención. La DIGEMID, que conduce el Sistema Integrado de Suministro de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios (SISMED), se centra en el registro de la disponibilidad de los inventarios en las farmacias públicas, pero no en la entrega efectiva a los usuarios. Ese esfuerzo identifica consumos e inventarios reportados por los establecimientos de salud públicos y almacenes de manera mensual, con datos extemporáneos para tomar decisiones sobre la gestión de existencias en el corto plazo para mitigar los habituales quiebres de stocks.

La salida

Cambiar el enfoque del abastecimiento de recursos estratégicos empleando el indicador de nivel de servicio (NS) midiendo la entrega completa y oportuna de los productos farmacéuticos recetados a los usuarios finales comparándola contra el total de productos farmacéuticos prescritos:

$$NS = \text{Total de RE} / \text{Total de RP} \times 100$$

Donde, NS: Porcentaje del Nivel de Servicio por periodo de tiempo. Total de RE: Número de recetas entregadas completamente a pacientes ambulatorios. Total de RP: Número de recetas prescritas para pacientes ambulatorios

De ese modo se mediría si el usuario ha recibido de manera efectiva la terapia necesaria, estableciendo un incentivo claro a los operadores de los servicios de farmacia. También se cambiaría el sentido de la gestión, actualmente centrada en mantener existencias (disponibilidad) a otro paradigma centrado en atender las necesidades reales de la demanda, cambiando la lógica de las decisiones.

¿Cómo implementar el nuevo indicador?

Es necesario alinear y hacer interoperables los sistemas de información del SIS y el SISMED. Una oportunidad es la actual implementación de la Historia Clínica Electrónica (HCE) en las IPRESS públicas, sobre todo urbanas por la fácil conectividad. De este modo se puede generar una interfase entre las recetas emitidas, las atendidas y la información de la gestión del abastecimiento (programación, adquisición, almacenamiento / distribución). El Seguro Social de Salud (EsSalud) ha dado importantes pasos en esa dirección mediante el Sistema de Servicios de Salud Inteligente (ESSI) que soporta su HCE para su red de IPRESS y el ERP provisto por la empresa SAP.

¹⁰Okiria, J., Mwirumubi, R., & Mpaata, K. (2016). Information Flow Management and the Effectiveness of the Supply Chain of Essential Medicines in the Public Sector. Evidence from Selected Public Hospitals in Uganda: A Downward Perspective. <https://doi.org/10.21275/v5i4.nov162794>.

¹¹Boletín Informativo REGINA de SUSALUD del 20 de mayo de 2024.

¹²Boletín estadístico 2023. Tercer trimestre. SUSALUD

También el piloto que se desarrollará en la Red Integrada Villa El Salvador del a DIRIS Lima Sur genera expectativas optimistas. Así se cambia la actual inercia, proponiéndose que la demanda gobierne a la oferta.

PARTICIPARON EN LA MESA DE DIÁLOGO DE MEDICAMENTOS

Alberto Leiva Ku, Alberto Porras, Alberto Valenzuela, Alfredo Sobrevilla, Alicia García Gómez, Alonzo Luna, Angela Flores, Amelia Villar, Augusto Portocarrero, Carla Flores Montoya, Carlos Gazzo, Carlos Sarmiento Placencia, Carolina Castilla Rubio, Cecilia Ma, Cesar Amaro, César Chanamé, Dalia Suárez, Daniel Cesar Guerra Tudela, Diana Silvera, Edgardo Nepo, Edson Aguilar, Edward Cruz, Elizabeth Caverro, Erick Caso Giraldo, Federico Tong, Fernando Masumura, Frank Tesillo Villar, Gina Lombardi, Gonzalo Marrero, Harve Mendoza Flores, Hernán Ramos, Huber Mallma, Jenny Castro, Jorge Ruiz Portal, José Gonzales Clementes, Julian Gomez, Julio Tinoco, Luz Estrada Gonzales, María Elena Gonzales, María Eugenia Fernán Zegarra, Mary Wong, Melissa Huaman, Mery Luz Pillaca Medina, Midori de Habich, Miguel Figallo, Mila Villegas, Nelly Violeta Vargas, Pablo Secada, Patricia Seminario Zavala, Patricia Suarez Bedoyas, Patricia Vázquez, Pedro Ripalda, Pierina Verano, Pilar Collantes, Rafael Pedraza, Renzo Zárate, Rira Tamori, Rocío Espino, Rogerio Marcondes, Sairah Ocampo, Samir Chara, Sarita Saucedo Rosero, Sergio Ugaz, Sofía García, Susana Wong Calderón, Talita Meneses, Yuri Cutipé, Zulema Tomas Gonzales. COORDINADORES: Paulina Giusti y Arturo Granados.

Exposiciones:

César Amaro. La situación del sistema de abastecimiento de medicamentos en el sector público.

Arturo Granados. Resultados de la encuesta sobre la situación del sistema de abastecimiento en subsector MINSA-Gobiernos Regionales.

Augusto Portocarrero. Financiamiento y gasto en medicamentos al 2023.

Renzo Zárate. El ciclo de abastecimiento de medicamentos, las alternativas de mejora.

Pedro Ripalda. El ciclo de abastecimiento desde la perspectiva del gestor de servicios.

Edward Cruz. Red Integrada de Salud de Villa El Salvador: experiencia de cuidado de pacientes con condiciones crónicas. La importancia de la dispensación de medicamentos.

César Amaro. Resultados de evaluación de impacto de Farmacia Vecina.

Coordinación:

Paulina Giusti y Arturo Granados.

Referencias

CIES y Universidad del Pacífico. Antonio Cusato Novelli. Departamento de Economía/ Universidad del Pacífico. Adquisiciones Públicas en Perú: Identificación de Pérdidas por No Usar los Catálogos Electrónicos.

Cuentas de salud: Perú 2002-2019 / Ministerio de Salud. Oficina General de Planeamiento, Presupuesto y Modernización.

<https://propuestasdelbicentenario.pe/observatorio/#/desarrollohumano/salud/315>

Informe ENAHO 2022.

Mehralian, G., & Bastani, P. (2015). Pharmaceutical Strategic Purchasing: a Key to Improve Access to Medicines. *Iranian Journal of Pharmaceutical Research : IJPR*, 14, 345 – 346

Ministerio de Salud. Datos preliminares de gasto en salud, elaborados para Libro Blanco de Fortalecimiento del Primer Nivel de Cuidado de la Salud. Ministerio de Salud. Oficina General de Planeamiento, Presupuesto y Modernización. 2023.

Okiria, J., Mwirumubi, R., & Mpaata, K. (2016). Information Flow Management and the Effectiveness of the Supply Chain of Essential Medicines in the Public Sector. Evidence from Selected Public Hospitals in Uganda: A Downward Perspective. <https://doi.org/10.21275/v5i4.nov162794>.

Organismo Supervisor de las Contrataciones del Estado - OSCE. (2020). "Diagnóstico y Estrategia para la Gestión de Riesgos en Contratación Pública".

Organización Panamericana de Salud. Unidad de Medicamentos Esenciales, Vacunas y Tecnología en Salud. 525 23rd ST NW Washington D.C. 20037, EEUU. Guía Práctica para la Planificación de la Gestión del Suministro de Insumos Estratégicos.

SUSALUD. Boletín REGINA del 15 de abril de 2024.

SUSALUD. Boletín estadístico 2023. Tercer trimestre.

SUSALUD. Informe situacional sobre el proceso de gestión de suministro de productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios en el sector salud. 2015-2018.

The Local Health System Sustainability Project (LHSS) under the USAID Integrated Health System IDIQ. September 2021. Report on forecast accuracy tracking systems. Rockville, Maryland: Abt Associates.

Videnza consultores. Sistematización e identificación de resultados de las estrategias Farmacia Vecina y PadoMi Delivery en asegurados de EsSalud - Lima Metropolitana. 2021.