Congreso de la Asociación Latina para el Análisis de los Sistemas de Salud.

Luxemburgo, 10-12 de septiembre 2009

Cadena de Abasto de Medicamentos en el Sistema Público de Salud de México

José Arturo Granados Cosme, María de los Ángeles Garduño Andrade, Edgar Carlos Jarillo Soto, Juan Manuel Castro Albarrán, Carolina Tetelboin
Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco
Francisco Garrido Latorre
Secretaría de Salud de México

Objetivo del Estudio

- Evaluar la manera en que los Servicios Estatales de Salud (SESA) llevan a cabo la Cadena de Abasto de Medicamentos (CAM), aportando evidencias que fortalezcan el "*Acuerdo Nacional para Garantizar la Suficiencia, Disponibilidad y Precio Justo de los Medicamentos*".

Consideraciones Metodológicas

- Muestra:
  - 13 Servicios Estatales de Salud, SESA, representativos del desempeño en la Cadena de Abasto de Medicamentos, CAM (según *porcentaje de surtimiento de recetas completas* en el primer semestre de 2008).

- Técnicas de la investigación cualitativa:
  - A. entrevistas a informantes clave,
  - B. observación directa

A. Entrevistas a operadores de cada eslabón del CAM:
  - Secretarios estatales de salud,
  - Subdirectores de atención médica,
  - Subdirectores de administración y finanzas,
  - Directores de hospitales y centros de salud,
  - Encargados de adquisiciones y de almacenes estatales y jurisdiccionales y jefes de compra de medicamentos , y
  - Responsables de farmacia.

Consideraciones Metodológicas

- Las grabaciones de las entrevistas se transportaron a formato digital y fueron transcritas a texto.

- El procesamiento comprendió la creación de *unidades hermenéuticas de análisis* específicas para cada entidad federativa y componente de la cadena de abasto.

- B. Observación de:
  - condiciones físicas y
  - organizativas de los centros de almacenamiento y las formas de distribución de los medicamentos en las unidades de atención.

Análisis:

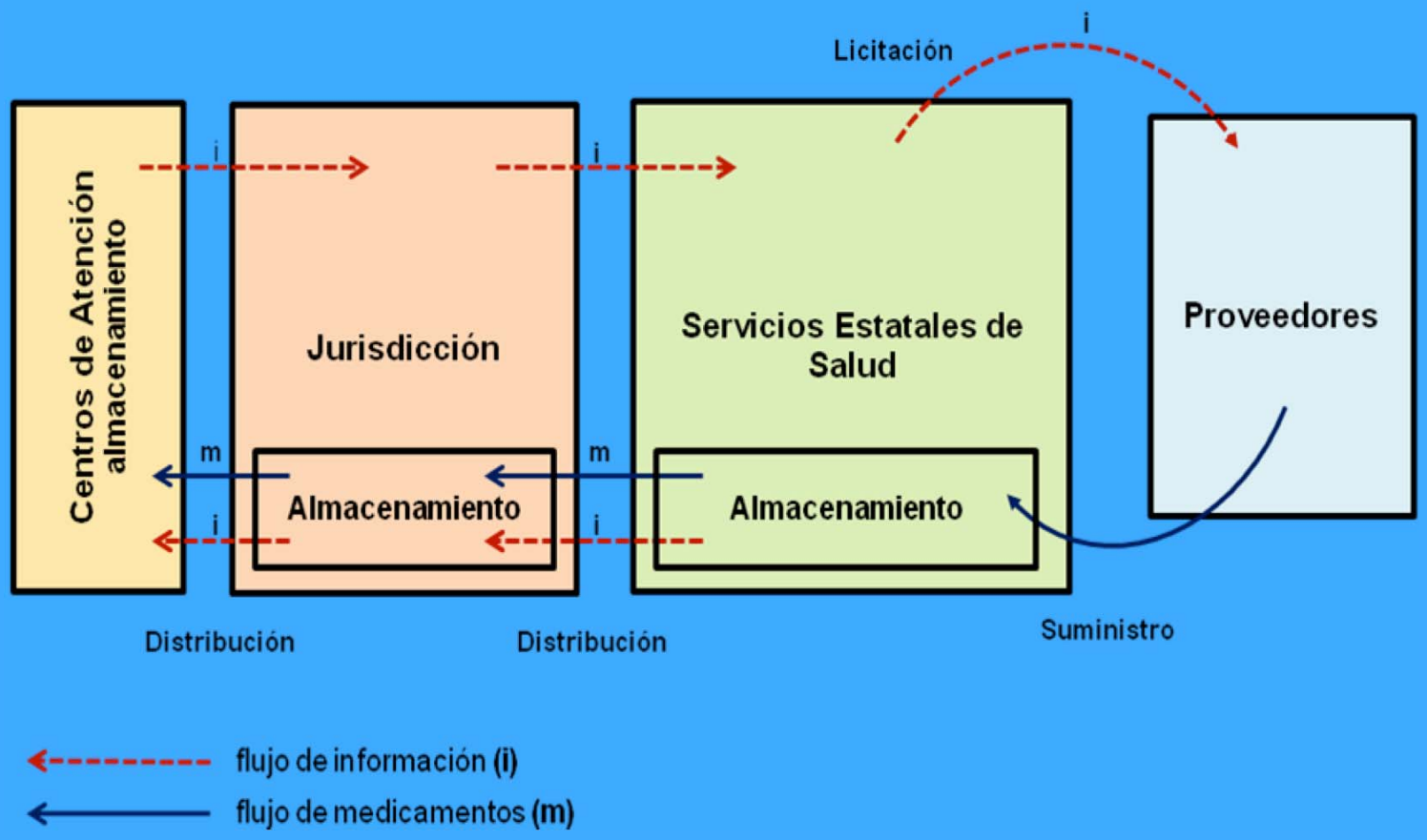
Interpretación de los hallazgos en discusiones grupales del colectivo de investigadores.

Resultados

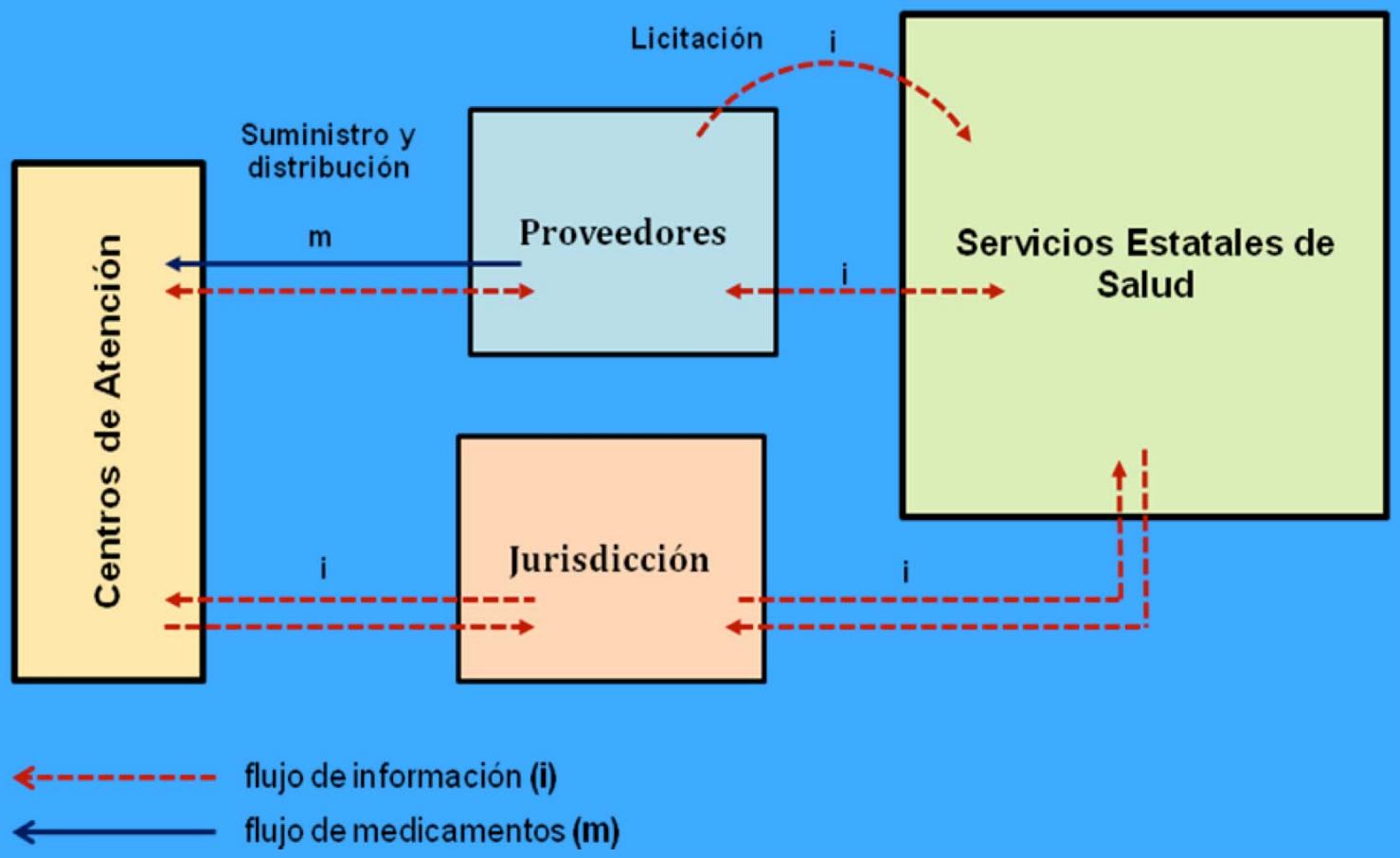
- Las cadenas de abasto se clasifican según grado de subrogación alcanzado, en tres modelos, a saber: el *modelo de público convencional* (MC); el *modelo tercerizado* (MT), y el *modelo híbrido* (MH), o en transición.

- Existe una marcada tendencia a sustituir el *modelo público convencional* de abasto de medicamentos por otro caracterizado por la participación de proveedores privados en varias o todas las fases de la CAM.

Modelo Convencional (ideal)



Modelo Tercerizado (ideal)



Resultados

- Entrevistas:
  - la mayoría de los SESA ha migrado del MC hacia un MT.
  - El desarrollo de modelos parcialmente tercerizados en los estados es consecuencia de la implantación y desarrollo del Sistema de Protección Social en Salud.
  - Muchos de ellos utilizan farmacias y distribuidores privados sólo para la operación de este programa.
  - La decisión de mudar de MC a MT no siempre ha sido una decisión autónoma, adoptada por los SESA considerando ventajas y desventajas, sino más bien una consecuencia de las condiciones bajo las cuales operan los programas federales.

Resultados: Modelo Convencional

- Presenta varias ventajas:
  - la más importante parece ser el desarrollo de múltiples mecanismos para responder a la problemática de la CAM. Entre otros, se cuenta con *Sistemas Integrales de Abasto* estatal; *software* para la planeación del suministro; uso de *Internet* para la comunicación; programas de capacitación del personal, etc.
  - Un elemento que mejora considerablemente la capacidad de los servicios para operar bajo el MC es la estabilidad de los funcionarios en sus cargos. La experiencia es una condición para la ejecución exitosa de la CAM.
  - Por medio del sistema de información, puede conocerse en tiempo real en todas las unidades, las entradas, salidas y faltantes de medicamentos.

Resultados: Modelo Tercerizado

- Es favorable a los SESA:
  - cuando se asegura un contrato garante del abasto total, adecuado y oportuno, en concordancia con las necesidades de salud de la población.
  - La ventaja de delegar la responsabilidad de surtimiento al proveedor, se obtiene si se controla la información de toda la CAM por los SESA. Sólo así se ha mejorado el suministro de medicamentos en las unidades a su cargo.
- Los problemas detectados en los SESA:
  - compras directas de medicamento no incluido en el CBCM e incumplimiento del proveedor.
  - Ocasionalmente los medicamentos se surten en presentaciones y dosis distintas a las solicitadas.
  - La decisión de tercerizar no se ha basado en evaluación económica: no se sabe si el MT es más costo-efectivo que el MC.

Resultados: Modelo Híbrido o en transición

- En las modalidades híbridas de abasto de medicamentos se observan las mayores debilidades. Estas se originan en la estructura organizativa de la entidad. La pérdida del control sobre el proceso afecta a los servicio, pues propicia incumplimiento de entrega oportuna por parte de los proveedores.
- Como en el caso de los MC y MT, también en el MH se presentaron múltiples quejas sobre la insuficiencia de los recursos materiales y financieros, así como sobre la falta de infraestructura para atender a la población que demanda servicios.
- La tardía liberación de los recursos dificulta el ejercicio presupuestal, limitando el tiempo para la ejecución del gasto

Conclusiones

- El cambio hacia modelos tercerizados se está desarrollando en forma desordenada, sin considerar las implicaciones y consecuencias que esta transición puede tener sobre los SESA.

- La ausencia de lineamientos federales para orientar el proceso está provocando mayor heterogeneidad en la CAM. Cada SESA enfrenta su problemática de manera aislada y diversa.

- Independientemente del modelo adoptado, el problema más grave y común a todos los SESA es la falta de oportunidad en la asignación y disponibilidad de recursos financieros.

- La liberación de los recursos federales es muy tardía, ello ocasiona desabasto u obliga a la utilización temporal de fondos de otros programas, lo cual es sujeto de observación por diversas las instancias fiscalizadoras.

Conclusiones

- Independientemente del modelo para la CAM, el suministro de medicamentos en los SESA se realiza de manera fragmentada y por segmentos poblacionales, de acuerdo con la modalidad de acceso de la población al servicio médico (afiliada a un programa de salud en particular o sin afiliación).

- La heterogeneidad de los modelos de abasto de medicamentos en los SESA estudiados, la multiplicidad de procedimientos y las diversas contradicciones expresadas por los entrevistados en torno a las fases de la cadena de abasto, expresan claramente la falta de rectoría por parte de la autoridad sanitaria nacional.

- La diversidad no regulada conduce a resultados muy variables del suministro final de medicamentos al usuario y por ende alienta la insatisfacción de pacientes y trabajadores de la salud.