

XXVII Congreso de la Asociación Latinoamericana de Sociología. VIII Jornadas de Sociología de la Universidad de Buenos Aires. Asociación Latinoamericana de Sociología, Buenos Aires, 2009.

Cadena de Abasto de Medicamentos en México: Evaluación cualitativa.

María de los Ángeles Garduño Andrade, Edgar Carlos Jarillo Soto, Juan Manuel Castro Albarrán y Francisco Garrido Latorre.

Cita:

María de los Ángeles Garduño Andrade, Edgar Carlos Jarillo Soto, Juan Manuel Castro Albarrán y Francisco Garrido Latorre (2009). *Cadena de Abasto de Medicamentos en México: Evaluación cualitativa. XXVII Congreso de la Asociación Latinoamericana de Sociología. VIII Jornadas de Sociología de la Universidad de Buenos Aires. Asociación Latinoamericana de Sociología, Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-062/1543>

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.

Cadena de Abasto de Medicamentos en México: Evaluación cualitativa

José Arturo Granados Cosme¹ jcosme@correo.xoc.uam.mx,

María de los Ángeles Garduño Andrade¹,

Edgar Carlos Jarillo Soto¹,

Juan Manuel Castro Albarrán¹

y **Francisco Garrido Latorre**²

ANTECEDENTES

Medicamentos y salud

La salud es resultado de la combinación jerarquizada de componentes, económicos, sociales, culturales, políticos y biológicos, por tanto determinación es histórica. Los aspectos fundamentales para su cuidado y promoción son las condiciones de vida adecuadas que incluyen, alimentación, trabajo, vivienda y acceso a servicios de salud de calidad y oportunos.

La organización de los recursos destinados a la atención de la salud determina parte del bienestar, así un sistema de salud con recursos suficientes, distribuidos equitativamente y organizados con eficiencia puede generar mejores condiciones de salud entre sus beneficiarios.

La evaluación de los sistemas de salud es prioritaria para los gobiernos, pues son herramientas para reducir las desigualdades y avanzar en el cumplimiento del derecho a la salud. Además persiguen ganancias sanitarias y disminución de inequidades entre las personas y los grupos sociales.

Aunque el gobierno mexicano ha declarado como principios rectores en materia sanitaria, la mejoría de la calidad de la atención, la equidad en el acceso a los servicios y la distribución equitativa de la carga financiera que representa la enfermedad, muchos mexicanos no cuentan con acceso oportuno y suficiente a los servicios médicos.

Antecedentes del abasto de medicamentos en México

Estudios sobre el acceso de la población a los medicamentos son relevantes por ser el principal insumo del proceso terapéutico, el acceso seguro, oportuno y suficiente es requisito de una atención médica de calidad. En nuestro país, el gasto en medicinas impacta gravemente el gasto de las familias y, en caso de enfermedad pueden llegar a consumir más de la mitad de su ingreso.¹

¹ Maestría en Medicina Social, Departamento de Atención a la Salud, División de Ciencias Biológicas y de la Salud, Universidad Autónoma Metropolitana- Unidad Xochimilco.

² Dirección General de Evaluación, Secretaría de Salud.

La prescripción de medicamentos esenciales comenzó hace más de medio siglo, con la implantación de la primera lista de medicamentos básicos en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). Más tarde se legisló la obligación de un Cuadro Básico y Catálogo de Medicamentos (CBCM) en todas las instituciones públicas de salud, para racionalizar su adquisición, utilización y distribución en centros de atención médica. Actualmente, el CBCM es el instrumento más utilizado para jerarquizar a partir de criterios terapéuticos y de costo-efectividad. No obstante, la evaluación de medicamentos se había centrado en el apego a la prescripción, y hasta hace unas décadas se estudia el abasto de estos insumos a escala nacional.

En los últimos años el reto de satisfacer la demanda de medicamentos ha encarado, condiciones de restricción económica, un mosaico de enfermedades y desorganización y falta de transparencia. Los primeros estudios rigurosos aclararon la importancia de los problemas de abasto. Un estudio a escala nacional realizado en unidades de la Secretaría de Salud (SSA) hace 12 años demostró, que en promedio sólo 50 por ciento de los medicamentos esenciales estaban disponibles en unidades de primer nivel de atención.ⁱⁱ

En este contexto la SSA de México publicó en 2004 la iniciativa *Satisfacer la demanda de medicamentos en el Sector Salud*, destinada a mejorar procesos de abasto.ⁱⁱⁱ El diagnóstico indicaba que los problemas de abasto eran complejos; las causas del desabasto se agruparon en tres: insuficiencia presupuestal; ineficiencia en los procesos de abasto, y falta de transparencia.

Se propusieron metodologías para la evaluación del desempeño de la cadena de abasto de medicamentos (CAM). Y en 2005 la SSA propuso la estimación estandarizada de once indicadores del desempeño de la CAM y publicó un documento denominado *Hacia una Política Farmacéutica Integral para México*, que sistematiza problemas y hace propuestas.^{iv} Planteó la modificación sustantiva del sistema de abasto, diseñando un modelo basado en principios de: transparencia, bajo nivel de costo, flexibilidad, asignación clara de responsabilidades y rendición de cuentas, especialización de funciones, y pluralismo, con participación de sectores público, privado y social.

Se propuso un nivel de surtimiento completo de recetas de 95 por ciento; disminuir el costo de operación de la cadena a menos del 7% del presupuesto para medicamentos; disminuir precios mediante escalas de compra; tolerancia nula de corrupción y seleccionar a los mejores proveedores. La efectividad del programa se mediría utilizando el “porcentaje de pacientes con recetas surtidas al 100 por ciento”,³ con un software para calcular demanda de cada unidad de atención y concentrarlas en cada jurisdicción y estado.

El nuevo modelo proponía respuestas a la demanda; simplificación de compra; mejoramiento de administración y utilización de la normatividad. Recomendaba incorporar empresas en la cadena de abasto y cambiar la legislación para simplificar los procesos de subrogación. Esto motivó la proliferación y diversificación de empresas proveedoras de medicamentos, en las que un número importante de entidades descargan parte o toda su cadena de abasto.

Objetivos del estudio

Este trabajo se diseñó para evaluar la manera en que los SESA financian, seleccionan, adquieren, almacenan y distribuyen los medicamentos, aportando evidencias que fortalezcan la política de *Garantizar la Suficiencia, Disponibilidad y Precio Justo de los Medicamentos* que impulsa la SSA. E identificar las consecuencias económicas y organizativas de estos procesos.

³ Esta medición se llevó a cabo contratando de 2003 a 2006 a empresas externas. A partir de 2007 la medición se hizo en forma interna por la Secretaría de Salud.

METODOLOGÍA

Se consideró la cadena de abasto de medicamentos como *el conjunto de acciones realizadas por los responsables de seleccionar, gestionar financiamiento, adquirir, almacenar y distribuir los medicamentos necesarios para el funcionamiento adecuado de los servicios de salud, que se realizan con el fin de colocar los medicamentos en cada eslabón de la cadena en el tiempo preciso al menor costo, buscando en última instancia satisfacer los requerimientos de los consumidores finales* (modificado de Jiménez et al, 2000).^v

Para la evaluación de la CAM en los SESA se diseñó una investigación cualitativa, las técnicas para recolectar información fueron: observación directa y entrevistas a informantes clave: los responsables de operación, organización y control. La información se obtuvo en una muestra de 13 entidades consideradas representativas. Que fueron clasificadas por desempeño en el *porcentaje de surtimiento de recetas completas* durante el primer semestre de 2008. Las entidades de buen desempeño fueron Colima, Guanajuato, Jalisco, Chihuahua, Distrito Federal, Estado de México y Yucatán. Se consideraron de bajo desempeño a Guerrero, Oaxaca, Chiapas, Nayarit, Michoacán y Veracruz.

Fueron entrevistados los responsables de operar cada fase de la CAM: secretarios estatales de salud, subdirectores de atención médica, subdirectores de administración y finanzas, encargados de adquisiciones y de almacenes delegacionales y jurisdiccionales. En las unidades médicas: directores de hospitales y centros de salud, jefes de adquisición de medicamentos y encargados de farmacia.

Se observaron condiciones físicas y organizativas de los almacenes y las formas de distribución de los medicamentos a las unidades de atención. Se verificó: i) la existencia de los medicamentos mencionados en las entrevistas a los usuarios, señalados en los inventarios, o mencionados por los encargados del almacenamiento durante la entrevista; ii) la existencia de reglamentos, guías o manuales de procedimientos; iii) la existencia y características de los sistemas de información utilizados para el funcionamiento del almacén, y iv) el uso de sistemas estandarizados de operación. Las grabaciones de las entrevistas se digitalizaron y transcribieron. Se procesaron desde *unidades hermenéuticas de análisis*. La información se interpretó teóricamente por el colectivo de investigadores.

RESULTADOS

Descripción de los modelos de abasto

Las cadenas de abasto se clasificaron, según el grado de subrogación alcanzado, en tres modelos: *modelo de abasto convencional* (MC); *modelo de abasto tercerizado* (MT), y *modelo híbrido* (MH), o en transición. Se apreció una marcada tendencia a sustituir el *modelo público convencional* de abasto de medicamentos por otro caracterizado por la participación de proveedores privados. Las gráficas ejemplifican las características de los modelos, suponiendo que existieran en estado puro.

FIGURAS 1 Y 2

Descripción de los modelos reales de abasto

De acuerdo con la información, la mayoría de los SESA ha migrado del MC dominante hasta hace poco hacia un MT. El desarrollo de modelos parcialmente tercerizados resulta del Sistema de Protección Social en Salud, que utilizan farmacias y distribuidores privados para su operación. Esto significa la decisión de mudar no siempre es una decisión autónoma, adoptada por los SESA, sino una consecuencia de las condiciones de los programas federales.

Para describir los modelos de abasto se utilizaron, para el MC, las entrevistas de Chihuahua y Guerrero, y para el MT, las del Estado de México, Guanajuato y Chiapas. El análisis se completó con la información proporcionada por funcionarios de las otras entidades federativas consideradas, como híbridas.

Resultados para el modelo convencional

El MC de abasto presenta varias ventajas, la más importante el desarrollo de múltiples mecanismos para responder a problemas planteados por la CAM. Entre otros, la creación de *Sistemas Integrales de Abasto* estatales; uso de *software* especialmente diseñados para la planeación de las compras; uso de la *Internet* como sistema de comunicación; implantación de programas de capacitación para mejorar la formulación de licitaciones, etc.

Un elemento que mejora la capacidad del MC es la estabilidad de los funcionarios, aparentemente, la experiencia es un requisito para la ejecución exitosa de las acciones.

El sistema de abasto analizado en este estudio debería ser exitoso si existiera comunicación entre centros de salud, hospitales, jurisdicciones, almacén central y oficinas de los SESA. Si el sistema de información funcionara como los entrevistados dijeron, en todas estas instancias podrían conocerse las entradas, salidas y faltantes de medicamentos de manera casi inmediata, excepción hecha de los centros de salud que no cuentan con *Internet*. Se encontró que el sistema de almacenamiento tiene problemas serios, que podrían solucionarse con programas de capacitación; promoción del uso de guías y normas; la mejoría de las condiciones físicas de los almacenes y su creación en donde no existen. Parece indispensable un sistema mucho más sofisticado de control de caducidad y prevención del robo y merma. El sistema de distribución en cambio, es en general eficiente, y podría mejorarse re-zonificando los centros de salud de cada jurisdicción y buscando alternativas de distribución a los centros de difícil acceso.

Es necesario hacer transparente el proceso para que el abasto sea adecuado, para que el surtimiento de recetas alcance el 100%, se abata el despido y se deje de surtir a las unidades insumos que no requieren.

Resultados para el modelo tercerizado

El modelo tercerizado puede ser ventajoso para los SESA cuando la licitación plantea un contrato capaz de satisfacer las necesidades de medicamentos de la población, y garantizar el abasto.

La ventaja más relevante es contar con una empresa que almacene y distribuya en la que se deleguen las responsabilidades, siempre y cuando se mantenga un control de la información de todas las etapas. Hasta donde puede apreciarse, los SESA que han optado por este modelo, pero lo controlan adecuadamente, han incrementado el suministro de medicamentos entre sus usuarios y garantizado el abasto en las unidades.

Los problemas detectados en los SESA bajo el modelo tercerizado fueron: la compra directa de medicamentos no incluidos en el CBCM; incumplimiento del proveedor, y escases de insumos en los laboratorios que proveen a la empresa. En general, los medicamentos pactados se surten arregladamente, aunque ocasionalmente en presentaciones y dosis distintas a las solicitadas.

La desventaja más importante del modelo tercerizado es la ausencia de evaluación que compare el costo de la subrogación con respecto al abasto no subrogado; la ampliación del suministro de medicamentos y la oportunidad del abasto. Sin esa información es imposible afirmar que el modelo tercerizado es mejor que el convencional.

Resultados para el modelo híbrido

En las modalidades híbridas en transición, se observan las mayores debilidades del sistema de abasto, originadas en la estructura organizativa de la entidad. La pérdida del control sobre el proceso afecta a los servicios, pues las empresas subrogadas no se interesan en identificar problemas de distribución en las unidades de atención, si no existe una comunicación adecuada entre las farmacias, los hospitales y los centros de salud. En el caso de los sistemas más cercanos al modelo tercerizado se agrega el incumplimiento por parte de proveedores.

Como en el caso de los MC y MT, también en el MH se presentaron múltiples quejas sobre la insuficiencia de recursos materiales y financieros, la falta de infraestructura, y la tardía liberación de los recursos que dificulta el ejercicio, limitando el tiempo de ejecución.

CONCLUSIONES

Los procesos de abasto de medicamentos en los SESA difieren según el modelo de suministro, el espectro se mueve entre lo convencional que significa adquisición de claves mediante licitación, comparativos de precios, compra directa a uno o más proveedores, entrega en almacenes estatales para su distribución. Y la subrogación total, que implica contratación de un proveedor que suministra directamente los medicamentos.

La tendencia se orienta a la subrogación de la cadena de suministro, pero en los SESA estudiados predominan los modelos “híbridos”. En éstos, continúan presentes problemas semejantes a los identificados en los modelos convencionales. Resumiendo, independientemente del modelo adoptado, existen problemas de gestión, como: subordinación de criterios médicos a criterios administrativos, insuficiente planeación basada en necesidades locales de atención; heterogeneidad de procedimientos; conocimiento insuficiente de la normatividad, y falta de regulación. Problemas que favorecen la falta de transparencia y la corrupción. La transición hacia modelos subrogados sin ordenamientos claros y criterios comunes mantiene los problemas de los modelos convencionales y los profundiza.

El cambio hacia modelos subrogados es desordenado, no considera implicaciones y consecuencias; la ausencia de lineamientos federales produce heterogeneidad en la cadena de abasto de medicamentos; cada SESA enfrenta los problemas de la CAM y los problemas que se pretenden subsanar a través de la subrogación se siguen presentando.

Independientemente del modelo de gestión de adoptado se comparten los problemas de oportunidad en la asignación y disponibilidad de recursos financieros. La liberación de los recursos federales es tardía, lo que ocasiona problemas de abasto y obliga a utilizar fondos de otros programas, que quedan sujetos a regularizaciones administrativas.

La selección de los medicamentos tiene una base técnica, definida de manera general por los históricos de consumo, enmarcados en catálogos diversos (CAUSES, Oportunidades), por el cuadro básico de medicamentos del sector y por las necesidades específicas de los servicios.

Si bien en todos los casos existen comités de adquisición encargados de qué, cuánto y cómo comprar, no hay evidencia de Comités Técnicos de Farmacia y Terapéutica en las unidades aplicativas o estatales, para hacerlo de acuerdo con necesidades y prescripción basada en la evidencia científica.

Visto en conjunto, e independientemente del modelo de abasto, el suministro de medicamentos en los servicios estatales está fragmentado y segmentado de acuerdo a la condición de acceso de la población, como beneficiaria de Oportunidades, asegurada por el SPSS, o sin aseguramiento.

La heterogeneidad entre modelos de abasto, la multiplicidad de procedimientos y las contradicciones en torno a las fases de la cadena, expresa que no existe una política nacional integral de medicamentos, lo que favorece la heterogeneidad de abasto y pérdida de rectoría federal. La diversidad no regulada conduce a variaciones del suministro final y alienta la insatisfacción de pacientes y trabajadores.

Las acciones realizadas en los últimos años por la SSA indican que es posible reducir costos de adquisición, favorecer sistemas eficientes de abasto y uso racional de medicamentos. Ejemplo es la publicación del acuerdo de “Lineamientos para la adquisición de medicamentos asociados al Catálogo Universal de Servicios de Salud por las entidades federativas con recursos del Sistema de

Protección Social en Salud”, que señala los precios máximos de adquisición por las entidades federativas con recursos del SPSS.

No obstante, es indispensable fortalecer la rectoría de la SSA mediante el establecimiento de una política de estado en materia de medicamentos, conformada con acciones que atraviesen los programas sexenales y permitan a corto y mediano plazo fortalecer la cadena de abasto de medicamentos; la participación del mercado de medicamentos genéricos; el mantenimiento de precios bajos de los medicamentos de patente, la optimización del gasto en medicamentos en las instituciones públicas y la más alta seguridad y efectividad de las acciones médicas durante la atención clínica.

A largo plazo debe lograrse el fortalecimiento de la industria farmacéutica nacional y garantizar un suministro suficiente y oportuno de medicamentos estratégicos para atender los problemas nacionales de salud; promover la estimación de los costos y beneficios de acciones terapéuticas alternativas y la participación de todos los actores involucrados para definir las prioridades de salud del país. Esto sólo puede lograrse mediante la rectoría del Estado.

Existen impedimentos técnicos y políticos importantes para impulsar la rectoría del Estado en materia de medicamentos. Los más importantes se refieren a obstáculos **normativos**: realización de licitaciones inadecuadas; dificultad para hacer compras consolidadas; falta de oportunidad en la asignación de los recursos; segmentación de las poblaciones a atender; **organizativos**: deficiencias de los sistemas de información; problemas para capacitar adecuadamente al personal responsable; presencia de vicios históricos en la organización; y **políticos**: reticencia para eliminar la corrupción; para transparentar los procesos para compartir información estratégica; y falta de imparcialidad durante la evaluación y el monitoreo.

No obstante, mediante el establecimiento de mecanismos de rectoría, normados, universales y transparentes sería factible alcanzar estos propósitos.

FIGURA 1

Modelo Convencional (ideal)

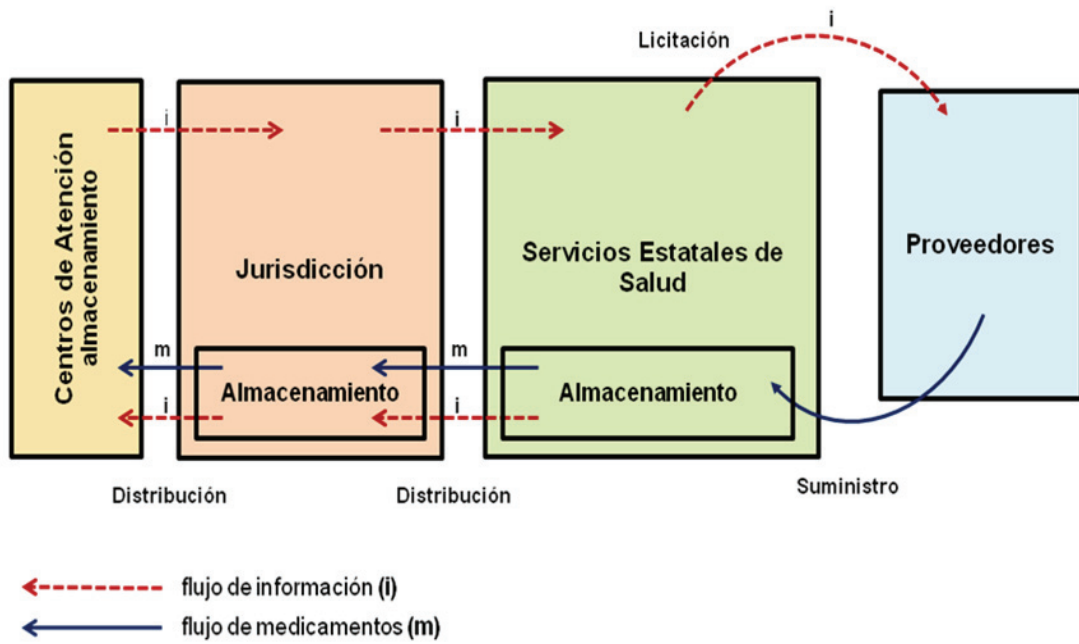
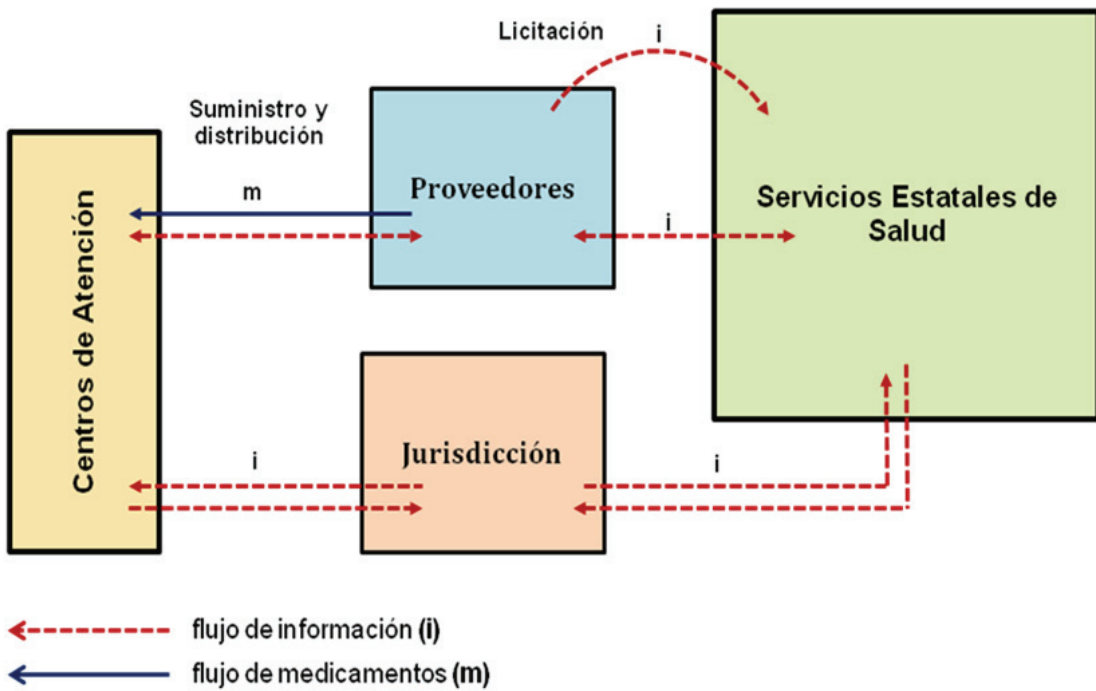


FIGURA 2

Modelo Tercerizado (ideal)



-
- ⁱ Knaul F, Arreola OH, Méndez CO et al. PREVIENIENDO EL EMPOBRECIMIENTO, PROMOVRIENDO LA EQUIDAD Y PROTEGIENDO A LAS FAMILIAS DE LAS CRISIS FINANCIERAS: ASEGURAMIENTO UNIVERSAL EN SALUD A TRAVÉS DE UNA REFORMA INSTITUCIONAL EN MÉXICO. Fundación Mexicana para la Salud. 2005.
- ⁱⁱ Gómez-Dantés O, Garrido-Latorre F, Tirado-Gómez LL, Ramírez D, Macías C. *Abastecimiento de medicamentos en unidades de primer nivel de atención de la Secretaría de Salud de México*. Salud Pública Mex, 2001;(43):224-232.
- ⁱⁱⁱ Secretaría de Salud. SATISFACER LA DEMANDA DE MEDICAMENTOS EN EL SECTOR SALUD, UNA INICIATIVA EN PROGRESO. Julio 2002-Diciembre 2004
- ^{iv} Enríquez-Rubio E, Frati-Murani A, González-Pier E. HACIA UNA POLÍTICA FARMACÉUTICA INTEGRAL PARA MÉXICO. SSA. México, D.F. 2005
- ^v Jiménez Sánchez JE, Hernández García S. *Marco conceptual de la cadena de suministro: un nuevo enfoque logístico*. Secretaría de Comunicaciones y Transportes e Instituto Mexicano del Transporte, Pub. Téc. No. 215, México, 2002.