

Análisis cualitativo del abasto de medicamentos en México. Evaluación en los servicios a población no asegurada

José Arturo Granados-Cosme, M en Med Soc,⁽¹⁾ Carolina Tetelboin-Henrion, D en CS,⁽¹⁾
 María de los Ángeles Garduño-Andrade, D en C en Sal Col,⁽¹⁾ José Alberto Rivera-Márquez, D en Epid y S Pob,⁽¹⁾
 Rosa Haydeé Martínez-Ojeda, M en C.⁽²⁾

Granados-Cosme JA, Tetelboin-Henrion C, Garduño-Andrade MA, Rivera-Márquez JA, Martínez-Ojeda RH. Análisis cualitativo del abasto de medicamentos en México. Evaluación en los servicios a población no asegurada. *Salud Publica Mex* 2011;53 suppl 4:S458-S469.

Resumen

Objetivo. Identificar las principales problemáticas que muestra la cadena de abasto de medicamentos (CAM) en los Sistemas Estatales de Salud (SESA), estableciendo la relación que guardan con la tercerización. **Material y métodos.** Se entrevistó a funcionarios de los SESA y de hospitales y centros de salud de una muestra de 12 entidades durante la primera mitad de 2008. Las transcripciones de las entrevistas se procesaron en el programa de análisis cualitativo Atlas.ti 5.0; el análisis se orientó a reconstruir las fases de la CAM e identificar las problemáticas narradas por los informantes mediante el enfoque fenomenológico de análisis del discurso. **Resultados.** Existe una marcada tendencia a sustituir el modelo convencional por otro caracterizado por una mayor participación de proveedores privados; los modelos muestran problemáticas particulares que no parecen derivarse del grado de tercerización. **Conclusión.** El abasto de medicamentos en los SESA estudiados difiere según la modalidad adoptada; la tercerización no está exenta de problemáticas y no parece resolver totalmente las dificultades identificadas en las formas convencionales.

Palabras clave: adquisición; distribución; acceso a medicamentos; subrogación por privatización; México

Granados-Cosme JA, Tetelboin-Henrion C, Garduño-Andrade MA, Rivera-Márquez JA, Martínez-Ojeda RH. A qualitative approach to drug supply in Mexico. Evaluation in the services for population with no medical insurance. *Salud Publica Mex* 2011;53 suppl 4:S458-S469.

Abstract

Objective. To identify the main problems that the drug supply chain (DSCh) faces in the state health systems (SHS); establishing how they relate to the degree of outsourcing. **Material and Methods.** Officials of the SHS hospitals and health centers were interviewed in a sample of 12 entities during the first half of 2008. Transcripts of the interviews were processed through the qualitative analysis program Atlas.ti 5.0; the analysis was aimed at reconstructing the phases of DSCh for identifying problems narrated by informants using the phenomenological approach to discourse analysis. **Results.** There is a marked tendency to replace the conventional model by one that is characterized by greater involvement of private providers; all the models show specific problems that might be derived from the degree of outsourcing. **Conclusion.** The supply of drugs in the studied SHS differ from the pattern implemented according to the modality adopted; outsourcing is not exempt of problems and does not seem to fully resolve the difficulties encountered in conventional ways.

Keywords: drugs provision; access to medicines; privatization; Mexico

- (1) Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco. México.
 (2) Dirección General de Evaluación del Desempeño, Secretaría de Salud. México

Fecha de recibido: 10 de febrero de 2011 • **Fecha de aceptado:** 12 de octubre de 2011
 Autor de correspondencia: Mtro. José Arturo Granados-Cosme. Universidad Autónoma Metropolitana. Unidad Xochimilco.
 Calzada del Hueso 1100, col. Villa Quietud. Coyoacán, México, DF, México
 Correo electrónico: jcosme@correo.xoc.uam.mx

La Organización Mundial de la Salud indica que los gobiernos nacionales deben asegurar que los pacientes reciban los medicamentos de acuerdo con necesidades clínicas, en las dosis y tiempo adecuados, y al menor costo posible.¹ En México, la prescripción de medicamentos esenciales comenzó en 1950 con la implementación de la primera lista de medicamentos básicos en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). Un estudio realizado en unidades de la Secretaría de Salud (SS) demostró que sólo 50% de los medicamentos esenciales estaban disponibles en las unidades de primer nivel de atención.² Otro estudio mostró que menos de la mitad de los usuarios de esta institución obtuvieron los medicamentos en sus farmacias, lo que coloca a la SS como la institución con menor surtimiento de recetas en México.³ Para enfrentar este problema, en 2004 la SS generó una iniciativa destinada a mejorar el proceso de su abasto⁴ para satisfacer la demanda.

A la fecha, el Cuadro Básico y Catálogo de Medicamentos (CBCM) sigue siendo el instrumento para jerarquizar los medicamentos a partir de criterios terapéuticos y de costo-efectividad. Desde 2005, la SS identificó los principales problemas que afectan el desempeño de los servicios en la cadena de abasto de medicamentos (CAM);⁵ trabajos posteriores analizan experiencias extranjeras⁶ y otros hacen recomendaciones específicas para el caso de México.^{7,8}

Diversos estudios han documentado que no se ha logrado una cobertura universal en el abasto de medicamentos.^{2,3,9,10} Para 2007 la SS implementó un conjunto de medidas para obtener mejores precios, garantizar la información sobre la adquisición, estimular compras consolidadas, mejorar los procesos de almacenamiento y distribución, optimizar el manejo de inventarios y perfeccionar la prescripción de recetas.¹¹ Con lo anterior se buscó disminuir la disparidad que existe en los precios del mismo medicamento entre diferentes estados del país. Lo anterior ponía de relieve la necesidad de una política nacional de medicamentos que atendiera la seguridad, eficacia, calidad, disponibilidad, abasto, acceso, equidad, adecuada prescripción, uso racional e innovación de fármacos, biológicos y otros insumos para la salud.¹²

Los estudios dirigidos a mejorar las modalidades en que los servicios de salud hacen llegar los medicamentos a los pacientes son de una gran relevancia ya que permiten conocer la trayectoria de uno de los principales insumos del proceso terapéutico, que además es el de mayor costo económico y fundamental para garantizar una atención médica de calidad. El presente trabajo realizó una evaluación cualitativa del abasto de medicamentos en unidades de atención urbanas de los Servicios Estatales de Salud (SESA) y tuvo como objetivos: iden-

tificar, describir y caracterizar la situación que muestra la CAM en función del grado de tercerización, así como de las dificultades que sus operadores enfrentan en las fases de planeación, adquisición, almacenamiento y distribución.

Material y métodos

Se trata de un estudio cualitativo que recoge la experiencia y conocimiento de funcionarios y trabajadores involucrados en la CAM, considerando que éstos son los que tienen mejor conocimiento de las problemáticas y su relación con la tercerización. Se consideraron informantes clave a secretarios estatales de salud, subdirectores de atención médica, subdirectores de administración y finanzas, jefes de adquisiciones, miembros del comité respectivo y encargados de almacén delegacional y jurisdiccional; a nivel de las unidades médicas se entrevistaron a los directores de hospitales o centros de salud seleccionados, responsables de adquisiciones de medicamentos y encargados de almacenes o farmacias.

Teniendo como unidad de análisis a los SESA, la muestra se conformó por 12 entidades seleccionadas según su desempeño en el indicador *porcentaje de surtimiento de recetas completas* durante la primera mitad de 2008. Éste fue medido y proporcionado por la SS y se basó exclusivamente en la capacidad de las unidades de atención para surtir completamente las recetas de los pacientes atendidos; la muestra incluyó entidades calificadas con buen desempeño (Colima, Guanajuato, Jalisco, Chihuahua, México y Yucatán) y con bajo desempeño (Guerrero, Oaxaca, Chiapas, Nayarit, Michoacán y Veracruz).

Se elaboraron guías de entrevista que fueron sometidas a una prueba piloto, y con base en ellas se elaboraron diez cédulas de entrevista. El tipo de operadores de la CAM entrevistados por SESA se muestra en el cuadro I. Las transcripciones fueron procesadas en el programa de análisis cualitativo Atlas.ti, versión 5.0. El plan de análisis incluyó una primera fase orientada a caracterizar, según las propias palabras de los informantes, las fases que conforman la CAM y tuvo como base metodológica el enfoque fenomenológico de análisis del discurso.¹³ La segunda fase se orientó a la identificación de problemáticas para lo cual se crearon unidades hermenéuticas de análisis para cada entidad federativa, asociando las siguientes categorías discursivas: planeación, financiamiento, adquisición, almacenamiento y distribución con problemáticas, dificultades, limitaciones y desventajas; estas asociaciones quedaron conformadas en *tesis relevantes*. Posteriormente se hizo una agrupación de los fragmentos en función de las fases de tercerización de la CAM.

Cuadro I
TIPO DE OPERADORES DE LA CADENA DE ABASTO DE
MEDICAMENTOS ENTREVISTADOS

Informantes clave

Secretario estatal de salud
Responsable de planeación
Responsable estatal de financiamiento
Responsable estatal de adquisiciones
Responsable estatal de almacenes
Director de hospital
Responsable de adquisición en hospital
Responsable de almacén o farmacia de hospital
Director de centro de salud
Responsable de almacén o farmacia en centro de salud

Resultados

Se identificaron tres modelos correspondientes al grado de tercerización: el convencional se caracteriza por una operación de la CAM apegada a modelos de planeación tradicional y en los que se muestra una tercerización baja o incipiente; el modelo híbrido, que dejó de operar bajo una forma tradicional pero que aún no consolida la tercerización y el modelo tercerizado, que muestran una mayor consolidación en la participación de proveedores privados en varias de las fases de la CAM. Se encontró que existe una marcada tendencia a sustituir el modelo convencional por la tercerización. Al momento del estudio la mayoría de los SESA de la muestra se encontraban migrando; de los estados evaluados el único que muestra de forma pura la modalidad convencional es Chihuahua; los estados de Yucatán y de México iniciaron tempranamente su incorporación al modelo tercerizado mostrando un mayor avance, al que se sumó más tarde Chiapas. El resto de entidades evaluadas muestran el modelo en transición o híbridos; Guerrero, por ejemplo, se encuentra más cercano a la tercerización incipiente y Guanajuato a la tercerización consolidada. Las principales diferencias radican en el grado de subrogación, la fase de la cadena de abasto que se subroga y la población o región cubierta por los distribuidores privados.

Modelo convencional

En este modelo la planeación se basa en la estimación de los consumos históricos en los últimos años, por ejemplo, se promedian los consumos mensuales de

los últimos tres años y el resultado se ajusta con la información de surtimiento real y caducidad reportada por unidad de atención y por mes; se compara la estimación del consumo histórico mensual con los recursos presupuestales disponibles, las tendencias de la morbilidad en el estado y sus necesidades específicas. Con ello se obtiene un estimado de compra anual que, en teoría, es el más adecuado. La información se procesa en un programa de cómputo por lo que el uso correcto de éste mejora la oportunidad de la planeación adquiriendo suma importancia la capacitación del personal.

...la base principal para que toda la estructura funcione es el histórico de consumos; con éste determinamos las necesidades de consumo de las unidades, hacemos el requerimiento anual o las reposiciones... (más tarde) se hace la consolidación y se hace la licitación pública, la contratación de los proveedores, la gestión de los contratos y se establecen los pedidos. Posteriormente el proveedor nos entrega al almacén central, el almacén recibe, otorga un alta, almacena los artículos y surte... Ahí se establece su cantidad máxima, su cantidad mínima y su cantidad óptima para surtir... [Jefatura de abasto].

Se ha trabajado mucho en capacitar a las áreas jurisdiccionales y unidades de primer nivel y segundo nivel para que (...) identifiquen el flujo por año, realmente, de toda su cantidad de insumos, de todas las claves necesarias (...) Se ha trabajado también mucho en sistemas tecnológicos que permitan fluidez de información y en la identificación del costo que, por año, pueden tener las adquisiciones para, obviamente, tener ya previsto el recurso [Directivo de planeación].

Los informantes reportan que se gasta en medicamentos que caducan en la jurisdicción o en las unidades de atención. Por otra parte, en las jurisdicciones proyectan cifras ideales para cumplir con el calendario y no hay procedimientos establecidos para cubrir faltantes en las unidades de atención primaria. En otras ocasiones se surten claves no requeridas.

Yo creo que ha habido una confusión, porque me mandaron un excedente de algunas claves que, yo creo que me las voy a gastar en un año, porque son muchas [Encargado de farmacia].

Bueno, aquí no nos aceptan la devolución (...) el problema es control del abasto. A mí me consta que la unidad reporta y me dice "es que yo no voy a querer esta clave, me la están mande y mande. ¿Para qué quiero hojas de bisturi? Y mes tras mes, hojas de bisturi" [Jefatura de abasto].

Otro fenómeno que afecta la planeación es la compra directa de medicamentos no incluidos en el catálogo de medicamentos pero que son necesarios, especialmente en unidades hospitalarias.

En la mayoría de los estados el Sistema de Protección Social en Salud (SPSS),* en lo subsecuente denominado Seguro Popular, se abastece de medicamentos bajo un modelo tercerizado, independientemente de que los SESA hayan o no transitado a dicha forma de abastecimiento. Esto afecta la planeación:

... así es como se genera nuestro catálogo de medicamentos. No podemos excluir las claves que tiene el Seguro Popular a nivel nacional. Lo que sí podemos hacer es crecer estas claves con base en las necesidades propias del Estado [funcionario de SESA].

Empezamos a tener problemas porque la cobertura del Seguro Popular abarca solamente un espectro. Es muy complicado decirle a la gente “esto no te lo cubro, esto no está” (...) si la gente necesita otro medicamento pues se lo damos, aunque no esté “encausado” [funcionario de SESA].

Aunque el gasto en medicamentos es elevado, el surtimiento en las unidades de atención no es completo, lo que aparentemente ocurre por problemas en la planeación.

Hay mucha inversión, se compra mucho medicamento. Pero la compra no va a la par con el surtimiento... Los hospitales, por el esquema de subrogación, están más o menos satisfechos. Pero el primer nivel no... ¿Qué es lo que sucede? ¿Qué medicamento compramos? Ahí es donde vemos que, a pesar de que hay inversión, el surtimiento no es al 100%, ni cercanamente a 90. No hay tal [Directivo del Seguro Popular].

La principal fuente para la compra de medicamentos ha sido el presupuesto federal y en menor escala los presupuestos de cada estado; en los últimos años el presupuesto del Seguro Popular se ha convertido en una tercera fuente. Aunque el presupuesto destinado a medicamentos es siempre menor al requerido, la falta de recursos no fue una queja generalizada e incluso se señaló suficiencia de recursos. El problema más frecuentemente mencionado es la tardanza en la disponibilidad

* El SPSS opera el denominado Seguro Popular, un programa federal que busca otorgar cobertura de un conjunto delimitado de servicios de salud (275 intervenciones médicas que integran el Catálogo Universal de Servicios de Salud CAUSES) mediante el aseguramiento público y voluntario, se orienta a personas de escasos recursos sin empleo formal y en consecuencia, sin acceso a las instituciones de seguridad social.

de recursos, hecho que obliga a tomar recursos de otras áreas, a realizar compras directas al final del año o a pedir medicamentos prestados a otras entidades.

Le puedo decir que el presupuesto que tenemos del ramo 33 como del ramo 12, como del Seguro Popular... es suficiente. El único problema es que no lo administran adecuadamente... Los recursos del ramo 12 vienen llegando en octubre, en el último trimestre, en el último cuatrimestre del año, esas son las desventajas del ramo 12. El CAUSES dice qué medicamentos están autorizados para los pacientes del seguro popular, pero realmente a los pacientes no nada más se les da esos, se les da mucho más; el Seguro Popular cubre unos, pero no los podemos meter porque no está autorizado [Directivo de programación y presupuesto de los SESA].

El número de familias afiliadas al Seguro Popular que están exentas de cuota ha aumentado mientras que la población no asegurada ha disminuido, de manera que las cuotas de recuperación dejaron de ser una fuente importante de recursos. Esto afecta principalmente el financiamiento y la operación de unidades hospitalarias.

Los pacientes que se atendían cuando se inició el Seguro Popular se han incrementado en un 400%. Esa dinámica nos exige más recursos... [Directivo de recursos materiales y servicios].

Las cuotas de recuperación han ido a la baja, a raíz de que el Seguro Popular ha estado incorporando más familias y más familias... entonces las cuotas bajan, y el medicamento se compra nada más del ramo 33 y del Seguro Popular [Directivo de programación y presupuesto de los SESA].

La normatividad es establecida a nivel nacional por la Ley Federal de Adquisiciones y a nivel estatal por las leyes locales relativas a adquisiciones, arrendamiento y obra pública. El Comité de Adquisiciones* tiene como función cumplir esta normatividad y hacer transparentes los procesos de selección, compra y adquisición de insumos. Tales procesos se pueden realizar por contratación directa, cuando se requieren medicamentos de patente, o por licitación pública cuando se solicitan medicamentos genéricos intercambiables. Los criterios principales para seleccionar a los proveedores son el cumplimiento de los requisitos técnicos y el costo de los medicamentos. Sin embargo, los informantes señalaron que el principal criterio es el precio.

* Integrado por el Secretario Estatal de Salud y los directores o subdirectores de administración, planeación, programación y presupuesto, adquisiciones, recursos materiales e información.

Posteriormente se lleva el acta de apertura económica, donde todos los proveedores que cumplieron técnicamente dan sus precios en alguna tabla comparativa. Finalmente se adjudica al que cumple tanto técnicamente como económicamente y al que sería económicamente más bajo [Jefatura de adquisiciones].

Las licitaciones, son complejas y prolongadas, destinándoles una gran cantidad de tiempo y recursos. A pesar de esto, las licitaciones resultan condiciones indispensables para garantizar la transparencia de las adquisiciones.

Un procedimiento licitatorio puede llevar hasta 40 días naturales. Entonces, obviamente, hay que programar con tiempo. Básicamente es la única desventaja que se puede tener, pero finalmente es la forma de ejercer el recurso y es la forma de poder ser lo más transparente posible. [Jefatura de adquisiciones]

Con frecuencia se declaran desiertas las licitaciones, lo que implica reiniciar todo el procedimiento. En ocasiones se termina haciendo compras directas que afectan financieramente los programas y limitan las condiciones de compra.

Realmente queda una gran cantidad de claves desiertas. Si el segundo nivel considera que un medicamento es urgente, solicita una reunión extraordinaria para ver si se va a adquirir de manera directa o si se permite la adquisición directa a los hospitales o algo por el estilo... si no sucede, se va hasta la segunda vuelta. Después de la segunda vuelta se tiene que reunir el comité de manera extraordinaria, para ver nada más las compras directas, y si se van a hacer y de qué modo [Directivo de evaluación y planeación de los SESA].

El almacenamiento es una tarea que recae en los mismos servicios de atención y que requiere de instrumentos para garantizar la recepción de los insumos entregados por los proveedores, su adecuado mantenimiento y su oportuna y suficiente distribución a los centros de atención, que depende de la capacidad organizativa de los SESA.

Los proveedores tienen 30 días para entregar en almacén, una vez que se ha hecho el pedido; una vez que se reciben se clasifican, se acomodan y se dan de alta en el sistema (...) a través del formato 1199 determinamos que medicamento se consumió (sic), para elaborar su consumo promedio mensual. [Directivo de recursos materiales y servicios de los SESA].

Para iniciar la fase de distribución los centros de salud informan de sus existencias, consumos y necesidades mensuales a las jurisdicciones por medio de un formato especial impreso. Lo mismo hacen los hospitales, aunque en este caso se utiliza el internet. Las jurisdicciones concentran y procesan la información y comunican las necesidades al área de control de abasto y al almacén central. Este último distribuye los medicamentos a los centros mediante visitas periódicas, generalmente semanales que, según los entrevistados, son cada vez más eficientes.

Los encargados del control de abasto validan las órdenes de suministro, emiten las preparaciones de embarque y planean las rutas y tiempos para la distribución a las jurisdicciones, hospitales y centros de salud. La actualización de la información sobre el abasto se realiza desde cada una de estas instancias dependiendo, entre otras cosas, de la disponibilidad de internet. En los sitios que carecen de recursos electrónicos, la requisición de medicamentos se hace a través del llenado manual de formas. En el almacén se verifican las necesidades de cada solicitante y el jefe de abasto se encarga de los envíos. Idealmente, este proceso se lleva a cabo siguiendo normas y guías de procedimientos estandarizados. La buena práctica de estos mecanismos permite contar con un inventario confiable, lo que hace más eficiente la distribución.

En esta fase se encontraron problemas en el manejo de caducidades. Para un mayor control se pide a las unidades entregar los medicamentos seis meses antes de su caducidad; cuando estos insumos son recibidos por el almacén, éste los ofrece al resto del estado o a otras entidades. Frecuentemente las unidades no aceptan la responsabilidad de manejar los medicamentos próximos a caducar, a menos que tengan necesidad de ellos. Al consultar a los encargados de las unidades de atención y responsables de almacén sobre el porcentaje de medicamentos caducados, ninguno respondió directamente. Existe una dificultad para determinar el lugar donde ocurre la caducidad pues el medicamento va de un sitio a otro en espera de utilizarse; por lo anterior, los porcentajes de caducidad en cada espacio institucional no necesariamente corresponden a su eficiencia en su manejo. En general, la prevención de la caducidad es escasa y se lleva a cabo con sistemas de control poco desarrollados.

En los centros de salud el reporte de movimiento de medicamentos se hace a través del OCE-99 impreso, ya que no disponen de equipo de cómputo. Los hospitales mantienen actualizado su OCE-99 por disponer de equipo de cómputo. [Jefatura de adquisiciones].

Antes todo era ineficiente (...) ahora con un solo viaje se atienden 5 o 6 centros de salud y más rápido; el suministro cambió, llegan, entregan y se suben al camión y van para la siguiente entrega [Directivo de tecnologías de información].

La distribución de medicamentos se afecta cuando los proveedores retrasan la entrega. En estos casos se aplican sanciones que, por lo menos en teoría, deben contemplarse en las reglas de licitación.

En algunas ocasiones los proveedores no entregan a tiempo, se les sanciona. El procedimiento está normado (...) son tiempos normados por la ley [Jefatura de adquisiciones].

Las condiciones geográficas de algunas jurisdicciones y la inadecuada zonificación de los centros de salud de cada jurisdicción también dificultan, retrasan y encarecen la entrega.

A veces el desabasto puede deberse tanto a una nevada, que no puedan entrar los vehículos (...) que los caminos estén sinuosos y que estén peligrosos, pudiera ser, pero más allá, no [Directivo de centro de salud].

En síntesis, el modelo convencional presenta varias ventajas, la más importante parece ser la experiencia en responder a las problemáticas del abasto, tales como la creación de sistemas integrales de abasto estatales, el uso de software especial para la planeación de compras, el uso de internet en el caso de los hospitales y la capacitación del personal que mejora la formulación de licitaciones. Otra ventaja es la estabilidad de los funcionarios en sus cargos que aportan su experiencia a la óptima ejecución de las acciones. Un elemento que contribuye al mejoramiento de esta modalidad es la adecuada comunicación entre las unidades de atención, las jurisdicciones, el almacén central y las oficinas de los SESA, lo que permitiría conocer las entradas, salidas y faltantes casi inmediatamente a excepción hecha de los centros de salud que no cuentan con internet. Sin embargo, el sistema de almacenamiento muestra serios problemas que se resuelven por un lado con mayor capacitación para el apego a las guías y normas. Por otro lado, se requiere mejoría de las condiciones físicas de los almacenes y su creación en donde no existen, así como un sistema más sofisticado de control de la caducidad. El sistema de distribución puede mejorarse rezonificando los centros de salud que atiende cada jurisdicción y buscando alternativas de distribución a los centros de difícil acceso.

Modelo tercerizado

En este modelo, los SESA determinan la cantidad y tipo de medicamento que debe llegar a cada centro de atención en un periodo determinado, obtienen el financiamiento y formulan las bases para su adquisición. La empresa a la que se subroga el servicio almacena y distribuye el medicamento hasta las farmacias de las unidades de atención médica que también pueden ser manejadas por ellos, o a sus propias farmacias donde se le entrega al usuario.

La fase de planeación es realizada por funcionarios de niveles alto e intermedio de los SESA. Según los entrevistados, buscan que la planeación del abasto surja de las necesidades de la población; para ello se toman en cuenta las características epidemiológicas y el tipo de gestión gubernamental en el que operan los SESA. La planeación se realiza en forma colegiada con los actores de la cadena y se definen los requerimientos generales para la licitación.

Se empezaron a tener reuniones semanales de seguimiento. A cada reunión se presentaban las áreas médica, administrativa, de recursos materiales, contraloría, informática, la empresa, y yo, y se daba seguimiento al avance del servicio. Si hay alguna inconsistencia lo minutamos, y esos errores, observaciones u oportunidades de mejora se incorporan a la nueva licitación; es decir, va a traer una serie de requisitos que no tenía la anterior (...) Todas las decisiones, a pesar de que yo presido el comité, son decisiones colegiadas [Secretario estatal].

En los mismos órganos colegiados se formulan las licitaciones para la contratación de las empresas encargadas de proveer y distribuir los medicamentos. Esta puede consistir en pagar a la empresa el precio de los medicamentos que suministró a los pacientes durante un determinado periodo (generalmente un año), en cuyo caso el comité de adquisiciones determina al inicio del periodo los volúmenes máximo y mínimo de cada medicamento que la empresa debe disponer. La segunda forma de contratación consiste en calcular el costo promedio de los medicamentos que requiere cada paciente durante el año y pagar a la empresa esta cantidad (*capitación*), independientemente del consumo final real. En este caso, las empresas buscarán cobrar el máximo posible y los SESA el mínimo, por lo que es necesaria una correcta planeación que permita a los servicios pagar el precio justo.

Para la licitación es necesario establecer claramente las directrices y requerimientos para la contratación de las empresas que puedan cumplir con la distribución

de los medicamentos sin menoscabo del control de la información por parte de los SESA. Igual que en su modalidad convencional, el proceso de licitación en la tercerización es lento y complejo, y termina definiéndose por razones económicas.

Las bases son avaladas por los integrantes del comité: área usuaria, finanzas, administrativo, jurídico, contraloría (...); se inscribieron, si no mal recuerdo, ocho empresas. El dictamen, el técnico y el administrativo, lo pasaron solamente dos, otra vez el Fénix y Dispur, y en la parte económica solamente quedó Dispur. Hay un dictamen médico y uno administrativo, y una vez que pasó esa etapa (...) se pasa a un dictamen económico, que se basa en los precios [Funcionario intermedio].

En los SESA con abasto tercerizado la licitación indica generalmente contratos por un año, tiempo suficiente para una nueva planeación, sin embargo, se observa una falta de comunicación entre los actores de los centros de atención:

No hay un procedimiento, un cauce que nos lleve a hacer bien el trabajo. Que le digo, nunca nos dieron a tiempo el proceso licitatorio donde vengan precios, las bases, etcétera. [Jefatura de almacén].

El financiamiento se compone de recursos proporcionados por los gobiernos federal y estatal. También existen otras fuentes alternas, como las cuotas de recuperación o las donaciones que son poco frecuentes. En este modelo también se mencionó que los recursos de la fuente federal llegan tardíamente y se observó una valoración diferencial respecto de la suficiencia de éstos.

Que cumplan con lo que dice la ley. La ley establece que nos deben pagar la aportación solidaria federal mensualmente, y la cuota trimestralmente, y no ocurre [Funcionario del SESA].

Si tú dices ¿cubre las necesidades del Instituto de Salud? Sí. ¿Cubre las necesidades de la población abierta que es responsabilidad de la Secretaría de Salud? No. (...) hay programas que se quedan fuera, por ejemplo diálisis, hemodiálisis, que es el recurso que nos retiraron. Con eso se quedó desprotegida una población muy importante, que es clave [Funcionario del SESA].

La adquisición se hace con la definición de un CBCM que cubra las necesidades de la población. Los comités de adquisiciones se encargan de identificar los requerimientos y gestionar el presupuesto. Esta fase depende sólo relativamente de la modalidad que asuma el

SESA. En el caso de los hospitales, el modelo tercerizado no modifica las funciones de dichos comités.

Las funciones que me marca el manual de organización, entre otras cosas, son crear el programa anual de adquisiciones, integrar el presupuesto anual de la unidad, realizar las compras de los insumos que se requieran, vigilar y procurar un adecuado nivel de abasto en la unidad, para todos los servicios; vigilar las caducidades, el almacenamiento de los insumos, que cumplan con los requerimientos que solicitan los servicios y que los costos sean atractivos y benéficos para el Instituto de Salud [Jefatura de recursos materiales, hospital regional].

En este modelo la compra a las empresas contratadas se complementa con compras directas por medicamentos no incluidos en el catálogo del CAUSES, que se realizan con lo recaudado por cuotas de recuperación y otros recursos. Los pocos cambios en el CBCM dificultan la adquisición de medicamentos más idóneos a las necesidades vigentes de la población.

Ahorita como está la subrogación (...) es necesario que entren más claves al catálogo. Muchas claves que están dentro de los catálogos ya son obsoletas, ya no tiene caso que se capturen; que sea directo al catálogo, para ir metiendo medicamentos de última generación [Directivo de hospital].

En la fase de almacenamiento, los entrevistados consideran que la tercerización simplifica los procedimientos. En las unidades de atención médica puede haber farmacias y además almacenes; en ambos espacios labora personal de la empresa subrogada que se encarga de controlar la entrada, registro y salida de medicamentos, verificar el manejo de caducidades, acomodar los medicamentos y surtirlos a los usuarios. La mayoría captura las recetas surtidas durante el día, incorporando esta información en un programa de cómputo que permite realizar diariamente un cotejo entre el medicamento surtido y las existencias reales. El proceso de almacenamiento y conservación se realiza utilizando un manual de procedimientos propio de la empresa. Sin embargo, al igual que en el modelo convencional los encargados de almacenar y distribuir los medicamentos no contaban con formación en farmacología. Estos conocimientos y habilidades fueron adquiridos mediante su experiencia o mediante asesoría.

Comprar medicamentos es muy sencillo y puedes bajar el precio y lo que tú quieras. Eso es muy sencillo. Tenerlo en el lugar que se necesita cuando se necesita, eso es otra cosa. Esa es la gran diferencia, esa es la brecha. Mientras

estén más preocupados por comprar medicamento barato que por tener el medicamento donde se necesita y cuando se necesita, no se van a lograr niveles de abasto adecuados [Secretario estatal].

Que nos digan cómo se va a trabajar, porque a veces desconocemos cómo deben de ser las cosas. Las hacemos como intuición porque pensamos que eso es lo mejor y realmente no tenemos una indicación de cómo se deben hacer las cosas [Administrador de centro de salud].

En la mayoría de las unidades la distribución se realiza entregando el medicamento al paciente, en espacios dentro de los centros de atención o en farmacias externas; teóricamente, los medicamentos deben surtirse inmediatamente o en 24 horas. Se identificaron retardo en el abasto a las unidades y problemas de racionalidad en la prescripción ya que se recetan medicamentos no incluidos en el catálogo estatal, y dado que la empresa subrogada no está obligada a suministrarlos, el desabasto se incrementa. Un problema agregado es la falta de normas de procedimientos y de capacitación al personal para desarrollar las actividades de abasto, desde la recepción de los medicamentos hasta su entrega al paciente, lo que ocasiona dificultades administrativas y problemas en la identificación de las fuentes del financiamiento.

... lo que está faltando aquí son procedimientos para saber qué hacer una vez que se empieza a surtir un medicamento por parte de la empresa: qué controles deberían de llevar, cómo validar las entradas, las salidas, las recetas, porque en teoría esta empresa nos ofreció que iba a tener un sistema de cómputo para que las recetas se fueran capturando y pudiéramos ir discriminando, precisamente, el tipo de población y el tipo de medicamento, situación que no se previó en su oportunidad y fue hasta julio, agosto prácticamente, cuando se inició con un formato estándar. No había la preparación suficiente de todos los participantes en procesos de este tipo, estaban acostumbrados al mecanismo tradicional de compra y surtimiento en almacén, las entradas y salidas [Directivo de finanzas].

Se observó que continúa realizándose una mala distribución de medicamentos entre las unidades. Como en el modelo convencional, aunque en menor escala, en el modelo tercerizado también hay farmacias en donde no existen los medicamentos que demanda la población, mientras que en otras hay medicamentos no solicitados. También se observa que los distribuidores cambian las presentaciones sin informar oportunamente a los servicios.

Por ejemplo, el medicamento para los diabéticos, normalmente llegaba de 15 ml; ahorita está llegando de 30. Entonces tienes que ir con los doctores, explicarles, cambiar la dosis, darles la mitad. Y no te avisan, nada más el medicamento te llega de repente. Incluso yo le comenté a mi jefe: "¿Por qué de 30?"; y contesta: "el proveedor así lo está mandando" [Encargada de farmacia].

En las licitaciones se incluyen sanciones a los proveedores en caso de no contar con algún medicamento. En la mayoría de los casos este mecanismo contribuye a garantizar el abasto. Sin embargo, las licitaciones tienen serias limitaciones, por ejemplo, se acepta que las empresas distribuyan los medicamentos sólo a poblaciones geográficamente accesibles, reduciendo la posibilidad de que la subrogación sea un procedimiento que contribuya al aumento de la cobertura de surtimiento. Funcionarios intermedios plantean evaluar el modelo y discutir sus ventajas y desventajas.

Entonces se vuelve complejo llegar hasta ese lugar, lograr abasto completo. No obstante, esa fue una de las premisas de este nuevo contrato: atender hasta allá. [Funcionario].

Nosotros debemos tener un cuadro básico al 100% surtido. En el caso de que no haya un medicamento, que el centro de abasto no lo esté trabajando o lo tenga escaso, nosotros debemos conseguirlo a como dé lugar [Encargado de farmacia de Hospital].

A veces no lo tienen en el laboratorio, (o) lo guardan para subirlo de precio. Entonces se consigue, muchas veces a un precio más elevado, y se les da a los derechohabientes. Solamente a los derechohabientes [Subdirector administrativo de hospital].

Yo siento que nos tenemos que reunir. Tienen que hacer un balance de que tan barato o caro nos salió, porque si lo más difícil nos los siguieron dejando, entonces ¿que ganó la subdirección? Porque esto es de ganar ¿verdad? Se trata de ganar. Yo, ¿en qué salí ganando? ¿qué me ahorre? Lo del centro, que era fácil, lo hacen ellos y lo complicado me toca a mí... ¿Gané o no gané? Tenemos que hacer un balance en el aspecto de costos y beneficios [Jefatura de jurisdicción].

Modelos híbridos

La mayoría de las entidades investigadas (Colima, Jalisco, Michoacán, Nayarit, Veracruz y Oaxaca) se encuentran transitando hacia la tercerización. Aunque algunos aspectos se acercan más hacia el modelo convencional. Con independencia del nivel de desempeño, se aprecian

alcances diferenciales. Las condiciones que influyen son la operación del Seguro Popular y *Oportunidades*,* y el tipo de unidad de atención.

Las ventajas de los SESA que muestran modalidades híbridas se refieren a las capacidades organizativas propias del modelo convencional, especialmente durante la fase de planeación de las adquisiciones y que sólo algunos servicios han conservado y mejorado; en menor medida, otras ventajas se relacionan con las nuevas habilidades requeridas para la tercerización: mayor experiencia en la compra consolidada, mayor precisión en la identificación de necesidades reales y mejoría en el monitoreo de las actividades de abasto.

Yo les decía a los centros de salud ¿Sabes por qué te equivocaste en tu planeación de la demanda? Tú dijiste que consumías 100 y la empresa te surtió 100. ¡Y resulta que no, que consumes 200! ¿De quién es el desabasto? De la empresa no, ella te está trayendo los 100 que tú dijiste, es responsabilidad tuya por no haber planeado de manera correcta (...) Tuvimos fallos importantes. ¡Hasta de cincuenta por ciento de error en algunas claves! Los hemos corregido poco a poco, con base en la herramienta que ahora nos está poniendo la empresa para conocer los consumos promedios reales [Jefatura de unidades médicas].

En estos SESA el incremento en el número de proveedores que participan en la licitación coincide con una disminución de las claves desiertas y de medicamentos caducados. En algunos casos, la transición hacia la tercerización es valorada positivamente ya que, según algunos entrevistados, resuelve problemáticas anteriores.

Este año se dio un gran avance. Con el modelo anterior se centralizaba demasiado. Desde esta área se decía lo que cada hospital o unidad debería tener, que era muchas veces fuera de la realidad. Con el hecho de que cada quien pida lo que realmente necesita supone un gran avance [Asesor de dirección de redes].

Los SESA híbridos más cercanos al modelo convencional siguen encargándose del almacenamiento;

* *Oportunidades* es un programa gubernamental de nivel federal, de atención a familias en pobreza extrema, que incluye servicios limitados de educación, salud y alimentación. Fue creado en 1997 y cuenta con un financiamiento público específico e intransferible. En sus componentes de salud es instrumentado por las unidades de atención médica que creó el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) para atender a poblaciones rurales e indígenas sin acceso a la seguridad social. Este programa se crea con una reforma a la implementación del anterior programa IMSS-COPLAMAR y que después se denominó IMSS-Solidaridad.

los proveedores entregan al almacén de la dependencia y los servicios entregan los medicamentos a las unidades de atención, ya sea directamente o a través de las jurisdicciones. En algunos casos los centros de salud están municipalizados, por lo cual el almacén municipal también interviene.

En los estados en que los SESA continúan a cargo del almacenaje existe experiencia en el manejo de un *stock* suficiente para cerca de dos meses que les permite prevenirse en caso de emergencias o para un mejor manejo de las caducidades. También se aprecia mayor antigüedad y menor rotación del personal y una buena coordinación con la red de abasto.

Tengo 20 años aquí y nunca ha fallado en un hospital ni la papelería ni los medicamentos, por eso tenemos calendarios. El viernes voy a cargar para tal lugar, ya tienen sus notas, sus cajas listas, estamos coordinados de forma tal que cuando llega el camión ahí está la caja [Encargado de almacén].

A su vez, los SESA que subrogan el almacenamiento lo consideran positivo ya que se descargan de la realización de tareas administrativas y las obligaciones terminan al asignar a la empresa un espacio físico para el almacenamiento. Las referencias a la falta de espacios para las farmacias son comunes tanto en los servicios que subrogan como en los convencionales. En opinión de los proveedores, los beneficios de la subrogación son mayores, e incluye el manejo de caducidades.

Escoger farmacias del ISEF que estuvieran instaladas en las unidades se hace para darle el beneficio al paciente. El ISEF te pone una farmacia y un despachador de farmacia, o, si no te cabe el despachador de farmacia y la farmacia, (el proveedor) te dice: "te doy medicamento y tú lo surtes. Te doy un anaquel, vas a disponer de un anaquel que se abre con llave, es portátil, y el médico lo surte" [Coordinador de jurisdicción].

La tercerización afecta la participación de los funcionarios en la fase de planeación. Los entrevistados de los SESA en transición señalaron falta de seguimiento en la toma de decisiones en esta fase.

El comité de abastos no ha funcionado como debería. Se programan reuniones que no se efectúan y cuando se efectúan no están todos los que deben de estar. A las decisiones que se toman no se les da seguimiento, o quedan a medias. Este año no han habido reuniones (...) estamos debajo de la meta esperada, llevamos un porcentaje de cumplimiento de 70%. [Jefatura de evaluación].

La planeación no se basa estrictamente en las necesidades de las unidades de atención sino en una combinación entre lo que permite el catálogo del CAUSES, el CBCM y la demanda de los pacientes reportada por las empresas subrogadas. La planeación local no se basa en las necesidades diferenciales entre centros de salud y hospitales. Con frecuencia, la distribución de medicamentos termina haciéndose dividiendo el volumen recibido entre el número de puntos de entrega.

Por ejemplo, en el cuadro básico nos piden que tengamos sueros contra picaduras o mordeduras de serpientes y arañas pero aquí te puede morder una serpiente donde tú quieras y en treinta minutos estás en un hospital y te están atendiendo. Entonces, se me hace un dispendio de recurso, porque al final se te van a caducar porque no los vas a utilizar [Directivo de centro de salud].

Normalmente no estamos trabajando por cuestiones epidemiológicas, lo que debería ser. Conocemos los puntos de consumo, sabemos cuáles son y en qué temporada, pero ahorita estamos trabajando con lo que nos llega de medicamento. Inmediatamente se distribuye por núcleos básicos: el centro de salud tiene cinco núcleos y mi jurisdicción tiene 245 núcleos. Lo que me llegó lo divido entre los 245. Ya de ahí, si la unidad tiene cinco, lo que me toca por núcleo lo multiplico por cinco. Esa es la manera en que hacemos la distribución por núcleo básico. [Coordinador de atención médica].

Otras desventajas del modelo convencional que muestran los SESA en transición es la falta de participación de los centros de salud en la planeación de las adquisiciones. En el caso de los hospitales normalmente no se discute la compra de medicamentos que no están en el CBCM, aunque se trate de fármacos de uso habitual.

A nosotros nos surten de acuerdo con lo que se consuma en el mes anterior. Si yo consumí 20 cajas de una clave, me las reponen el siguiente mes, pero si las enfermedades se agudizan, en lo que surten el medicamento la necesidad de 20 cajas se volvió de 40, 50 o 60; entonces empiezo a negar el medicamento, lo tiene que comprar el paciente [Encargado de farmacia].

Normalmente nos dicen que ya está lo del Cuadro Básico. Todo eso se hace a nivel central. No nos piden nuestra opinión [Directivo de centro de salud].

Desgraciadamente no tenemos un sistema epidemiológico que nos presente las necesidades reales. El problema que tenemos para una buena programación es el subregistro [Responsable del abasto de medicamentos].

La otra es que se abra el número de claves licitadas, que sea más amplio, en especial con medicamentos que son absolutamente indispensables para el manejo del

hospital; que se consense y se soliciten los medicamentos de acuerdo con las necesidades reales de cada servicio [Directivo de hospital].

Por otra parte, las empresas desarrollan prácticas preferenciales sobre los SESA ya que en diversos casos venden medicamentos iguales a precios diferentes. Los precios dependen del volumen y periodicidad de la compra, pero también de la capacidad de la entidad para obtener condiciones preferenciales.

Nosotros tenemos volúmenes de compra pequeños, lo cual hace que los precios que nos ofrecen los proveedores sean más altos que en otros estados. Por ejemplo, yo tengo 80 000 familias; Jalisco 400 000 y el Estado de México un millón de familias. Eso hace que ellos tengan mejores precios que nosotros. Por eso la idea (...) de hacer compras consolidadas por región [Directivo de servicios de salud].

La operación del Seguro Popular ha modificado sustancialmente el financiamiento local al reducir los ingresos por cuotas de recuperación en las unidades de atención y centralizar su administración a nivel de los SESA. Esto impacta el fondo revolvente y reduce la autonomía financiera, especialmente en unidades hospitalarias.

Nuestra captación mensual antiguamente rebasaba el millón doscientos mil pesos, a través de cuotas de recuperación. Actualmente recuperamos como 400 000 pesos [Directivo de hospital].

Inclusive compramos una ambulancia con cuotas de recuperación. Compramos un equipo de endoscopia, que costó 30 000 dólares; compramos lámparas, una mesa quirúrgica, compramos varias cosas con cuotas de recuperación. A nosotros eso nos vino a afectar [Directivo de hospital].

Mensualmente... estaríamos hablando como de un millón doscientos, porque damos atención para el área privada; ese es el que más recursos deja (...) Ahora que tenemos atención del Seguro Popular y programas como *Oportunidades*, el paciente no paga nada [Administrador de hospital].

La adquisición de medicamentos lleva cerca de tres meses. En el caso de medicamentos que necesitan ser surtidos de manera urgente, el proceso de validación puede tardar entre quince días y un mes, y ocurre que cuando los medicamentos llegan a las unidades, las necesidades han cambiado. Adicionalmente, las compras directas descapitalizan a las unidades de atención porque se hacen por menudeo a precios mayores de los

que se obtendrían con una licitación. También se observa falta de transparencia en la licitación, especialmente en los SESA con capacidades organizativas limitadas. A las unidades de atención se les solicitan tres cotizaciones, pero no es raro que el comité de adquisiciones termine comprando a un cuarto proveedor, lo que desalienta la participación de las otras empresas. Un problema que no se resuelve necesariamente cuando se subroga es la falta de espacio para la farmacia, pues en diversos casos convive personal de la empresa subrogada y de la SS. Frecuentemente esto se traduce en duplicidad de personal e ineficiencia.

La verdad, nos falta espacio para movernos. También trabajan los que estaban anteriormente en farmacia. Los que pertenecían a la Secretaría también están acá y la verdad es incómodo, porque entran y salen y a veces estamos corriendo y ellos ahí están. La verdad sí nos estorban, porque prácticamente no están haciendo nada, pero ahí están; ellos manejan medicamentos controlados, pero sí necesitamos más espacio [Encargado de farmacia].

Se observa que los recursos del Seguro Popular amortiguan el desabasto ya que en teoría garantizan a sus usuarios el suministro de medicinas. Si no hay un medicamento para un usuario del Seguro Popular, especialmente en unidades hospitalarias, éste se consigue rápidamente, lo cual no ocurre con la población no asegurada que por alguna razón todavía no se ha registrado en ese programa, lo que representa finalmente una atención desigual del mismo tipo de población.

En resumen, los principales problemas que atraviesan los SESA en transición tienen que ver con la estructura organizativa de la entidad, con la pérdida de control sobre el proceso de abasto aún sin subrogarlo completamente, y en varios casos se observa incumplimiento en la entrega oportuna de los proveedores. Como en la modalidad convencional y tercerizada, en los SESA en transición también se presentaron quejas por insuficiencia de recursos materiales y financieros, y tardía liberación de recursos que limita el tiempo para la ejecución del gasto.

La liberación de recursos llega de una forma muy tardía o ya muy avanzado el año administrativo. Este año la liberación se dio en los meses de junio y julio para ejecutarse en los meses de agosto y septiembre. [Asesor médico de redes].

A final del año es cuando empieza a llegar el presupuesto, las compras se van difiriendo y de repente pasa lo que está pasando ahorita: empiezan a llegar tráileres y tráileres de insumos y tenemos el problema de dónde los guardamos. Hay muchas cosas que se generan prin-

cialmente por la insuficiencia presupuestal [Jefatura de evaluación].

Los recursos son insuficientes. Por ejemplo... no tenemos vehículos suficientes para hacer la distribución [Jefatura de apoyo tecnológico].

Cuando tú ocupas el medicamento apenas se está adquiriendo [Médico de centro de salud].

Conclusiones

En el cuadro II se sintetizan las problemáticas identificadas según la fase de tercerización. Se observa una tendencia generalizada hacia la subrogación parcial o total de la cadena de suministro, predominando las modalidades en transición en las que se mantienen y profundizan problemáticas identificadas en la modalidad convencional que no se terminan de resolver. Aunque con algunas diferencias en los modelos, la planeación muestra problemas de heterogeneidad de procedimientos, falta de seguimiento de las decisiones y pocos cambios en el CBCM.

Una problemática independientemente de su grado de tercerización es la disponibilidad de recursos financieros, incluyendo los provenientes del Seguro Popular, lo que obliga a la utilización temporal de fondos de otros programas que después quedan sujetos a regularizaciones administrativas.

Hay comités de adquisición encargados de las licitaciones en los que se observa un predominio de los criterios administrativos sobre los médicos, por lo que se requieren Comités Técnicos de Farmacia y Terapéutica que seleccionen los medicamentos de acuerdo con la prescripción basada en la evidencia científica. En los tres modelos se observaron procesos largos y complejos en las licitaciones, así como prácticas nocivas por parte de los proveedores, además, no concursan al declararse desiertas las licitaciones (convencional), ofrecen precios diferenciales (transicional) y sólo abastecen a unidades accesibles (tercerizado).

La falta de formación profesional en los encargados de almacenamiento es un problema compartido en la modalidad convencional y en la tercerizada. En la primera, el control de la caducidad es poco desarrollado, y permite suponer que de proveer capacitación y sistemas modernizados a la modalidad convencional los productos caducados se reducirían. El suministro de medicamentos se realiza de forma fragmentada y por segmentos poblacionales de acuerdo con el sector poblacional al que se dirigen los programas (beneficiarios de *Oportunidades*, del Seguro Popular o sin aseguramiento). La fragmentación y segmentación de la CAM está determinada por la multiplicidad de fuentes de financiamiento y por la discordancia en la disponibilidad de

Cuadro II
PRINCIPALES PROBLEMÁTICAS IDENTIFICADAS POR LOS INFORMANTES SEGÚN GRADO DE TERCERIZACIÓN DE LA CAM

	<i>Modelo convencional</i>	<i>Modelo en transición</i>	<i>Modelo tercerizado</i>
Planeación	Falta de procedimientos estandarizados para cubrir faltantes. Tardanza en la disponibilidad de recursos federales. Compra directa de medicamentos no incluidos en los catálogos (principalmente en unidades hospitalarias). La introducción del Seguro Popular disminuyó los recursos que se obtenían por cuotas de recuperación.	Falta de seguimiento de los funcionarios en la toma de decisiones. No se toman en cuenta las necesidades diferenciales entre centros de salud y hospitales. Falta de participación de los centros de salud.	Tardanza en la disponibilidad de recursos federales. Pocos cambios en el CBCM que no ajustan las necesidades vigentes de los usuarios.
Adquisición	Las licitaciones son complejas y prolongadas. Las licitaciones se declaran desiertas frecuentemente.	Falta de participación de los centros de salud. Prácticas preferenciales de los proveedores vendiendo a precios distintos medicamentos iguales a los SESA. Descapitalización por compras directas.	Las licitaciones son complejas y prolongadas. Las licitaciones son limitadas; se acepta que los proveedores sólo distribuyan a poblaciones accesibles. Las empresas buscan cobrar el máximo posible y los SESA pagar el mínimo.
Almacenamiento	La prevención de la caducidad es escasa, con sistemas de control poco desarrollados. Falta de formación profesional de los encargados.	Falta de espacios para las farmacias en las unidades de atención.	Falta de formación profesional de los encargados.
Distribución	Retraso en la entrega de los proveedores. Condiciones geográficas que dificultan el acceso. Inadecuada zonificación de las unidades de atención respecto de la jurisdicción correspondiente.	Frecuentemente se realiza dividiendo el volumen entre los puntos de entrega. Duplicidad e ineficiencia en casos de unidades en que coexiste personal de la unidad de atención con el de la empresa subrogada.	Retraso en el abasto a las unidades de atención. Inconsistencias entre la prescripción de medicamentos no incluidos en los catálogos que se comprometió a abastecer el proveedor. Falta de normas y procedimientos para la distribución.

éste, lo que condiciona la oportunidad en la adquisición. Las licitaciones regionales o nacionales podrían ser una adecuada opción para esta problemática.

Es indispensable fortalecer la rectoría de la SS mediante el establecimiento de una política nacional de medicamentos que incluya la participación de medicamentos genéricos, el mantenimiento de precios bajos de los medicamentos de patente, la optimización en el tránsito del suministro de recursos, capacitación al personal y adecuación permanente del CBCM basada en las necesidades vigentes expresada en la prescripción basada en la evidencia científica.

Declaración de conflicto de intereses: Los autores declararon no tener conflicto de intereses.

Referencias

1. Organización Mundial de la Salud. Conferencia de Expertos sobre Uso Racional de Medicamentos; 1985 nov; Nairobi, Kenia.
2. Gómez-Dantés O, Garrido-Latorre F, Tirado-Gomez LL, Ramirez D, Macías C. Abastecimiento de medicamentos en unidades de primer

- nivel de atención de la Secretaría de Salud de México. *Salud Publica Mex* 2001;43(3):224-232.
3. Leyva-Flores R, Erviti-Erice J, Kageyama-Escobar M, Aredondo A. Prescripción, acceso y gasto en medicamentos entre usuarios de servicios de salud en México. *Salud Publica Mex* 1998; 40(1): 1-8.
4. Secretaría de Salud. Satisfacer la demanda de medicamentos en el sector salud, una iniciativa en progreso. México, DF: SSA, 2004.
5. Enriquez-Rubio E, Frati-Murani A, González-Pier E. Hacia una política farmacéutica integral para México. México DF: SSA, 2005.
6. Tobar F. Lecciones aprendidas en la provisión de medicamentos para la atención primaria de la salud. *Salud Publica Mex* 2008; 50(4): 463-469.
7. Barraza M, Campos A. Elementos para mejorar la regulación farmacéutica en México: la experiencia del Reino Unido. México DF: FCO/ SSA, 2007.
8. González E. Política farmacéutica saludable. *Salud Publica Mex* 2008; 50(4): 488-495.
9. Garrido-Latorre F, Hernández-Llamas H, Gómez-Dantés O. Surtimiento de recetas a los afiliados al Seguro Popular de Salud de México. *Salud Publica Mex* 2008; 50(4): 429-436.
10. Reséndez, C, Garrido F, Gómez-Dantés O. Disponibilidad de medicamentos esenciales de primer nivel de la Secretaría de Salud de Tamaulipas, México. *Salud Publica Mex* 2000; 42(4): 298-308.
11. Molina-Salazar RE, González-Marín E, Carbajal-de Nova C. Competencia y precios en el mercado farmacéutico mexicano. *Salud Publica Mex* 2008; 50(4): 496-500.
12. Secretaría de Salud. Programa sectorial de salud 2007-2012. México DF: SSA, 2007.
13. Geertz C. La interpretación de las culturas. Barcelona: Gedisa, 1992.