

La gestión de abastecimiento de medicamentos en el sector público peruano: Nuevos modelos de gestión.

José Félix Salazar Araujo¹

Escuela de Postgrado, Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas (Perú)

RESUMEN

El sistema de abastecimiento público de medicamentos juega un rol importante en la provisión de servicios de salud de calidad, por ello requiere que su gestión sea eficaz y eficiente. El artículo analiza la situación actual del abastecimiento público de medicamentos en el Perú y los principales problemas que enfrenta y sus oportunidades. En concordancia con las políticas de modernización de la gestión pública y la reforma del sector salud, se propone implementar el modelo de demanda continua en la gestión de inventarios, nuevas estrategias de compra y la integración de la gestión almacenamiento y distribución de medicamentos entre las entidades públicas que proveen servicios de salud.

PALABRAS CLAVE

Abastecimiento público; suministro de medicamentos; servicios de salud

Supply Management of Drugs in the Peruvian Public Sector: New Management Models.

ABSTRACT

¹ Químico Farmacéutico y egresado del Diplomado en Abastecimiento Público de la Escuela de Postgrado de la Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas. E-mail: josefelix_salazar@outlook.com

Salazar Araujo, J. F. (2014). La gestión de abastecimiento de medicamentos en el sector público peruano. Nuevos modelos de gestión. *Sinergia e Innovación*, 2(1), 156-225.

Fecha de recepción: 14/04/2014

Fecha de aceptación: 28/04/2014

The public sector drug supply management system plays an important role in providing quality health services, which is why it requires effective and efficient management. The article analyzes the current public sector drug supply in Peru, the key problems it faces and its opportunities. Pursuant to public management modernization policies and reforms to the health sector, it proposes implementation of a continuous demand model of inventory management, new purchasing strategies and the integration of storage management and drug distribution among the public entities that provide health services.

KEYWORDS

Public supply; drug supply; health services

La gestión moderna del sistema de abastecimiento público

La pérdida de credibilidad del sector público como gestor del bienestar ciudadano, exige al Estado esforzarse para alcanzar mayores niveles de calidad y cobertura en los servicios públicos que se presta al ciudadano, a través de una gestión ética, eficaz, eficiente y transparente (García Sánchez, 2007). La modernización de la gestión pública tiene como finalidad lograr que el Estado peruano sirva a sus ciudadanos a través de instituciones públicas orientadas al servicio ciudadano, articuladas y ágiles, con gestión descentralizada y con la capacidad de estar presente en todo el territorio nacional con el mismo nivel de servicio (estado inclusivo y equitativo), y al menor costo para la sociedad (estado eficiente) (Presidencia del Consejo de Ministros, 2013).

El sistema de abastecimiento público, juega un rol esencial en la rapidez con que el Estado brinda sus servicios y ofrece respuestas satisfactorias a la ciudadanía, y comprende un conjunto de políticas, normas y procesos destinados a suministrar los elementos materiales empleados en la producción de servicios públicos con criterios de eficiencia y eficacia.

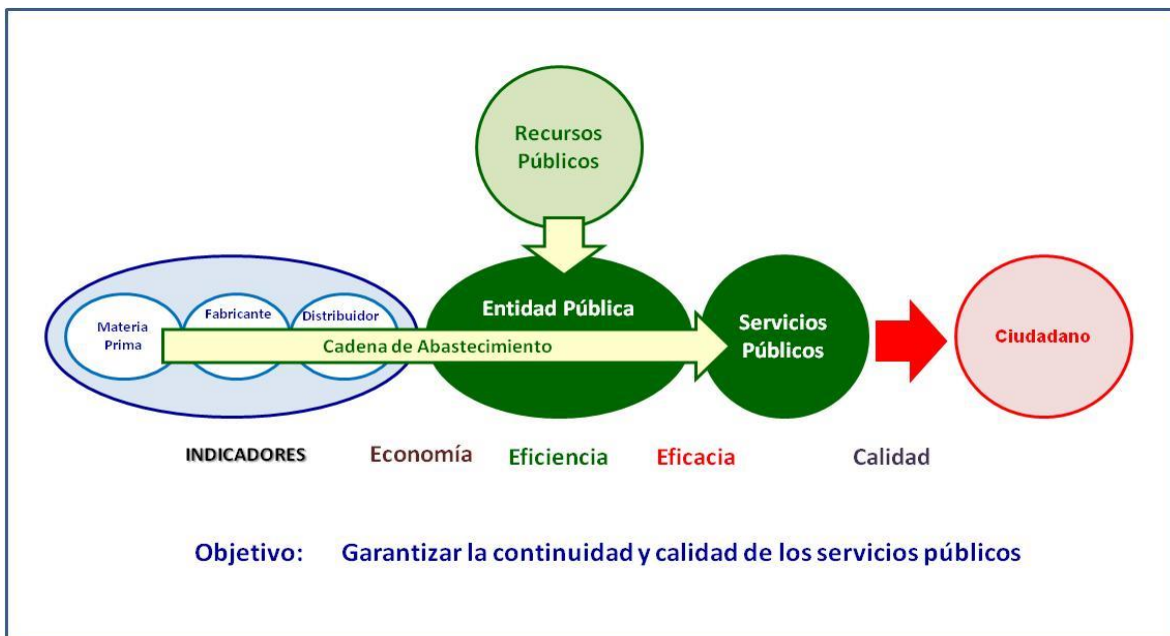
La gestión moderna del abastecimiento público, enfoca su accionar sobre el conjunto de procesos que conectan empresas, entidades públicas y ciudadanos desde la fuente inicial de la materia prima hasta el punto de consumo del producto y servicio público ofertado. Este enfoque permite buscar sinergias a través de una mayor interacción de los diferentes actores en los procesos claves de la cadena, con el objetivo de atender oportunamente al consumidor final, lograr un uso de la forma más eficaz y eficiente de los recursos públicos y privados, y de ser el caso, fortalecer la industria nacional.

El enfoque tradicional de la gestión de abastecimiento público, cuyo accionar se orienta exclusivamente en ejecutar los presupuestos públicos, es puesto ahora en debate. El Estado peruano requiere contar con cadenas de abastecimiento eficaces y eficientes, con énfasis en aquellos servicios públicos esenciales tales como salud, educación y seguridad.

Figura 1 Enfoque tradicional de la gestión de abastecimiento público

Fuente: Elaboración propia

Mientras que, en el enfoque tradicional la gestión del abastecimiento público es evaluado según el nivel de ejecución de los presupuestos asignados y la compra de bienes al precio más bajo, el enfoque moderno incorpora otros criterios tales como la compra de bienes de calidad, en las cantidades necesarias y suministro oportuno, el uso eficiente de los recursos, su disponibilidad permanente, y el impacto sobre la calidad de los servicios públicos brindados por la organización.

Figura 2 Enfoque moderno de la gestión de abastecimiento público

Fuente: Elaboración propia

La administración de la cadena de suministro ha evolucionado en el tiempo. Hasta hace pocas décadas atrás, los diferentes procesos de la gestión logística – transporte de materias primas,

producción, almacenaje, distribución y servicio al cliente – se manejaban de manera independiente, y se consideraba “ahorro” aquellos que se obtenían en la gestión de compra, por la adquisición de bienes a los precios más bajos. Actualmente, las organizaciones comenzaron a considerar a todos estos procesos como parte de un ciclo completo, integrando la administración de los flujos de bienes e información. La disminución de costos se aborda de manera integral e incluye todos los costos incurridos en todos los procesos que la cadena de abastecimiento (Jiménez Sánchez & Hernández García, 2002; Christopher, 1999).

En el contexto actual de globalización, los países requieren bregar por optimizar sus procesos productivos: mejorar los costos, la disponibilidad y facilitación de los flujos de bienes e información, dado que ello consolida el desarrollo de sus economías, y favorece la producción de servicios públicos de alta calidad. Para cumplir con tal condición, el Estado y los demás agentes económicos, deben promover y consolidar los procesos de producción y comercialización, bajo un enfoque integral (Cipoletta, Pérez & Sánchez, 2010). Es así que el Estado, a partir de entornos de cooperación, debe incorporar a organizaciones externas, que permita una planificación conjunta en cuanto a aprovisionamiento de materias primas, desarrollo de productos, intercambio de información, colaboración a largo plazo y un reparto justo de riesgos y beneficios, teniendo como objetivo fundamental el garantizar la provisión continua y de calidad de los servicios públicos, y el uso correcto de los recursos.

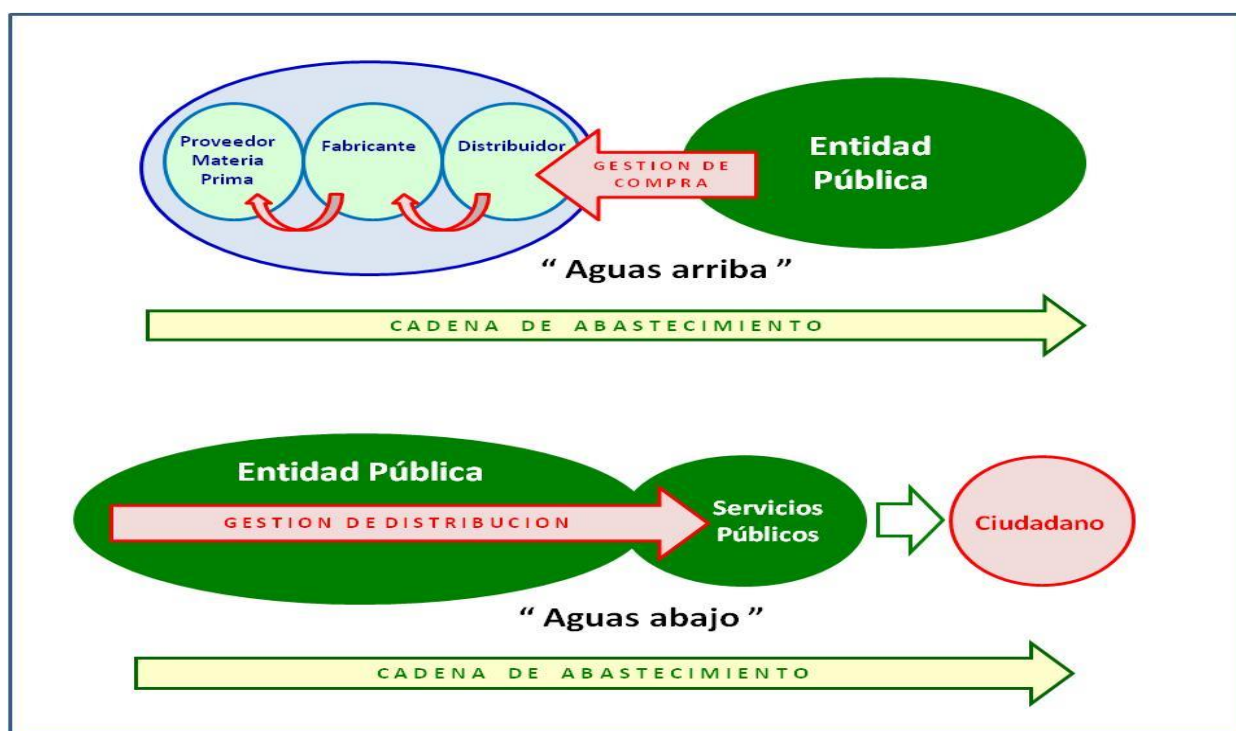
Una cadena de abastecimiento eficiente, optimiza el uso de la materia prima, toma en consideración los inventarios en el proceso de fabricación, disminuye los costos de almacenamiento, distribución y transporte, y minimiza las pérdidas ocasionadas por una inadecuada gestión de stocks en los almacenes y en los puntos de atención al cliente. Las oportunidades para mejorar los costos y el servicio al cliente se alcanzan mediante la coordinación y la colaboración entre los miembros que participan en la cadena de suministro (Ballou, 2004; Christopher, 1999).

El disponer de información precisa y oportuna, para controlar la incertidumbre, resulta fundamental. La eficiencia de la cadena de suministro, es mayor cuando se sincroniza la demanda de los clientes y la capacidad de producción, a través de aplicaciones informáticas que manejan inventarios y estadísticas de consumo de forma integral. Las estadísticas de consumo y la información de saldos de existencia en los almacenes, deben estar articulada con los procesos industriales. El estrechamiento de las relaciones proveedor-cliente no sólo ofrecen la posibilidad de eliminar costos y reducir tiempos, sino la oportunidad de generar un modelo más eficiente de respuesta a los usuarios finales de la cadena de suministro (Ballou, 2004; Jiménez Sánchez & Hernández García, 2002).

La actuación de las entidades públicas “aguas arriba” y “aguas abajo” de la cadena de abastecimiento

El desempeño de la gestión de abastecimiento en una entidad pública depende de su actuación “aguas arriba” y “aguas abajo” de la cadena. “Aguas arriba” de la cadena de abastecimiento intervienen múltiples factores externos y participan diversos grupos de interés; “aguas abajo” el desempeño depende casi exclusivamente de la entidad pública.

Figura 3 Actuación de las entidades públicas: “aguas arriba” y “aguas abajo”



Fuente: Elaboración propia

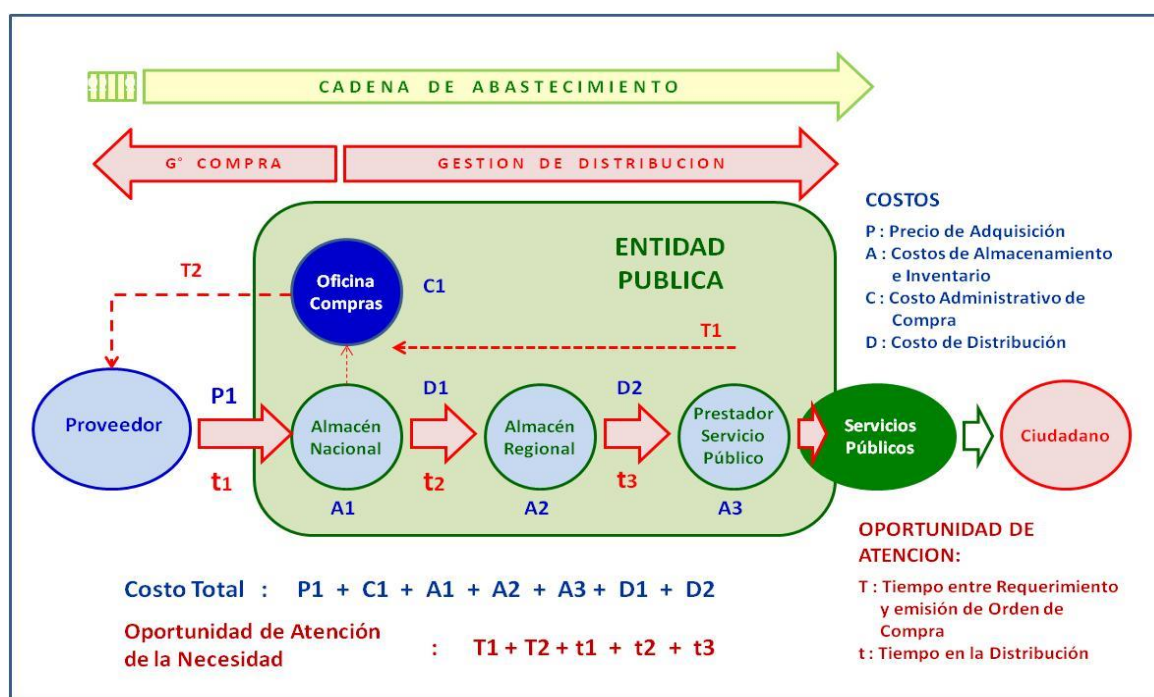
Las exigencias actuales obligan a las entidades públicas disponer de estrategias que aseguren el aprovisionamiento de todos los insumos que requieren. El entorno complejo en el cual se desenvuelve la gestión de compra, obliga transitar de un papel estático, que espera la oferta del proveedor, a una actuación dinámica de identificación de las fuentes de provisión de las materias primas, la fabricación de los bienes y sus canales de distribución, especialmente de aquellos productos considerados estratégicos o esenciales. La actuación “aguas arriba” de la cadena tiene por objetivo garantizar el suministro continuo de los bienes hacia los almacenes de la organización, mediante el uso de modalidades de contratación de acuerdo a las condiciones especiales de producción y suministro de cada tipo de bien.

La gestión de distribución debe aprovechar las condiciones que ofrecen el desarrollo logístico nacional, y disminuir, de ser posible, los niveles de almacenamiento, reduciendo los pasos que

acercan al proveedor-fabricante con el punto donde se brinda el servicio público. El objetivo de las estrategias “aguas abajo” es reducir costos y tiempos, y generar la oportunidad de un mejor servicio de abastecimiento que permita a las entidades públicas un óptimo nivel de servicio a los ciudadanos y a los proveedores un uso más eficiente de su capital de trabajo.

Las entidades públicas deben estructurar un modelo de gestión integral que enlace de la mejor manera la gestión de compras y la gestión de distribución, con el objetivo de proporcionar un alto nivel de servicio a sus usuarios, y producir un mínimo de costos totales en la cadena de abastecimiento. Deben diferenciar los bienes que son de suministro continuo, de aquellos cuyos contratos se agotan en una sola transferencia. En el caso de los bienes que requieren de suministro continuo, los contratos de suministros deben permitir una relación comercial con los proveedores, que permitan aprovisionar de estos recursos durante un tiempo prolongado y de acuerdo a las necesidades que podrían variar en el tiempo.

Figura 4 Costos y oportunidad de la atención de la necesidad en un modelo tradicional de gestión de abastecimiento de bienes de suministro continuo



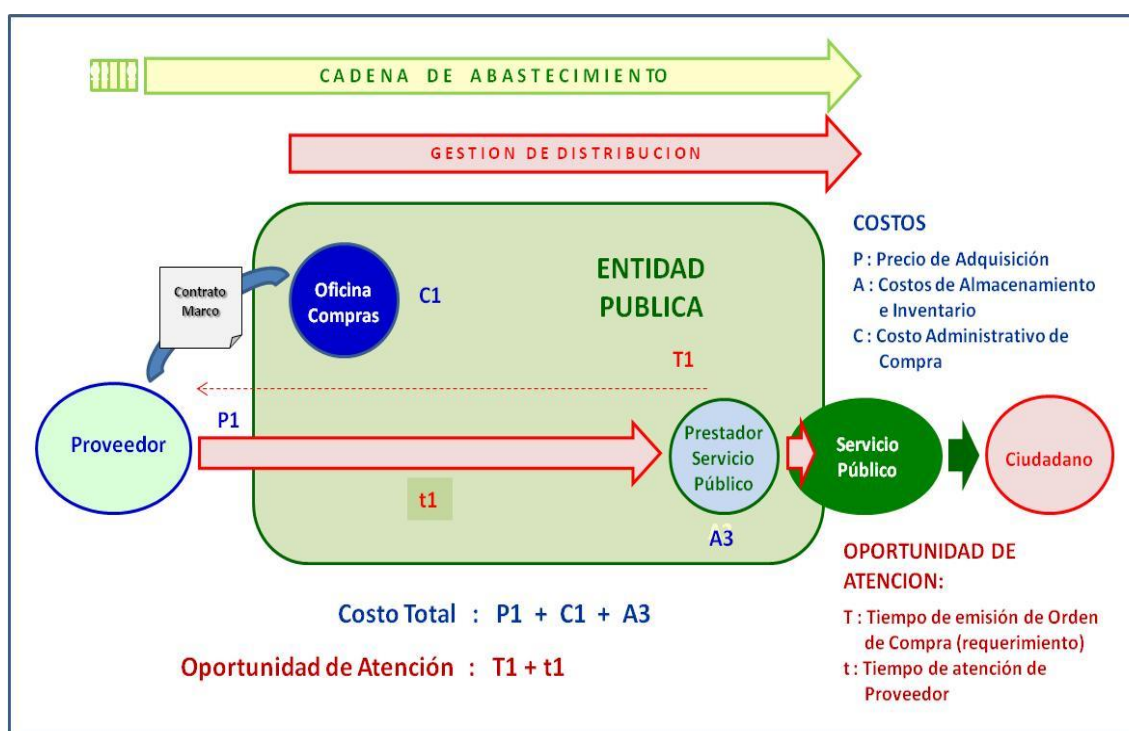
Fuente: Elaboración propia

Los costos totales en el proceso de abastecimiento de bienes tiene cuatro componentes principales: el precio de adquisición de los bienes, los costos administrativos de compra, los costos de almacenamiento y mantenimiento de inventario, y los costos de distribución y transporte. Otros costos menos visibles, y que son producto de la ineficacia del sistema son: los costos de adquisición por compras urgentes, los costos administrativos por reposición de bienes

surtidos por proveedores no calificados, y los costos sociales resultantes por la falta de existencias y la baja calidad de los servicios públicos brindados a los usuarios (Management Sciences for Health, 2002)².

La gestión de abastecimiento procura reducir los pasos en cada proceso, organizando una cadena de abastecimiento lo más óptima posible. Se busca reducir los pasos administrativos para la contratación de proveedores, los niveles de almacenamiento, el proceso de atención de requerimientos, y concordar la atención de los proveedores con la necesidad actual de la organización.

Figura 5 Costos y tiempos totales en un modelo ideal de gestión de abastecimiento de bienes de suministro continuo en entidades públicas



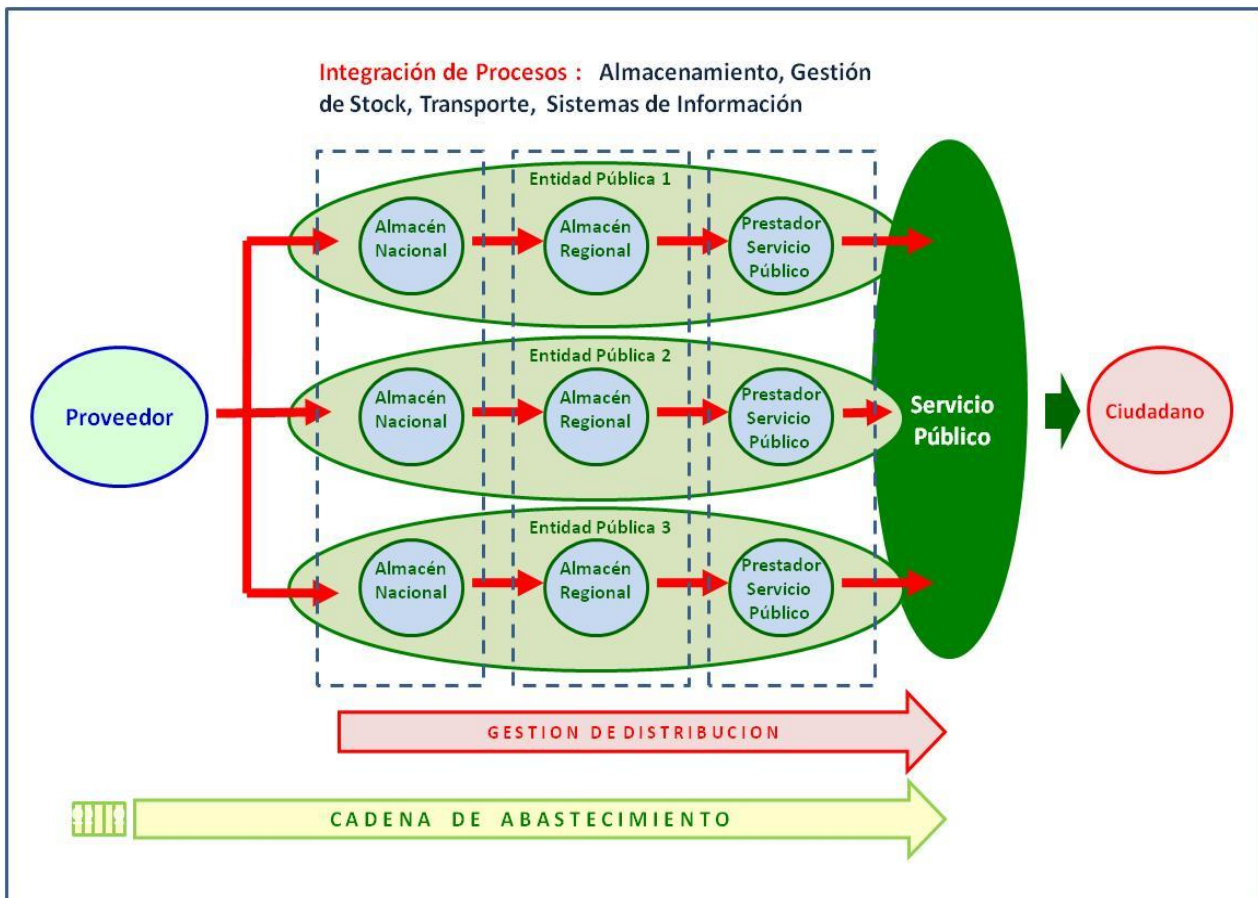
Fuente: Elaboración propia

Una atención especial merecen aquellos servicios públicos que son ofrecidos por diferentes entidades públicas, y que para su producción se requieren de insumos iguales o similares. En estos casos es necesario evaluar las ventajas de integrar en estas organizaciones los procesos de compra y distribución.

²En el caso de los sistemas sanitarios, la ausencia de medicamentos podría significar un aumento de la morbilidad y mortalidad, y el deterioro de la imagen y confianza del sistema sanitario ante la población.

Las ventajas de la integración de los procesos de abastecimiento en entidades públicas que ofrecen servicios similares son evidentes. Alcanzar mayores beneficios por economías de escala, uniformizar especificaciones técnicas de los insumos, exigir mayores estándares de calidad de los productos y en la atención de los proveedores, son objetivos posibles de alcanzar en la gestión de compra. En cuanto a la gestión de distribución, resulta beneficiosa la reducción de los costos de almacenamiento, distribución y transporte, facilita la gestión de inventarios, y proporciona un marco adecuado para la cooperación interinstitucional, como la transferencia de bienes.

Figura 6 Integración de la gestión de distribución en entidades públicas que ofertan servicios públicos similares



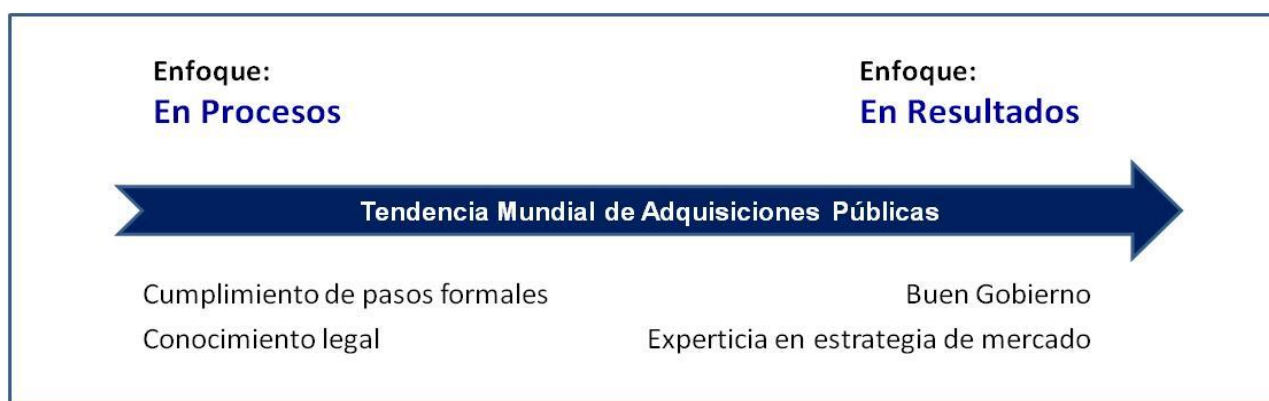
Fuente: Elaboración propia

El sistema de abastecimiento público en el estado peruano. El plan estratégico de contrataciones públicas

La Ley Orgánica del Poder Ejecutivo (2007) establece los sistemas administrativos que son aplicables a todas las Entidades de la Administración Pública. El Sistema de Abastecimiento Público es uno de estos sistemas administrativos. La Ley de Contrataciones del Estado³ (2008), su reglamento⁴ y modificatorias⁵ constituyen el marco normativo de la contratación pública en el país (Presidencia del Consejo de Ministros del Perú, 2011).

En un informe del Banco Mundial y el Banco Interamericano de Desarrollo (2005), se señala que la contratación pública del país hace énfasis en el cumplimiento de formalidades y en los procesos de control, que en el mejoramiento continuo de la calidad y eficiencia de los procesos de adquisiciones. Proponen enfatizar la función supervisora que incluya un análisis y evaluación sistemática de los procesos de compra para determinar procedimientos innecesarios que pueden evitarse y mejorar así la eficiencia en la gestión de adquisiciones (Banco Mundial y el Banco Interamericano de Desarrollo, 2005).

Figura 7 Tendencia mundial en gestión de adquisiciones públicas



Fuente: Organismo Supervisor de las Contrataciones del Estado (2009a)

El Organismo Supervisor de las Contrataciones del Estado (2009a) a través del *Plan Estratégico de Contrataciones Públicas del Estado Peruano. Un sistema de contrataciones públicas eficiente, libres de corrupción y promotor del desarrollo*, plantea explotar el poder de compra del Estado peruano, para optimizar y expandir los servicios que presta a los ciudadanos, fortalecer la economía mediante el uso de las modalidades de selección de subasta inversa y convenio marco⁶, y la utilización de las tecnologías de información y comunicación disponibles. Se busca disponer de un sistema de contratación eficiente y transparente, que facilite la competencia, reduzca costos, incremente su impacto y facilite la rendición de cuentas. De esta forma, este

⁴Decreto Supremo N° 184-2008-EF, del 31 de diciembre del 2008.

⁵Disponible en <http://www.osce.gob.pe/articulo.asp?ids=6&ido=16>

⁶Modalidades de Selección contempladas Ley de Contrataciones del Estado (Decreto Legislativo N° 1017) y su Reglamento (Decreto Supremo N° 184-2008-EF).

organismo estatal pretende adoptar la tendencia mundial que se aleja del enfoque de las contrataciones públicas como actividades reguladoras y excesivamente controlistas, y se reorienta para convertirlas en un soporte eficiente y práctico del buen gobierno.

A través de la modalidad de selección por subasta inversa, las entidades públicas seleccionan al proveedor tomando en consideración únicamente el menor precio ofrecido, dado que las características técnicas del bien o servicio se encuentran predeterminadas en fichas técnicas (Bossano Lomellini, 2011). Mediante la modalidad por convenio marco, se selecciona a aquellos proveedores con los que las entidades deberán contratar los bienes y servicios que requieran y que son ofertados a través del catálogo electrónico de convenio marco (Organismo Supervisor de las Contrataciones del Estado, 2014).

La modalidad de selección por convenio marco, presenta las siguientes ventajas: la posibilidad de agregar la demanda y obtener mejores precios de compra, reducción de los costos administrativos de compra, reducción de los tiempos de contratación y atención de proveedores, manejo eficiente de los inventarios, fortalecimiento del buen gobierno a través de la reducción de la discrecionalidad y corrupción, y una descentralización eficiente al otorgar a los gobiernos regionales y locales la decisión de qué comprar, en qué cantidades y cuándo (Comisión de las Naciones Unidas para el Derecho Mercantil Internacional, 2006; Suárez Beltrán & Laguado Guiraldo, 2007; Organismo Supervisor de las Contrataciones del Estado, 2009a; Instituto Mexicano para la Competitividad A.C, 2013).

La principal ventaja de la modalidad de selección por convenio marco frente a la subasta inversa y los procesos de selección clásicos, radica en que otorga a las entidades públicas la flexibilidad necesaria para adquirir los bienes y servicios en el momento que deseen y en las cantidades suficientes para satisfacer su necesidad actual, al no estar sujetos a cantidades previamente determinadas. Esta modalidad de selección es la que mejor se adecúa a los bienes que demandan un abastecimiento continuo.

Los acuerdos marco o convenios marco se están utilizando cada vez más como instrumento de contratación pública en el mundo, especialmente con el aumento de las Tecnologías de Información en la contratación electrónica. En América Latina, varios países han incorporado en sus normas de contratación pública esta modalidad de compra, con diferentes grados de

implementación⁷ (Comisión de las Naciones Unidas para el Derecho Mercantil Internacional, 2006).

El Plan Estratégico de Contrataciones Públicas describe tres modelos de convenio marco, recogidos a partir del Grupo de Trabajo de Contratación Pública de la Comisión de las Naciones Unidas para el Derecho Mercantil Internacional UNCITRAL (Organismo Supervisor de las Contrataciones del Estado, 2009a; Comisión de las Naciones Unidas para el Derecho Mercantil Internacional, 2008):

- En el “Modelo 1” la etapa competitiva de proveedores se da en la fase de licitación inicial, y se establecen los términos y condiciones esenciales de contratación. Se selecciona usualmente un proveedor quien atiende a las entidades públicas en el periodo cubierto por el acuerdo maestro.
- En el “Modelo 2”, contempla una segunda ronda de competencia antes de adjudicar un contrato, no todos los términos se definen en el acuerdo maestro, y debe haber múltiples proveedores (al menos tres), y;
- En el “Modelo 3”, el convenio marco permanece abierto durante su existencia a nuevos proveedores y una segunda ronda de competencia tiene lugar antes de la adjudicación del contrato.

Los convenios marco de los tipos 1 y 2 son “cerrados” por el hecho de que ningún proveedor o contratista puede pasar a ser parte en ellos después de la primera etapa del proceso de contratación. Los acuerdos marco del tipo 3 están “abiertos” a nuevos proveedores durante todo el período de vigencia de dichos acuerdos.

De acuerdo al Plan Estratégico de Contrataciones Públicas (Organismo Supervisor de las Contrataciones del Estado, 2009a), los convenios marco serán el instrumento principal de contratación en bienes o servicios de uso común en las entidades públicas. Actualmente, están vigentes los siguientes catálogos electrónicos de convenio marco, que corresponden al “Modelo 3”:

- Útiles de escritorio: papelería en general y materiales de oficina, desde febrero 2011.

⁷Entre los países que han iniciado la implementación de la modalidad de compra por convenio marco tenemos a Chile, México, Brasil, Ecuador y Perú.

- Emisión de boletos electrónicos para transporte aéreo nacional de pasajeros, desde mayo 2012.
- Bienes de ayuda humanitaria, desde noviembre 2012
- Impresoras, consumibles y accesorios, desde febrero 2013
- Computadoras de escritorio, portátiles, proyectores y escáneres, desde abril 2013

La modalidad de compra por convenio marco extiende sus beneficios “aguas abajo” de la cadena de abastecimiento: permite un manejo más eficiente de los inventarios, se requiere de menores espacios de almacenamiento y reduce los riesgos de caducidad, deterioro u obsolescencia. Esto se debe a que los bienes y cantidades a adquirir son definidos por la entidad pública según su necesidad actual, permitiendo un manejo más eficiente de los recursos públicos. La Ley de Contrataciones del Estado (2008) y su reglamento⁸ incorporan al convenio marco como una modalidad de selección.

El Plan Estratégico de Contrataciones Públicas (Organismo Supervisor de las Contrataciones del Estado, 2009a) es un documento fundamental del gobierno peruano que busca transformar las compras públicas en el principal instrumento del Estado para convertir eficientemente el presupuesto aportado por los ciudadanos en obras y servicios públicos de calidad. Una de las áreas claves de reforma es mejorar la capacidad de compra del gobierno, cuyo potencial requiere ser aprovechado, no solo para obtener mejores precios, sino para negociar mejores niveles de calidad de los bienes y servicios ofertados, la oportunidad de su entrega y la minimización de inventarios y costos de mantenimiento.

La Ley de Contrataciones del Estado (2008) crea el OSCE y le encarga la función de velar por el cumplimiento del marco normativo de las contrataciones públicas, así como emitir directivas que se refieran a aspectos referidos a la Ley de Contrataciones del Estado (2008)⁹. El Plan Estratégico Institucional 2012-2016 del Organismo Supervisor de las Contrataciones del Estado (2012a), establece cuatro ejes temáticos en su estrategia: el fortalecimiento del rol supervisor, el desarrollo de capacidades de gestión en la contratación pública, mecanismos efectivos y transparentes de contratación pública y el fortalecimiento de sus órganos desconcentrados. El OSCE no regula los procesos de almacenamiento y distribución en el Estado peruano.

⁸Ley N° 1017, Art.15°, Reglamento D.S. N° 184-2007-EF Art.97° al 103°.

⁹Art° 58.Ley de Contrataciones del Estado (2008).

El Estado peruano carece de políticas y estrategias para mejorar la gestión “aguas abajo” de la cadena de abastecimiento¹⁰. Este vacío no es impedimento para poner en debate las oportunidades que ofrece el contexto político, económico, tecnológico y social actual. Se debe evaluar las posibilidades que pueden ofrecer el desarrollo de la logística nacional, las tecnologías de información y comunicación disponibles, los nuevos modelos de participación de la inversión privada, así como la creación de espacios para la cooperación interinstitucional entre todos los niveles del Estado peruano, especialmente en aquellos sectores que ofrecen servicios públicos similares. Resulta necesario adoptar medidas para la modernización de la gestión de distribución de bienes dentro del Estado peruano.

Cuadro 1 Características de los modelos de convenio marco, según lista de factores de comparación

Factor	Modelo 1	Modelo 2	Modelo 3	Contratos Simples
Competencia	En momento de formación del acuerdo maestro.	En el momento de generar órdenes de compra.	En el momento de generar órdenes de compra.	En el momento de formación del contrato.
Número de Proveedores	Usualmente uno por conjunto de especificaciones	Múltiple limitado	Múltiple ilimitado	Uno
Número de compradores	Cualquiera definido en la formación del Convenio.	Puede ser ilimitado	Puede ser ilimitado	Cualquiera definido en la formación del contrato
Por un valor total dado de adquisiciones:				
• Beneficios potenciales por agregación	Maximizados	Significativos	Mínimos	Maximizados
• Ahorro en manejo de inventarios	Maximizado	Maximizado	Maximizado	No
Eficiencia en el proceso para números iguales de órdenes de compra	Maximizada	Significativa	Significativa	No

¹⁰ Mediante Decreto Ley N° 22056, a partir del 1° de enero de 1978 se instituyó el Sistema Administrativo de Abastecimiento. Mediante Resolución Jefatural N° 118-80-INAP/DNA, del 25 de Julio de 1980, se aprobaron las Normas Generales del Sistema de Abastecimiento.

Factor	Modelo 1	Modelo 2	Modelo 3	Contratos Simples
Precio	Se logra mejor precio donde los rendimientos a escala predominan y los costos de la industria son estables.	Se logra mejor precio donde las escalas son menos importantes, y/o los costos de la industria son inestables.	Se logra mejor precio donde las escalas son menos importantes, y/o los costos de la industria son inestables.	Se logra mejor precio donde los rendimientos a escala predominan y los costos de la industria son estables.
Costo de administración y monitoreo	Costos asociados a repetición de órdenes de compra y seguimiento.	Costos asociados a repetición de la selección, repetición de órdenes de compra y seguimiento.	Costos asociados a repetición de la selección, repetición de órdenes de compra y seguimiento.	Costos en bodegaje, control de inventarios y distribución
Distribución	El proveedor necesita tener capacidad de distribución competitiva en todas las jurisdicciones involucradas.	Pueden actuar proveedores con ventajas de nicho y/o localización.	Pueden actuar proveedores con ventajas de nicho y/o localización.	El Gobierno requiere hacer la distribución competitiva en todas las jurisdicciones.
Innovación de productos	Hay riesgos de estancamiento y obsolescencia.	Capacidad de preservar la innovación y la flexibilidad.	Capacidad de preservar la innovación y la flexibilidad.	Hay riesgos de estancamiento y obsolescencia.
Gobernabilidad	Riesgos en etapa inicial de selección.	Riesgos en etapa de órdenes de compra. Riesgo de colusión.	Riesgos en etapa de órdenes de compra. Menor riesgo de colusión.	Riesgos en etapa inicial de selección.
Estructura de Industria	Favorece al proveedor dominante, excluye nuevos participantes.	Completa o limitada competencia.	Competencia Abierta.	Favorece al proveedor dominante, excluye nuevos participantes.

Fuente: Organismo Supervisor de las Contrataciones del Estado, 2009a.

El abastecimiento de medicamentos en el sector público peruano

El derecho a la salud y el acceso a los medicamentos

La Constitución Política del Perú (1993) establece el derecho de los ciudadanos a la protección de su salud y a un acceso equitativo a los servicios de salud¹¹. La Ley General de Salud (1997) señala la responsabilidad del Estado para promover condiciones que garanticen una adecuada cobertura de prestaciones de salud a la población, en términos socialmente aceptables de seguridad, oportunidad y calidad¹².

Según las Naciones Unidas, el derecho a la salud contiene otros derechos como a la prevención y el tratamiento de las enfermedades, el acceso igualitario y oportuno a los servicios de salud y el acceso a medicamentos esenciales. Los estados deben disponer de centros de atención de salud, físicamente y económicamente accesibles y que ofrezcan servicios de calidad, con personal médico capacitado, medicamentos, equipo hospitalario e infraestructura adecuada (Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, 2008).

El acceso a los medicamentos constituye un componente básico del derecho humano a la salud. Los medicamentos no solo salvan vidas o restablecen la salud, sino fomentan la confianza de la comunidad en los servicios de salud y respalda las intervenciones del equipo de salud. La permanente disponibilidad de los medicamentos en los servicios de salud tiene una importancia sanitaria indiscutible (Management Sciences for Health, 2002).

El acceso a los medicamentos y la gestión de suministro de medicamentos

Un componente fundamental en las estrategias para mejorar el acceso a los medicamentos esenciales es disponer de un sistema de suministro fiable en el sector público, con el mismo nivel de servicio en todos los niveles de atención. La gestión de suministro de medicamentos tiene por objetivo garantizar la disponibilidad de medicamentos eficaces, seguros y de calidad en los servicios de salud, y promover su uso racional, mediante el uso eficiente de los recursos públicos (Organización Mundial de la Salud, 2002a).

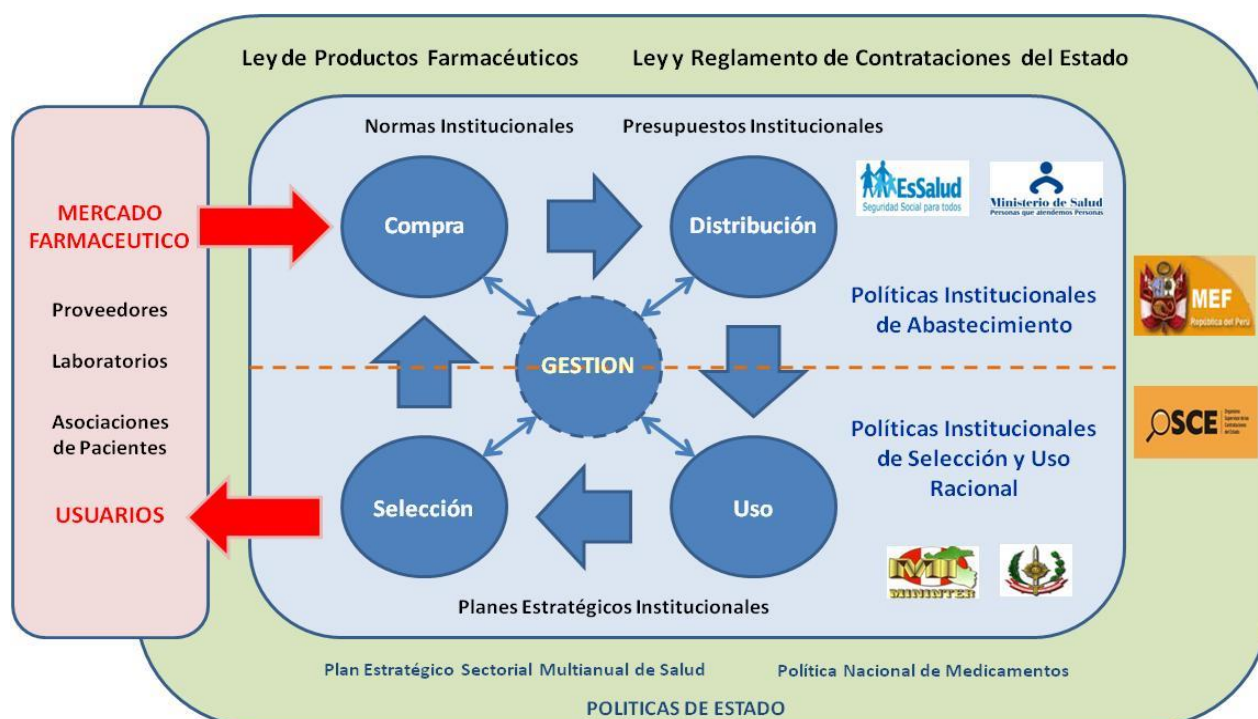
La gestión de suministro de medicamentos debe disponer de políticas diferenciadas, una sobre el abastecimiento, que abarca la compra y su distribución, cuyo objetivo es garantizar la disponibilidad de medicamentos de calidad en los servicios de salud; la otra sobre la selección y uso racional de los medicamentos, que tiene por objetivo seleccionar medicamentos eficaces y seguros, acorde a las necesidades de salud, y promover que los prescriptores realicen un uso

¹¹ Artículos 7° y 9°.

¹² Ley N° 26842, Título Preliminar, numeral VI.

racional¹³. Ambas políticas son complementarias pero, por su naturaleza, requieren enfoques y tratamientos distintos.

Figura 8 La gestión de suministro de medicamentos en el sector público peruano



Fuente: Elaboración propia

Las políticas sobre la gestión de abastecimiento en una entidad pública están influenciadas principalmente por factores externos. Entre los principales podemos citar la reglamentación pública sobre las compras estatales, la reglamentación farmacéutica nacional, la oferta en el mercado farmacéutico, el nivel de desarrollo tecnológico de la industria farmacéutica nacional, el grado de desarrollo logístico nacional. No menos importantes son los mecanismos por los cuales se financia la compra de los medicamentos, las prioridades sanitarias y políticas de salud, las políticas estatales para fomentar el desarrollo de la industria nacional, entre otros.

La implementación de políticas sobre la gestión de selección y uso de medicamentos depende casi exclusivamente de la entidad pública que brinda servicios de salud, sin embargo, la publicidad farmacéutica ejerce una importante influencia sobre los prescriptores y en el proceso institucional de selección de medicamentos. Actualmente cobra mayor importancia el impacto financiero del uso de medicamentos en las organizaciones de salud. La OMS promueve estrategias para

¹³ Definición OMS de Uso Racional de Medicamentos: "Los pacientes reciben la medicación adecuada a sus necesidades clínicas, en las dosis correspondientes a sus requisitos individuales, durante un período de tiempo adecuado y al menor coste posible para ellos y para la comunidad".

promover el uso racional de los medicamentos, entre las que destacan la implementación de directrices clínicas, la conformación de comités de medicamentos y terapéutica en hospitales, cursos de farmacoterapia en programas de medicina y educación médica continua, supervisión y auditoría, entre otros (Organización Mundial de la Salud, 2002b).

Mientras los resultados de la gestión de abastecimiento son claramente visibles, y se miden a través de la disponibilidad de medicamentos en los servicios de salud o con indicadores de eficiencia y economía; los resultados de las políticas de selección y uso no se advierten con facilidad. Las instituciones de salud, deben disponer de indicadores que permitan evaluar el impacto del uso de medicamentos sobre la sostenibilidad financiera de la organización, así como el impacto sanitario medido sobre la eficacia en resolver los problemas de salud, especialmente en el uso de medicamentos de alto costo.

El sistema de salud peruano y la gestión pública de suministro de medicamentos

El sistema de salud peruano está conformado por diferentes actores tanto del sector público como del privado. El Ministerio de Salud y las Direcciones Regionales de Salud poseen la red de establecimientos públicos más grande del país, orientada a atender a la población de bajo recursos que no cuentan con ningún tipo de seguro, a través de un modelo subvencionado de seguro integral de salud a cargo del tesoro público. El Seguro Social de Salud (EsSalud) es la segunda red de mayor cobertura en el país, destinada a la población asalariada y sus familiares. La sanidad policial y del ejército brinda atención de salud a los miembros de la policía nacional y fuerzas armadas y a sus dependientes. En los últimos años, gobiernos locales están ofreciendo servicios de salud, como es el caso del Sistema Metropolitano de la Solidaridad (SISOL). El sector privado brinda sus prestaciones de salud a quienes tienen capacidad de pago, ya sea de modo directo o de modo indirecto a través de seguros médicos. La eficiencia del sistema de salud peruano es difícil de lograr debido a la actual segmentación y fraccionamiento, el insuficiente financiamiento, la débil rectoría del Ministerio de Salud y la poca participación de otros sectores y de los ciudadanos (Organización Panamericana de la Salud, 2012; Pastor Goyzueta, 2011).

Los servicios públicos se organizan en redes de atención geográficamente distribuidas, organizadas por niveles de complejidad y con población adscrita; cuentan con hospitales generales, centros y puestos de salud, en su mayoría categorizados y regulados. El sistema de salud peruano provee atención médica y tecnológica rutinaria. La dispensación y expendio de medicamentos para los pacientes del Seguro Social de Salud y Seguro Integral de Salud es gratuita (Organización Panamericana de la Salud, 2007).

El Ministerio de Salud, en la última década, ha liderado la integración de los principales procesos de suministro de medicamentos en el sector público peruano. En el Cuadro N° 02 se muestra los pasos dados en la integración de los procesos de gestión de suministro de medicamentos en el sector público peruano.

Cuadro 2 Integración de procesos de suministro de medicamentos en el sector público peruano (MINSA, Gobiernos Regionales, EsSalud, MININTER, MINDEF)

Proceso	Actividades	Observación
Selección de medicamentos	“Petitorio Nacional Único de Medicamentos Esenciales para el Sector Salud - PNUME”	A partir del año 2010. Vigente: RM N° 599-2012/MINSA del 17.07.2012
Uso racional de medicamentos	Protocolos de tratamiento de estrategias sanitarias nacionales	Estrategias sanitarias nacionales de TB, VIH, Malaria, Leishmaniasis, entre otras.
Compra de medicamentos	Compras corporativas de medicamentos	1. A partir del año 2006 se incorpora a EsSalud, sanidad de las fuerzas armadas y policiales 2. Aproximadamente el 50% de los medicamentos en el PNUME se adquieren a través de compras corporativas.

Fuente: Elaboración propia

Sigue pendiente la coordinación de estrategias conjuntas para la integración de la gestión de distribución de medicamentos (almacenamiento, gestión de stock, distribución y transporte), y los sistemas de información, que permita el intercambio de información de inventarios y estadísticas de consumo, que facilite la cooperación interinstitucional.

Entre los años 2003 y 2005, el Ministerio de Salud lideró la compra corporativa de medicamentos con la participación de las Direcciones Regionales de Salud y Hospitales Unidades Ejecutoras a nivel nacional. A partir del año 2006, se incorporó el Seguro Social de Salud y la sanidad de las fuerzas armadas y fuerzas policiales en las denominadas compras corporativas intersectoriales.

La Dirección de Abastecimiento de Recursos Estratégicos de Salud (DARES), órgano desconcentrado del Ministerio de Salud, define el listado de medicamentos que serán adquiridos de forma obligatoria por el sector salud, a través de las compras corporativas intersectoriales, y lleva adelante los procesos de selección. La compra de medicamentos se realiza a través de licitaciones públicas, por procedimiento clásico y por la modalidad de selección por subasta

inversa¹⁴. De acuerdo al Ministerio de Salud (Ministerio de Salud del Perú, 2013)¹⁵ la lista de productos farmacéuticos, que serán adquiridos a través de compras corporativas para el abastecimiento del año 2014, asciende a 495 medicamentos; las entidades públicas participantes son 37.

El mercado farmacéutico y la industria farmacéutica nacional

En el año 2009, el gasto farmacéutico total en el Perú ascendió a 3,764.39 millones de Nuevos Soles (US\$1,250 millones), y representó un gasto farmacéutico per cápita de 126.3 Nuevos Soles (US\$41.97). El gasto farmacéutico total significó el 0.95% del PIB y representó el 21.3% del gasto total en salud (Ministerio de Salud del Perú, 2012). En el año 2011, las ventas de medicamentos en el mercado peruano habrían ascendido a US\$1,500 millones, lo que representó un avance anual de 10% con respecto al año anterior (Maximixe, 2012).

El Perú tiene una industria farmacéutica que produce genéricos y marcas nacionales, así como laboratorios que importan y comercializan la mayoría de los medicamentos que requiere el país. La producción local ha venido incrementándose desde el año 2004, sin embargo el uso de la capacidad instalada es aún muy bajo, apenas un 33% (Asociación de Industrias Farmacéuticas Nacionales, 2013). Según el Perfil Farmacéutico de la República del Perú existen 374 fabricantes autorizados de productos farmacéuticos, de los cuales 32 cuentan con certificación de buenas prácticas de manufactura (Ministerio de Salud del Perú, 2012).

Según la Asociación de Industrias Farmacéuticas Nacionales (2014), la industria peruana de medicamentos ha hecho inversiones importantes para competir en el mercado de los medicamentos oncológicos, neurológicos y otros de muy alta tecnología, actualmente bajo un claro dominio de los laboratorios transnacionales.

La capacidad de fabricación de medicamentos es un indicador que mide la capacidad de la industria farmacéutica nacional de garantizar en el país el autoabastecimiento de medicamentos esenciales, y hacer uso inmediato de la concesión de licencias obligatorias para el suministro de medicamentos patentados a fin de cubrir las necesidades urgentes de salud pública. El Perfil Farmacéutico Nacional de la República del Perú ofrece un análisis de la capacidad de fabricación de medicamentos en el país, en cuanto a la capacidad de producción de materias primas, producción de formulaciones, reacondicionamiento de formas farmacéuticas y la capacidad de descubrimiento de nuevos principios activos.

¹⁴ La mayoría de los medicamentos adquiridos a través de las compras intersectoriales cuentan con ficha técnica aprobada, y obligatoriamente deben ser adquiridos a través de la modalidad de selección por subasta inversa.

¹⁵ R.M. 448-2013/MINSA. Listado de Productos Farmacéuticos y Entidades participantes para la compra corporativa de Productos Farmacéuticos para el abastecimiento del año 2014.

Cuadro 3 Capacidad de fabricación de medicamentos en el Perú

Capacidad de fabricación	
Investigación y desarrollo (I & D) para el descubrimiento de nuevos principios activos	Sí
Producción de materias primas farmacéuticas (PA)	Sí
Producción de formulaciones a partir de PA	Sí
Reacondicionamiento de formas farmacéuticas definitivas	Sí

Fuente: Ministerio de Salud del Perú, 2012

La industria farmacéutica nacional estaría en la capacidad para hacer frente el reto de producir gran parte de los medicamentos esenciales que son requeridos por el sistema de salud peruano.

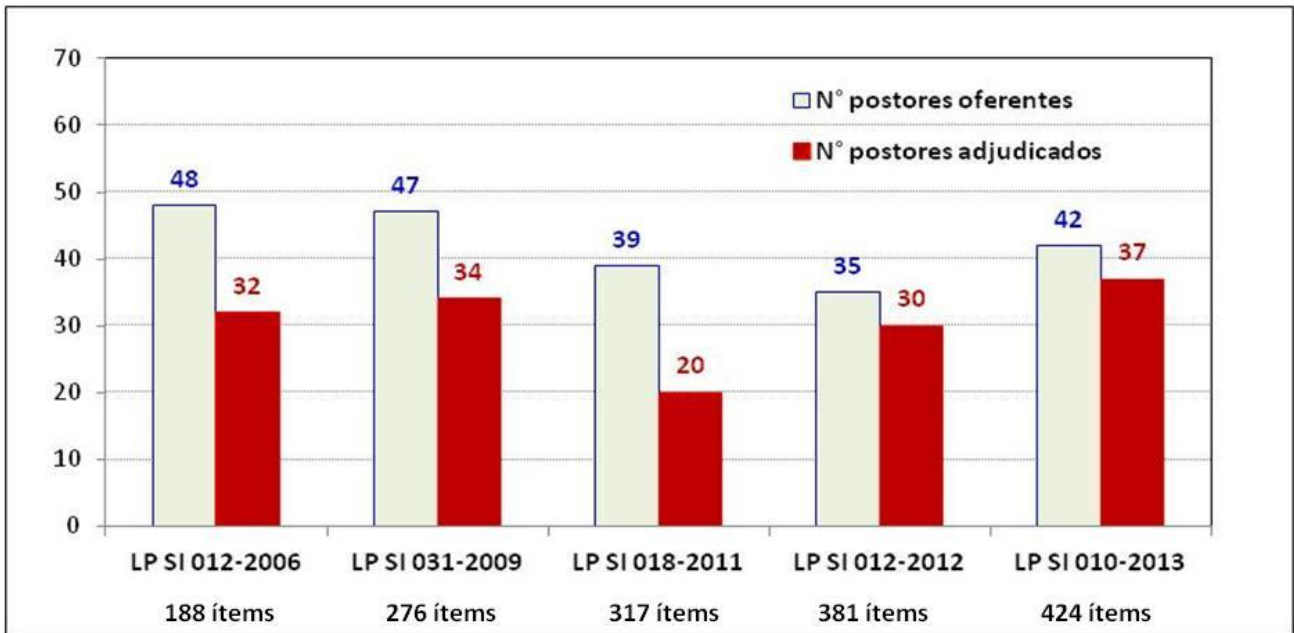
Situación actual de la gestión de abastecimiento de medicamentos en el sector público

Es indudable el impacto positivo de las compras corporativas intersectoriales sobre la gestión de abastecimiento de medicamentos. Podemos destacar:

1. Menores precios de adquisición de medicamentos, como efecto de la agregación de la demanda y economías de escala.
2. Controles de calidad sobre los medicamentos adquiridos.
3. Acceso equitativo de medicamentos, que beneficia especialmente a aquellas regiones con limitada oferta local (ej., Madre de Dios, Ucayali, Huancavelica).

Por otro lado, las compras corporativas de medicamentos habrían provocado un cambio importante sobre el comportamiento de los proveedores que ofertan sus productos en el sector público, especialmente sobre aquellos medicamentos que son adquiridos a través de procesos de selección bajo la modalidad de subasta inversa.

Cuadro 4 Número de postores oferentes y adjudicados en licitaciones públicas por modalidad de subasta inversa



Fuente: Elaboración propia, a partir de Sistema Electrónico de Contrataciones con el Estado, 2006, 2009, 2011, 2012 y 2013a.

A pesar del creciente número de medicamentos convocados en las licitaciones públicas bajo la modalidad de subasta inversa, el número de proveedores oferentes no ha crecido, sin embargo se observa una mayor participación de los laboratorios farmacéuticos nacionales y una disminución de las distribuidoras. Por otro lado, los resultados de dichos procesos de compra muestran una mayor concentración de productos adjudicados, en número de ítems y monto, en un menor número de proveedores.

El empleo durante los últimos siete años de la modalidad de selección por subasta inversa en la compra de medicamentos, ha motivado a los proveedores para que en ciertos productos no consideren atractivo presentarse como postor, esto debido principalmente a los bajos precios referenciales. Los precios referenciales son usualmente establecidos a partir del último precio adjudicado obtenido del proceso por subasta inversa anterior. De esta forma, la presencia de productos no adjudicados por falta de postores o la existencia de un único postor era una consecuencia previsible del uso continuo de esta modalidad de compra.

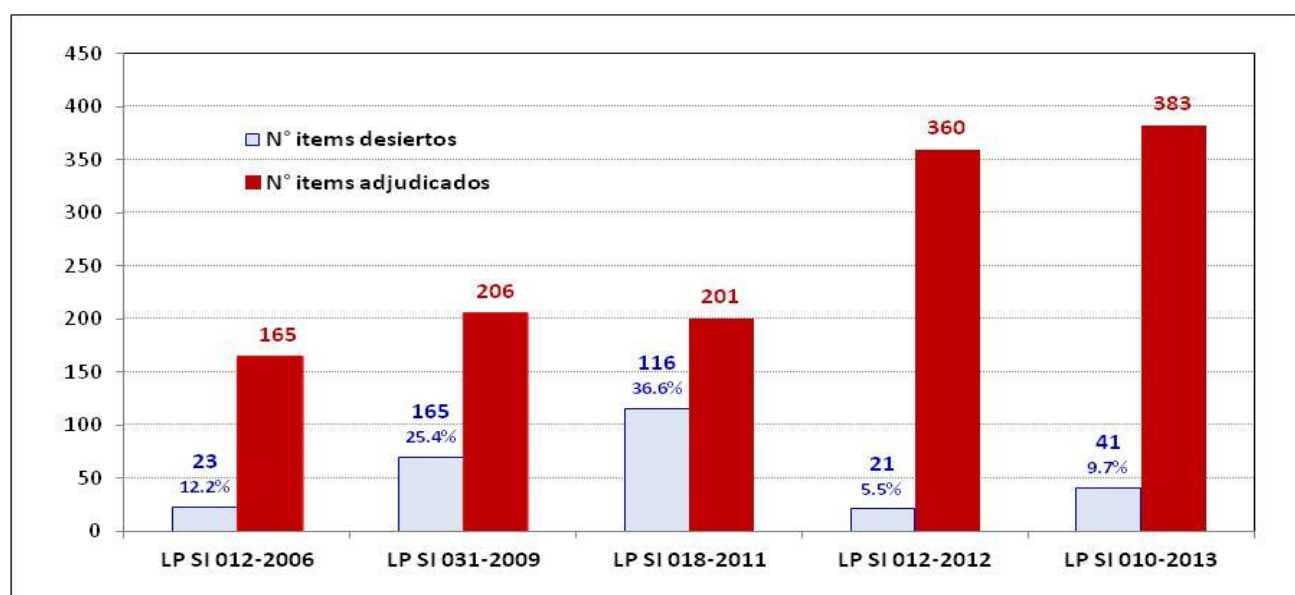
En la licitación pública N° 018-2011-DARES/MINSA se declararon 84 productos “desiertos” por existir un único postor (Sistema Electrónico de Contrataciones con el Estado, 2011)¹⁶. La Ley de Presupuesto del Sector Público para el año fiscal 2013 (2012) dispuso de forma excepcional, que en la adquisición de medicamentos bajo la modalidad de subasta inversa, se podría otorgar la buena pro con sólo una propuesta válida¹⁷. Dicha disposición se mantiene en la Ley de Presupuesto del Sector Público para el año fiscal 2014 (2013)¹⁸. Esta disposición ha sido usada en la licitación pública 012-2012-DARES/MINSA y licitación pública 010-2013-DARES/MINSA (Sistema Electrónico de Contrataciones con el Estado, 2012, 2013a).

Los riesgos a los cuales se enfrenta el actual modelo de compras de medicamentos son evidentes. Para que la modalidad de compra por subasta inversa alcance su objetivo, debe existir un número significativo de competidores de modo que se configure la etapa de puja o mejora de precio, es decir debe existir un mercado altamente competitivo (Organismo Supervisor de las Contrataciones del Estado, 2009b). Estas condiciones no se estarían cumpliendo en algunos productos que se adquieren a través de esta modalidad de selección, tal como se puede apreciar en los resultados de la licitación pública 012-2012-DARES/MINSA (Sistema Electrónico de Contrataciones con el Estado, 2012) y la licitación pública 010-2013-DARES/MINSA (Sistema Electrónico de Contrataciones con el Estado, 2013).

¹⁶La modalidad de selección por subasta inversa requiere de la existencia de dos propuestas válidas para otorgar la Buena Pro.

¹⁷Ley N° 29951. Disposición complementaria Octogésima sexta

¹⁸Ley N° 30114, Disposición complementaria Centésima novena

Cuadro 5 Número de ítems desiertos y adjudicados en licitaciones públicas por modalidad de subasta inversa

Fuente: Elaboración propia, a partir de Sistema Electrónico de Contrataciones con el Estado, 2006, 2009, 2011, 2012, 2013a¹⁹

Cuadro 6 Número de ítems y monto adjudicados por proveedor en licitación pública por subasta inversa LP 012-2012-DARES/MINSA

	N° ítems adjudicados	%	Monto adjudicado	%
Medifarma S.A.	82	27.78	101,013,374.5	30.96
AC Farma S.A.	70	19.44	67,249,599.60	20.61
Medrock Corporation S.A.C.	29	8.06	15,326,374.30	4.70
Instituto Quimioterapico S.A.	28	7.78	18,086,663.30	5.54
Refasa S.A.C.	25	6.94	8,265,479.60	2.53
Laboratorios Americanos S.A.	24	6.67	29,798,453.50	9.13
Portugal S.R.L. – Naturales y Genéricos S.A.C.	24	6.67	17,038,017.60	5.22
Otros	78	21.67	69,485,343.60	21.30
TOTAL	360	100.0	326,263,306.00	100.0

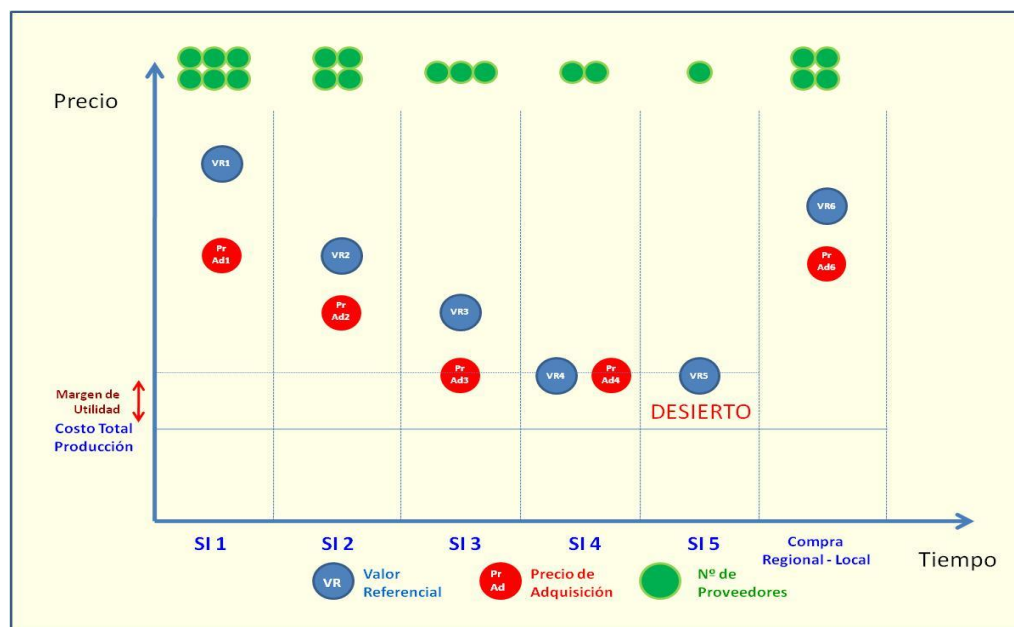
Fuente: Elaboración propia a partir de Sistema Electrónico de Contrataciones con el Estado, 2012

¹⁹Comentario: Bajo la regla de contar con dos propuestas válidas para otorgar la Buena Pro, el número de ítems desiertos se incrementó notoriamente hasta la LP 018-2011-MINSA. Con la disposición excepcional de otorgar Buena Pro con una propuesta válida, el número de ítems desiertos bordea el 10% de los ítems en la LP 10-2013-DARES/MINSA

Cuadro 7 Número de ítems y monto adjudicados por proveedor en licitación pública por subasta inversa LP 010-2013-DARES/MINSA

	N° ítems adjudicados	%	Monto adjudicado	%
Medifarma S.A.	78	20.4	126,922,124.90	31.05
AC Farma S.A.	65	17.0	66,872,157.80	16.36
Laboratorios Americanos S.A.	35	9.1	35,913,712.80	8.79
Portugal S.R.L. – Naturales y Genéricos S.A.C.	23	6.0	27,586,175.40	6.75
Refasa S.A.C.	20	5.2	13,751,181.80	3.36
Instituto Quimioterapico S.A.	20	5.2	16,168,733.70	3.96
Perulab S.A.	20	5.2	9,456,810.60	2.31
Medrock Corporation S.A.C.	20	5.2	8,216,738.80	2.01
Sanderson S.A. (Perú)	14	3.7	7,784,328.30	1.90
Albis S.A.	9	2.3	11,287,598.70	2.76
Otros	79	20.6	84,784,978.90	20.74
TOTAL	383	100.0	408,744,541.60	100.0

Fuente: Elaboración propia a partir de Sistema Electrónico de Contrataciones con el Estado, 2013.

Figura 9 Comportamiento de proveedores, valor referencial y precio de compra de medicamentos por modalidad de selección por subasta inversa

Fuente: Elaboración propia²⁰

²⁰Comentario: En el caso de compra bajo la modalidad de subasta inversa, los precios referenciales son usualmente establecidos a partir del último precio adjudicado, obtenido del proceso por subasta inversa anterior. Esta decisión influye en el número de

Cuadro 8 Postores y pujas de ítems adjudicados en licitación pública por subasta inversa LP 012-2012-DARES/MINSA

N° de postores y pujas	0 pujas	1-2 pujas	3-4 pujas	5-6 pujas	7-8 pujas	Más de 8 pujas	Total
1 Postor	142	-	-	-	-	-	142
2 Postores	20	94	6	5	5	31	161
3 Postores	2	20	6	3	-	11	42
4 Postores	1	3	1	2	1	3	11
5 Postores	-	-	-	-	1	2	3
6 Postores	-	-	-	-	1	-	1
Total	165	117	13	10	8	47	360

Fuente: Elaboración propia a partir de Sistema Electrónico de Contrataciones con el Estado, 2012²¹

Cuadro 9 Postores y pujas de ítems adjudicados en licitación pública por subasta inversa LP 010-2013-DARES/MINSA

N° de postores y pujas	0 pujas	1-2 pujas	3-4 pujas	5-6 pujas	7-8 pujas	Más de 8 pujas	Total
1 Postor	164	-	-	-	-	-	164
2 Postores	8	98	2	5	2	15	130
3 Postores	1	37	4	6	8	8	64
4 Postores	-	6	6	4	1	3	20
5 Postores	-	2	-	2	-	-	4
6 Postores	-	-	-	1	-	-	1
Total	173	143	12	18	11	26	383

Fuente: Elaboración propia a partir de Sistema Electrónico de Contrataciones con el Estado, 2013²²

Una especial atención merecen los medicamentos estratégicos. La comercialización de estos medicamentos, usados en las estrategias sanitarias nacionales, está dirigida esencialmente hacia el sector público, existiendo escasa oferta en las farmacias privadas. En tal sentido, es mayor la exigencia sobre el Ministerio de Salud para asegurar la disponibilidad de estos medicamentos en los servicios de salud públicos. Sin embargo, su disponibilidad estaría siendo afectada por retrasos en los procesos de compra, declaratorias de “desierto”, ausencia de proveedor en el mercado o retrasos en las entregas. En los últimos años la Defensoría del Pueblo (2009, 2011a, 2012a, 2012c) ha reportado problemas de disponibilidad de algunos medicamentos antirretrovirales y antituberculosos. El periodo de desabastecimiento, en algunos casos, superó los

proveedores oferentes. Cuando el producto es declarado “desierto” el precio de adquisición en los gobiernos regionales se incrementa notoriamente

²¹Comentario: 142 ítems adjudicados tuvieron un solo postor (39,4%). 165 ítems fueron adjudicados sin puja o mejora de precio (45.4%).

²²Comentario: 164 ítems adjudicados tuvieron un solo postor (42,8%). 173 ítems fueron adjudicados sin puja o mejora de precio (45.2%).

tres meses, y condicionaron el cambio a esquemas de tratamiento de mayor costo, o un agravamiento de la condición clínica de los pacientes (Espinoza & Cruzado, 2011; Defensoría del Pueblo del Perú, 2011b).

La declaratoria de medicamentos “desiertos” en las compras corporativas, trae consigo serios inconvenientes en la gestión de abastecimiento. Las entidades públicas participantes deben esperar la “liberación de los ítems” por parte de DARES para asumir los procesos de selección y contratación de estos bienes (Defensoría del Pueblo del Perú, 2011c). Por otro lado, al no disponer de las ventajas de la economía de escala, las entidades públicas tienen que adquirir los medicamentos a precios mayores²³. Las Regiones más afectadas son aquellas donde la oferta farmacéutica es escasa y usualmente son las que presentan mayores niveles de pobreza.

Los retrasos en la compra de medicamentos explican parcialmente los problemas de disponibilidad de medicamentos en los servicios de salud. Diversos estudios realizados sobre el abastecimiento de medicamentos antirretrovirales en el Perú, señalan que existen dificultades en los procesos de programación y en la gestión de distribución de medicamentos (Espinoza & Cruzado, 2011; Villar López, Cruzado Ubillús & Amaro Suárez, 2008; Midzuaray, Cruzado & Espinoza, 2006). Al ser el abastecimiento una cadena de procesos, las ineficiencias en cada tarea se acumulan y se reflejan en los resultados finales.

Según los resultados publicados por la Defensoría del Pueblo (Defensoría del Pueblo del Perú, 2013b) a partir de la supervisión nacional realizada a hospitales del MINSA, Gobiernos Regionales y el Seguro Social de Salud²⁴, el 42.3% de los usuarios no encontró los medicamentos recetados en las farmacias de los hospitales del MINSA y de los gobiernos regionales, mientras que en los hospitales del Seguro Social de Salud esta cifra ascendió al 19%. La Defensoría del Pueblo también ha reportado la existencia de medicamentos vencidos en las farmacias de los establecimientos de salud, algunos de ellos de alta rotación (2012b, 2012d, 2013a).

Cuadro 10 Medicamentos estratégicos declarados “desiertos” en licitación pública por modalidad de subasta inversa LP 018-2011-DARES/MINSA

Medicamento	Estrategia Sanitaria Nacional
PRIMAQUINA FOSFATO 15 mg TB	Prevención y Control de Enfermedades Metaxénicas - Malaria
PRIMAQUINA FOSFATO 7.5mg TB	Prevención y Control de Enfermedades Metaxénicas - Malaria

²³ Se estima un incremento promedio superior al 30% de los precios de adquisición con respecto al último precio de compra de compra corporativa.

²⁴ Realizado en 173 hospitales del segundo y tercer nivel de atención a nivel nacional correspondientes al MINSA (9), a los Gobiernos Regionales (102) y a EsSalud (62), en los meses de mayo y junio del 2012.

Medicamento	Estrategia Sanitaria Nacional
COROQUINA 150 mg TB	Prevención y Control de Enfermedades Metaxénicas - Malaria
ESTIBOGLUCONATO SODICO AM	Prevención y Control de Enfermedades Metaxénicas - Leishmaniasis
NELFINAVIR MESILATO 250 mg TB	Prevención y Control de las ITS, VIH y SIDA
RITONAVIR 100 mg TB	Prevención y Control de las ITS, VIH y SIDA
LOPINAVIR + RITONAVIR 200 mg + 50 mg TB	Prevención y Control de las ITS, VIH y SIDA
CAPREOMICINA 1 g AM	Prevención y Control de Tuberculosis
ETIONAMIDA 250 mg TB	Prevención y Control de Tuberculosis
KANAMICINA 1 g AM	Prevención y Control de Tuberculosis
RIFAMPICINA 100 mg/5 ml FCO	Prevención y Control de Tuberculosis
RIFAMPICINA 300 mg TB	Prevención y Control de Tuberculosis
MEDROXIPROGESTERONA ACETATO 150 mg AM	Salud Sexual y Reproductiva - Planificación Familiar

Fuente: Elaboración propia a partir de Sistema Electrónico de Contrataciones con el Estado, 2011

Cuadro 11 Número de postores de medicamentos estratégicos en licitación pública por subasta inversa LP 010-2013-DARES/MINSA

MEDICAMENTO	N° de postores	Estrategia Sanitaria Nacional
COROQUINA (COMO FOSFATO) 150 mg TB	3 postores	Prevención y Control de Enfermedades Metaxénicas - Malaria
PRIMAQUINA FOSFATO 15 mg TB	2 postores	Prevención y Control de Enfermedades Metaxénicas - Malaria
ABACAIVIR 300 mg TB	3 postores	Prevención y Control de las ITS, VIH y SIDA
EFAVIRENZ 600 mg TB	4 postores	Prevención y Control de las ITS, VIH y SIDA
ESTAVUDINA 30 mg CP	1 postor	Prevención y Control de las ITS, VIH y SIDA
LAMIVUDINA + ZIDOVUDINA, 150 mg + 300 mg TB	3 postores	Prevención y Control de las ITS, VIH y SIDA
LAMIVUDINA 150 mg TB	2 postores	Prevención y Control de las ITS, VIH y SIDA
LAMIVUDINA 50 mg/5 MI FCO	1 postor	Prevención y Control de las ITS, VIH y SIDA
LOPINAVIR + RITONAVIR 200 mg + 50 mg TB	2 postores	Prevención y Control de las ITS, VIH y SIDA
NEVIRAPINA 200 mg TB	2 postores	Prevención y Control de las ITS, VIH y SIDA
RITONAVIR 100 mg TB	desierto	Prevención y Control de las ITS, VIH y SIDA
ZIDOVUDINA 100 mg TB	2 postores	Prevención y Control de las ITS, VIH y SIDA
ZIDOVUDINA 300 mg TB	2 postores	Prevención y Control de las ITS, VIH y SIDA
ZIDOVUDINA 50 mg/5 mL FCO	2 postores	Prevención y Control de las ITS, VIH y SIDA
CICLOSERINA 250 mg CP	2 postores	Prevención y Control de Tuberculosis
ETAMBUTOL CLORHIDRATO 400 mg TB	2 postores	Prevención y Control de Tuberculosis

MEDICAMENTO	N° de postores	Estrategia Sanitaria Nacional
ETIONAMIDA 250 mg TB	3 postores	Prevención y Control de Tuberculosis
ISONIAZIDA 100 mg TB	2 postores	Prevención y Control de Tuberculosis
KANAMICINA (COMO SULFATO) 1 g AM	1 postor	Prevención y Control de Tuberculosis
PIRAZINAMIDA 500 mg TB	1 postor	Prevención y Control de Tuberculosis
RIFAMPICINA 100 mg/5 mL FCO	1 postor	Prevención y Control de Tuberculosis
RIFAMPICINA 300 mg CP	1 postor	Prevención y Control de Tuberculosis
ETINILESTRADIOL + LEVONORGESTREL 30ug+150ug	2 postores	Salud Sexual y Reproductiva - Planificación Familiar
MEDROXIPROGESTERONA ACET. 150 mg AM	1 postor	Salud Sexual y Reproductiva - Planificación Familiar

Fuente: Elaboración propia a partir de Sistema Electrónico de Contrataciones con el Estado, 2013a

“Aguas abajo” de la gestión de abastecimiento, las entidades públicas enfrentan serios desafíos. El Consejo Nacional de Salud (2013) señala las carencias en infraestructura, equipamiento y de prácticas adecuadas en los almacenes regionales, además, resalta la ausencia de inversiones en la red de almacenamiento y distribución. Estas deficiencias afectan la calidad de los medicamentos y su oportuna distribución (Espinoza & Cruzado, 2011; Villar López, Cruzado Ubillús & Amaro Suárez, 2008; Midzuaray, Cruzado & Espinoza, 2006). Según la Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas (Ministerio de Salud del Perú, 2014), en el año 2012 únicamente el Almacén Especializado de la Dirección de Abastecimiento de Recursos Estratégicos DARES contaba con certificación en buenas prácticas de almacenamiento²⁵. Los almacenes especializados de medicamentos de las DIRESAS Callao, Huánuco y Cusco²⁶, que tuvieron certificación en buenas prácticas de almacenamiento, no aparecen en el listado de certificados de buenas prácticas de almacenamiento otorgados por DIGEMID en el año 2012.

²⁵ Certificado N° 183-12 de Buenas Prácticas de Almacenamiento. DIGEMID.

²⁶ El Almacén Especializado de Medicamentos de la DIRESA Callao obtuvo certificación BPA en los años 2008 al 2011. Los almacenes especializados de medicamentos de las DIRESAs de Huánuco y Cusco, obtuvieron su certificación BPA en los años 2010 y 2006 respectivamente.

Hacia el modelo de demanda continua

El modelo de compra programada en el sistema peruano de abastecimiento público de medicamentos

En un modelo ideal de gestión de inventarios, “*los medicamentos se entregan en respuesta a la demanda; las existencias disponibles disminuye hasta alcanzar el nivel requerido para cursar un pedido*” (Management Sciences for Health, 2002).

Existen dos modelos de gestión de inventarios: la compra anual programada y la demanda continua. En el modelo de compra anual programada las cantidades totales a adquirir se establecen el año anterior, y es el punto de partida del proceso de compra. En el modelo de demanda continua, las cantidades a adquirir se determinan según la necesidad actual de la entidad pública, y es atendido por un proveedor que ha celebrado un contrato marco con la organización.

Management Sciences for Health (2002), señala las razones por las cuales un país decide adoptar el modelo de compra anual programada:

1. Existencia de regulaciones estatales presupuestales y de contrataciones.
2. Cuando las fuentes locales de suministro son limitadas y se debe recurrir a proveedores extranjeros.
3. Cuando se inician nuevos programas y no se cuenta con información de inventarios.
4. Cuando las capacidades de gestión de compra son limitadas.
5. Cuando la tradición y la inercia favorecen seguir con este modelo de compra, “porque siempre se ha hecho así”.

Así mismo, advierte algunas desventajas como modelo único del sistema de abastecimiento, que impactan sobre su eficiencia y eficacia:

1. El consumo real difiere a menudo del previsto para el año, lo que produce insuficiencias y excedentes de existencias. Para hacer frente a las insuficiencias se recurre a compras urgentes, usualmente costosas, y los excedentes pueden deteriorarse o caducar.
2. Los niveles medios de existencias y costos de mantenimiento de inventarios son más elevados. Se requiere más espacio de almacenamiento.

3. La carga de trabajo en las oficinas de compras, se torna irregular al hacer frente a procesos de compras urgentes y a negociar reducción de contratos con proveedores por un consumo menor al previsto.

La compra anual programada es el modelo de gestión de inventarios implementado en el sistema peruano de abastecimiento público de medicamentos. El impacto negativo de este modelo sobre la gestión del abastecimiento, previsto en la bibliografía, son recogidos en los diferentes informes sobre el abastecimiento de medicamentos en el sector salud y en los reportes de la Defensoría del Pueblo. Estos informes señalan problemas de gestión en los procesos de abastecimiento, tales como retrasos en los procesos de compra, sobrestock en farmacias y almacenes, caducidad, insuficiencia de espacios de almacenamiento, ineficiencia en el gasto, y finalmente el desabastecimiento de medicamentos en las farmacias de los establecimientos de salud públicos.

El abastecimiento de medicamentos en el sector público peruano se inicia con el proceso de definición de los requerimientos anuales. Para el caso del Ministerio de Salud y Direcciones Regionales de Salud, DARES comunica la metodología para la determinación de las cantidades a adquirir a través de la compra corporativa. La metodología aplicada para el cálculo del requerimiento para la compra corporativa 2014 requirió de la siguiente información (Ministerio de Salud del Perú, Dirección de Abastecimiento de Recursos Estratégicos en Salud, 2013):

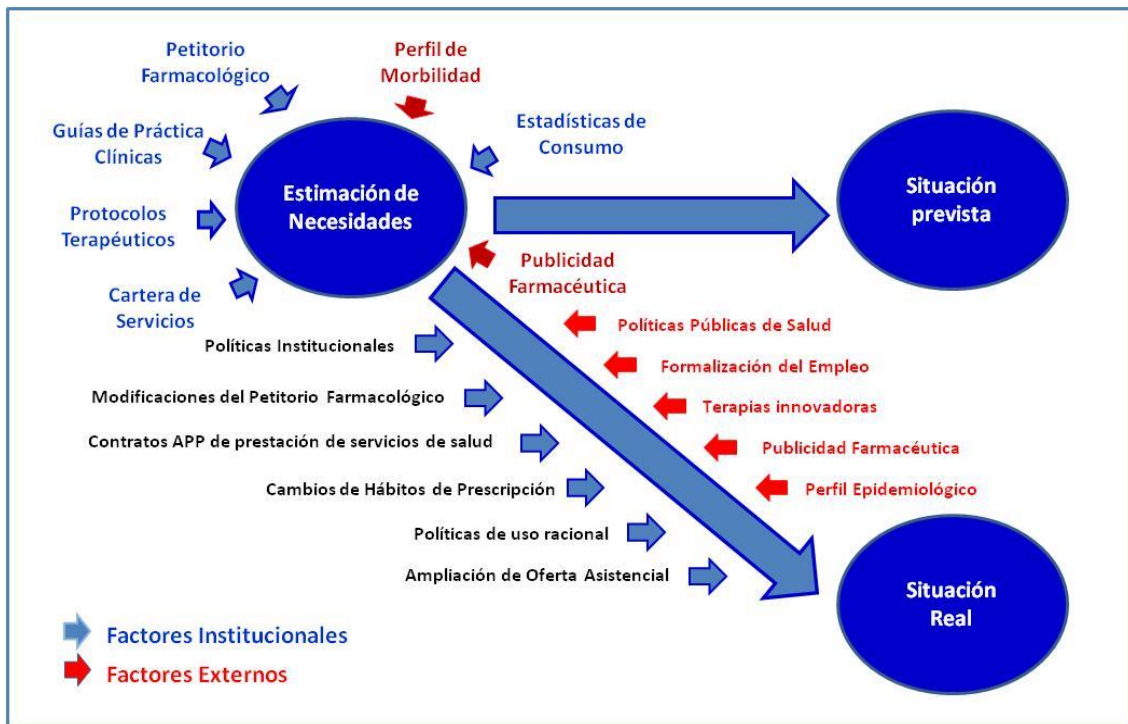
1. Stock disponible en DIRESA, al 31 de mayo 2013.
2. Entregas pendientes de medicamentos adjudicados en el año 2013.
3. Consumo promedio mensual del medicamento en la DIRESA.
4. Meses de stock de seguridad, a criterio de la DIRESA.

Como podrá observarse, esta metodología presenta los siguientes inconvenientes:

1. El cálculo se realiza con la información disponible al mes de mayo 2013 y los pronósticos de necesidad se extiende hasta el mes de diciembre del 2014. Esto constituye un horizonte de tiempo de 19 meses.
2. El cálculo del consumo promedio mensual refleja la demanda del pasado, y no incorpora otros factores que afectarán el consumo futuro, como el grado de ampliación de los servicios de salud o la incorporación de nuevos usuarios²⁷.
3. Las entregas pendientes dependen del grado de cumplimiento de proveedores.

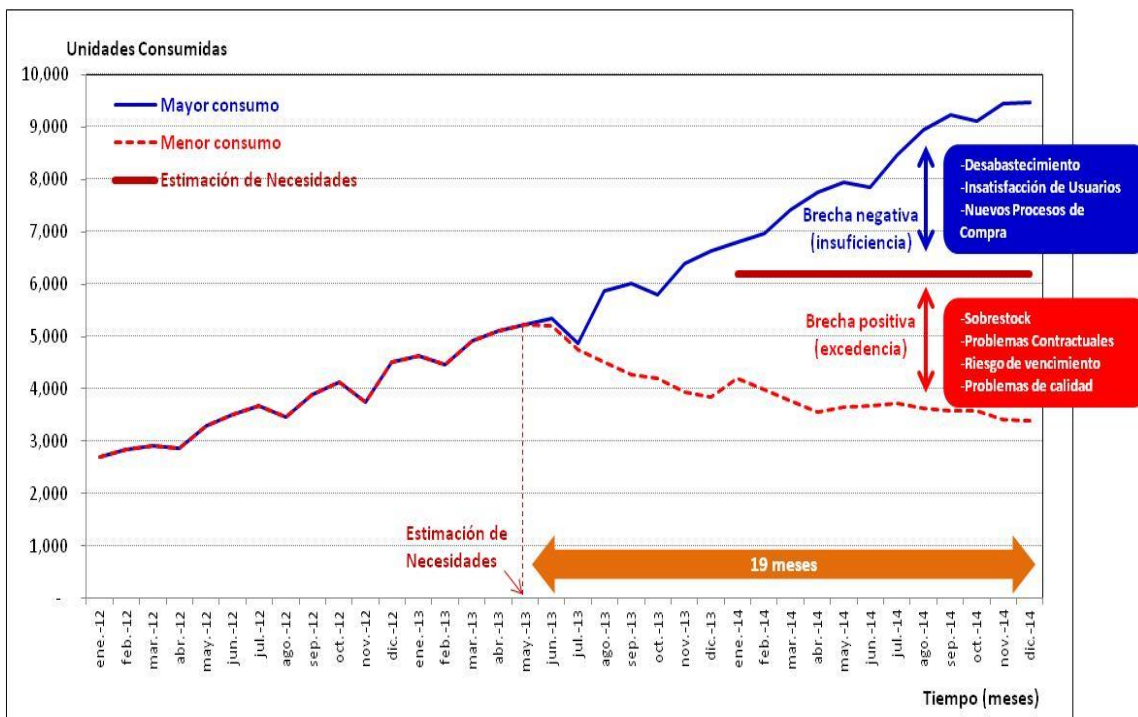
²⁷ Creación de nuevos establecimientos de salud, implementación de nuevos servicios de especialidad médica, nuevos programas de salud (ej. Plan Esperanza), ampliación de la cobertura del Seguro Integral de Salud, entre otros.

Figura 10 Factores institucionales y externos que afectan la estimación de necesidades de medicamentos



Fuente: Elaboración propia

Figura 11 Comportamiento del consumo frente a la estimación de necesidades en un modelo de compra programada y sus efectos en la gestión de suministro



Fuente: Elaboración propia

En los sistemas de salud públicos, como el peruano, cuya demanda y oferta asistencial se encuentra en constante crecimiento, y cuyos prescriptores son fuertemente influenciados por la publicidad farmacéutica, el pronóstico de la demanda de medicamentos en el 19º mes constituye una labor difícil de acertar.

A pesar que las normas de contratación pública permiten prestaciones adicionales (Organismo Supervisor de Contrataciones del Estado, 2011)²⁸, reducciones y complementarias (Ley de Contrataciones del Estado, 2008)²⁹, es usual que las variaciones del consumo no puedan ser resueltas de manera rápida y satisfactoria por este mecanismo. La negociación de las adendas a los contratos es un proceso lento y que requiere de la voluntad de ambas partes. La consecuencia previsible es la aparición de problemas de desabastecimiento, o en su defecto, problemas contractuales con proveedores y/o pérdidas económicas por sobrestock y caducidad.

El Seguro Social de Salud hace una distinción entre el proceso de estimación de necesidades y la programación (EsSalud, 2010a, 2010c). En el proceso de estimación de necesidades se estima la cantidad anual que se esperan consumir en los centros asistenciales de salud. Es durante el proceso de programación que se incorpora, en el cálculo de las cantidades finales a adquirir, la información de stocks disponibles en los almacenes y farmacias y el avance de ejecución de los contratos vigentes con proveedores. Esta diferenciación permite al área de compras calcular la cantidad a adquirir en el momento que se decide iniciar los procedimientos administrativos para su adquisición.

En los últimos años, el Seguro Social de Salud ha implementado diversas estrategias para atenuar las desventajas del modelo de compra anual programada. Mejoró la cobertura de información de inventarios³⁰, formalizó el proceso trimestral de incremento a la estimación de necesidades, mejoró el proceso de redistribución de medicamentos, y llevó a cabo reprogramaciones para controlar las excedencias (EsSalud, 2010a, 2010b). Estas estrategias permitieron tomar decisiones oportunas frente a problemas de insuficiencia o excedencia de inventarios en los almacenes, y estuvo respaldada por una eficaz gestión de los contratos de suministro.

Pasos iniciales para la implementación del modelo de demanda continua

La principal ventaja del modelo de demanda continua (o compra continua) sobre la compra anual programada es la posibilidad de responder rápidamente a los cambios imprevistos de consumo,

²⁸“Las Entidades pueden ordenar prestaciones adicionales sin que la normativa especifique como necesaria la aceptación o no del contratista, es decir, en este caso se configura una obligación para el contratista mediante un acto unilateral de la Entidad”

²⁹Ley de Contrataciones del Estado y Reglamento: Hasta un 25% de prestaciones adicionales o reducciones, contratación complementaria hasta un 30%.

³⁰En el año 2009, sólo el 36% de los centros asistenciales de salud reportaban información de saldos y consumos en el sistema SAP R/3. Al año 2013, la cobertura de información disponible superar el 90%.

cursando los pedidos de compra de acuerdo a las necesidades actuales. Esto tiene consecuencias positivas sobre el uso eficaz y eficiente de los recursos. Los niveles de stock de seguridad y los inventarios suelen ser mucho más reducidos que en la compra programada, disminuyendo así los riesgos de sobrestocks y caducidad, e incrementando la disponibilidad de los medicamentos en los centros asistenciales de salud (Management Sciences for Health, 2002).

El paso de un modelo de compra programada hacia un modelo de demanda continua constituye un proceso. Los agentes decisores deben definir el tipo de modelo de gestión de inventarios que mejor se adecue al contexto económico, normativo, tecnológico, de mercado e industrial en el cual se desenvuelve la gestión de abastecimiento de medicamentos en su país.

Para decidir la conveniencia de implementar el modelo de compra continua, Management Sciences for Health (2002) señala unos requerimientos especiales, sin embargo, se propone ampliar el ámbito de análisis a los siguientes componentes y actores del sistema de abastecimiento:

1. Sistema de información que disponga de datos consolidados de existencias y consumos de medicamentos en los almacenes y establecimientos de salud.
2. Capacidad de la industria farmacéutica nacional para la fabricación de medicamentos esenciales.
3. Mercado farmacéutico del sector público es atractivo para los proveedores.
4. Nivel de desarrollo de la logística nacional.
5. Disponibilidad de fondos que aseguren los pagos a los proveedores.
6. Existencia de marco normativo que permita aplicar el modelo de demanda continua.
7. Marco estratégico y políticas nacionales que otorguen prioridad a la eficiencia, eficacia y calidad de la cadena de abastecimiento.

A partir de la evaluación de cada uno de estos componentes, los decisores podrán determinar el grado de amplitud y profundidad de la implementación del modelo de demanda continua en el sistema de abastecimiento público de medicamentos. El número de medicamentos seleccionados, que ingresarían en una primera etapa, determinan el grado de amplitud. La definición de los niveles de servicio exigibles a los proveedores, determinan el grado de profundidad del proceso de implementación.

Cuadro 12 Características de los modelos de gestión de inventarios en los sistemas de abastecimiento de medicamentos

MODELO DECOMPRA	TIPO	CARACTERISTICAS
-----------------	------	-----------------

COMPRA ANUAL PROGRAMADA	Rígida	<ul style="list-style-type: none"> – Las cantidades a adquirir se determinan con meses de anticipación al inicio del año. – Es incipiente la gestión de contratos: El proveedor distribuye según cuadro de distribución establecido en las bases de la licitación. Salvo casos muy excepcionales, se solicita la ampliación o reducción de las cantidades en las etapas finales de la ejecución del contrato. – Es el modelo de gestión de inventarios más ineficiente. Es usual que las cantidades distribuidas por el proveedor no coincidan con las necesidades actuales de la entidad pública, lo que acarrea situaciones de desabastecimiento y sobrestock. Las pérdidas económicas pueden ser importantes por caducidad y/o deterioro.
	Flexible	<ul style="list-style-type: none"> – Las cantidades a adquirir se determinan con meses de anticipación al inicio del año. – Es activa la gestión de contratos: La entidad pública amplía o reduce las cantidades a distribuir en cada periodo de atención, con el objetivo de ajustar las cantidades atendidas por el proveedor con las necesidades actuales. La relación y negociación con los proveedores es permanente. – Este modelo busca reducir el impacto de las deficiencias del modelo de compra programada, sin embargo, persisten los riesgos de sobrestock por sobreestimación de las necesidades.
DEMANDA CONTINUA	Periódica	<ul style="list-style-type: none"> – Con uno o dos meses de anticipación, la entidad que gestiona los contratos marco, comunica a los proveedores las cantidades requeridas por las entidades públicas para un periodo determinado (ej. trimestral). – Se establecen criterios para atenciones urgentes, ante eventos no previstos. – El proveedor organiza la producción o importación de los medicamentos en base a estos requerimientos. – Este modelo es útil cuando existen diferentes entidades públicas que usan diferentes sistemas de información, que dificultan contar con información consolidada y confiable de existencias y consumos.
	Continua	<ul style="list-style-type: none"> – Las cantidades a atender por el proveedor son establecidas en el momento que la entidad pública emite la orden de compra. – El proveedor organiza la producción en base a la información de consumo y existencias de las entidades públicas, a la cual tiene acceso.

Fuente: Elaboración propia

A continuación se realiza una primera aproximación al estado situacional de los componentes y actores del sistema peruano de abastecimiento público de medicamentos.

Los sistemas de información

La Oficina General de Estadística e Informática del MINSA, es la encargada del Sistema de Información del Sistema Integrado de Suministro de Medicamentos e Insumos Médico Quirúrgicos

(SISMED) y del software SISMED V2.1.0.^{31,32} que es usado en las farmacias de los centros asistenciales de salud y almacenes especializados de medicamentos de los Gobiernos Regionales.

La consolidación y validación de la información de consumos y existencias de los establecimientos de salud y almacenes especializados³³ es responsabilidad de las Direcciones de Salud, y se realiza antes de su envío a la Oficina General de Estadística e Informática. La información nacional consolidada se pone a disposición de la alta dirección y demás dependencias del MINSA para que lleven a cabo el monitoreo, análisis y toma de decisiones según el ámbito de sus competencias³⁴.

Los diversos informes emitidos por entidades externas, que monitorean el abastecimiento de medicamentos usados en programas nacionales, principalmente VIH SIDA, tuberculosis y malaria, reportan problemas en la calidad de la información, por el débil control de calidad sobre la información transmitida. La cobertura de información es muy alta, sin embargo persisten problemas en su remisión oportuna. La información nacional consolidada usualmente está disponible a partir del 20avo día después de finalizado el mes anterior (Espinoza & Cruzado, 2011; Villar López, Cruzado Ubillús & Amaro Suárez, 2008; Midzuaray, Cruzado & Espinoza, 2006).

El Seguro Social de Salud dispone de dos programas informáticos que capturan la información de consumos y existencias. El Sistema de Gestión Hospitalaria registra las atenciones de salud y cuenta con un módulo de farmacia que controla los movimientos de los medicamentos en los centros asistenciales de salud. Diariamente, la información de consumo es remitida a través de una interfase al sistema informático ERP SAP R/3³⁵, que además contiene la información en línea de los movimientos y saldos en los almacenes de las redes asistenciales de salud. La información disponible es confiable y los reportes consolidados nacionales pueden ser actualizados diariamente.

³¹ El año 2003 diseñó e implementó inicialmente el SISMED V1.3, y el año 2005 se implementa el SISMED V2.0 que es actualizado periódicamente <http://ftp.minsa.gob.pe/sismed/SISMEDV2.0/actualizacion/>

³² El software SISMED V2.1.0 cuenta con tres módulos: el módulo de control de almacenes gestiona los stocks en los almacenes especializados, el módulo de control de farmacias ha sido desarrollado para gestionar los stocks de los medicamentos e insumos de las farmacias que cuentan con computador y el módulo de formatos es usado por los puntos de digitación que registran los datos recogidos en los informes mensuales remitidos por los establecimientos de salud que no cuentan con computador. Los manuales de usuarios están disponibles en la dirección electrónica: <http://ftp.minsa.gob.pe/sismed/SISMEDV2.0/documentacion/>

³³ La información es recogida a través del formato ICI "informe de consumo integrado" que consolida los movimientos de medicamentos en los establecimientos de salud en un mes.

³⁴ Los principales usuarios de la información del SISMED son las propias Direcciones de Salud, y en el Nivel Central DIGEMID, DARES y DGSP.

³⁵ EL SAP R/3 es un ERP (*enterpriseresourceplanning*) o sistema integrado de gestión que permite controlar todos los procesos que se llevan a cabo en una empresa, a través de módulos, entre ellos el módulo de logística. El Seguro Social implementó esta herramienta hace más de una década.

La Gerencia Central de Prestaciones de Salud, la Gerencia Central de Logística y las Oficinas de Planificación Operativa de las Redes Asistenciales de Salud tienen acceso directo a los diferentes reportes que brinda el sistema informático ERP SAP R/3 sobre los procesos de compra, contratos, almacenamiento, distribución, además de la información de existencias y consumo.

El Ministerio de Salud y el Seguro Social de Salud no comparten los datos contenidos en sus sistemas de información usados en el abastecimiento de medicamentos.

Capacidad de fabricación de medicamentos esenciales por la industria farmacéutica nacional

Los resultados de las compras corporativas de medicamentos, donde cada vez es mayor la proporción de ítems adjudicados a los laboratorios farmacéuticos nacionales, permiten afirmar que la industria farmacéutica nacional cuenta con la capacidad de fabricación para suministrar un segmento importante de los medicamentos esenciales requeridos por el sistema de salud.

Según la Asociación de Industrias Farmacéuticas Nacionales (2014), se han realizado inversiones importantes para competir en el mercado de los medicamentos oncológicos, neurológicos y otros de muy alta tecnología, actualmente bajo un claro dominio de los laboratorios trasnacionales.

El mercado farmacéutico en el sector público peruano

Para el presente año 2014, DARES ha registrado en el SEACE la realización de dos procesos de selección para la compra corporativa de medicamentos, que ascienden a S/. 559'547,539.26 Nuevos Soles:

Nomenclatura del Proceso	Valor Referencial
Licitación Pública por subasta inversa Presencial N° 10-2013-DARES/MINSA	S/. 491'920,100.57
Licitación Pública por procedimiento clásico N° 11-2013-DARES/MINSA	S/. 67'627,438.69

Fuente: Sistema Electrónico de Contrataciones del Estado (2013a); Sistema Electrónico de Contrataciones del Estado (2013b)

En el año 2013, el Seguro Social de Salud presupuestó 737 millones de nuevos soles para la compra de medicamentos (El Peruano, 2013). Para el presente año 2014, el gasto en medicamentos estaría bordeando los 800 millones de nuevos soles.

Aunque no se dispone de información consolidada de las compras totales de medicamentos en el sector público peruano, se estima que para el presente año 2014 el gasto en medicamentos sería de aproximadamente de 1,500 millones de nuevos soles. Tomando en consideración el

crecimiento poblacional, el aumento de las enfermedades crónicas y degenerativas, el tratamiento de enfermedades de alto costo sanitario, el incremento de la oferta asistencial, la ampliación de la cobertura de enfermedades del seguro integral de salud, entre otros, el incremento del gasto en medicamentos podría superar el 10% anual. Bajo dicho escenario, en el año 2020, el gasto podría bordear los 4,000 millones de nuevos soles.

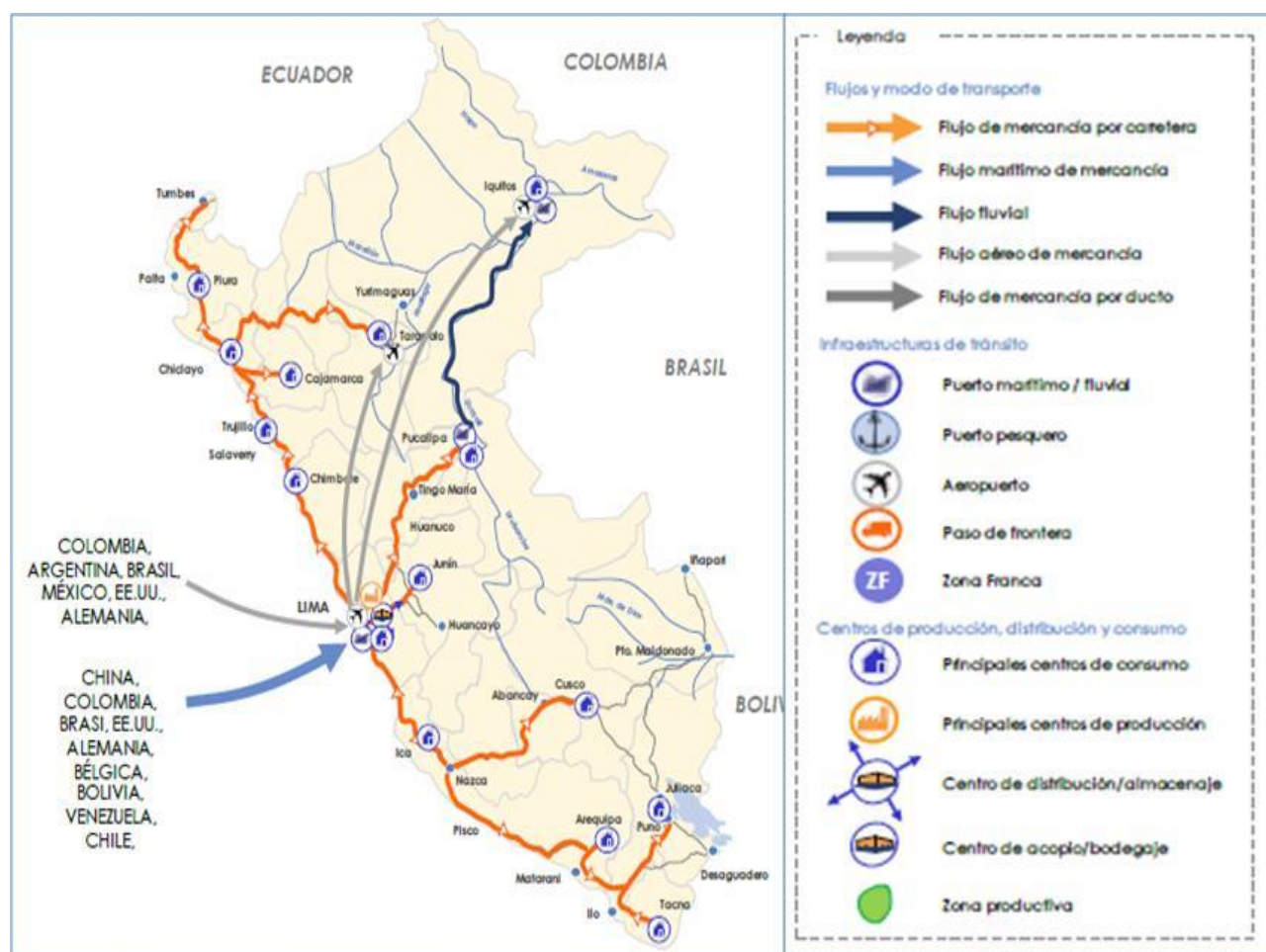
El incremento constante del gasto público para la compra de medicamentos constituye un estímulo importante para la participación de proveedores en las licitaciones que convocan las entidades públicas.

Nivel de desarrollo de la logística nacional

El Perú cuenta con un sistema de transporte y logística de mercancías que satisface parcialmente las necesidades del sector productivo, caracterizado por una reducida oferta de servicios de valor agregado, que limita la conectividad de las unidades de negocio con los mercados nacionales e internacionales, y usa esquemas de operación que elevan los costos logísticos mermando la competitividad del país. Los costos logísticos representan en promedio un costo sobre el valor del producto del 34%, superior a la media de América Latina que es de 24% (Ministerio de Transportes y Comunicaciones del Perú, 2011).

El Estado peruano tiene planeado invertir 20 mil millones de dólares en el sector Transportes para reducir la brecha de infraestructura en el país (Diario Gestión, 2013). Uno de los megaproyectos más importantes es el asfaltado del 100% de la carretera longitudinal de la sierra, que pretende mejorar la infraestructura vial en el interior del país y conectar con carreteras asfaltadas a las capitales de provincia (ProInversión, 2012). La Agenda de Competitividad 2012–2013 incluyó, dentro de sus siete líneas de estratégicas, la meta de reducir la brecha de infraestructura y la mejora de la competitividad en la gestión de los servicios logísticos (Ministerio de Economía y Finanzas del Perú, 2012).

Figura 12 Mapa de la estructuración de la cadena de la industria farmacéutica en el Perú, año 2010



Fuente: Ministerio de Transporte y Comunicaciones del Perú, 2011

El Plan de Desarrollo de los Servicios de Logística de Transporte señala las principales tendencias observadas en la oferta de servicios de transporte y logística: la modernización de los servicios, el aumento de los costos por crecientes costos laborales y de seguridad, un mayor uso de las tecnologías de información y comunicaciones, una mayor preocupación por la seguridad de la carga para evitar las sustracciones y garantizar su trazabilidad, la oferta de servicios de operación logística integral, y la especialización de los servicios logísticos (Ministerio de Transportes y Comunicaciones del Perú, 2011).

La cadena logística farmacéutica demanda una oferta más sofisticada y especializada, acorde con las nuevas reglamentaciones en proceso de aprobación por la autoridad sanitaria, y la búsqueda del sector privado de extender la cobertura en el territorio peruano para ampliar su base de clientes. El Ministerio de Salud ha pre publicado el proyecto de documento técnico “Manual de Buenas Prácticas de Distribución y Transporte de Productos Farmacéuticos” (2013b), cuya implementación tendría un impacto sobre la calidad y los costos del servicio de transporte de medicamentos.

En resumen, la red vial nacional permite brindar servicios logísticos de transporte a las capitales de región y algunas capitales de provincia, sin embargo la calidad del servicio es deficiente. Se espera a mediano plazo la culminación de diversos proyectos viales del Estado peruano, entre ellos la carretera longitudinal de la Sierra, que permitirán mejorar el acceso vial a un mayor número de capitales de provincia. Existe una tendencia hacia la mejora de la calidad de los servicios logísticos, que incluye a la logística farmacéutica.

Disponibilidad de fondos que aseguren los pagos a los proveedores.

El Ministerio de Economía y Finanzas ha emitido normas destinadas a garantizar que las entidades públicas cuenten con presupuestos disponibles como requisito indispensable cada vez que se prevea realizar un gasto, contratar y/o adquirir un compromiso (Ministerio de Economía y Finanzas del Perú, 2011). No se ha tomado conocimiento de quejas de proveedores de medicamentos por falta de fondos para el pago de las prestaciones brindadas a entidades públicas del Estado peruano.

Existencia de marco normativo que permita aplicar el modelo de demanda continua

La Ley de Contrataciones del Estado y su reglamento contemplan la modalidad de selección por convenio marco. Con la finalidad de precisar y uniformizar criterios para la implementación de esta modalidad de selección, el OSCE ha emitido la Directiva de Convenio Marco, que establece disposiciones para formular, diseñar y conducir estos procesos. Es importante destacar que dicha directiva señala que en las bases se podrán incorporar reglas de negocio especiales dependiendo de la naturaleza y complejidad del objeto de contratación (Organismo Supervisor de Contrataciones del Estado, 2012b).

Actualmente están vigentes los catálogos electrónicos de convenio marco de útiles de escritorio (febrero 2011), emisión de boletos electrónicos para transporte aéreo Nacional de pasajeros (mayo 2012), bienes de ayuda humanitaria (noviembre 2012), impresoras, consumibles y accesorios (febrero 2013), y computadoras de escritorio, portátiles, proyectores y escáneres (abril 2013) (Organismo Supervisor de Contrataciones del Estado, 2013). Todos estos catálogos se rigen bajo los criterios del modelo “3” de convenio marco. Aun no se han llevado procesos de selección de proveedores bajo los modelos “1” y “2” de convenio marco, que serían los modelos que mejor se adecuarían a la gestión de abastecimiento de medicamentos.

Marco estratégico y políticas nacionales sobre abastecimiento de medicamentos

La Política Nacional de Medicamentos³⁶ (Ministerio de Salud del Perú, 2004) establece lineamientos para mejorar el acceso a medicamentos esenciales. Destaca la propuesta de disponer de sistemas de suministros confiables que aseguren la disponibilidad de los medicamentos en los servicios de salud, a través de un manejo eficiente de los procesos y propone evaluar opciones en el ámbito privado para la producción de medicamentos esenciales.

El Consejo Nacional de Salud (2013) destaca la importancia de contar con un sistema de abastecimiento que asegure la disponibilidad de medicamentos en los servicios de salud, y propone implementar cambios en los procesos de gestión del suministro de medicamentos:

Cuadro 13 Cambios en los procesos de la gestión de suministro de productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios propuestos por el Consejo Nacional de Salud

Proceso	Proceso actual	Proceso modificado	Arreglos clave para la implementación:
Financiamiento	Múltiples fuentes de financiamiento	Fuente única de financiamiento	1. El MINSA, en coordinación con el MEF, deberá proponer la reformulación de los mecanismos financieros, presupuestales y contables pertinentes.
Compras	Normativa que no considera las características del mercado de estos productos	Normativa que facilita la compra oportuna, eficiente y transparente	2. El MINSA deberá proponer la política de gestión de compras de productos farmacéuticos y dispositivos médicos, sobre la base de la cual se coordinará con el MEF las modificaciones a la normativa de Contrataciones del Estado correspondientes. 3. El MINSA deberá fortalecer la organización y gestión de compras corporativas. 4. El MINSA deberá proponer un dispositivo legal que permita la participación del sector privado en las compras corporativas de productos farmacéuticos y dispositivos médicos.
Almacenamiento	Red deficiente y desarticulada	Red eficiente que cumple con buenas prácticas de almacenamiento	5. El MINSA, en coordinación con los gobiernos regionales, EsSalud, sanidades de las FF.AA. y de la Policía Nacional, deberá formular e implementar un plan nacional de fortalecimiento de almacenes especializados y sistema de distribución y transporte.

³⁶Resolución Ministerial N° 1240-2004/MINSA.

Proceso	Proceso actual	Proceso modificado	Arreglos clave para la implementación:
Distribución y transporte	Red desorganizada e inadecuada	Red organizada que asegura una entrega oportuna y seguridad	6. El MINSA deberá proponer un proyecto de decreto supremo para la implementación del Sistema de Trazabilidad de Productos Farmacéuticos y Dispositivos Médicos en base a estándares de identificación única de productos.
Dispensación y uso	Condicionada a la disponibilidad de productos y en algunos casos autofinanciada	Oportuna y completa	7. El MINSA deberá proponer un dispositivo legal que faculte la celebración de convenios con farmacias privadas para la dispensación gratuita de productos farmacéuticos y dispositivos médicos para la población asegurada y expendio a la población no asegurada.

Fuente: Consejo Nacional de Salud, 2013

El proceso inicial de implementación del modelo de demanda continua a través del empleo de la modalidad de selección por convenio marco

La implementación inicial del modelo de demanda continua debe verse como un proceso de transición ordenada, que conserve los beneficios y el nivel de servicios actualmente exigidos en las licitaciones públicas clásicas o por subasta inversa. El proceso de implementación debe tomar en consideración los siguientes aspectos:

1. Selección del modelo de convenio marco, que mejor se adapte a las características de la gestión de abastecimiento público de medicamentos en el país.
2. Definición de criterios para la selección de medicamentos que ingresarían, en una primera etapa, al convenio marco.
3. Identificación de los aspectos críticos y niveles de servicios actualmente exigidos en los procesos de compra bajo la modalidad clásica y subasta inversa, que deben mantenerse en los contratos por convenio marco.
4. Establecer exigencias que permitan ir “aguas arriba” de la cadena de abastecimiento.
5. Definición de los puntos de entrega y periodicidad de la atención.
6. Permitir el acceso a los proveedores y privados a la información de existencias y consumo de medicamentos de las diferentes entidades públicas.
7. El tiempo de duración de los contratos por convenio marco.

El “Modelo 1” de convenio marco es probablemente el modelo más aconsejable para el abastecimiento de medicamentos. En este modelo, la competencia, los términos y condiciones del servicio se dan en la fase inicial, y se selecciona a un solo proveedor que atenderá a las entidades

públicas. La selección de un solo proveedor facilitaría la gestión de los contratos y un mejor control de la calidad de servicio brindado. Sin embargo, no debería descartarse el uso del “Modelo 2”, que selecciona dos o tres proveedores, especialmente por los efectos adversos sobre la competencia que podría ocasionar la adopción del “Modelo 1” (Organismo Supervisor de las Contrataciones del Estado, 2009a; Comisión de las Naciones Unidas para el Derecho Mercantil Internacional, 2008).

En el proceso de implementación del modelo de demanda continua, se debe prestar una especial atención en incluir reglas de juego que permitan ir “aguas arriba” de la cadena de abastecimiento. El objetivo es lograr disponer de información de los stocks disponibles en los almacenes de los proveedores, el nivel de producción, o el estado de los procesos de importación de productos terminados o materia prima, que permita a los gestores de los contratos adoptar medidas oportunas ante el riesgo que el proveedor adjudicado no pueda cumplir con sus compromisos.

Se recomienda mantener los actuales puntos de entrega de medicamentos; no obstante, a mediano plazo, ante el desarrollo de la infraestructura vial y la mejora de los servicios logísticos, se abre la posibilidad de incorporar nuevos puntos de entrega, como almacenes u hospitales ubicados en capitales de provincia.

Con el objetivo de garantizar la equidad en el acceso a los medicamentos, especialmente en las regiones más alejadas, no deberían establecerse montos mínimos de transacción³⁷ para atenciones regulares. En una primera etapa, las atenciones de los pedidos tendrían una periodicidad de mensual, sin embargo, debe preverse mecanismos que permitan atenciones excepcionales para hacer frente a imprevistos o eventos que afecten la salud pública. A mediano plazo, la periodicidad y el tiempo de respuesta de los pedidos podrían reducirse a semanas o días, particularmente en el caso de los hospitales nacionales e institutos especializados.

La gestión estratégica del modelo deberá permitir incluir paulatinamente nuevos elementos para alcanzar un mayor nivel de servicio e incorporar nuevas características técnicas a los productos. El objetivo es enlazar la gestión de abastecimiento con los requerimientos sanitarios que permitan una mejor dispensación, uso y administración de los medicamentos, así mismo, facilite en los pacientes el uso apropiado y la adherencia a sus tratamientos³⁸.

³⁷El Artículo 97° del Reglamento, señala respecto al convenio marco “En las Bases se podrá establecer montos de transacción mínimos a partir de los cuales los proveedores deberán atender a las Entidades.” El término “podrá” no significa obligatoriedad.

³⁸Deben realizarse estudios que identifiquen los medicamentos a los cuales deben incorporarse ciertas características en sus formas farmacéuticas, que faciliten la adherencia a los tratamientos y su administración, a fin de ser exigidos en los procesos de compra.

El modelo de demanda continua y las medidas de reforma del sector salud

La implementación del modelo de demanda continua en la gestión de abastecimientos de medicamentos es congruente con los lineamientos y medidas propuestas en la reforma del sector salud al permitir:

1. Hacer un uso eficiente y eficaz de los recursos institucionales destinados a la compra de medicamentos.
2. Mejorar los niveles de disponibilidad de medicamentos en los centros asistenciales de salud.
3. Una gestión de compras oportuna, eficiente y transparente.
4. La adopción de medidas oportunas ante riesgos de incumplimiento de proveedores, al actuar “aguas arriba” de la cadena de abastecimiento.
5. Diseñar una red de almacenes y sistemas de distribución más eficientes.
6. Facilitar la participación, en las compras corporativas de medicamentos, de organizaciones de salud privadas con contratos públicos para brindar atenciones de salud.
7. Una actuación oportuna ante eventos de emergencia o desastres.

La gestión estratégica de las compras de medicamentos en el sector público

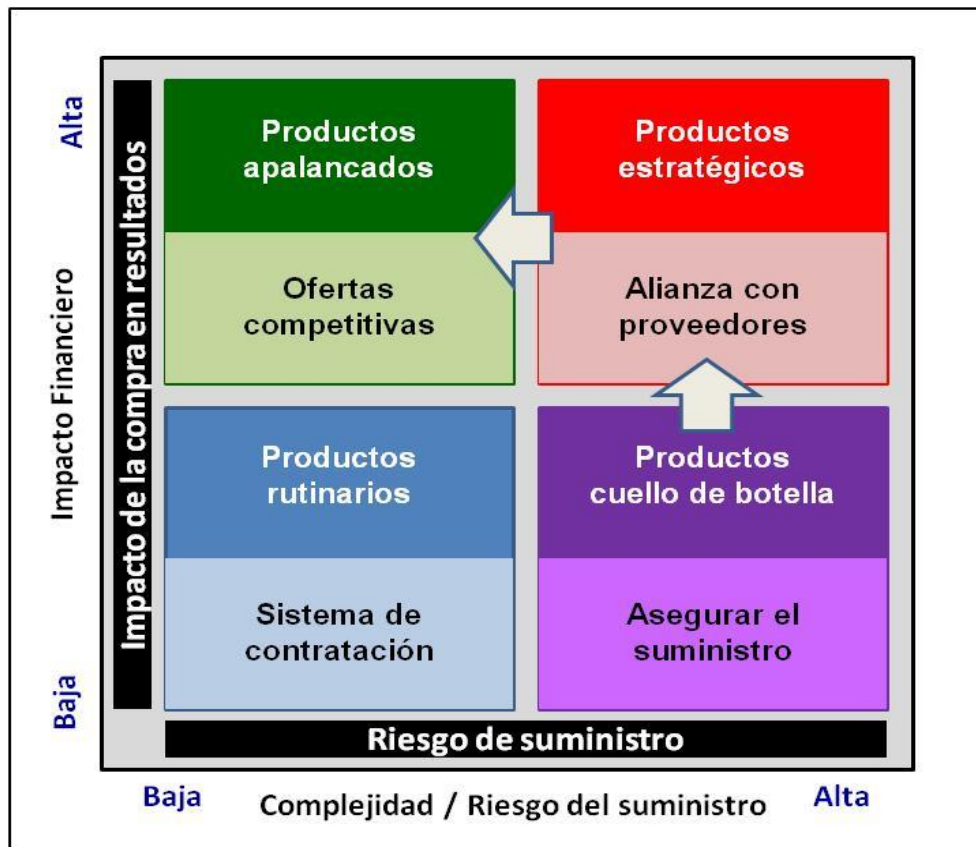
La gestión estratégica de las compras

La gestión de compras ha pasado de ser considerada una actividad meramente administrativa a ser reconocida como un elemento clave para mantener y mejorar la posición competitiva de las organizaciones (Gonzales Benito, 2006). Ante un entorno complejo donde se debe afrontar incertidumbres, las organizaciones tienen que adoptar medidas que garanticen el aprovisionamiento de los insumos usados en la producción de bienes o servicios. Esto ha significado un cambio total de perspectiva: pasar de la gestión de compras (función operativa) a la gestión de aprovisionamiento (función estratégica) (Kraljic, 1984).

Kraljic (1984) propone clasificar los materiales o componentes adquiridos en función de su incidencia en los beneficios y el riesgo de su aprovisionamiento. La incidencia de un material es medida según su importancia en la producción de los bienes y servicios, y su impacto sobre los costos totales y la rentabilidad. El riesgo de aprovisionamiento valora la complejidad del mercado medido por la escasez de la oferta, las barreras de entrada, el cambio tecnológico, los niveles de producción, y las condiciones de monopolio u oligopolio. A partir la valoración de ambos componentes, se clasifican los productos y se diseñan las estrategias de compras, acorde a las características particulares de cada grupo.

Kraljic (1984) divide los productos en cuatro grupos: productos estratégicos (incidencia alta, riesgo alto), productos “cuello de botella” (incidencia baja, riesgo alto), productos “palanca” (incidencia alta, riesgo bajo) y productos no críticos (incidencia baja, riesgo bajo). Cada categoría requiere de un enfoque y políticas de gestión de compra diferentes.

Figura 13 Matriz de Kraljic y la clasificación de los productos



Fuente: Gestión Estratégica de Compras, 2012

Aplicación del análisis de Kraljic en la gestión de compras públicas de medicamentos

Tomando como referencia a Kraljic, se propone evaluar y clasificar cada medicamento tomando en consideración los siguientes aspectos:

Dimensión interna:

- Importancia del medicamento en la salud pública y la gestión sanitaria.
- Impacto del uso del medicamento en el gasto sanitario.

Dimensión externa:

- Oferta disponible en el mercado farmacéutico nacional e internacional.
- Grado de competencia en las compras de medicamentos del sector público.

- Capacidad de fabricación de la industria farmacéutica nacional.
- Suministro de las materias primas.

Se propone agrupar los medicamentos en seis grupos:

Grupo 1: Medicamentos con escasa oferta nacional y de alto costo

Constituido por medicamentos que cuentan usualmente con un solo proveedor en el mercado nacional, son importados, y son de alto costo.

Grupo 2: Medicamentos con escasa o nula oferta en el mercado farmacéutico nacional, de alta importancia sanitaria e industria nacional con capacidad de producirlos

Constituido por medicamentos usados en las estrategias sanitarias nacionales o declarados de “importancia sanitaria”, que no cuentan con proveedores por ser el mercado poco atractivo, pero que la industria nacional está en condiciones de fabricarlos.

Grupo 3: Medicamentos con escasa o nula oferta en el mercado farmacéutico nacional de alta importancia sanitaria e industria nacional sin capacidad de producirlos

Constituido por medicamentos usados en las estrategias sanitarias nacionales o declarados de “importancia sanitaria”, que no cuentan con proveedores por ser el mercado poco atractivo, la industria nacional no está en capacidad de producirlos, y pueden ser adquiridos a través de convenios de organismos internacionales.

Grupo 4: Medicamentos en mercado público de medicamentos poco competitivo e industria nacional con capacidad de producirlos

Constituido principalmente por medicamentos que han estado siendo adquiridos mediante compras corporativas por varios años, principalmente por subasta inversa, y que los últimos años han tenido pocos oferentes.

Grupo 5: Medicamentos en mercado público de medicamentos competitivo

Constituido por medicamentos que en los procesos de compra cuentan con una amplia participación de proveedores como oferentes.

Grupo 6: Medicamentos sin oferta en el mercado farmacéutico nacional

Constituidos por medicamentos con escasa importancia sanitaria nacional, pero de uso en pequeñas poblaciones o grupos de pacientes, no cuentan con oferta en el mercado farmacéutico nacional, y no es ofrecido por organismos internacionales.

Principales estrategias de compra

A continuación se proponen las principales estrategias de compra para cada grupo de medicamentos:

Grupo 1: Medicamentos de escasa oferta nacional y de alto costo

Nivel de Importancia : Alta

Nivel de Decisión : Alta Dirección

Estrategias principales:

- Negociación y/o regulación de precios³⁹.
- Modelo de gestión por demanda continua.

Principales tareas:

- Contar con información de costos de producción e importación.
- Contar con información de precios de venta al sector público en otros países.
- Disponer de información de la capacidad de producción de estos medicamentos por parte de la industria farmacéutica nacional.
- Evaluar la opción de importaciones paralelas desde otros países.
- Búsqueda de nuevos proveedores.

Grupo 2: Medicamentos con escasa o nula oferta en el mercado farmacéutico nacional, de alta importancia sanitaria e industria nacional con capacidad de producirlos

Nivel de Importancia : Alta

Nivel de Decisión : Alta Dirección

³⁹La Organización Panamericana de la Salud (2009), propone estrategias, mecanismos e instrumentos para promover acceso a medicamentos de alto costo y fuentes limitadas, entre ellas la negociación y regulación del precio, para el caso de medicamentos bajo exclusividad, para contrarrestar el poder monopolista de los oferentes.

Estrategias principales:

- Contratación de servicios de fabricación de medicamentos⁴⁰

Principales tareas:

- Identificación de los laboratorios farmacéuticos nacionales con capacidad de producir los medicamentos de alta importancia sanitaria.
- Contar con información sobre productores de materias primas (principios activos) y su importación.
- Contar con información de costos de los servicios de producción (maquila).
- Obtención de registros sanitarios.

Grupo 3: Medicamentos con escasa o nula oferta en el mercado farmacéutico nacional de alta importancia sanitaria e industria nacional sin capacidad de producirlos

Nivel de Importancia : Alta

Nivel de Decisión : Alta Dirección

Estrategias principales:

- Compras por convenio con organismos internacionales, estados o entidades cooperantes.
- Gestión de donaciones.
- Licitaciones internacionales.

Principales tareas:

- Evaluación de mercado farmacéutico internacional.
- Identificar posibilidades de compra por organismos internacionales y otras modalidades.

⁴⁰El Ministerio de Salud tiene experiencia en la contratación de servicio de fabricación de medicamentos. Mediante Concurso Público N° 01-2013-MINSA “Contratación del Servicio de Fabricación de Estupefacientes” se contrató el servicio de fabricación de los medicamentos Morfina Clorhidrato 10 y 20 mg/mLAM, Morfina Sulfato 30mg TB y Petidina Clorhidrato 100mg/2mL AM. El MINSA proporciona el principio activo al fabricante.

- Obtención de registros sanitarios.

Grupo 4: Medicamentos en mercado público de medicamentos poco competitivo e industria nacional con capacidad de producirlos

Nivel de Importancia : Alta

Nivel de Decisión : Nivel táctico

Estrategias principales:

- Compras por convenio marco.
- Modelo de gestión por demanda continua.

Principales tareas:

- Evaluación del mercado farmacéutico nacional.
- Disponer de información de la capacidad de producción de estos medicamentos en la industria farmacéutica nacional.

Grupo 5: Medicamentos en mercado público de medicamentos competitivo

Nivel de Importancia : Media

Nivel de Decisión : Nivel táctico

Estrategias principales:

- Compras por subasta inversa
- Compras por convenio marco
- Modelo de gestión por demanda continua.

Principales tareas:

- Evaluación del mercado farmacéutico nacional.
- Disponer de información de la capacidad de producción de estos medicamentos en la industria farmacéutica nacional.

Grupo 6: Medicamentos sin oferta en el mercado farmacéutico nacional

Nivel de Importancia : Media – Baja

Nivel de Decisión : Nivel táctico

Estrategias principales:

- Contratación de servicio de compras en mercado internacional⁴¹ (compras de acuerdo a recetas prescritas).

Principales tareas:

- Evaluación de precios de medicamentos en el mercado farmacéutico internacional.

Fortalecimiento de la Dirección de Abastecimiento de Recursos Estratégicos de Salud

Los lineamientos y propuestas de reforma del sector salud, señalan la necesidad de fortalecer y modernizar el órgano competente de compra de medicamentos. La Dirección de Abastecimiento de Recursos Estratégicos de Salud debe dar un salto cualitativo en cuanto al perfil y competencias de sus profesionales, y convertirse en una entidad altamente especializada, capaz de ser eficiente y eficaz en el desarrollo de las siguientes actividades clave en la gestión de abastecimiento de medicamentos:

1. Gestionar la compra de medicamentos requeridos por el sector salud, bajo sus diferentes modalidades.
2. Clasificar los medicamentos y definir las estrategias de compra.
3. Gestionar los requisitos técnicos y nivel de servicio a ser exigibles a los proveedores.
4. Llevar a cabo estudios del mercado farmacéutico nacional e internacional (materias primas, producción, precios, costos, otros), con énfasis en medicamentos de alta importancia sanitaria.
5. Llevar a cabo estudios sobre la capacidad de producción de medicamentos esenciales en la industria farmacéutica nacional.
6. Proponer nuevos modelos de compra de medicamentos.
7. Monitorear el suministro, con énfasis “aguas arriba” de la cadena de abastecimiento.

⁴¹ Por escaso valor económico que representan estos medicamentos, no existe interés privado para tramitar registro sanitario para su comercialización, por lo que podría optarse por contratar el servicio de compras de medicamentos según recetas prescritas.

8. Liderar el proceso de integración de la gestión de almacenamiento y distribución de medicamentos en el sector público y sus sistemas de información.

Integración de los procesos de almacenamiento y distribución de medicamentos en el sector público peruano

El éxito de la integración de la gestión de compras de medicamentos en el sector público, se puede observar en el creciente número de medicamentos que son adquiridos a través de las compras corporativas y una mayor participación de entidades públicas. Este avance se debe a los importantes beneficios que las entidades públicas obtienen a partir de las compras corporativas, entre las que destacan los menores precios de compra, exigencia de controles de calidad, mejor nivel de servicio, menores costos administrativos, entre otros.

En contraste, la gestión de distribución, que depende en mayor medida de la gestión interna de cada entidad pública, no ha tenido un mayor desarrollo. No se disponen de políticas nacionales para integrar los procesos de almacenamiento y distribución entre las diferentes entidades públicas del sector salud, a pesar de las enormes ventajas potenciales que podrían manifestarse en reducción de los costos de almacenamiento, distribución y transporte, una mejor la gestión de inventarios, y proporcionar un marco adecuado para la cooperación interinstitucional, que permita facilitar la transferencia de bienes.

Actualmente el Ministerio de Salud, los Gobiernos Regionales, el Seguro Social de Salud y la sanidad de las fuerzas armadas y fuerzas policiales cuentan con almacenes, canales de distribución, y sistemas de información independientes. Los almacenes de medicamentos se ubican usualmente en las capitales de región y, en el caso de las Direcciones Regionales de Salud y las redes asistenciales del Seguro Social de Salud, éstas comparten usualmente el mismo ámbito geográfico de distribución. Los mecanismos de préstamos o transferencias entre almacenes no están claramente definidos, y usualmente no se realizan. No se comparte información de existencias o consumo. Al año 2012, sólo contaba con certificación de buenas prácticas de almacenamiento el almacén especializado de la Dirección de Abastecimiento de Recursos Estratégicos de Salud (DARES).

El Consejo Nacional de Salud (2013) señala que persisten deficiencias en la infraestructura, equipamiento y en las prácticas de almacenamiento, distribución y transporte de medicamentos, los cuales afectan la calidad de los productos y su oportuna distribución. Esto debido a que se han destinado insuficientes recursos para inversiones en la red de almacenamiento y distribución. Propone que el Ministerio de Salud en coordinación con los gobiernos regionales, el Seguro Social

de Salud y la sanidad de las fuerzas armadas y policiales formulen un plan nacional de fortalecimiento de almacenes especializados y sistemas de distribución y transporte.

Con un enfoque más amplio al propuesto por el Consejo Nacional de Salud, se propone implementar un plan de integración de los canales de almacenamiento y distribución de medicamentos de todos los actores del sistema de salud público. El plan comprendería el diseño de la red nacional de distribución de medicamentos, la elección del modelo de gestión de los almacenes y la elección de un único sistema de información.

Diseño de la red nacional de distribución de medicamentos en el sector público

Antes de llevar a cabo inversiones en infraestructura, el primer paso a dar es diseñar la red nacional de distribución de medicamentos, donde los procesos de almacenamiento y distribución se han compartidos entre los diferentes actores del sistema de salud.

El diseño de la red nacional de distribución deberá establecer los niveles de almacenamiento, el tamaño y características de los almacenes, su ubicación, las rutas de distribución, el nivel de almacenamiento que cursará los pedidos y recibirá aprovisionamiento de los proveedores, y la elección de los medios de transportes más adecuados. El estudio a realizar, debe considerar los factores que inciden sobre el tamaño de los almacenes, tales como los niveles de inventario, la frecuencia de reposición, y las condiciones especiales de almacenamiento, como es el caso de los medicamentos y vacunas que requieren de cadena de frío.

El estudio final, sustentado y aprobado, deberá ser el documento maestro, y de atención obligatoria, en las inversiones en infraestructura y equipamiento que se realicen en la red de almacenes de medicamentos del sector público.

Único sistema de información de abastecimiento de medicamentos

Integrar los procesos de almacenamiento y distribución significa también disponer de un único sistema de información, soportado mediante un único sistema informático, que permita extender los beneficios de la integración.

Contar con un único sistema de información de abastecimiento de medicamentos, en un sistema de salud público con múltiples actores, proporciona las siguientes ventajas:

1. Una gestión corporativa del abastecimiento público de medicamentos.

2. Facilita el intercambio de medicamentos entre los actores del ámbito regional.
3. Favorece el uso eficiente de los recursos públicos destinados al abastecimiento de medicamentos.
4. Facilita el monitoreo del abastecimiento de medicamentos en los servicios de salud, desde el nivel regional y nacional.
5. Posibilita la realización de estudios farmacoepidemiológicos nacionales y la adopción de estrategias nacionales de uso racional de medicamentos.
6. Permite conectar la gestión del abastecimiento público con la gestión de los proveedores y los procesos productivos de los laboratorios farmacéuticos.

El Ministerio de Economía y Finanzas, ha desarrollado diferentes aplicativos informáticos con el objetivo de facilitar la gestión administrativa acorde con las normas establecidas en los sistemas administrativos. Los principales aplicativos informáticos desarrollados son el Sistema Integrado de Administración Financiera (SIAF)⁴² y el Sistema Integrado de Gestión Administrativa (SIGA).

El SIGA cuenta con un módulo de logística que facilita la gestión de los procesos de adquisición, almacenamiento y distribución; sin embargo, su diseño no permite que la información ingresada pueda gestionarse y consultarse desde cualquier punto del sector salud que requiera acceder a dicha información. Esta debilidad obliga a discutir sobre la necesidad de emplear sistemas informáticos de gestión logística con éxito en otras entidades gubernamentales⁴³ o en la actividad empresarial privada. El mercado ofrece actualmente múltiples alternativas de sistemas informáticos con módulos de gestión logística, que deberían evaluarse y elegir aquel que mejor se adapte a las necesidades del sistema de abastecimiento de medicamentos.

El Seguro Social de Salud emplea el sistema informático SAP R/3 que cuenta con un módulo de logística. Este sistema permite contar con la información de saldos y consumo de medicamentos en almacenes y centros asistenciales de salud. Se han desarrollado experiencias de monitoreo del abastecimiento de medicamentos de alcance nacional como la metodología SALBER⁴⁴, que aplica conceptos del Business Intelligence. La metodología SALBER hace uso de los reportes del sistema SAP R/3 y demás información relacionada con la gestión de abastecimiento; esta información es transformada y almacenada en un data mart, a partir del cual se construyen reportes tácticos y gerenciales y brinda información actualizada de la situación de abastecimiento de cualquier medicamento en el ámbito regional y nacional.

⁴²El SIAF ha sido diseñado para la gestión financiera del tesoro público en su relación con las Unidades Ejecutoras.

⁴³El Seguro Social de Salud emplea el SAP como ERP institucional, que incluye el módulo de Logística.

⁴⁴Metodología de monitoreo de abastecimiento de medicamentos desarrollada por el QF. José Salazar y la QF. Indhira Bernuy.

La Oficina Nacional de Gobierno Electrónico e Informática (2012) ha presentado la Estrategia Nacional de Gobierno Electrónico 2013–2017. La propuesta de un único sistema de información de medicamentos, se enmarca dentro de su primer objetivo estratégico, que busca lograr el desarrollo y la prestación de mejores servicios de tecnologías de la información y comunicación para la sociedad, a través de la interoperabilidad entre las entidades del Estado, el sector privado y la sociedad civil.

Elección del modelo de gestión de los almacenes

Actualmente, la gestión para la formulación y ejecución de proyectos de construcción y equipamiento de almacenes de medicamentos está a cargo de las Direcciones Regionales de Salud y Gobiernos Regionales. Los resultados de la última década han mostrado que el avance bajo este modelo es insatisfactorio.

Dado que el Consejo Nacional de Salud propone la inversión en infraestructura y equipamiento en la red de almacenes y los canales de distribución como una alternativa al actual modelo, podría evaluarse la conveniencia de formular proyectos para ser promovidos como iniciativas estatales bajo el esquema de asociaciones público privadas.

El alcance de estos proyectos debe abarcar la construcción del almacén, su equipamiento, la gestión del almacenamiento y el transporte. La determinación de las necesidades para la compra de los medicamentos y la definición de las cantidades a distribuir a los establecimientos de salud, se recomienda mantener bajo el ámbito de las entidades públicas, por estar estos procesos enlazados a la gestión del uso racional de medicamentos.

Apuntes finales

Los nuevos modelos de gestión y la modernización de la gestión pública

El Estado peruano enfrenta enormes desafíos. La ciudadanía exige un Estado presente, activo y efectivo en todo el territorio nacional, sin embargo, su bajo desempeño se refleja en los bajos niveles de satisfacción ciudadana en servicios públicos esenciales como seguridad, educación y la salud. Estas deficiencias tienen consecuencias sobre el bienestar de la población y sobre la legitimidad de las instituciones y el sistema democrático (Presidencia del Consejo de Ministros, 2013).

Cuadro 14 Propuesta de nuevos modelos de gestión de abastecimiento de medicamentos y los objetivos de política de modernización de gestión pública

Objetivos de política de modernización de gestión pública	Modelos de gestión propuestos	Principios de modernización de gestión pública
<ul style="list-style-type: none"> – Implementar la gestión por procesos y promover la simplificación administrativa en todas las entidades públicas a fin de generar resultados positivos en la mejora de los procedimientos y servicios orientados a los ciudadanos y empresas (Objetivo N° 4) 	Modelo de demanda	<ul style="list-style-type: none"> – Orientación al ciudadano
<ul style="list-style-type: none"> – Promover el gobierno electrónico a través del uso intensivo de las tecnologías de información y comunicación (TIC) como soporte a los procesos de planificación, producción y gestión de las entidades públicas permitiendo a su vez consolidar propuestas de gobierno abierto (Objetivo N° 8). 	continua en la gestión de inventarios Gestión estratégica de compras	<ul style="list-style-type: none"> – Articulación intergubernamental e intersectorial – Transparencia, rendición de cuentas y ética pública
<ul style="list-style-type: none"> – Promover, apoyar y participar en espacios de coordinación interinstitucional con entidades del mismo nivel como de otros niveles de gobierno, para multiplicar la capacidad de servicio del Estado en beneficio de los ciudadanos mediante la articulación de políticas, recursos y capacidades institucionales (Objetivo N° 10). 	Integración de los procesos de almacenamiento y distribución. Único sistema de información de abastecimiento de medicamentos	<ul style="list-style-type: none"> – Innovación y aprovechamiento de tecnologías
<ul style="list-style-type: none"> – Promover la descentralización de las funciones, responsabilidades, capacidades y recursos de las entidades públicas en los tres niveles de gobierno a fin de prestar de manera eficaz, eficiente y transparente los bienes y servicios públicos que los 		

Objetivos de política de modernización de gestión pública	Modelos de gestión propuestos	Principios de modernización de gestión pública
ciudadanos demandan (Objetivo N° 13).		

Fuente: Elaboración propia a partir de Presidencia del Consejo de Ministros (2013)

La Política Nacional de Modernización de la Gestión Pública (2013)⁴⁵, expresa la necesidad de contar con un Estado moderno orientado al ciudadano, eficiente, unitario y descentralizado, inclusivo y abierto (transparente y que rinde cuentas). Promueve la articulación intergubernamental e intersectorial, que asocie sus recursos y capacidades para poder responder a las demandas ciudadanas con eficiencia y oportunidad; un balance entre flexibilidad y control que permita una gestión ágil y oportuna enfocado en los resultados; y el aprovechamiento intensivo de las tecnologías disponibles en las dependencias prestadoras de servicios y en los sistemas administrativos.

La propuesta de nuevos modelos de gestión en el abastecimiento de medicamentos en el sector público peruano, se armonizan con los objetivos de la Política Nacional de Modernización de la Gestión Pública.

Evolución del sistema de suministro de medicamentos en el sector público peruano

El Estado peruano lleva cuatro décadas de experiencia en programas destinados a mejorar la cobertura de la población y disminuir las barreras económicas de acceso a medicamentos esenciales. Los Programas de Medicamentos Esenciales de 1962, 1971, 1980 y 1985, no mostraron ser sostenibles a largo plazo, al estar sujetos a las disponibilidades presupuestales provenientes del tesoro público. En el año 1994, el MINSA inició el Programa de Administración Compartida de Farmacias (PACFARM), bajo un modelo de fondos rotatorios y un sistema descentralizado de abastecimiento (Phang Romero, 2002). El impacto positivo del PACFARM, sobre el acceso a los medicamentos esenciales, su disponibilidad en los centros asistenciales de salud y la sostenibilidad del modelo, ha sido motivo de diferentes estudios.

En el año 2002, la creación del Sistema Integrado de Suministro de Medicamentos e Insumos Médico Quirúrgicos (SISMED) supuso la unificación de los stocks de medicamentos del PACFARM, los programas nacionales y el seguro escolar gratuito bajo una única administración; y

⁴⁵ Decreto Supremo N° 004-2013-PCM. enero 2013.

estableció el marco normativo para el inicio de las compras corporativas (Ministerio de Salud del Perú, 2002). Se mantuvo el modelo de gestión de fondos rotatorios.

Las compras corporativas de medicamentos se iniciaron en el año 2003. A partir del año 2006 el Seguro Social de Salud, la sanidad de fuerzas armadas y la sanidad de las fuerzas policiales se incorporaron a este modelo de gestión de compras. Los beneficios de las compras corporativas son destacables: menores precios de compra, controles de calidad sobre los productos adquiridos y un mayor acceso equitativo, especialmente en aquellas regiones con problemas de acceso y oferta de medicamentos.

En esta parte del camino, la gestión de abastecimiento de medicamentos debe orientar sus esfuerzos en lograr una mayor eficiencia en sus procesos y eficacia en sus resultados. La implementación del modelo de demanda continua, la gestión estratégica de compras y la integración del proceso de almacenamiento y distribución, constituyen un paso más en la evolución del sistema público de abastecimiento de medicamentos. Estas propuestas buscan alcanzar una mayor eficacia en el sistema de abastecimiento, medido a través de la disponibilidad de medicamentos en los centros asistenciales de salud, y un uso más eficiente de los recursos de las entidades públicas.

Las propuestas planteadas están alineadas con los lineamientos de reforma del sector salud, la política nacional de medicamentos, las políticas de modernización de la gestión pública y el plan nacional de gobierno electrónico. Además generaría un impacto positivo sobre la industria farmacéutica nacional y la logística farmacéutica.

Referencias

- Asociación de Industrias Farmacéuticas Nacionales. (2013). *Producción industrial farmacéutica peruana cayó 5.7%*. Recuperado de: <http://www.adifan.org.pe/destacada/produccion-industrial-farmaceutica-peruana-cayo-5-7/>
- Asociación de Industrias Farmacéuticas Nacionales. (2014). *Industria Nacional de Medicamentos ofrece rebajar al menos 15% los precios de los medicamentos monopólicos que el estado consume*. Recuperado de: <http://www.adifan.org.pe/adifan-responde/industria-nacional-de-medicamentos-ofrece-rebajar-al-menos-15-los-precios-de-los-medicamentos-monopolicos-que-el-estado-consume/>
- Ballou, R. (2004). *Logística. Administración de la cadena de suministro*. (5ta ed.). México: Pearson Prentice Hall.
- Banco Mundial y Banco Interamericano de Desarrollo. (2005). *Perú Reporte de Evaluación del Sistema de Adquisiciones del País (ESAP) Actualización*. Recuperado de: <http://www.wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/WDSP/IB/2007/07/26/00001182320070726130629/Rendered/PDF/35068.pdf>
- Bossano Lomellini, L. (2011). La Subasta Inversa: un mecanismo de contratación pública eficiente y transparente. *Derecho PUCP*, 66.
- Christopher, M. (1999). *Logística. Aspectos Estratégicos*. México: Editorial Limusa SA.
- Cipoletta, G., Pérez, G. & Sánchez, R. (2010). *Políticas Integradas de infraestructura, transporte y logística: experiencias internacionales y propuestas iniciales*. Recuperado de: <http://www.eclac.cl/publicaciones/xml/7/39877/lcl3226e.pdf>
- Comisión de las Naciones Unidas para el Derecho Mercantil Internacional. (UNCITRAL). Grupo de Trabajo I (Contratación Pública). (2006). *Posibles revisiones de la Ley Modelo de la CNUDMI sobre la Contratación Pública de Bienes, Obras y Servicios: empleo de acuerdos marco en la contratación pública. A/CN.9/WG.I/WP.44*. Recuperado de: <http://daccess-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/LTD/V06/513/67/PDF/V0651367.pdf?OpenElement>
- Comisión de las Naciones Unidas para el Derecho Mercantil Internacional. (UNCITRAL). Grupo de Trabajo I (Contratación Pública). (2008). *Posibles revisiones de la Ley Modelo de la CNUDMI sobre la Contratación Pública de Bienes, Obras y Servicios: empleo de acuerdos*
- Salazar Araujo, J. F. (2014). La gestión de abastecimiento de medicamentos en el sector público peruano. Nuevos modelos de gestión. *Sinergia e Innovación*, 2(1), 156-225.

marco en la contratación pública. A/CN.9/WG.I/WP.63. Recuperado de: <http://daccess-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/LTD/V08/549/74/PDF/V0854974.pdf?OpenElement>

Perú, Consejo Nacional de Salud. (2013). *Lineamientos y medidas de reforma del sector salud*. Recuperado de: <http://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2013/reforma/documentos/documentoreforma11122013.pdf>

Constitución Política del Perú. (1993).

Ley de Contrataciones del Estado. Decreto Legislativo N° 1017 del Perú. (2008).

Defensoría del Pueblo del Perú. (2009). *En más del 50% de establecimientos de salud supervisados se detectaron problemas de desabastecimiento de antirretrovirales*. Recuperado de <http://www.defensoria.gob.pe/modules/Downloads/prensa/notas/2009/NP-091-09.pdf>

Defensoría del Pueblo del Perú. (2011a). *Defensoría del Pueblo exhorta al Minsa a mejorar proceso de compras de medicamentos para evitar desabastecimiento*. Recuperado de <http://www.defensoria.gob.pe/modules/Downloads/prensa/notas/2011/NP-331-11.pdf>

Defensoría del Pueblo del Perú. (2011b). *Informe de Adjuntía N° 005-2011-DP/AAE. Fortaleciendo la respuesta frente a la epidemia del VIH/sida: Segunda supervisión de los servicios de prevención, atención y tratamiento del VIH/sida*. Recuperado de: http://vigilanciapositiva.pe/Informacion/Interes/Informe/Informe_Adjuntia_N_005.pdf

Defensoría del Pueblo del Perú. (2011c). *Informe de Adjuntía N° 13-2011-DP/AAE El Derecho a la salud y el acceso a medicamentos. La problemática periódica de desabastecimientos*. Lima: Defensoría del Pueblo del Perú.

Defensoría del Pueblo del Perú. (2012a). *Defensor del Pueblo dio a conocer graves deficiencias para tratamiento de la TB*. Recuperado de <http://www.defensoria.gob.pe/portal-noticias.php?n=8753>.

Defensoría del Pueblo del Perú. (2012b). *Defensoría del Pueblo detecta medicamentos vencidos en establecimientos de salud de Jaén*. Recuperado de: <http://www.defensoria.gob.pe/portal-noticias.php?n=8517>.

- Defensoría del Pueblo del Perú. (2012c). *Defensoría del Pueblo recomendó garantizar abastecimiento de medicinas contra la TBC en Penal de "Aucallama" - Huaral*. Recuperado de <http://www.defensoria.gob.pe/portal-noticias.php?n=9383>.
- Defensoría del Pueblo del Perú. (2012d). *Detectan medicinas vencidas y desabastecimiento en establecimientos de salud de Huancavelica*. Recuperado de: <http://www.defensoria.gob.pe/portal-noticias.php?n=8161>.
- Defensoría del Pueblo del Perú. (2013a). *Defensoría del Pueblo constató almacenamiento de retrovirales vencidos que eran distribuidos en Hospital de Barranca-Cajatambo*. Recuperado de: <http://www.defensoria.gob.pe/portal-noticias.php?n=10593>.
- Defensoría del Pueblo del Perú. (2013b). *Informe Defensorial N° 161. Camino al Aseguramiento Universal en Salud (AUS) Resultados de la supervisión nacional a hospitales*. Lima: Defensoría del Pueblo. Recuperado de: <http://www.defensoria.gob.pe/modules/Downloads/Informes/defensoriales/informe-161.pdf>
- El Peruano. (2013, febrero 3). *EsSalud invertirá S/. 737 millones en medicamentos*. El Peruano. Recuperado de <http://www.elperuano.pe/edicion/noticia-essalud-invertira-s-737-millones-medicamentos-1591.aspx#.UujAf7S23IU>
- Espinoza, H.& Cruzado R. (2011). [Seguimiento de la gestión del suministro de los medicamentos antirretrovirales y antituberculosis de segunda línea en el Ministerio de Salud]. Datos no publicados, presentado a CARE Perú.
- Seguro Social de Salud del Perú. (2010a). *Directiva N° 016-GG-EsSalud-2010 Procedimiento para la Programación de Bienes Estratégicos para su compra a través de suministro centralizado*. Lima: EsSalud.
- Seguro Social de Salud del Perú. (2010b). *Directiva N° 017-GG-EsSalud-2010 Norma de Redistribución de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios*. Lima: EsSalud.
- Seguro Social de Salud del Perú. (2010c). *Resolución de Gerencia General N° 798-GG-EsSalud-2010, Norma Metodología para la Estimación de Necesidades de Medicamentos, Productos Biológicos y Galénicos en ESSALUD*. Recuperado de http://www.essalud.gob.pe/downloads/N_Estima_Ncd.pdf.

- García Sánchez, I. M. (2007). La Nueva Gestión Pública: evolución y tendencias. *Presupuesto y Gasto Público*, 47, 37-64.
- Gestión. (2013, agosto 21). El Gobierno invertirá US\$ 20,000 millones en obras de infraestructura al 2016. *Gestión*. Recuperado de <http://gestion.pe/economia/gobierno-invertira-us-20000-millones-obras-infraestructura-al-2016-2074228>.
- Gestión Estratégica de Compras. (2012, 7 Diciembre). *Analizando la cartera de compras. Explicación del Modelo de Kraljic*. Recuperado de: <http://gestionestrategicadecompras.blogspot.com/2012/12/analizando-la-cartera-de-compras.html>
- Gonzales Benito, J. (2006). Efectos competitivos de la integración estratégica de la gestión de compras. *Universia Business Review*, 12(3): 10-20.
- Instituto Mexicano para la Competitividad A.C. (2013). *Guía práctica de compras públicas. Recomendaciones para comprar bien a nivel estatal*. Recuperado de: http://imco.org.mx/wp-content/uploads/2013/7/Guia_de_compras_publicas_011012.pdf
- Jimenez Sanchez, J. & Hernandez García, S. (2002). *Marco Conceptual de la Cadena de Suministro: Un nuevo enfoque logístico*. México D.F.: Instituto Mexicano del Transporte, Secretaría de Comunicaciones y Transportes.
- Kraljic, P. (1984). De la gestión de compras a la gestión de aprovisionamientos. *Harvard Deusto Business Review*, 19, 103-114.
- Ley General de Salud. Ley N° 26842 del Perú. (1997).
- Ley Orgánica del Poder Ejecutivo. Ley N° 29158 del Perú. (2007).
- Ley de Presupuesto del Sector Público para el Año Fiscal 2013. Ley N° 29951 del Perú. (2012).
- Ley de Presupuesto del Sector Público para el Año Fiscal 2014. Ley N° 30114 del Perú. (2013).
- Ley de Contrataciones del Estado. Ley N° 29873 del Perú. (2008).
- Management Sciences for Health. (2002). *La gestión del suministro de medicamentos: selección, compra, distribución y utilización de productos farmacéuticos*. (2da. ed.). Washington: Management Sciences for Health.
- Salazar Araujo, J. F. (2014). La gestión de abastecimiento de medicamentos en el sector público peruano. Nuevos modelos de gestión. *Sinergia e Innovación*, 2(1), 156-225.

- Maximixe. (2012). *Informe de Estructura y Tendencias del Mercado de: Farmacéuticos - Julio 2012*. Recuperado de: http://www.maximixe.com/publicidad/lista/farmaceutico_0612.pdf
- Midzuaray, A., Cruzado, R. & Espinoza, R. (2006). *Evaluación de la Gestión de Suministro de antirretrovirales en el contexto de la iniciativa Targa del Ministerio de Salud*. Recuperado de: <http://www.portalsida.org/repos/Evaluaci%C3%B3n%20Suministro%202006.pdf>
- Ministerio de Economía y Finanzas del Perú. (2011). *Directiva N° 005-201-EF modificada por la Resolución Directoral N° 022-2011-EF/50.01 Directiva para la ejecución presupuestaria*. Recuperado de http://www.mef.gob.pe/contenidos/presu_publ/anexos/DirEjecucion2012_RD022_2011EF5001.pdf
- Ministerio de Economía y Finanzas del Perú. (2012). *Agenda de Competitividad 2012-2013*. Recuperado de: https://www.mef.gob.pe/contenidos/competitiv/documentos/Agenda_Competitividad_2012_2013.pdf
- Ministerio de Salud del Perú. (2002). *Resolución Ministerial N° 1753-2002-SA/DM Aprueba Directiva del Sistema Integrado de Suministro de Medicamentos e Insumos Médico-Quirúrgicos - SISMED*. Recuperado de http://www.digemid.minsa.gob.pe/UpLoad/UpLoaded/PDF/RESOLUCIONMINISTERIALN1753-2002-SA_DM.pdf
- Ministerio de Salud del Perú. (2004). *Política Nacional de Medicamentos*. Recuperado de: <http://www.sismed.minsa.gob.pe/PoliticaNacdeMed-RM1240-2004.pdf>
- Ministerio de Salud del Perú. (2012). *Perfil farmacéutico de la República del Perú*. Recuperado de: http://www.who.int/medicines/areas/coordination/pscp_peru_sp.pdf
- Ministerio de Salud del Perú. (2013a). *Listado de Productos Farmacéuticos y Entidades participantes para la compra corporativa de Productos Farmacéuticos para el abastecimiento del año 2014*. Recuperado de: ftp://ftp2.minsa.gob.pe/normaslegales/2013/RM448_2013_MINSA.pdf
- Ministerio de Salud del Perú. (2013b). *Resolución Ministerial 346-2013-MINSA*. Recuperado de http://www.digemid.minsa.gob.pe/UpLoad/UpLoaded/PDF/Publicaciones/DocumentosConsulta/P08_2013-08-01_RM_346_2013.pdf

- Ministerio de Salud del Perú, Dirección de Abastecimiento de Recursos Estratégicos en Salud (2013). *Instructivo. Programación de medicamentos para la compra corporativa para el abastecimiento del año 2014*. Recuperado de: http://www.dares.minsa.gob.pe/portal/upload/doc/programacion/2014/Prog2014_InstructivoCCorporativa.pdf
- Ministerio de Salud del Perú, Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas. (2014). *Certificados de Buenas Prácticas de Almacenamiento Enero – Diciembre 2012*. Recuperado de: http://www.digemid.minsa.gob.pe/UpLoad/UpLoaded/PDF/BPA_2012_DIGEMID.pdf
- Ministerio de Transportes y Comunicaciones del Perú. (2011). *Plan de Desarrollo de los Servicios de Logística de Transporte*. Recuperado de: <http://www.mtc.gob.pe/portal/ogpp/documentos/Plan%20de%20Desarrollo%20de%20los%20Servicios%20Log%C3%ADsticos/Diagn%C3%B3stico%20Final.pdf>
- Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. (2008). *Folleto Informativo N° 31: El derecho a la salud*. Recuperado de: <http://www.ohchr.org/Documents/Publications/Factsheet31sp.pdf>
- Oficina Nacional de Gobierno Electrónico e Informática. (2012). *Estrategia Nacional de Gobierno Electrónico 2013-2017*. Recuperado de: http://www.peru.gob.pe/normas/docs/Estrategia_Nacional_Gobierno_Electronico_2013_2017.pdf
- Organismo Supervisor de las Contrataciones del Estado. (2009a). *Plan Estratégico de Contrataciones Públicas del Estado Peruano. Un Sistema de Contrataciones Públicas Eficiente, Libre de Corrupción y Promotor del Desarrollo*. http://www.osce.gob.pe/consu/code/userfiles/image/Plan_Estrategico_delas%20contrataciones%20publicas.pdf
- Organismo Supervisor de las Contrataciones del Estado. (2009b). *Evaluación de la Competencia en la Subasta Inversa antes y después del D. Leg. 1017*. Recuperado de: <http://portal.osce.gob.pe/osce/sites/default/files/Documentos/Publicacion/Estudios/2009/2-Subasta%20Inversa%20-%20vs8%20-%20PUBLICAR.pdf>
- Organismo Supervisor de Contrataciones del Estado, Dirección Técnica Normativa. (2011). *Opinión N° 064-2011/DTN*. Recuperado de

www.osce.gob.pe/DescargaHit.asp?dir=userfiles/archivos/064-11%20-%20PERUANA%20CAMINOS%20S.A.C..doc&nom=064-11%20-%20PERUANA%20CAMINOS%20S.A.C..doc

Organismo Supervisor de las Contrataciones del Estado. (2012a). *Plan Estratégico Institucional (PEI) 2012-2016*. Recuperado de http://www.osce.gob.pe/articulo_detalle.asp?id=3655&ids=49&ido=324&idso=

Organismo Supervisor de las Contrataciones del Estado. (2012b). *Directiva 017-2012-OSCE/CD Directiva de Convenio Marco*. Recuperado de <http://portal.osce.gob.pe/osce/sites/default/files/Documentos/Convenio%20Marco/CM/DIRECTIVA%20CONVENIO%20MARCO%20017.pdf>

Organismo Supervisor de Contrataciones del Estado. (2013). *Catálogo Electrónico*. Recuperado de <http://portal.osce.gob.pe/osce/content/catalogo-electronico>.

Organismo Supervisor de las Contrataciones del Estado. (2014). *¿Qué es Convenio Marco?* Recuperado de <http://portal.osce.gob.pe/osce/content/que-es-convenio-marco>.

Organización Mundial de la Salud. (2002a). *Cómo desarrollar y aplicar una política farmacéutica nacional*. Recuperado de: <http://archives.who.int/tbs/ndp/s5410s.pdf>

Organización Mundial de la Salud. (2002b). *Perspectivas políticas sobre medicamentos de la OMS - Promoción del uso racional de medicamentos: componentes centrales*. Recuperado de <http://apps.who.int/medicinedocs/pdf/s4874s/s4874s.pdf>

Organización Panamericana de la Salud. (2007). *Salud en las Américas, 2007: Volumen II*. Recuperado de: http://www.paho.org/cor/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=257&Itemid=

Organización Panamericana de la Salud. (2009). *El acceso a los medicamentos de alto costo en las Américas: contexto, desafíos y perspectivas*. Recuperado de: <http://www.esencialesparalavida.org/upload/file/acceso%20%20medicam%20alto%20coste%20PAO.pdf>

Organización Panamericana de la Salud. (2012). *Salud en las Américas, Edición 2012: Volumen de Países: Perú*. <http://www2.paho.org/saludenlasamericas/dmdocuments/sa-2012-peru.pdf>

- Pastor Goyzueta, A. (2011). Los Fenómenos Emergentes en el Sistema de Salud del Perú. *Revista Peruana de Epidemiología*, 15(3), 1-3.
- Phang Romero, Carmen. (2002). Reforma del sector salud y la política farmacéutica en Perú. *Cadernos deSaúde Pública*, 18(4):1121-1138.
- Presidencia del Consejo de Ministros del Perú. (2011). Catálogo de recursos para una eficaz gestión pública descentralizada. <http://www.prodescentralizacion.org.pe/downloads/documentos/0735149001305575674.pdf>
- Presidencia del Consejo de Ministros del Perú. (2013). *Decreto Supremo N° 004-2013-PCM. Política Nacional de Modernización de la Gestión Pública*. Recuperado de: <http://www.pcm.gob.pe/normaslegales/2013/DS-004-2013-PCM.pdf>
- ProInversión. (2012). *Proyecto Tramo 2 - Carretera Longitudinal de la Sierra*. Recuperado de http://www.proinversion.gob.pe/RepositorioAPS/0/1/JER/SALA_PRENSA_INFOGRAFIAS/INFOGRAFIA%20LONGITUDINAL%20TRAMO%20%20ULTIMA%20VERSION.pdf.
- Sistema Electrónico de Contrataciones del Estado. (2006). LP Subasta Inversa 012-2006- MINSA. Recuperado de: <http://www.seace.gob.pe>.
- Sistema Electrónico de Contrataciones del Estado. (2009). LP Subasta Inversa 031-2009- MINSA. Recuperado de: <http://www.seace.gob.pe>.
- Sistema Electrónico de Contrataciones del Estado. (2011). LP Subasta Inversa 018-2011- DARES/MINSA. Recuperado de: <http://www.seace.gob.pe>.
- Sistema Electrónico de Contrataciones del Estado. (2012). LP Subasta Inversa 012-2012- DARES/MINSA. Recuperado de: <http://www.seace.gob.pe>.
- Sistema Electrónico de Contrataciones del Estado. (2013a). LP Subasta Inversa Presencial 10-2013/DARES/MINSA (convocatoria: 1) Licitación Pública en la modalidad de Compra Corporativa Facultativa. Recuperado de: <http://www.seace.gob.pe>.
- Sistema Electrónico de Contrataciones del Estado. (2013b). LP Procedimiento Clásico 11-2013/DARES/MINSA (convocatoria: 1) Licitación Pública en la modalidad de Compra Corporativa Facultativa. Recuperado de: <http://www.seace.gob.pe>.

Suárez Beltrán, G. & Laguado Guiraldo, R. (2007). *Manual de contratación pública electrónica para América Latina Bases conceptuales, modelo legal, indicadores, parámetros de interoperabilidad*. Recuperado

de <http://www.eclac.cl/publicaciones/xml/8/28648/DocW130.pdf>

Villar López, A., Cruzado Ubillús, R. & Amaro Suárez, C. (2008). *Seguimiento de la gestión de suministro de los medicamentos antirretrovirales en el Ministerio de Salud con el apoyo financiero del Fondo Mundial en relación a la evaluación 2006*. Recuperado

de: <http://www.portalsida.org/repos/Evaluaci%C3%B3n%20Suministro%202008.pdf>

Lista de abreviaturas

ADIFAN	Asociación de Industrias Farmacéuticas Nacionales
ARV/ARVs	Antiretrovirales
BPA	Buenas prácticas de almacenamiento
DGSP	Dirección General de Salud de las Personas
DARES	Dirección de Abastecimiento de Recursos Estratégicos de Salud
DIGEMID	Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas
DIRESA	Dirección Regional de Salud
D.S.	Decreto Supremo
ERP	Entreprise Resource Planning, Sistemas Informático de Planificación de Recursos Empresariales
ESSALUD	Seguro Social de Salud del Perú
ITS	Infecciones de transmisión sexual
LP	Licitación Pública
MEF	Ministerio de Economía y Finanzas
MINDEF	Ministerio de Defensa
MININTER	Ministerio del Interior
MINSA	Ministerio de Salud
MTC	Ministerio de Transportes y Comunicaciones
PACFARM	Programa de Administración Compartida de Farmacias
PCM	Presidencia del Consejo de Ministros
OGEI	Oficina General de Estadística e Informática
OMS	Organización Mundial de la Salud
OSCE	Organismo Supervisor de Contrataciones del Estado
ONG	Organización no gubernamental
OPS	Organización Panamericana de la Salud
R.M.	Resolución Ministerial
SEACE	Sistema Electrónico de Contrataciones del Estado
SIAF	Sistema Integrado de Administración Financiera del Ministerio de Economía y Finanzas
SI	Subasta inversa
SIGA	Sistema Integrado de Gestión Administrativa del Ministerio de

	Economía y Finanzas
SIS	Seguro Integral de Salud
SISMED	Sistema Integrado de Suministro de Medicamentos y Material Médico
SISOL	Sistema Metropolitano de la Solidaridad de la Municipalidad Metropolitana de Lima