



SALUD



SECRETARÍA
DE SALUD

***Evaluación de los procesos de
financiamiento, selección,
adquisición, almacenamiento y
distribución de medicamentos
en los Servicios Estatales de
Salud***

INFORME FINAL

8 de diciembre de 2008

Evaluación de los procesos de
financiamiento, selección, adquisición, almacenamiento y
distribución de medicamentos en los Servicios Estatales de Salud, 2008

D.R. © Secretaría de Salud
Lieja 7, Col. Juárez
06696 México, D.F.

La Evaluación de los procesos de financiamiento, selección, adquisición, almacenamiento y distribución de medicamentos en los Servicios Estatales de Salud, 2008 estuvo a cargo de la Subsecretaría de Innovación y Calidad, a través de la Dirección General de Evaluación del Desempeño, de la SSa.

Evaluación de los procesos de financiamiento, selección, adquisición, almacenamiento y distribución de medicamentos en los Servicios Estatales de Salud 2008, puede consultarse parcial o totalmente en la dirección electrónica: www.dged.salud.gob.mx

Impreso y hecho en México/*Printed and made in Mexico.*

ÍNDICE

	<i>Pág.</i>
I. DESCRIPCIÓN DETALLADA DEL TEMA QUE SE ABORDA	1
II. MARCO CONCEPTUAL UTILIZADO	6
III. METODOLOGÍA APLICADA EN EL ESTUDIO	14
IV. RESULTADOS	
<i>Resultados de la evaluación cuantitativa</i>	27
<i>Resultados de la evaluación cualitativa</i>	42
V. CONCLUSIONES	119
VI. RECOMENDACIONES	124
VII. ANEXOS	130
VIII. BIBLIOGRAFÍA	162

LISTA DE ACRÓNIMOS

ACRÓNIMO	SIGNIFICADO
CAM	Cadena de Abasto de Medicamentos
CAUSES	Catálogo Universal de Servicios Esenciales
CBCM	Cuadro Básico y Catálogo de Medicamentos
CE	Costo-efectividad
COFEPRIS	Comisión Federal para la Protección Contra Riesgos Sanitarios
CU	Costo-utilidad
CSG	Consejo de Salubridad General
DGED	Dirección General de Evaluación del Desempeño
DGPLADES	Dirección General de Planeación y Desarrollo
DIF	Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia
ENSA II	Encuesta Nacional de Salud II
IyD	Investigación y desarrollo
IMSS	Instituto Mexicano del Seguro Social
ISSSTE	Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
MC	Modelo de abasto de medicamentos <i>Convencional</i>
MT	Modelo de abasto de medicamentos <i>Tercerizado</i>
OCDE	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos
OMS	Organización Mundial de Salud
PEMEX	Petróleos Mexicanos
PRONASA	Programa Nacional de Salud 2007-2012
SEDENA	Secretaría de la Defensa Nacional
SEMAR	Secretaría de Marina
SESA	Servicios Estatales de Salud
SPS	Seguro Popular de Salud
SPSS	Sistema de Protección Social en Salud
SSA	Secretaría de Salud
UHA	Unidad Hermenéutica de Análisis

DESCRIPCIÓN DETALLADA DEL TEMA QUE SE ABORDA

Introducción

A lo largo de los últimos años la Secretaría de Salud ha realizado una gran cantidad de acciones dirigidas a fortalecer los procesos de abasto de medicamentos en el país y a disminuir el costo económico de estos insumos. En este esfuerzo se han considerado las metas de la Organización Mundial de la Salud (OMS), que ha propuesto que el uso racional de medicamentos significa que "los pacientes reciben los medicamentos adecuados a sus necesidades clínicas, en las dosis correspondientes a sus requisitos individuales, durante un periodo de tiempo adecuado y al menor costo posible para el paciente y para la comunidad" (OMS, 1985).¹

Tanto el Consejo de Salubridad General (CSG) como la Subsecretaría de Innovación y Calidad, de la Secretaría de Salud (SSA) han contribuido de manera relevante al desarrollo, la actualización y la racionalización del Cuadro Básico y Catálogo de Medicamentos (CBCM) y a la creación de metodologías estandarizadas para la evaluación del desempeño de la cadena de abasto. La Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud (DGPLADES) propuso desde 2005 una metodología para la estimación homogénea de once indicadores del desempeño de la CAM, y ese mismo año la SSA publicó un documento denominado *Hacia una Política Farmacéutica Integral para México*, que sistematiza los principales problemas y las propuestas que hasta ese momento se habían hecho en la materia.² Trabajos posteriores analizan las experiencias extranjeras y hacen recomendaciones específicas para el caso de México.³

Paralelamente a estos intentos de sistematización se llevaron a cabo múltiples reuniones nacionales y regionales, analizando los esquemas de distribución de medicamentos, las posibilidades de mejora del suministro de medicinas y las oportunidades que ofrecía el mercado privado en la mejoría de estos procesos. Todos estos esfuerzos se han dirigido a la construcción de una política nacional de medicamentos.

En el año 2007 la SSA firmó, junto con los gobiernos de los estados, la Academia Nacional de Medicina, diversas academias de medicina y un importante número de laboratorios farmacéuticos y distribuidores de medicamentos, el *Acuerdo Nacional para Garantizar la Suficiencia, Disponibilidad y Precio Justo de los Medicamentos*, destinado a obtener mejores precios en las medicinas y garantizar la disponibilidad de información sobre precios de adquisición; a estimular las compras consolidadas; a mejorar los procesos de almacenamiento y distribución; a optimizar el manejo de inventarios y a perfeccionar la prescripción de

recetas. Como resultado de este acuerdo se creó la *Comisión Coordinadora para la Negociación de Precios de Medicamentos*, en funciones desde diciembre de 2007. Este organismo busca, entre otras cosas, disminuir la disparidad que, en las diferentes entidades del país, existe en los precios del mismo medicamento, promoviendo el ahorro entre las instituciones de salud que tienen que adquirir estos productos.

Por otra parte, la Secretaría de Salud, como cabeza de sector, al elaborar y publicar el *Programa Sectorial de Salud 2007-2012*, enfatizó la necesidad de diseñar e implantar en el país una política nacional de medicamentos que atienda de manera integral todos los aspectos relacionados con la seguridad, eficacia, calidad, disponibilidad, abasto, acceso, equidad, prescripción adecuada, uso racional e innovación de fármacos, biológicos y otros insumos para la salud en el país. Todo ello se expresa en las líneas de acción 1.6, 3.3, 3.6 y 10.1 del Programa.⁴

Finalmente, desde 2007 se ha formalizado la realización anual de reuniones nacionales sobre prácticas exitosas en abasto de medicamentos. En agosto de 2008 se realizó la segunda, con la participación de representantes de los Servicios Estatales de Salud, el IMSS, el ISSSTE, el DIF, los Institutos Nacionales de Salud, los hospitales federales y los servicios médicos de PEMEX, SEDENA y SEMAR, así como invitados internacionales de Argentina y Chile.

Con estos antecedentes en materia de política de medicamentos, la presente evaluación examina las formas en que opera la cadena de abasto de medicamentos (CAM) en los Servicios Estatales de Salud, a fin de aportar evidencias encaminadas a fortalecer las políticas de la SSA en materia de medicamentos. Específicamente busca describir y analizar cualitativamente los procesos de financiamiento, selección, adquisición, almacenamiento y distribución de medicamentos desarrollados por los Servicios Estatales de Salud (SESA) y establecer la relación que tienen

con el desempeño alcanzado en materia de surtimiento de recetas; además, busca identificar las consecuencias que podrían derivarse de cada forma de operar los procesos descritos.

Para efectos del análisis, la presente evaluación fue organizada considerando los propósitos tanto de la iniciativa "*Satisfacer la Demanda de Medicamentos en el Sector Salud*", firmada en el año 2004, como del "*Acuerdo Nacional para Garantizar la Suficiencia, Disponibilidad y Precio Justo de los Medicamentos*", firmado en el 2007. Ambas iniciativas, como se detallará más adelante, persiguen evitar el desabasto de medicamentos y su dispendio; disminuir el costo de la cadena de abasto y lograr que todos los pacientes que demandan atención en los servicios de salud surtan sus recetas en forma completa y oportuna. Como propósitos generales^a esta evaluación se propuso identificar la eficiencia alcanzada por los SESA en los procesos de planeación y financiamiento; las posibilidades de optimizar el costo administrativo de la cadena de abasto; y la disminución potencial del costo de medicamentos mediante el uso de instrumentos de racionalización, como el CBCM y la compra consolidada, por ejemplo.

Por otra parte, como será explicado más adelante, una de las principales propuestas contenidas en las iniciativas antes mencionadas se refiere a la incorporación del sector privado en la CAM.^b Por este motivo se eligió como estrategia de análisis la contrastación de los niveles de eficiencia alcanzados por los SESA según el modelo de *tercerización* desarrollado por las entidades federativas.^c De esta manera, la evaluación buscó

^a Los propósitos contenidos en las iniciativas mencionadas se han planteado aquí de tal manera que puedan ser evaluados mediante un acercamiento cualitativo.

^b En este trabajo se denomina genéricamente *tercerización* a la incorporación de empresas del sector privado, mediante la subrogación de sus servicios, a alguna o a todas las etapas de abasto de medicamentos que convencionalmente están a cargo del sector público.

^c Denominamos *modelo convencional* (MC) al modelo que basa el funcionamiento de su cadena de abasto en la participación exclusiva de actores gubernamentales, y *modelo*

identificar puntualmente el grado de mejoría alcanzado por los SESA en sus procesos de adquisición, licitación, almacenamiento, distribución y entrega de medicamentos según se tratara de cadenas de abasto convencionales o tercerizadas.

Al final de texto se presenta una lista de recomendaciones de intervención encaminadas a mejorar los procesos que componen la CAM intervenciones dirigidas a modificar los procesos de financiamiento, selección, adquisición, almacenamiento y distribución de medicamentos que se relacionan con bajos niveles de desempeño en el surtimiento de medicamentos, a fin de fortalecer el *Acuerdo Nacional para Garantizar la Suficiencia, Disponibilidad y Precio Justo de los Medicamentos*.

tercerizado (MT) a la modalidad en la que la mayor parte de la cadena de abasto se subroga a empresas privadas.

MARCO CONCEPTUAL UTILIZADO

Papel de la evaluación de los sistemas de salud

La salud es resultado de la combinación de un numeroso conjunto de componentes biológicos, sociales, económicos, culturales y políticos. En su determinación intervienen la historia, el ambiente, la carga genética y la cultura, y cualquier modificación de estos elementos influye, ya sea positiva o negativamente, en el nivel de salud de una población.

Entre los determinantes de la salud poblacional se encuentran la existencia de condiciones adecuadas de alimentación, trabajo, y vivienda, así como el acceso a servicios de salud de buena calidad en forma oportuna.

La forma en que se organizan los recursos que la sociedad destina para la atención de la salud es un elemento determinante del bienestar

poblacional, y por eso es responsabilidad de los propios sistemas de salud organizar sus recursos de manera eficiente, efectiva y socialmente aceptable. Un sistema de salud con recursos suficientes, distribuidos equitativamente y organizados con eficiencia puede alcanzar mejores condiciones de salud entre sus beneficiarios que un sistema mal organizado, inequitativo y con pocos recursos.

La evaluación de sus sistemas de salud es entonces una prioridad de los gobiernos democráticos, pues dichas evaluaciones se convierten en herramientas con las que se puede mejorar la salud de la gente, reducir las desigualdades y avanzar en el cumplimiento del derecho a la salud. En última instancia, las evaluaciones persiguen generar cambios que permitan obtener ganancias sanitarias y disminuir las diferencias que existen en las expectativas de salud de las personas y los grupos sociales.

El gobierno mexicano ha declarado como principios rectores en materia sanitaria a la mejoría de la calidad de la atención, la equidad en el acceso a los servicios y la distribución equitativa de la carga financiera que representa la enfermedad, aunque las condiciones económicas del país y las presiones epidemiológicas han hecho muy difícil el alcance de estas metas. Actualmente, muchos mexicanos todavía no cuentan con acceso oportuno y suficiente a los servicios médicos y aún se requiere un gran esfuerzo para asegurar que la protección financiera en salud se encuentre al alcance de todos los mexicanos.

Evaluación del abasto de medicamentos en México

Bajo este complejo panorama, los estudios dirigidos a mejorar la manera en que los servicios de salud hacen llegar los medicamentos a los pacientes tienen una extraordinaria relevancia social. Los medicamentos son el principal insumo del proceso terapéutico, poseen

un alto costo económico, y su acceso seguro, oportuno y suficiente es requisito de una atención médica de buena calidad. En nuestro país, además, el gasto en medicinas es uno de los que más impacta el gasto corriente de las familias y, en caso de enfermedad, una familia promedio puede llegar a consumir más de la mitad de su ingreso mensual en atención médica. Por lo mismo, un gasto elevado en medicamentos puede ser altamente empobrecedor para un mexicano promedio.⁵

En México, la prescripción de medicamentos esenciales comenzó hace más de medio siglo, con la implantación en 1950 de la primera lista de medicamentos básicos en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). Años más tarde se legisló el uso obligatorio del CBCM en todas las instituciones públicas de salud, con miras a racionalizar la adquisición, utilización y distribución de estos insumos en los centros de atención médica de las instituciones públicas. Actualmente, el CBCM sigue siendo el instrumento utilizado por el sector público para jerarquizar estos productos a partir de criterios terapéuticos y de costo-efectividad. Pero durante muchos años la evaluación de medicamentos en México se centró en el estudio del apego a la prescripción, y solamente hasta hace unas décadas se han llevado a cabo estudios sobre el abasto de estos insumos a escala nacional.

En los últimos años el reto de satisfacer la demanda de medicamentos en el sector salud ha tenido que encarar condiciones de gran restricción económica, un variado mosaico de enfermedades y una historia de desorganización y falta de transparencia. Desde los primeros estudios realizados en forma rigurosa fue claro que los problemas en materia de abasto eran muy importantes en México. Un estudio a escala nacional realizado en unidades de la SSA hace 12 años demostró, por ejemplo, que en promedio sólo 50 por ciento de los medicamentos considerados

esenciales estaban disponibles en las unidades de primer nivel de atención.⁶

En este contexto, y considerando que uno de los problemas más importantes relacionados con la calidad de la atención médica era la insatisfacción del usuario de los servicios por el desabasto sectorial institucional y el consecuente no surtimiento (parcial o total) de los medicamentos prescritos, la Subsecretaría de Innovación y Calidad de la SSA generó en diciembre de 2004 la iniciativa *Satisfacer la demanda de medicamentos en el Sector Salud*, destinada a mejorar estos procesos de abasto.⁷

En términos generales, este diagnóstico indicó que los problemas de abasto de medicamentos están compuestos por factores sumamente complejos, que van desde la deficiente preparación de los médicos que prescriben los medicamentos hasta la insuficiencia del presupuesto en salud. En general, las causas de que el desabasto de medicamentos fuera un problema generalizado en los servicios de salud se agruparon en tres rubros: a) La insuficiencia presupuestal; b) La ineficiencia en los procesos de abasto, y c) La falta de transparencia en dichos procesos.

Para atender el primer rubro las acciones se encaminaron a elevar el presupuesto destinado a la salud y a hacer más equitativa la asignación entre las instituciones del sector. Para atender la falta de transparencia se propuso fortalecer la rendición de cuentas y combatir la corrupción en todas sus modalidades.

En materia de eficiencia se encontraron fallas en toda la CAM: la planeación generalmente se realizaba de acuerdo con el consumo histórico, sin considerar los cambios en la morbilidad regional ni las tendencias de crecimiento y decremento estacionales; la distribución del medicamento a lo largo del año se hacía simplemente dividiendo el

consumo anual entre doce, por lo que en ocasiones existía desabasto y en ocasiones exceso de claves, según la época del año; el proceso de adquisición iniciaba tardíamente cada año, de manera que el abasto en las unidades de atención comenzaba varios meses tarde; debido a que los tiempos para hacer las licitaciones se volvían muy cortos, existía el riesgo de que un alto porcentaje de licitaciones resultaran desiertas, y este fenómeno se acentuaba al no existir mecanismos para realizar compras diferenciadas según claves, para medicamentos genéricos o de patente. Muchas normas del sector en este terreno eran mal interpretadas por los encargados de las adquisiciones.

Por otra parte, la existencia de medicamentos en los almacenes no garantizaba que aquéllos llegaran al paciente, pues la distribución era inadecuada. En general, la distribución arrancaba con la planeación anual del abasto, distribuyendo mensualmente los insumos en los centros de atención de acuerdo con un programa diseñado al inicio del periodo. Como resultado, la existencia de medicamentos en los centros de atención casi nunca se tomaba en cuenta, lo que provocaba que en el mismo lugar, al mismo tiempo, hubiera desabasto de algunos medicamentos y exceso de otros. La entrega de medicamentos a los centros de atención llegaba a hacerse en lapsos muy largos (hasta cada tres meses), y cuando un medicamento se terminaba era seguido por un largo periodo de desabasto.

Prácticas similares de desorganización se presentaban en los puntos de entrega de los medicamentos. Tanto en los centros de salud como en los hospitales se presentaba una elevada prescripción de medicamentos fuera del cuadro básico los que, al no estar considerados en las adquisiciones, provocaban desabasto. Igualmente, ni los almacenes ni las farmacias contaban con sistemas estandarizados de control de inventarios, presentándose tanto desabasto como caducidad de las

claves no movilizadas. Adicionalmente, el costo de operación de la cadena de abasto era alto en relación con el presupuesto anual destinado a medicamentos.

Ante este panorama, se planteó una modificación sustantiva del sistema de abasto prevaleciente en el país, diseñando un modelo que se basaba, fundamentalmente, en los siguientes principios:

- Transparencia.
- Bajo nivel de costo.
- Flexibilidad.
- Asignación clara de responsabilidades y rendición de cuentas.
- Especialización de funciones, y
- Pluralismo, es decir, la participación indistinta de los sectores público, privado y social.

Se propuso alcanzar un nivel de surtimiento completo de recetas de por lo menos 95 por ciento; disminuir el costo de operación de la cadena de abasto a menos del 7 por ciento del presupuesto para medicamentos; disminuir los precios mediante escalas de compra; tolerar nula corrupción en la cadena, y seleccionar a los mejores proveedores para su manejo. La efectividad del programa se mediría utilizando el “porcentaje de pacientes con recetas surtidas al 100 por ciento”.^d

Para el cálculo de la demanda se sugirió utilizar, como siempre se había hecho, las tendencias históricas de consumo, pero ahora considerando la morbilidad atendida por cada hospital o clínica, su capacidad instalada y la opinión de los médicos con respecto a sus necesidades de medicamentos. Asimismo, se creó una herramienta tecnológica para calcular la demanda de cada unidad de atención y concentrar posteriormente las demandas por jurisdicción y por estado.

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

En materia de adquisición se recomendó modificar la normatividad interna relativa a licitaciones a fin de iniciar estos procesos varios antes de finalizar el año, de manera que las unidades médicas comenzaran el siguiente año con medicamentos disponibles; otras recomendaciones consistieron en la homologación de las bases de licitación y la utilización rutinaria del sistema gubernamental COMPRANET.

En resumen, el nuevo modelo de abasto proponía generar una adecuada planeación de la demanda; simplificar los procesos de compra; mejorar la administración de inventarios y utilizar adecuadamente la normatividad del sector. A largo plazo se recomendó incorporar farmacias del sector privado en toda la cadena de abasto y realizar cambios en la legislación respectiva, para simplificar los procesos de adquisición.

El presente trabajo se diseñó con el propósito de evaluar la manera en que los Servicios Estatales de Salud llevan a cabo los procesos de financiamiento, selección, adquisición, almacenamiento y distribución de los medicamentos, a fin de aportar evidencias encaminadas a fortalecer las propuestas del *Acuerdo Nacional para Garantizar la Suficiencia, Disponibilidad y Precio Justo de los Medicamentos* que impulsa la Secretaría de Salud.

Como objetivos específicos del estudio se determinaron: a) Identificar, describir y analizar los procesos de financiamiento, selección, adquisición, almacenamiento y distribución de medicamentos usados por los Servicios Estatales de Salud y establecer la relación que tienen con el desempeño alcanzado por el estado en materia de surtimiento de recetas; b) Identificar las consecuencias económicas y organizativas que derivan de la manera en que se llevan a cabo los procesos de financiamiento, selección, adquisición, almacenamiento y distribución de medicamentos en los estados investigados, y c) Diseñar intervenciones

dirigidas a modificar los procesos de financiamiento, selección, adquisición, almacenamiento y distribución de medicamentos que se relacionan con bajos niveles de desempeño en el surtimiento de medicamentos, a fin de fortalecer el *Acuerdo Nacional para Garantizar la Suficiencia, Disponibilidad y Precio Justo de los Medicamentos*.

METODOLOGÍA APLICADA EN EL ESTUDIO

Diseño de la investigación

Para efectos de este trabajo se consideró a la cadena de abasto de medicamentos como *el conjunto de acciones realizadas por los responsables de seleccionar, gestionar financiamiento, adquirir, almacenar y distribuir los medicamentos necesarios para el funcionamiento adecuado de los servicios de salud, que se realizan con el fin de colocar los medicamentos en cada eslabón de la cadena en el tiempo preciso al menor costo, buscando en última instancia satisfacer los requerimientos de los consumidores finales* (modificado de Jiménez et al, 2000).⁸

De acuerdo con la definición anterior, se evaluaron las acciones realizadas tanto por los funcionarios de los SESA que participan en la CAM como por las empresas contratadas para operar alguna parte de la cadena. Naturalmente, sólo en los casos en los que las empresas aceptaron ser entrevistadas se obtuvo información de primera mano relativa a su funcionamiento. En el resto de casos —que fue la inmensa mayoría— la información sobre el funcionamiento de las empresas subrogadas se obtuvo directamente de los servidores públicos que aceptaron informar sobre este tema.

La evaluación de la CAM en los SESA se diseñó siguiendo los criterios de una investigación cualitativa. En consecuencia, las principales técnicas para recolectar información fueron la observación directa y la entrevista a informantes clave. Esta última fue el núcleo de la evaluación y se encaminó a obtener información sobre la CAM directamente de los responsables de su operación, organización y control en los estados. La información se obtuvo desagregada por entidad federativa en una muestra de 13 entidades que se consideraron representativas del país. Estas entidades fueron, en orden alfabético: Chiapas, Chihuahua, Colima, Distrito Federal, Estado de México, Guanajuato, Guerrero, Jalisco, Michoacán, Nayarit, Oaxaca, Veracruz y Yucatán. Estas entidades fueron seleccionadas considerando su desempeño en el indicador *porcentaje de surtimiento de recetas completas* durante la primera mitad de 2008.

Las entidades que fueron clasificadas como de buen desempeño fueron:

- Colima, Guanajuato, Jalisco, Chihuahua, Distrito Federal, Estado de México y Yucatán.

Como entidades con bajo desempeño se consideraron a:

- Guerrero, Oaxaca, Chiapas, Nayarit, Michoacán y Veracruz.

Informantes clave

Se consideraron informantes clave a los responsables de operar cada fase de la CAM ubicados en los SESA. En este caso se encuentran los secretarios estatales de salud, los subdirectores de atención médica, los subdirectores de administración y finanzas, los jefes de las áreas de adquisiciones, los miembros del comité respectivo y los encargados de los almacenes delegacionales y jurisdiccionales. En las unidades médicas se consideraron informantes clave a los directores del hospital y los centros de salud seleccionados, los responsables de las adquisiciones de medicamentos y los encargados de los almacenes y/o farmacias de las unidades médicas. Otros prestadores de servicios fueron entrevistados si participaban en la cadena de abasto. En los casos en los que fue posible, se entrevistaron funcionarios del SPSS y proveedores privados de medicamentos.

Además se entrevistaron, en promedio, 24 pacientes por entidad federativa inmediatamente después de recibir consulta y después de intentar surtir su receta; la mitad de ellos eran usuarios de centros de salud y la mitad de hospitales; la mitad enfermos crónicos y la mitad enfermos agudos; la mitad afiliados al SPSS y la mitad no afiliados; de ambos sexos y todas las edades.

Adicionalmente a las entrevistas estructuradas, se observaron directamente las condiciones físicas y organizativas de los centros de almacenamiento y las formas de distribución de los medicamentos en las unidades de atención. Asimismo, se aplicó una lista de verificación a fin de certificar: i) la existencia de los medicamentos mencionados en las entrevistas a los usuarios, señalados en los inventarios, o mencionados por los encargados del almacenamiento durante la entrevista; ii) la existencia de reglamentos, guías o manuales de procedimientos; iii) la existencia y características de los sistemas de

información utilizados para el funcionamiento del almacén, y iv) el uso de sistemas estandarizados de operación.

Instrumentos para el trabajo de campo

Los instrumentos diseñados para el trabajo de campo fueron sometidos a una prueba piloto en el Distrito Federal durante los días 1 al 5 de septiembre de 2008. Una vez aplicada y analizada esta prueba, se elaboraron los instrumentos definitivos. En total se utilizaron 16 instrumentos, clasificados de la manera siguiente:

a) Diez cédulas de entrevista para funcionarios de los SESA:

- secretario estatal de salud.
- responsable estatal de planeación.
- responsable estatal de financiamiento.
- responsable estatal de adquisiciones.
- responsable estatal de almacenes.
- director de hospital.
- responsable de la adquisición de medicamentos en el hospital.
- responsable del almacén o la farmacia en el hospital.
- director de centro de salud.
- responsable del almacén o farmacia en el centro de salud.

b) Dos cédulas de entrevista para usuarios de los servicios médicos:

- enfermos agudos.
- enfermos crónicos.

c) Dos cédulas de observación:

- almacenes centrales de la entidad federativa.
- almacenes y farmacia de hospital y centros de salud.

c) Dos cédulas de verificación:

- almacenes centrales de la entidad federativa.
- almacenes y farmacia de hospital y centros de salud.

Estrategias de trabajo de campo

Las entrevistas fueron conducidas por profesionistas de las ciencias sociales, capacitados específicamente para este estudio. Estas se realizaron en lugares que permitieron garantizar la privacidad de los informantes. Cuando así correspondía, la información obtenida en las entrevistas se cotejó mediante la observación directa y la verificación de procesos. De esta manera, se intentó confirmar las aseveraciones hechas por los informantes clave, siempre que la naturaleza de las afirmaciones permitiera su verificación.

La investigación se diseñó para ser desarrollada en varias etapas. Inicialmente se entrevistarían los pacientes en las áreas de farmacia de los centros de atención, inmediatamente después de haber solicitado el surtimiento de su receta. Esto se hizo tanto en las unidades de primer nivel como en el hospital público de mayor tamaño existente en la entidad.

Se entrevistaron pacientes crónicos y agudos de todas las edades, hombres y mujeres, asistentes a los centros en horario matutino, que es el turno de mayor actividad en las unidades de atención. Fueron entrevistados un número semejante de pacientes afiliados y no afiliados al SPSS. Todos los centros visitados fueron urbanos. Por estas razones, la muestra de pacientes entrevistados puede considerarse en condiciones óptimas para el surtimiento de su receta.

Con la información obtenida de estos pacientes se diseñarían las entrevistas dirigidas a los funcionarios, solicitando explicaciones sobre el *no surtimiento* de aquellos medicamentos que los pacientes señalaron no haber podido surtir en la farmacia.

Se propuso hacer un recorrido ascendente en la cadena de abasto, de manera que una vez que se entrevistara a los encargados de las

farmacias en los centros de salud y el hospital, los entrevistadores cotejarían sus respuestas con la información proporcionada por los encargados de los almacenes estatales, utilizando a la vez esta información para entrevistar a los encargados de adquisiciones y a los responsables de la planeación y la gestión del financiamiento, más tarde.

En todos los casos, las entrevistas buscaron identificar los mecanismos regularmente utilizados por los actores para operar cada fase de la CAM. Infortunadamente, este sistema de entrevistas fue alterado significativamente por los secretarios estatales de salud quienes, una vez comunicados de la evaluación, diseñaron un plan de entrevistas completamente diferente al programa original. A fin de no perder la oportunidad de entrevistar a todos los informantes seleccionados, se decidió seguir el programa diseñado por los secretarios estatales de salud.

Al terminar esta fase se habían recopilado datos primarios relacionados con las dimensiones cualitativas del financiamiento y la selección, adquisición, almacenamiento y distribución de medicamentos en cada entidad federativa.

Procesamiento de la información de los funcionarios

Las grabaciones de las entrevistas se transportaron a computadoras personales mediante el programa *Sony Digital Voice Editor 2*; posteriormente fueron transcritas utilizando el programa de texto *WinWord*. El procesamiento de la información fue diferente según se tratara de funcionarios o usuarios de los servicios. La información de los funcionarios fue procesada de acuerdo con el planteamiento original de investigación cualitativa, mientras que la información de los pacientes

fue transformada en registros numéricos individuales, a fin de someterse a un análisis cuantitativo.

Una vez transcritas y corregidas, las transcripciones de los funcionarios fueron leídas por los analistas del proyecto, buscando seleccionar conceptos teóricamente pertinentes al objetivo de reconstruir los procesos que conforman la cadena de abasto de medicamentos. Esta primera revisión se hizo bajo un enfoque fenomenológico.⁹ Esto significa que no se buscarían explicaciones sobre las motivaciones profundas potencialmente presentes en el discurso de los actores entrevistados, sino únicamente reconstruir los procesos de la CAM según las propias palabras de los informantes clave.¹⁰ Las transcripciones se cargaron en el programa de análisis cualitativo *Atlas.ti*, versión 5.0.

El procesamiento inicial comprendió la creación de tres unidades hermenéuticas de análisis (UHA) por cada entidad federativa: una para *secretarios de salud*; otra para *funcionarios intermedios* y una más para *unidades médicas* (hospitales y centro de salud). La primera UHA comprendió a los secretarios de salud o los sustitutos que ellos mismos designaron; la segunda incluyó a los subdirectores de los SESA, los jefes y subjefes de área, y los coordinadores de los almacenes delegacionales o jurisdiccionales. La UHA para *unidades médicas* comprendió a los directores y subdirectores de los hospitales y centros de salud y a los responsables de sus almacenes y farmacias.

Durante la siguiente fase del procesamiento los fragmentos de los discursos que fueron seleccionados como *tesis relevantes para el análisis* se agruparon en códigos específicos. En una fase posterior se agruparon en súper-códigos (es decir, en conjuntos de códigos semejantes) y más adelante en familias de súper-códigos, referidas a

los grandes componentes de la cadena de abasto: planeación, financiamiento, adquisición, almacenamiento y distribución.

En una tercera fase se crearon tres nuevas UHA, referidas, la primera, al *modelo de abasto convencional* (MC); la segunda al *modelo de abasto tercerizado* (MT), y la tercera a los modelos que no pertenecen a ninguno de los dos anteriores y que se consideraron *modelos híbridos* (MH), o en transición. Con estas últimas UHA se consideró suficientemente desagregada la información recopilada en campo y se procedió al análisis final de la cadena de abasto de medicamentos. En un anexo específico se describen, en forma de mapa conceptual, las características generales de las familias, los códigos y los súper-códigos que fueron utilizados para el análisis final de la CAM.

Procesamiento de la información de los usuarios

La información de las entrevistas a los usuarios fue codificada a fin de someterse a un análisis cuantitativo. Esto se hizo transformando la entrevista en una ficha que contenía: entidad federativa, sexo, edad y grupo etario, diagnóstico general, tipo de paciente (agudo, crónico), lugar de la entrevista (centro de salud u hospital), pertenencia o no al SPSS, surtimiento de su receta (nulo, parcial o completo), medicamentos que no le surtieron y satisfacción ante el servicio.

Con las fichas de los pacientes se creó una base de datos que fue procesada en el programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versión 15. Debido a que se contaba con un número diferente de entrevistas por cada entidad federativa, se seleccionó una muestra aleatoria de 24 usuarios por cada entidad federativa, en promedio, incluyendo las entrevistas realizadas a los pacientes del Distrito Federal durante la prueba piloto. De esta forma se investigaron, mediante análisis descriptivo simple y bivariado, un total de 321 usuarios.

Trabajo de campo

El trabajo de campo comprendió las entrevistas a informantes clave (funcionarios y usuarios de los servicios); la observación de los almacenes estatales y algunas farmacias de hospitales y centros de salud; la verificación de stocks de medicamentos, inventarios, reglamentos y/o manuales de procedimientos, y la identificación de los sistemas de operación de los almacenes y farmacias.

Visitas a los estados

Durante el trabajo de campo se visitaron los 12 estados de la república seleccionados durante el diseño de la evaluación y que se consideraron teóricamente representativos de las entidades del país, según su grado de desempeño en el suministro completo de medicamentos.

Sin considerar las entrevistas levantadas en el Distrito Federal —entidad en donde se llevó a cabo la prueba piloto— se realizaron en total 637 entrevistas, de las cuales 211 fueron hechas a funcionarios y 426 a usuarios de los servicios. En cada estado fueron entrevistados, en promedio, 16 funcionarios y 24 pacientes. Cinco secretarios estatales de salud aceptaron ser entrevistados y en los siete casos restantes el secretario estatal designó a una persona encargada de responder las preguntas dirigidas a este tipo de informante. Se entrevistaron además funcionarios adscritos a las áreas de financiamiento, planeación y adquisición de medicamentos ubicados en las oficinas centrales de los SESA. En los almacenes centrales de los estados se realizaron entrevistas a los encargados del control y operación del almacenamiento y a los encargados del transporte de medicamentos. En este caso las entrevistas se complementaron con la observación directa y la verificación de los espacios de almacenamiento y las características del transporte, cuando fue posible.

En los hospitales regionales (por lo menos uno por estado) y en los centros de salud seleccionados (por lo menos dos por estado) se entrevistó a los directores de la unidad, los encargados de almacén y/o farmacia y a los médicos que participan en la cadena de abasto. En los hospitales y centros de salud también se realizó observación directa y verificación de los espacios de almacenamiento. Solamente en Chiapas, Oaxaca y Guanajuato se permitió a los entrevistadores registrar fotográficamente los almacenes y farmacias de la entidad. En estos estados se tomaron en total 275 fotografías digitales.

Finalmente, fueron entrevistados 426 usuarios de los servicios de salud, beneficiarios y no beneficiarios del SPSS, asistentes a hospitales y centros de salud, y solicitantes del surtimiento de una receta prescrita inmediatamente antes de la entrevista. En total se entrevistaron 272 usuarios beneficiarios del SPSS y 154 usuarios que no lo eran. Un resumen de la distribución de las entrevistas usuarios se presenta en los cuadros siguientes.

CUADRO 1
TOTAL DE ENTREVISTAS POR ENTIDAD FEDERATIVA

Entidad Federativa	Total	Funcionarios	Usuarios
<i>Chiapas</i>	65	21	44
<i>Chihuahua</i>	67	20	47
<i>Colima</i>	36	11	25
<i>Estado de México</i>	45	16	29
<i>Guanajuato</i>	79	24	55
<i>Guerrero</i>	48	18	30
<i>Jalisco</i>	38	8	30
<i>Michoacán</i>	51	12	39
<i>Nayarit</i>	39	11	28
<i>Oaxaca</i>	55	23	32
<i>Veracruz</i>	58	27	31
<i>Yucatán</i>	56	20	36
	637	211	426

CUADRO 2
DISTRIBUCIÓN DE ENTREVISTAS SEGÚN ADSCRIPCIÓN DE LOS
FUNCIONARIOS

Entidad Federativa	Secretarios de Salud	SESA	Hospitales	Centros de Salud	Total
<i>Chiapas</i>	0	7	7	7	21
<i>Chihuahua</i>	0	12	5	3	20
<i>Colima</i>	1	3	4	3	11
<i>Estado de México</i>	0	2	7	7	16
<i>Guanajuato</i>	0	6	8	10	24
<i>Guerrero</i>	0	11	4	3	18
<i>Jalisco</i>	1	2	0	5	8
<i>Michoacán</i>	0	3	4	5	12
<i>Nayarit</i>	1	3	3	5	12
<i>Oaxaca</i>	1	7	9	7	24
<i>Veracruz</i>	0	13	7	7	27
<i>Yucatán</i>	1	7	4	6	18
	5	76	62	68	211

SESA: Se refiere a los funcionarios ubicados en las oficinas centrales de los Servicios de Salud

CUADRO 3
DISTRIBUCIÓN DE ENTREVISTAS SEGÚN CARACTERÍSTICAS
DE LOS USUARIOS

Entidad Federativa	Población no Asegurada		Población afiliada al SPSS		TOTAL
	Hospitales	Centros de Salud	Hospitales	Centros de Salud	
<i>Chiapas</i>	6	16	10	12	44
<i>Chihuahua</i>	6	15	10	16	47
<i>Colima</i>	0	2	9	14	25
<i>Estado de México</i>	6	12	5	6	29
<i>Guanajuato</i>	1	9	17	28	55
<i>Guerrero</i>	0	11	11	8	30
<i>Jalisco</i>	9	10	7	4	30
<i>Michoacán</i>	4	14	8	13	39
<i>Nayarit</i>	0	2	12	14	28
<i>Oaxaca</i>	0	4	13	15	32
<i>Veracruz</i>	3	14	5	9	31
<i>Yucatán</i>	5	5	11	15	36
	40	114	118	154	426

Notas sobre la metodología

Antes de presentar los resultados de la evaluación es necesario señalar que en los estudios cualitativos no es posible generalizar, pues los resultados de cada estudio son específicos de la población particular que se ha investigado. En otras palabras, por su naturaleza, un estudio cualitativo nunca se asume como representativo. Por esta razón, en este trabajo no se asume que las cadenas de abasto de las entidades federativas investigadas son estadísticamente representativas de las de todo el país. Evidentemente, esta ausencia de representatividad estadística no es una limitación de este estudio en particular, sino una característica constitutiva de los estudios cualitativos. Al hacer explícita esta restricción reconocemos que no es posible saber con exactitud qué pasaría si hubieran participado otros sujetos con características diferentes; por ejemplo, pacientes o funcionarios de los servicios estatales de otras entidades federativas.

A pesar de estas limitaciones, los estudios cualitativos describen situaciones que pueden presentarse en circunstancias relativamente semejantes, aunque siempre exista la posibilidad de encontrar variaciones (incluso totalmente opuestas a lo encontrado en el estudio). Pero las ventajas de este tipo de abordaje radican en la gran comprensión que puede alcanzarse sobre un fenómeno, más allá de las cifras con las que pueden describirse algunas de sus facetas.

Una característica más de los estudios cualitativos se encuentra en el hecho de que su validez no se determina por la frecuencia con la que se repite un caso. En consecuencia, se citan partes de las entrevistas porque éstas representan testimonios particularmente ilustrativos de hechos que se quiere resaltar, especialmente si distintos informantes han señalado este tema. No obstante, en la investigación cualitativa no es la frecuencia de los testimonios lo que les confiere valor, sino la

fuerza con la que apoyan el proceso analítico que conduce a la comprensión del fenómeno investigado. Los estudios cualitativos tienen la finalidad de mostrar la naturaleza de un fenómeno mediante el análisis de la forma en que los sujetos lo perciben. Por lo tanto, un solo testimonio, en un contexto previamente especificado, puede ser suficiente para mostrar la validez de la explicación propuesta sobre el fenómeno en estudio.

Finalmente, sería sumamente tedioso leer diferentes testimonios similares transcritos a fin de que se comprenda el hecho que se quiere resaltar. En ese tipo de abordaje lo importante no es reiterar muchos testimonios semejantes sino elegir uno y armar un argumento capaz de conectarlo coherentemente con otros argumentos, sean éstos semejantes u opuestos, y permitir que el lector participe de su examen y lo complemente con su propio análisis de los testimonios presentados como evidencia. Por esta razón, en este reporte se transcribe un limitado número de testimonios aunque exista un abundante volumen de información relativa a cada tesis propuesta. Las tesis que se aventuran como resultado del examen de cada grupo testimonial se argumentan y defienden sólo hasta un grado tal que no fuercen los hechos hacia el sentido que los analistas identificaron en ellos.

RESULTADOS

RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN CUANTITATIVA: *usuarios y proveedores*

Como se señaló en la primera parte de este informe, con la información de los usuarios entrevistados se realizó un análisis de frecuencias simples y bivariado.

Para la lectura de estos resultados debe considerarse que los usuarios entrevistados no constituyen una muestra representativa de los estados, pues no se aplicó ningún estadístico para su selección. No obstante, fueron entrevistados pacientes de todas las edades, de ambos sexos, con enfermedades agudas y crónicas, con y sin derecho al SPSS, y asistentes a hospitales y a centros de salud urbanos. En consecuencia, aunque no poseen significación estadística, los resultados por lo menos expresan el nivel de surtimiento de recetas y la satisfacción de los

usuarios del turno matutino de los SESA, a la salida de las farmacias de las unidades de atención de los estados visitados, durante octubre de 2008.

Entre los encuentros más relevantes obtenidos al procesar la información proporcionada por los usuarios se encuentran los siguientes:

El 71 por ciento de los entrevistados fueron mujeres y el 28 por ciento varones. Cerca de la mitad de los informantes tenía entre 18 y 60 años de edad (49.5%); la segunda mayor proporción corresponde a los menores de 12 años (22.4%). 62 por ciento fueron captados en hospitales. Un número importante de informantes pertenecen al Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) (61.7%).

En cuanto al tipo de padecimiento por el cual los informantes solicitaron atención se encontró un equilibrio entre enfermedades agudas y crónicas (46.7%, respectivamente). Lamentablemente se presentó un problema de imprecisión en el diagnóstico específico, pues la mitad de los casos fueron registrados en la categoría de "otros" (50.5%). En el resto, los padecimientos más importantes fueron: infecciones respiratorias agudas (19.9%), infecciones gastrointestinales (3.4%), Diabetes *mellitus* (11.5%) e Hipertensión Arterial Sistémica (8.7%).

En cuanto al grado de surtimiento se encontró que cerca de la mitad de los informantes tuvieron un surtimiento completo de sus recetas, mientras que tuvieron surtimiento parcial 34.4 por ciento. Hubo un porcentaje importante de surtimiento nulo (16.5%). Estos datos contrastan con el alto porcentaje de satisfacción que mostraron los informantes (56 por ciento se mostraron satisfechos con el servicio), e incluso hubo informantes que se mostraron satisfechos aunque no hubieran recibido ni un medicamento de su receta.

Los usuarios de los Centros de Salud alcanzaron 55 por ciento de surtimiento de sus recetas, mientras que en los hospitales este porcentaje fue de 39 por ciento. No se apreciaron diferencias importantes en el surtimiento de recetas entre usuarios que consultaron por enfermedades crónicas o agudas. Cuarenta y nueve por ciento de los usuarios con enfermedades crónicas y 51 por ciento de los que padecieron enfermedades agudas tuvieron un surtimiento completo de sus recetas. Tampoco hay diferencias sustanciales en el surtimiento incompleto y nulo (Cuadro 4).

CUADRO 4
SURTIMIENTO DE LA RECETA SEGÚN EL LUGAR DE ATENCIÓN

	Centro de Salud (%)	Hospital (%)	Total
Completo	102 (55)	41 (39)	143
Parcial	62 (33)	38 (37)	100
Nulo	23 (12)	25 (24)	48
Total	187 (100)	104 (100)	291

Fuente: elaboración propia

Se observaron diferencias, aunque pequeñas, en el surtimiento completo de la receta entre la población abierta y la afiliada al SPSS. Cincuenta y dos por ciento de la primera obtuvo un surtimiento completo de su receta, en comparación con el 47 por ciento de la segunda. A este dato hay que agregar que 19 por ciento de los usuarios del SPSS no obtuvieron ningún medicamento de los que les habían sido prescritos, mientras que en la población abierta este fenómeno se presentó en un porcentaje menor (12%). Como consecuencia, entre la población abierta 64 por ciento manifestó estar satisfecha, en tanto sólo 59 por ciento de los afiliados al SPSS se manifestaron satisfechos.

Aparentemente, y de manera contraria a lo que cabría esperar, la pertenencia al SPSS no garantiza ni el surtimiento completo de la receta ni la mayor satisfacción de los usuarios. En resumen, el abasto de medicamentos medido a través del *Porcentaje de pacientes con recetas surtidas al 100%* no es mejor entre los usuarios del SPSS que entre la población no asegurada. Como se ha documentado, también existe un menor surtimiento de recetas completas en las unidades hospitalarias que en los centros de salud (Cuadro 5).

CUADRO 5
Surtimiento de la receta según pertenencia al SPSS

	Derechohabiente (%)	No derechohabiente (%)	Total
Completo	83 (47)	50 (52)	133
Parcial	61 (34)	35 (36)	96
Nulo	34 (19)	12 (12)	46
Total	178 (100)	97 (100)	275

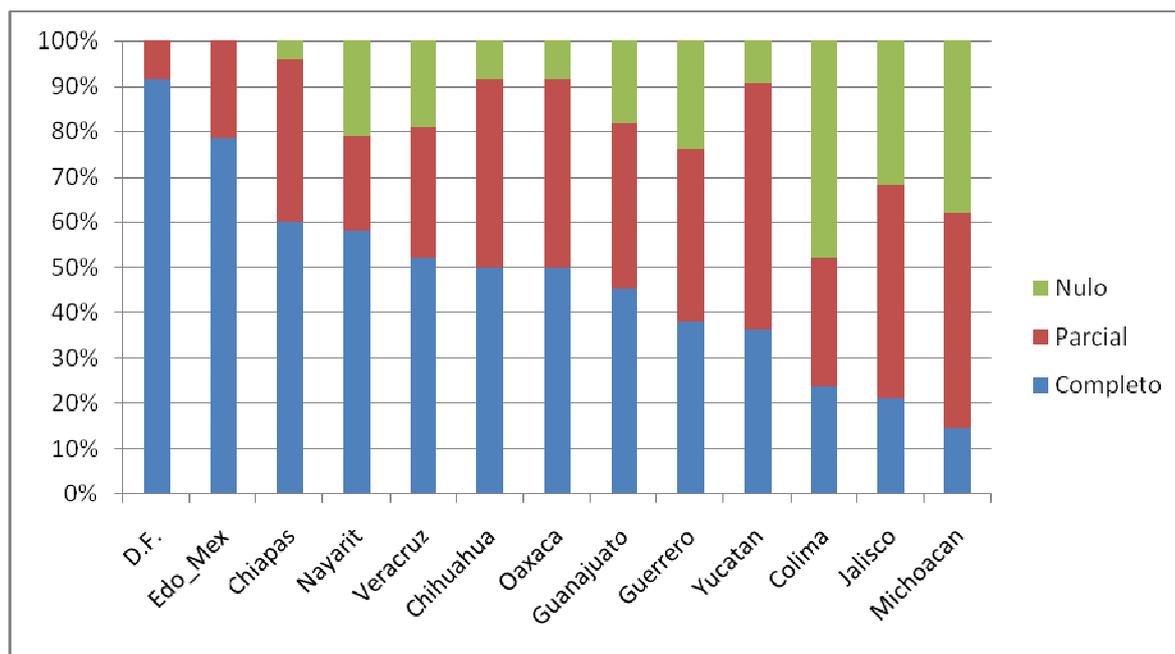
Fuente: elaboración propia

En lo que respecta al surtimiento de la receta según entidad federativa, en más de la mitad de los estados investigados la proporción de recetas surtidas completamente fue menor al 50 por ciento, mientras que la de pacientes con surtimiento nulo fue superior a 18 por ciento en siete entidades (Colima, Michoacán, Jalisco, Guerrero, Nayarit, Veracruz y Guanajuato). Sólo en el D.F. y el Estado de México se encontró cero por ciento de recetas con surtimiento nulo (Figura 1).

A pesar de que las entrevistas a pacientes no fueron obtenidas mediante un muestreo estadístico, la información sobre la cantidad y tipo de medicamentos surtidos y no surtidos a los usuarios arroja por lo menos

la sospecha de que las entidades con modelos tercerizados tienen un menor número de medicamentos faltantes.

FIGURA 1
ENTIDADES FEDERATIVAS EVALUADAS, CLASIFICADAS SEGÚN
PORCENTAJE DE RECETAS SURTIDAS AL 100 POR CIENTO



Fuente: elaboración propia

Como se observa en la figura 1, El Distrito Federal tuvo un nivel de surtimiento completo superior al 90%, y el Estado de México de más del 80%. En el tercer sitio se encuentra Chiapas, que también posee un modelo tercerizado, con un lejano 60%. En el extremo opuesto, con menos de 25 por ciento de pacientes con receta completa surtida, se encontraron Colima, Jalisco y Michoacán, cuyos SESA han desarrollado modelos de abasto tipo híbrido.

Entre los medicamentos que los pacientes entrevistados señalaron como no disponibles en las farmacias a las que acudieron, se encontraron los que se resumen en el Cuadro 6.

CUADRO 6

MEDICAMENTOS NO ENTREGADOS A LOS PACIENTES POR LAS FARMACIAS DE LAS UNIDADES INVESTIGADAS

Entidad Federativa	Medicamentos Genéricos	Medicamentos Comerciales
Distrito Federal (MT)	1. Senósidos AB	2. Sirdalud®
Estado de México (MT)	1. Crema dermatológica 2. Glibenclamida	3. Neurobion®
Chiapas (MT)	1. Fumarato ferroso (gotas) 2. Metamizol 3. Omeprazol	
Guanajuato (MT)	1. Ambroxol 2. Eritropoyetina 3. Fenobarbital 4. Prazocina 5. Telmisartán	6. Afrin® 7. Iliadin®
Oaxaca (MH)	1. Amoxicilina 2. Baño coloide 3. Diclofenaco 4. Miconazol 5. Senósidos AB 6. Sulfato Ferroso	7. Adekon®
Nayarit (MC)	1. Albendazol 2. Amoxicilina 3. Ampicilina 4. Diclofenaco 5. Dicloxacilina 6. Fenitoína 7. Fumarato ferroso 8. Metronidazol 9. Paracetamol	10. Celebrex®
Colima (MH)	1. Ácido fólico 2. Amoxicilina	

Entidad Federativa	Medicamentos Genéricos	Medicamentos Comerciales
	3. Azitromicina 4. Diclofenaco 5. Enalapril 6. Insulina 7. Ketoconazol 8. Naproxeno 9. Paracetamol 10. Pentoxifilina	
Chihuahua (MC)	1. Ambroxol 2. Amoxicilina con ácido clavulánico 3. Clorfenamina 4. Diclofenaco 5. Eritromicina 6. Fenobarbital 7. Fumarato ferroso 8. Cefalexina 9. Sulfato Ferroso	10. Cicloferón® crema
Guerrero (MH)	1. Piroxicam 2. Amikacina 3. Ampicilina 4. Captopril 5. Furosemide 6. Penicilina 7. Pravastatina 8. Propanolol 9. Ranitidina	10. Aspirina protect® 11. Celebrex®
Yucatán (MT)	1. Bezafibrato 2. Butiliosina 3. Captopril 4. Complejo B 5. Fumarato ferroso 6. Gotas oculares (no especificadas) 7. Metamizol 8. Metoclopramida	

Entidad Federativa	Medicamentos Genéricos	Medicamentos Comerciales
	9. Multivitamínico 10. Naproxeno 11. Paracetamol 12. Pomada de óxido de zinc 13. Teofilina 100 mg Tabletas	
Veracruz (MH)	1. Ampicilina 2. Anticonceptivos 3. Ciprofloxacino 4. Fumarato ferroso 5. Gabapentina 6. Indocid 7. Isosorbide 8. Multivitamínico 9. Pravastatina 10. Prednisona	11. Caltrate® 12. Codiovan® 13. Seretide® 14. Valsartan®
Jalisco (MH)	1. Ampicilina 2. Bencilpenicilina 3. Bezafibrato 4. Butiliosina 5. Captopril 6. Carbamacepina 7. Complejo B 8. Glibenclamida 9. Insulina intermedia 10. Isosorbide 11. Metformina 12. Paracetamol 13. Paracetamol 14. Senósidos AB 15. TMP-SMZ	16. Aspirina protect® 17. Comvibent® 18. Cytotec® 19. Lactulax® 20. Pulmicort® 21. Riopan®
Michoacán (MH)	1. Ambroxol 2. Captopril 3. Felodipino 4. Glibenclamida 5. Ibuprofeno	11. Aspirina protect® 12. Biodespán® 13. Caltusin® 14. Doloneurobión® 15. Ensure®

Entidad Federativa	Medicamentos Genéricos	Medicamentos Comerciales
	6. Metformina 7. Naproxeno 8. Omeprazol 9. Paracetamol 10. Ranitidina	16. Flanax® 17. Imodium® 18. Macrodantina® 19. Neurobión® 20. Nizoral® 21. Supradol® 22. Unival® 23. Zylprim®

Fuente: Elaboración propia

MT: Modelo Tercerizado

MC: Modelo Convencional

MH: Modelo Híbrido

Al observar el número de claves de medicamentos no disponibles en las farmacias de las unidades de atención, nuevamente el Distrito Federal, el Estado de México y Chiapas tuvieron comportamientos relativamente aceptables, con sólo tres claves de medicamento no surtidas a sus usuarios. En el otro extremo se encontraron Nayarit, con 20 claves y nuevamente Jalisco y Michoacán, con 21 y 23 claves faltantes, respectivamente. El estado investigado con un modelo de abasto más típicamente convencional (Chihuahua), presentó un comportamiento intermedio, ubicándose en la mitad de la tabla en ambos casos.

Al analizar el número y la razón social de los proveedores que surtieron a cada entidad federativa durante el primer semestre de 2008 —cuando se iniciaba el proceso de tercerización en la mayoría de las entidades que ahora utilizan este modelo—, la información enviada por los servicios estatales a la SSA indicaba el comportamiento resumido en el anexo A.

Lo que puede apreciarse en el anexo A es que el país existe un número importante de empresas distribuidoras de medicamentos —por lo menos 340, según reportaron las entidades federativas en 2008— y que muchas de ellas surten a más de una entidad federativa. Esto es relativamente

esperable e indica la existencia de una animada competencia en este mercado. Entre los distribuidores más importantes destacan:

- ❖ Artimédica, Chemical Express, Grupo Kabanda, Comercializadora Médica Tapatía, Laboratorios de Biológicos y Reactivos, Leve-Visión, Proveedor Médica del Noreste, Proveedor Occidental de Occidente, Realca y Zerifar, cada una de las cuales surte a 5 estados;
- ❖ Dibiter y Representaciones e Investigaciones Médicas, que surten de medicamentos a 6 entidades;
- ❖ Compañía Internacional Medica, Comercializadora de Medicamentos y Reactivos, Laboratorios Pisa, Grupo Pego y Savi Distribuciones, que comercializan sus productos en 7 entidades;
- ❖ Distribuidora Internacional de Medicamentos y Equipo Médico, que lo hacen en 9 entidades;
- ❖ Farmacéuticos Mayopo, que surte a 14 estados, y
- ❖ Fármacos Especializados, distribuidor que concentra el mayor número de entidades, con 15.

Puede apreciarse, por otra parte, la presencia de *personas físicas* como distribuidores de medicamentos en el país, lo que no parece ser una situación excepcional, dado que por lo menos tres de ellas surten a 3 y hasta 4 entidades federativas.

Al analizar el número y nombre de los proveedores que cada entidad federativa contrató durante el primer semestre de 2008, se encuentra el listado que se presenta en el Anexo B.

Como puede notarse en dicho anexo, el número de distribuidores por entidad federativa oscila desde un único proveedor, en cuatro casos (Chiapas, Jalisco, Veracruz y Yucatán), hasta un número de proveedores tan grande como 48 en Michoacán, 59 en San Luis Potosí, y 71 en Guerrero.

Este panorama se completa con la distribución del gasto que los servicios estatales destinan a la compra de medicamentos entre los diferentes proveedores, donde se encuentra que en siete entidades un solo proveedor vende a los SESA más del 90 por ciento de los medicamentos que consume, a pesar de que en el país existan más de 340 empresas distribuidoras. Esta información se resume en el Anexo C. Una distribución como la que se observa en dicho anexo es razonable para las entidades que mudaron su CAM a la modalidad tercerizada, como Chiapas, el Estado de México, Guanajuato y Yucatán. En el resto de entidades, comprar el medicamento básicamente a un proveedor resulta poco comprensible, pues la oscilación de precios para un mismo medicamento —como se comentará más adelante— es extremadamente amplia entre uno y otro estado. Los estados que no han pasado plenamente a la modalidad tercerizada, pero compran medicamento prácticamente a un solo proveedor son Jalisco, Nuevo León, Quintana Roo y Veracruz. Por su parte, Baja California Sur, Guerrero, Puebla, San Luis Potosí y Sonora —cuya modalidad de abasto es híbrida— compran menos del 20 por ciento de sus medicamentos a sus principales vendedores. Chihuahua, con un modelo plenamente tercerizado, compra menos de 12% a su principal proveedor.

En el cuadro 7 se muestra la variación en los precios de adquisición durante las compras realizadas por los SESA en 2005 y 2006 para 29 claves pertenecientes al CBCM. En el cuadro se aprecian variaciones porcentuales que llegan a ser del 524%, para el Naproxeno, del 687%, para el ácido acetil salicílico y del 1581% para el Diclofenaco. El caso más extremo, sin embargo, fue para la vacuna antineumocócica, que llegó al exorbitante 4253% de variación entre el precio mínimo (13.52 pesos, que pagó Morelos) y el máximo (575 pesos, que pagaron Campeche y San Luis Potosí).

No obstante, quizás lo más grave sea que hubo cuatro medicamentos (calcitriol, enoxaparina, diclofenaco y olanzapina) en cuyo caso los precios externos (es decir, de farmacias comerciales, al menudeo) fueron más altos que los precios máximos pagados por los SESA a sus distribuidores. Esto significa que sería más barato para los servicios comprar estos fármacos en cualquier farmacia comercial que en los estados que pagaron el precio máximo en el país. En el cuadro se señala con signo negativo las diferencias porcentuales entre el máximo pagado por una entidad federativa y el precio externo.

Como puede observarse en el cuadro 8, la entidad que más ocasiones pagó el *precio más bajo* en el país por un medicamento (entre los 29 seleccionados) fue Guanajuato, que lo hizo en cinco ocasiones. Por su parte, los estados que ese año en más ocasiones pagaron el *precio más alto* por un medicamento fueron Chiapas, Yucatán y Zacatecas, que en 14 ocasiones estuvieron en esa situación.

Al finalizar 2008 este fenómeno se encontraba en vías de corrección: de acuerdo con información publicada en diciembre de 2008, las diferencias entre los precios más bajo y más alto pagados por los diferentes estados de la república fueron ya bastante menores (63%). Aún así, la diferencia en los costos de algunos medicamentos sigue siendo muy importante: el ácido acetil-salicílico fue pagado a \$3.00 en Chihuahua, mientras que en Hidalgo se adquirió a \$37.00

Las entidades que en 2008 continuaban adquiriendo los medicamentos a más alto precio en el país fueron Chiapas, Yucatán, Hidalgo, Nayarit y Jalisco. Excepto Nayarit, estas entidades se acercan mucho más al modelo tercerizado que al convencional.

CUADRO 7

VARIACIÓN DE PRECIOS DE ADQUISICIÓN DE MEDICAMENTOS POR LOS SERVICIOS ESTATALES DE SALUD DURANTE 2005/2006

	Clave	DESCRIPCION	PRECIOS LIMITE (en pesos m.n.)				Externo	Diferencia en %	
	ESP		Entidad	MINIMO	Entidad	MAXIMO		Max. vs. Min.	Ext. vs. Max.
1	0103	ACIDO ACETILSALICILICO, TABLETAS	Chiapas	1.00	Zacatecas	6.87	\$18.20	687	265
2	0104	ACETAMINOFEN, TABLETAS	Aguascalientes	0.85	Chiapas	3.47	\$9.00	408	259
3	0574	CAPTOPRIL, TABLETAS	Yucatán	1.20	Zacatecas	3.75	\$22.50	313	600
4	1006	CALCIO, COMPRIMIDOS EFERVESCENTES	Guanajuato	9.80	Coahuila y Yucatán	45.00	\$89.36	459	199
5	1042	GLIBENCLAMIDA, TABLETAS.	Querétaro, Sinaloa y Zacatecas	5.50	Hidalgo	4.17	\$30.00	76	719
6	1050	INSULINA HUMANA, SUSP. INYECTABLE	Guanajuato	50.90	Yucatán	158.00	\$174.30	310	110
7	1095	CALCITRIOL, CAPSULA DE GELATINA	Estado de México	91.00	Nuevo León	344.73	\$132.00	379	-261
8	1233	RANITIDINA. TABLETAS O GRAGEAS	Querétaro y Chihuahua	1.77	Coahuila	5.27	\$19.90	298	378
9	1903	TRIMETOPRIM CON SULFAMETOXAZOL	Coahuila	2.79	Tlaxcala	4.50	\$13.25	161	294
10	1924	BENCILPENICILINA PROCAINICA 800 000	Zacatecas	2.98	Coahuila	6.13	\$12.00	206	196
11	1929	AMPICILINA, TABLETAS O CAPSULAS	Aguascalientes	7.00	Chiapas	16.90	\$29.75	241	176
12	2016	KETOCONAZOL., TABLETAS	Nayarit	2.23	Chiapas	18.00	\$25.95	807	144
13	2154	ENOXAPARINA, SOLUCION INY.	Aguascalientes	220.00	Tlaxcala	482.00	\$394.10	219	-122

14	2431	DEXTROMETORFANO, JARABE	Hidalgo y Jalisco	1.82	Sinaloa	6.33	\$13.00	348	205
15	2463	AMBROXOL, SOLUCION ORAL	San Luis Potosí y Guanajuato	2.08	Yucatán	4.36	\$50.00	210	1147
16	2608	CARBAMAZEPINA, TABLETAS	San Luis Potosí, Guanajuato y Sonora	2.18	Yucatán	5.25	\$40.50	241	771
17	3407	NAPROXENO, TABLETAS	Coahuila	4.35	Hidalgo	22.80	\$39.50	524	173
18	3417	DICLOFENACO, CAPSULAS O GRAGEAS	Jalisco	2.60	Zacatecas	41.10	\$29.57	1581	-139
19	3601	GLUCOSA AL 5%, 250 cc SOLUCION INY.	Baja California	5.97	Zacatecas	9.36	\$11.13	157	119
20	3603	GLUCOSA AL 5%, 1000 cc SOLUCION INY.	Baja California y Zacatecas	8.98	Yucatán	14.65	\$45.57	163	311
21	3610	CLORURO DE SODIO 0.9% 1000 SOL. INY.	Baja California	9.00	Zacatecas	15.84	\$37.35	176	236
22	3623	ELECTROLITOS ORALES, POLVO	Coahuila	0.73	Chiapas	3.00	\$3.25	411	108
23	3675	AGUA INYECTABLE, 500 cc	Nuevo León	6.60	Sinaloa	11.30	n.d.	171	n.d.
24	4117	PENTOXIFILINA, TABLETAS O GRAGEAS	Chihuahua	13.34	Nuevo León	38.65	\$55.00	290	142
25	4246	CLOPIDOGREL, GRAGEAS	Guanajuato	315.94	Nuevo León	669.00	\$703.22	212	105
26	5486	OLANZAPINA, TABLETAS	Sinaloa	576.69	Tlaxcala	1,100.00	\$888.09	191	-124
27	3820	VACUNA TRIPLE VIRAL	Morelos	2.10	Guanajuato	33.00	n.d.	1571	n.d.
28	3823	VACUNA PENTAVALENTE, SUSP. INY.	Morelos	6.45	Guanajuato	68.95	n.d.	1069	n.d.
29	0146	VACUNA ANTINEUMOCOCCICA, SOL.INY.	Morelos	13.52	Campeche y San Luis Potosí	575.00	n.d.	4253	n.d.

Fuente: Dirección de Procesos Logísticos, DGPLADES, SSA

CUADRO 8

OCASIONES EN QUE SERVICIOS ESTATALES DE SALUD COMPRARON 29 MEDICAMENTOS SELECCIONADOS AL PRECIO MÁS ALTO O MÁS BAJO DURANTE 2005/2006

Entidad	Precio más bajo		Precio más alto	
	Ocasiones	Porcentaje *	Ocasiones	Porcentaje *
<i>Guanajuato</i>	5	13.5	2	6.5
<i>Morelos</i>	3	8.1	0	—
<i>Aguascalientes</i>	3	8.1	0	—
<i>Zacatecas</i>	3	8.1	5	16.1
<i>Coahuila</i>	3	8.1	3	9.7
<i>Baja California</i>	3	8.1	0	—
<i>Sinaloa</i>	2	5.4	2	6.5
<i>Querétaro</i>	2	5.4	0	—
<i>Jalisco</i>	2	5.4	0	—
<i>San Luis Potosí</i>	2	5.4	1	—
<i>Sonora</i>	1	2.7	0	—
<i>Chiapas</i>	1	2.7	4	12.9
<i>Yucatán</i>	1	2.7	5	16.1
<i>Nuevo León</i>	1	2.7	3	9.7
<i>Estado de México</i>	1	2.7	0	—
<i>Nayarit</i>	1	2.7	0	—
<i>Hidalgo</i>	0	—	2	6.5
<i>Tlaxcala</i>	0	—	3	9.7
<i>Campeche</i>	0	—	1	3.2

Fuente: Dirección de Procesos Logísticos, DGPLADES, SSA

* Los porcentajes exceden el 100% debido a que en algunos casos hubo más de una entidad con el mismo precio (bajo o alto) para el mismo medicamento.

RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN CUALITATIVA: *funcionarios*

DESCRIPCIÓN DE LOS MODELOS TEÓRICOS DE ABASTO

Como fue señalado en la primera parte de este informe, apreciamos que existe una marcada tendencia a sustituir el *modelo público convencional* de abasto de medicamentos por otro caracterizado por la participación de proveedores privados en varias de las fases de la CAM. En este apartado se enumeran las características que tendrían ambos modelos suponiendo que pudieran existir en estado puro.

Como se recordará, para efectos de este estudio se ha definido a la cadena de abasto como el *conjunto de acciones realizadas por los responsables de seleccionar, gestionar el financiamiento, adquirir, almacenar y distribuir los medicamentos necesarios para satisfacer los requerimientos de los consumidores finales en forma segura, en el tiempo preciso y al menor costo para ellos y la sociedad*. En el *modelo convencional* (MC) estas acciones se encuentran exclusivamente en manos del personal de las instituciones públicas, y en México es la modalidad de abasto que ha dominado desde el surgimiento de las modernas instituciones públicas de salud en los años cuarenta.

Idealmente, la cadena de abasto en el MC debería iniciar en los puntos de entrega de los medicamentos, es decir, en las unidades de atención, donde debería determinarse la magnitud del consumo de cada tipo de medicamento en un periodo determinado. Estos consumos, en teoría, deberían también variar de acuerdo con las características de la población atendida, la prevalencia local de las enfermedades y la estacionalidad de los padecimientos atendidos.

Por otra parte, si bien cada médico tiene preferencias sobre los medicamentos que prescribe, es claro que para cada momento del desarrollo científico existen medicamentos que la mayoría de los profesionales reconoce como mejores que otros, en términos de eficacia, seguridad y costo. Esta aceptación profesional determina que algunos medicamentos sean considerados esenciales, tal como la OMS ha establecido desde 1975. Crear patrones de prescripción universal, fundados científicamente y modificables a medida que avanza la ciencia, es un requisito indispensable para que la entrega del medicamento en los centros de atención sea un disparador adecuado de la CAM, pues de otra manera no sería posible garantizar que los medicamentos entregados beneficien a los consumidores y a la sociedad.

Una vez concentrada en las jurisdicciones sanitarias la información proveniente de los centros de atención, ésta se envía a los centros estatales, en donde se usa para planear las adquisiciones de los periodos siguientes. Los responsables de la planeación acuerdan con los responsables de la gestión financiera las modalidades de compra, y con los proveedores de medicamentos los tiempos y volúmenes de entrega. Idealmente, todas las entidades federativas podrían participar en la compra consolidada de los mismos medicamentos, obteniendo mejores precios.

Definidos los términos de las adquisiciones, estas se realizan mediante licitación o adquisición directa, dependiendo del monto de la compra y del tipo de medicamento adquirido. La entrega de los medicamentos a los SESA implica que éstos posean espacios adecuados para su almacenamiento y un sistema eficiente de distribución.

En la cadena de abasto existen dos sistemas complementarios; el primero se refiere propiamente al sistema de suministro de los medicamentos, mientras que el segundo hace referencia al sistema de

información que es necesario desarrollar para que la cadena funcione. En los análisis de las cadenas deben distinguirse claramente ambos procesos, pues aunque la concurrencia de ambos determina el grado de eficiencia de la cadena —y en consecuencia el grado de surtimiento de medicamentos a las pacientes— sus fallas obedecen a orígenes diferentes y requieren de tratamientos distintos. En la modalidad del abasto convencional ambos sistemas se encuentran a cargo de los mismos actores, es decir, de los funcionarios de las instituciones públicas.

Los puntos fundamentales del MC pueden mostrarse, a *grosso modo*, en la figura 2. En la gráfica se representa el flujo de los medicamentos que son suministrados por los proveedores a los almacenes estatales de los SESA, de donde a su vez son distribuidos a las jurisdicciones sanitarias para posteriormente enviarse a los centros de atención. Las líneas punteadas representan flujo de información, mientras que las líneas sólidas representan el flujo de los insumos.

El adecuado funcionamiento de un MC (aún en condiciones de suficiencia presupuestal, inexistencia de emergencias sanitarias y de abasto adecuado de medicamentos importados) parece depender de la adecuada actuación de los distintos actores que participan de la cadena. Una falla en la planeación, el almacenamiento deficiente o la distribución desacertada, por ejemplo, abren la posibilidad de que el surtimiento a los pacientes no se realice en forma completa u oportuna. El costo económico que significa el exceso de claves en los almacenes y la consecuente elevada caducidad es igualmente importante, pues termina por afectar el gasto total destinado a la adquisición de estos insumos.

Adicionalmente, la falta de asignación de responsabilidades y la escasa especialización en el manejo de las distintas etapas pueden traducirse

en pérdidas económicas e ineficiencias organizativas, que indudablemente influyen en la capacidad de entrega de medicamentos a los pacientes. La corrupción, o la simple falta de transparencia, poseen además un impacto extraordinario sobre la efectividad de la cadena. A pesar de estos problemas, es probable sin embargo que la conservación de la responsabilidad de la CAM en los funcionarios de las instituciones públicas tenga ventajas sobre la subrogación, como se verá más adelante.

El modelo tercerizado puro (MT), por su parte, se compone de menos fases que el MC, al asignar una parte de la cadena a un tercero, encargado de distribuir los medicamentos hasta los puntos de atención para su entrega a los pacientes. Naturalmente, en este caso los SESA conservan bajo su responsabilidad las fases de planeación y financiamiento, pero descargan en una o varias empresas la tarea de almacenar y distribuir los medicamentos hasta los centros de atención. Un esquema simplificado de esta modalidad de abasto se presenta en la figura 3.

En este segundo modelo el flujo de información transcurre paralelamente de los centros de atención a las jurisdicciones sanitarias y las oficinas centrales de los SESA, y posteriormente regresa en sentido opuesto. Esta información permite a los servicios estatales planear las adquisiciones de acuerdo al tipo y volumen de medicamentos consumidos en cada centro; hacer un seguimiento estrecho del nivel de cumplimiento de las empresas proveedoras, e identificar tempranamente el surgimiento de consumos excesivos o inusuales, por ejemplo.

Las empresas distribuidoras, por su parte, desarrollan un sistema de información que les permite identificar los volúmenes de consumo por periodos, tipo de medicamento y puntos de entrega, a fin de estimar el

volumen y tipo de medicamento que deben adquirir para garantizar su disponibilidad y el costo de sus servicios. Debe señalarse que en el MT existen dos posibilidades de entrega de los medicamentos por parte de los proveedores: a) en el primer caso las empresas envían los medicamentos a los centros de atención médica, en donde son prescritos y entregados a los usuarios, ya sea por el personal de farmacia empleado por los SESA o por personal de las empresas ubicados en los centros de atención; b) en el segundo caso la prescripción se realiza en los centros de atención pero los medicamentos se entregan fuera de ellos, generalmente en farmacias privadas administradas por el distribuidor.

FIGURA 2

Modelo Convencional (ideal)

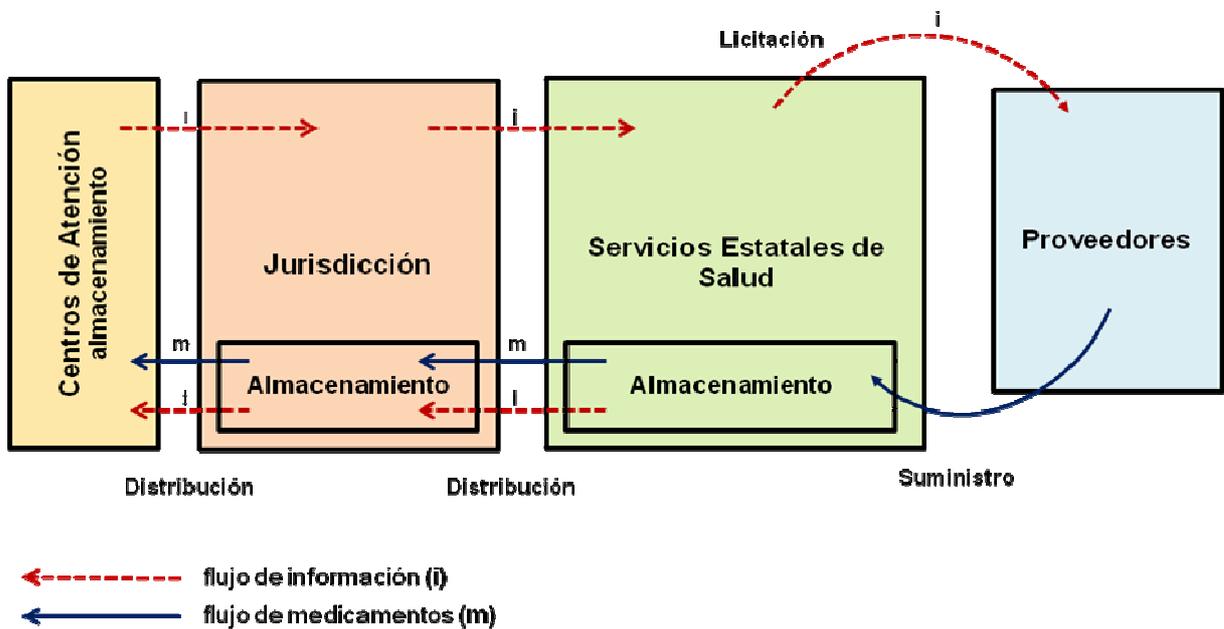
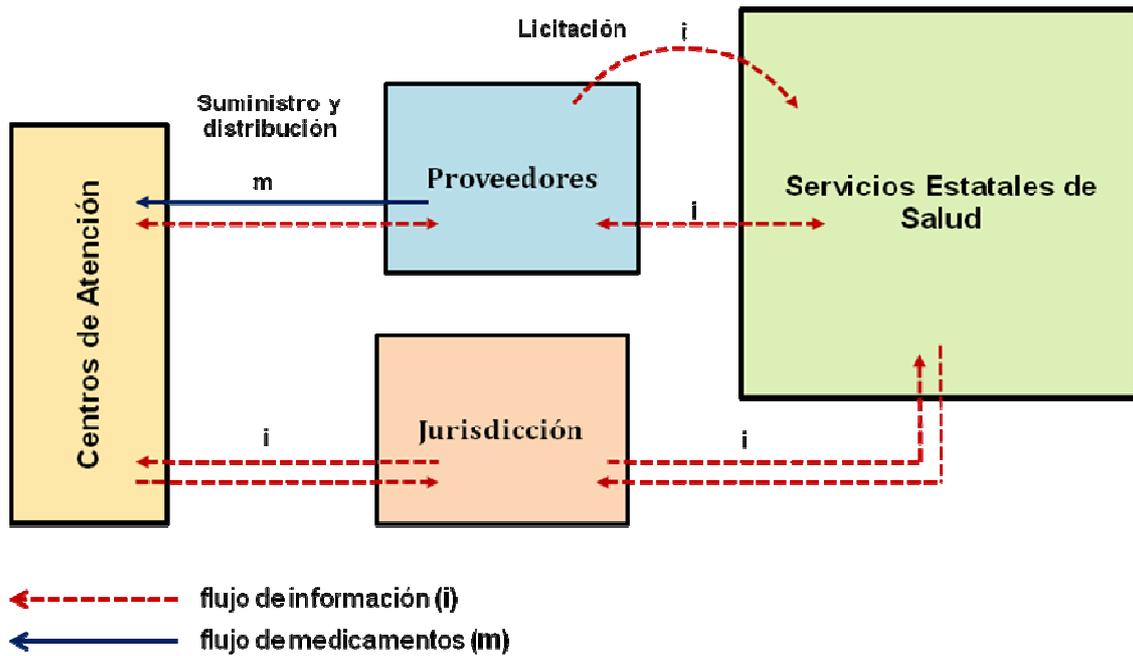


FIGURA 3

Modelo Tercerizado (ideal)



El pago de la subrogación también puede adoptar dos formas. Puede hacerse: a) determinando el consumo real de medicamentos que el total de la población atendida realiza en un periodo definido (por ejemplo, en un año), o b) estimando el consumo promedio que cada individuo lleva a cabo también en un periodo definido. En el primer caso los servicios pagarían exactamente el monto de los medicamentos consumidos en el año, mientras que en el segundo caso las empresas cobrarían una cuota fija por usuario y por periodo, independientemente de que su consumo real sea mayor o menor al estimado en el contrato.

El buen funcionamiento de un modelo tercerizado depende de que la planeación de las adquisiciones sea correcta, de que las bases de licitación se hayan planteado en forma adecuada y de que las estimaciones de consumo de medicamentos sean cercanas a la realidad. Las fallas en la planeación abren la posibilidad de que exista desabasto, por un lado, o exceso de medicamento, por el otro, independientemente de que los proveedores cumplan con los compromisos adquiridos.

Los principales problemas para el funcionamiento de los MT se originan en una planeación incorrecta, pero una supervisión limitada o superficial puede traducirse en el incumplimiento de los compromisos del proveedor, lo que ocasiona pérdidas económicas y fallas en el surtimiento de las recetas a los usuarios. En el caso de los modelos tercerizados la corrupción adopta formas distintas a la que se presenta en los modelos convencionales, y la falta de transparencia es más evidente en los procesos de licitación. Sin embargo, es probable que en condiciones de transparencia, con normas claras de actuación y con aplicación estricta de sanciones, la subrogación de parte de la CAM tenga ventajas sobre el sistema convencional.

Enseguida se presenta una descripción de las cadenas de abasto tal como se encontraron en el país, según relataron los actores responsables de operarlas en los estados investigados. Como podrá notarse, prácticamente ninguna entidad aplica un modelo en forma pura, y lo que se presenta es la existencia de múltiples modelos híbridos que combinan, cada uno de manera diferente, las características de ambas modalidades de abasto.

DESCRIPCIÓN DE LOS MODELOS REALES DE ABASTO

De acuerdo con la información obtenida en las entrevistas, en el momento de la evaluación la mayoría de los SESA ha migrado del MC —dominante hasta hace pocos años— hacia un MT. De hecho, de los estados evaluados el único que conserva un MC casi puro es Chihuahua, aunque Sinaloa, Baja California y Zacatecas también cuentan con modalidades muy convencionales de abasto. En esta investigación no se visitaron estas tres entidades, por lo que Guerrero fue el estado, después de Chihuahua, cuya CAM se consideró como la más cercana al modelo convencional. Junto con la información de Chihuahua, la de Guerrero contribuyó a caracterizar este modelo.

Como contraparte, los estados de Guanajuato, Yucatán y el Estado de México iniciaron tempranamente su incorporación al MT, y son los que cuentan con mayor experiencia en este aspecto. Más reciente, el Distrito Federal ha desarrollado un modelo tercerizado en sus servicios de salud. El resto de entidades visitadas posee modelos que podrían clasificarse como híbridos, aunque difieren significativamente entre sí. 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.

Debe señalarse que, aparentemente, el desarrollo de modelos parcialmente tercerizados en la mayoría de los SESA es consecuencia de la implantación y desarrollo del Sistema de Protección Social en Salud, y muchos de ellos utilizan farmacias y distribuidores privados sólo para la operación de este programa. Esto significa que probablemente la decisión de mudar de un modelo convencional a un modelo tercerizado no siempre ha sido una decisión autónoma, adoptada por los SESA con plena conciencia de sus ventajas y desventajas, sino más bien una

consecuencia de las condiciones bajo las cuales se ha planeado el funcionamiento de los programas federales.

En resumen, para generar la descripción de los modelos de abasto se utilizaron, para documentar el MC, las entrevistas aplicadas en Chihuahua y Guerrero, y para documentar el MT, las del Estado de México, Guanajuato y Chiapas. El análisis se completó con la información proporcionada por los funcionarios del resto de entidades federativas (consideradas, en lo general, como entidades híbridas).

Enseguida se presenta una descripción de los hallazgos encontrados en lo que concierne a los grandes modelos de abasto desarrollados en el país, de acuerdo con el análisis realizado según la estrategia descrita.

A. Modelo Convencional (MC)

Proceso de planeación en el MC

La planeación de las adquisiciones de medicamentos de acuerdo con el modelo convencional se basa en la estimación de los consumos históricos de cada medicamento en los últimos años. En Chihuahua, 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. En varios estados esta estimación se realiza utilizando un programa informático diseñado especialmente para registrar entradas, salidas y volumen de medicamentos no surtidos. A partir de esta fase, intervienen distintas áreas de los servicios estatales, comparando la estimación del consumo histórico mensual con los recursos presupuestales disponibles, las tendencias de la morbilidad en el estado y las necesidades específicas de cada región. De esta forma se obtiene un estimado de compra anual que, en teoría, es el más adecuado posible, sin faltantes ni excedentes.

De acuerdo con los informantes, este proceso de planeación no está desprendido de las actividades cotidianas de abasto, pues la información sobre el consumo histórico es un resultado del reporte diario de estas actividades.

... 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... Esta es la estructura, esto es lo que estamos trabajando... [Jefe del Área de Control de Abasto de los SESA, Chihuahua]

La información sobre el consumo histórico promedio mensual se procesa en un programa de cómputo elaborado especialmente para este fin por una empresa comercial. A decir de los entrevistados, el uso correcto del programa permite una mejoría sustancial en la planeación de las adquisiciones, así como el control de los insumos en todas las fases de la cadena de abasto. La planeación oportuna permite además prever con cierta precisión el volumen de recursos que será necesario solicitar para atender las necesidades de medicamentos en el periodo, por lo que es probable que la capacitación del personal para realizar un proceso de planeación adecuado sea una de las acciones que más influya en la mejora del desempeño de la cadena 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 [Subdirector de Evaluación y Planeación de los SESA de Chihuahua]

Sin embargo, los informantes reportan que se gasta en medicamentos que caducan en la jurisdicción o en las unidades de atención primaria. 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 por las unidades.

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, Hospital Regional, Chihuahua]

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 bisturí? Y mes tras mes, hojas de bisturí". [Jefe del Área de Control de Abasto de los SESA, Chihuahua]

Otro punto que complica la planeación es la compra directa de medicamentos necesarios en los hospitales, pero que no están incluidos en el catálogo de medicamentos. Cuando esto sucede es indispensable para los hospitales comprar los insumos que la población requiere mediante el uso de recursos provenientes de sus propios ingresos, y todo cambio en el monto de estos recursos modifica las posibilidades de compra.

El Sistema Nacional de Protección en Salud, desde su implementación en 2004, ha jugado un papel crucial en la planeación del abasto de medicamentos, pues para crear el catálogo de medicamentos debían tomarse en cuenta los medicamentos autorizados para las 266 intervenciones que, a la fecha del estudio, contenía el CAUSES. Por otra parte, en la mayoría de los estados el SPSS se abastece de

medicamentos bajo un modelo tercerizado, independientemente de que los SESA correspondientes hayan o no pasado a dicha forma de abastecimiento. Esto ha afectado claramente la planeación estatal, aunque tal influencia es más notable en unos estados que en otros. Por ejemplo, en Guanajuato, algunos funcionarios de los SESA argumentaron:

... 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 a las necesidades propias del estado [Grupo de funcionarios de los SESA, Guanajuato]

Al ser un sistema con un número limitado de intervenciones, el SPSS requiere ser adaptado por los encargados de la planeación, debido a que algunos usuarios requieren medicamentos que no cubre el CAUSES. Esto complica la planeación del abasto. Un funcionario ilustra al respecto lo siguiente:

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".

Finalmente, aunque el gasto en medicamentos es elevado, el surtimiento en las unidades de atención no es al 100%, lo que aparentemente ocurre por problemas de 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 al 90. No hay tal [Directora de Seguro Popular del estado, Chihuahua]

Fortalezas y debilidades de la planeación en el MC

La principal fortaleza de la planeación en el MC radica en la mayor posibilidad de control de los procesos de la cadena de abasto, pues idealmente los servicios de salud disponen de un registro completo de las actividades realizadas por cada actor, cada región y cada unidad de atención en la entidad. Una evaluación permanente de la CAM podría permitir la mejoría continua de su calidad, ya sea por el abaratamiento de su costo —en especial al disminuir los índices de caducidad— o mediante la optimización de la entrega de medicamentos a los centros de atención, tanto en el volumen de medicamentos entregados como en la oportunidad de su entrega.

Las fortalezas de la planeación en este modelo de abasto, sin embargo, dependen de la estabilidad de los funcionarios en sus puestos de trabajo, de su consecuente incremento en experiencia y de las posibilidades de comunicación interpersonal a lo largo de la cadena. Por esta razón, si existe una sustitución importante de personal, si la capacitación es escasa o no se establecen mecanismos para especializar a los recursos humanos, estas fortalezas desaparecen.

La principal debilidad del MC durante la fase de planeación radica en la necesidad de contar con un sistema relativamente sofisticado para llevar a cabo las actividades de planeación. El hecho de que se compre medicamento que no llega a las manos del paciente indica que la planeación está mal realizada. Por otra parte, las posibilidades de reubicar las claves que faltan en un centro de atención con los excedentes de la misma clave en otro, por ejemplo, están limitadas debido a la existencia de obstáculos administrativos. A lo anterior se agrega el costo que implica la adquisición y actualización de *software* especiales y la capacitación para su uso adecuado por el personal responsable. No obstante, esta última debilidad no es insuperable y

aparentemente es forzoso atenderla, pues cada vez es más frecuente el desarrollo e implantación de este tipo de sistemas en todos los espacios de gestión, sean públicos o privados.

Proceso de financiamiento en el MC

La principal fuente de financiamiento para la compra de medicamentos e insumos por parte de los servicios estatales de salud tradicionalmente ha sido el presupuesto federal —a través de los ramos 12 y 33— y en menor escala los propios gobiernos estatales. En los últimos años, sin embargo, un volumen cada vez más considerable de recursos proviene del presupuesto del SPSS. Las instancias responsables de esta actividad en las entidades son las áreas de programación y presupuesto dentro de las secretarías estatales de salud. Aunque el presupuesto destinado a medicamentos es siempre menor al requerido, en los estados donde predomina el MC la falta de recursos no es una queja generalizada, y hubo afirmaciones señalando que los recursos son suficientes. Los problemas detectados en los SESA se refieren entonces a la forma en que se manejan estos recursos, que frecuentemente llegan tarde y obligan a los estados a tomar recursos de otras áreas, a realizar compras directas al final del año o a pedir medicamentos prestados a otras entidades federativas, por ejemplo.

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 [Subdirectora de Programación y Presupuesto de los SESA, Chihuahua]

Por otra parte, el número de familias afiliadas ha aumentado, mientras que la población no asegurada ha disminuido permanentemente, de manera que las cuotas de recuperación dejaron de ser una fuente importante de recursos. Esto ha afectado el funcionamiento de los hospitales, fundamentalmente.

Los pacientes que se atendían cuando se inició el Seguro Popular se han incrementado en un 400 por ciento. Esa dinámica nos exige más recursos... [Subdirector de Recursos Materiales y Servicios de los SESA, Chihuahua]

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 [Subdirectora de Programación y Presupuesto de los SESA, Chihuahua]

Fortalezas y debilidades del financiamiento en el MC

En la fase de financiamiento, el MC posee varias fortalezas: el flujo continuo de información a través de la generación de reportes financieros; el análisis del gasto real en medicamentos, realizado por varios funcionarios de diferentes áreas; y la utilización del consumo real en forma promedios mensuales como principal fuente para la planeación del periodo anual siguiente, por ejemplo. Lo anterior hace que la fortaleza más importante del MC sea la transparencia de los procesos, ya que en su diseño e implementación participa un número importante de funcionarios e instancias. Aunque no es condición suficiente, parece indispensable para la transparencia el hecho de que en las CAM se involucren personas provenientes de distintas áreas. Existen múltiples evidencias de que la participación de varios actores es un factor que limita el surgimiento de problemas de transparencia.

La debilidad más notoria, aunque no es propia del modelo convencional, es el tiempo de espera para la liberación de recursos. Este problema fue referido permanentemente por los entrevistados, y parece ser una de las principales causas de las fallas de la cadena. Además, el retraso no sólo afecta a los recursos de los ramos 12 y 33, sino al programa que desde hace algunos años es la principal fuente de recursos para medicamentos: el SPSS.

Proceso de adquisición en el MC

El proceso de adquisición de medicamentos se basa en la normatividad establecida tanto por la Ley Federal Adquisiciones, a escala nacional, como por las leyes relativas a adquisiciones, arrendamiento y obra pública, a escala estatal. El Comité de Adquisiciones –integrado por el Secretario Estatal de Salud y los directores o subdirectores de administración, planeación, programación y presupuesto, adquisiciones, recursos materiales e información– tiene como función fundamental respetar esta normatividad y hacer transparentes los procesos de selección, compra y adquisición de insumos.

La adquisición se puede realizar por contratación directa, cuando se requieren medicamentos de patente, o por licitación pública cuando se solicitan medicamentos genéricos intercambiables. En ambos casos, los criterios principales para la selección de los proveedores son el cumplimiento de los requisitos técnicos y el costo de los medicamentos. Sin embargo, en todos los casos los informantes señalaron que el principal criterio de asignación es el precio del medicamento.

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 [Jefe del Área de Adquisiciones de los SESA, Chihuahua]

Las licitaciones, sin embargo, son procesos complejos y relativamente dilatados, a los que se destina una gran cantidad de tiempo y recursos. A pesar de lo anterior, 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. [Jefe del Área de Adquisiciones de los SESA, Chihuahua]

Frecuentemente se presentan licitaciones desiertas, lo que implica reiniciar todo el proceso de licitación. En ocasiones el proceso culmina con la compra directa de los medicamentos indispensables para el funcionamiento de los servicios, lo que afecta financieramente los programas y limita las condiciones de compra por parte de los servicios.

Realmente queda una gran cantidad de claves desiertas. Si el segundo nivel considera que un medicamento es urgente, solicita una reunión extraordinaria para ver sí se va a adquirir de manera directa o sí se permite la adquisición directa a los hospitales o algo por el estilo... sí 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 [Subdirector de Evaluación y Planeación de los SESA, Chihuahua]

Fortalezas y debilidades de la adquisición en el MC

El proceso mediante el cual se elige a los proveedores de medicamentos es la principal fortaleza del modelo convencional: la licitación pública.

Este proceso inhibe el comportamiento deshonesto y permite compartir las responsabilidades en el manejo de los recursos.

Una de las debilidades de esta etapa de la cadena de abasto es la frecuente presentación de licitaciones desiertas, lo que implica reiniciar todo el proceso de licitación y habitualmente un mayor gasto de recursos económicos. Cuando un almacén se queda sin existencia de algunas claves, se otorga una autorización de compra (generalmente limitada a diez días) para solventar el problema de manera inmediata. No obstante, aunque este mecanismo evita el desabasto de medicamentos esenciales para el funcionamiento de los servicios, desalienta el desarrollo de mecanismos más efectivos de licitación, que eviten la presentación de licitaciones desiertas, pues siempre existe la posibilidad de una compra directa posterior.

Proceso de almacenamiento en el MC

En el modelo convencional de abasto de medicamentos el almacén central es el sitio donde se reciben y resguardan los insumos, medicamentos, vacunas y material educativo de los programas de salud. El espacio y la infraestructura del almacén, y otras condiciones tales como la iluminación, ventilación, higiene y organización son determinantes en la calidad del medicamento que se entrega a los pacientes. En MC el almacenamiento de medicamentos es una tarea que recae directamente en los servicios de atención y, en consecuencia, requiere de la existencia de instrumentos organizativos eficaces para garantizar la recepción de los insumos entregados por los proveedores, su mantenimiento adecuado y su distribución oportuna y suficiente a los centros de atención. Este proceso está normado de manera diferente en cada entidad federativa, y su desarrollo adecuado 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 qué medicamento se consumió, para elaborar su consumo promedio mensual.
[Subdirector de Recursos Materiales y Servicios de los SESA, Chihuahua]

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 algunos sitios se hace diariamente, mientras que en otros se lleva a cabo una vez por mes. En los sitios que carecen de recursos electrónicos, la requisición de medicamentos se hace a través del llenado de formas. En el almacén se verifican las necesidades de cada solicitante y es el jefe de abasto quien se encarga de los envíos. Cada vez que actualiza su servidor, recibe la información de lo que tiene cada farmacia o almacén. Al terminar se pasa al jefe del área física, el cual se encarga de hacer los envíos a los distintos lugares. Idealmente, todo este proceso se lleva a cabo siguiendo normas y guías de procedimientos estandarizados.

En el almacén se verifican constantemente las entradas y salidas de los medicamentos, así como el sistema de refrigeración. La buena práctica de estos mecanismos permite contar con un inventario confiable de medicamentos, lo que hace más eficiente su distribución.

En materia de control de la caducidad, empero, se encontraron los principales problemas del almacenamiento. En primer término, para tener control sobre la caducidad se exige a los centros de atención que entreguen los medicamentos seis meses antes de su fecha de caducidad. Cuando estos insumos son recibidos por el almacén, éste

intenta surtir dichos fármacos por todo el estado o a otros estados, ofreciéndolos a los distintos centros y niveles de atención. No obstante, no es frecuente que los centros de atención acepten la responsabilidad de manejar medicamentos próximos a caducar, excepto que tengan una gran necesidad de ellos. Si los medicamentos caducan en las unidades de atención deben ser enviados con un oficio especial al nivel central, donde son concentrados.

Una vez concentrados en el almacén los medicamentos caducados, ya sea que hayan caducado en el almacén o en los centros de atención, es obligatorio levantar un acta de caducidad, e informar a diversas instancias acerca de esta situación, en especial a la *Comisión Federal para la Protección Contra Riesgos Sanitarios* (COFEPRIS). Este organismo de la SSA es el único responsable de la destrucción de los medicamentos caducados en el país. Por esta razón, el levantamiento de las actas de caducidad ante COFEPRIS es un procedimiento legal y se realiza mensualmente, junto con la entrega de los insumos caducados a dicha Comisión.

Al consultar a los encargados de las unidades de atención sobre el porcentaje de medicamentos caducados, ninguno respondió directamente, y lo mismo sucedió con los responsables del almacenamiento. Aparentemente, existe una dificultad real para determinar el lugar donde ocurrió la caducidad pues, como hemos visto, el medicamento que está próximo a caducar es enviado de un sitio a otro por los diferentes encargados en espera de que se utilice o, probablemente, para evitar ser responsables de la caducidad. Como consecuencia, un medicamento caducado puede provenir de un centro de atención que lo envió seis meses antes al almacén central, quien a su vez lo envió a un centro que aceptó recibirlo pensando que podría utilizarlo. Finalmente, los porcentajes de caducidad ocurridos en cada

espacio institucional no necesariamente corresponden a su verdadera eficiencia en el manejo de la caducidad.

No obstante, es indudable que la evaluación de las actas mensuales de caducidad permitiría identificar con suficiente precisión el índice de caducidad por clave de medicamento, volumen, porcentaje, periodicidad y localización. En resumen, puede afirmarse que, en general, la prevención de la caducidad es pobre, y se realiza con sistemas poco desarrollados.

La observación directa de los almacenes y la verificación de los inventarios y guías de procedimiento permitió a los entrevistadores detectar otras deficiencias en el almacenamiento, especialmente en materia de control de inventario y sistemas de resguardo. No se encontraron tampoco sistemas de vigilancia preventiva del robo "hormiga" o de control de mermas.

En los almacenes centrales y los hospitales se verificó que las áreas físicas, en general, cumplen con las condiciones mínimas necesarias para el mantenimiento adecuado de los insumos. En los centros de salud, sin embargo, se observaron problemas relacionados con la temperatura, humedad, iluminación y ventilación de los espacios de resguardo. Esto fue especialmente grave en las unidades que no cuentan con almacén, y en las que sitios totalmente inadecuados (como el baño), funcionaba como almacén provisional. También se encontró que en las farmacias de algunos centros de salud la capacitación de los encargados es deficiente.

Fortalezas y debilidades del almacenamiento en el MC

En el MC la principal fortaleza de esta fase se encuentra en la posibilidad que tienen los servicios de conocer la existencia de medicamentos, su volumen y las condiciones precisas en las que se

encuentran, en cualquier momento del año. No obstante, la necesidad de contar con un sistema de información sumamente preciso puede anular esta ventaja. Las principales debilidades fueron: a) la inexistencia de mecanismos adecuados para evitar la caducidad, el robo y la merma de medicamentos; b) el deficiente manejo o la inexistencia de reglamentos y guías de procedimientos; c) la presencia de condiciones deficientes de las áreas físicas; y c) la baja capacitación de los encargados. Una debilidad que no depende propiamente del modelo organizativo de los almacenes, pero que afecta sustantivamente su desempeño, es pobre disponibilidad de recursos informáticos, especialmente de *Internet*.

Proceso de distribución en el MC

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 *Internet*.

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. [Jefe del Área de Adquisiciones de los SESA, Chihuahua]

Las jurisdicciones concentran y procesan la información y comunican las necesidades de cada centro 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.

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. [Subdirector de Tecnologías de Información de los SESA, Chihuahua]

No obstante, la distribución de medicamentos se ve afectada cuando los proveedores retrasan la entrega de medicamentos o cuando existe desabasto nacional. Si la distribución a las unidades no se realiza a tiempo, la disponibilidad en los centros disminuye antes de que sean reabastecidos. En estos casos se aplican sanciones que, por lo menos en teoría, deberían estar contempladas 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 [Jefe del Área de Adquisiciones de los SESA, Chihuahua]

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

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 [Director del Centro de Salud Reforma, Chihuahua]

Fortalezas y debilidades de la distribución en el MC

Cuando la distribución de los medicamentos a las unidades de atención está a cargo de los SESA es indispensable que la planeación permita que la totalidad de los medicamentos adquiridos llegue los centros de salud, pues de otra manera habría al mismo tiempo dispendio y desabasto. De acuerdo con los funcionarios entrevistados, los servicios de salud han resuelto casi completamente este problema mediante la planeación precisa de la distribución. Empero, para que esta planeación funcione se

requiere del funcionamiento correcto de todas las personas que participan en el proceso (almacenistas, despachadores, choferes, recepcionistas, etc.); de la existencia suficiente y el funcionamiento eficiente de los vehículos de transporte, y de la entrega oportuna de los medicamentos por parte de los proveedores. Las principales debilidades de la distribución en el MC radican en su costo, que es alto; y en el gran número de elementos que deben funcionar adecuadamente para que la distribución se realice de la forma planeada.

Algunas conclusiones sobre el MC

El MC de abasto de medicamentos presenta varias ventajas, pero la más importante parece ser el desarrollo, por parte de los SESA, de múltiples mecanismos para responder a las problemáticas planteadas por la CAM. Entre otros, se encuentran la creación de *Sistemas Integrales de Abasto* estatales; el uso de *software* especialmente diseñados para la planeación de las compras; el uso de la *Internet* como sistema de comunicación; la implantación de programas de capacitación del personal (para mejorar la formulación de licitaciones, por ejemplo), etc.

Un elemento que mejora considerablemente la capacidad de los servicios para operar bajo el MC es la estabilidad de los funcionarios en sus cargos. Aparentemente, la experiencia es un requisito necesario para la ejecución exitosa de las acciones de abasto de medicamentos.

El sistema de abasto analizado en este estudio puede ser exitoso si existe comunicación entre los centros de salud, los hospitales, las jurisdicciones, el almacén central y las oficinas de los SESA. Si el sistema de información funciona como los entrevistados dijeron, en todas estas instancias podrían conocerse las entradas, salidas y faltantes de medicamentos de manera casi inmediata, excepción hecha de los centros de salud que no cuentan con *Internet*. El sistema de

almacenamiento tiene problemas serios, que sin embargo podrían solucionarse con programas de capacitación; promoción del uso de guías y normas; la mejoría de las condiciones físicas de los almacenes y su creación en donde no existen. Parece indispensable un sistema mucho más sofisticado de control de la caducidad y la prevención del robo y la merma. El sistema de distribución en cambio, es en general más eficiente, y podría mejorarse re-zonificando los centros de salud que atiende cada jurisdicción y buscando alternativas de distribución a los centros de difícil acceso.

Finalmente, para que el abasto sea verdaderamente adecuado es necesario hacer aún más transparente el proceso de distribución, para que el surtimiento de recetas alcance el 100%, se abata el dispendio al mínimo y se deje de surtir a las unidades insumos que no requieren.

B. Modelo de Abasto Tercerizado (MT)

El MT es una opción para el abasto de medicamentos aplicada recientemente en México. Este modelo se caracteriza porque los SESA contratan a una o varias empresas para hacerse cargo de la cadena de abasto. La responsabilidad de la empresa, formalmente, termina hasta la entrega del medicamento al paciente.

De esta manera, 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 finalmente se subroga el servicio, como hemos comentado al describir el modelo tercerizado ideal, almacena y distribuye el medicamento hasta las farmacias de las unidades de atención médica o sus propias farmacias, donde los entrega directamente al usuario.

A continuación se describe y analiza el funcionamiento general de la cadena de abasto en los SESA que utilizan este modelo para suministrar medicamentos a sus pacientes.

Proceso de planeación en el MT

Como en el caso del modelo convencional de abasto, en el MT esta fase de la cadena es realizada por los funcionarios de los niveles alto e intermedio de los SESA. Según expresaron en las entrevistas, los encargados buscan que la planeación del abasto surja de las necesidades de la población. Para ello se toman en cuenta las características epidemiológicas de la población, las condiciones sociopolíticas del estado y el tipo de gestión gubernamental en la que están insertos los SESA. En teoría, la planeación se realiza en forma colegiada, con participación de los actores institucionales más relevantes de la cadena. De esta forma, señalan los informantes, se formulan los requerimientos básicos para el proceso de 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 de Salud, Estado de México)

Una de las razones para cambiar al modelo tercerizado, aparentemente, fue la dificultad para identificar de manera precisa los volúmenes de consumo de cada clave en la entidad, lo que hacía que se cometieran fallas en la planeación de las adquisiciones.

Uno de los principales problemas es que no sabíamos qué se consumía más, por eso se pidió el abasto subrogado. Nosotros no definimos qué vamos a comprar, sino que ponemos a disposición de las unidades los medicamentos y ellos van tomando lo que requieren, se surte la receta, pagamos lo que surten, y punto [grupo focal de funcionarios, Estado de México].

En el caso del MT varias instancias de los SESA participan en la formulación de las licitaciones que se requieren para contratar a las empresas que se encargarán de distribuir los medicamentos.

La contratación de las distribuidoras puede realizarse mediante dos opciones: la primera consiste en pagar a la empresa el precio de los medicamentos que ésta suministró a los pacientes durante un determinado periodo (generalmente un año). En este caso el comité de adquisiciones debe determinar al inicio del periodo los volúmenes máximo y mínimo de los que, de cada clave de medicamento, la empresa debe disponer para surtir adecuadamente la demanda de la entidad.^e

La segunda forma de contratación consiste en calcular el costo aproximado de los medicamentos que, en promedio, requiere cada paciente durante el año, y pagar a la empresa esta cantidad en forma *capitada*, independientemente de que finalmente el consumo real en la entidad sea menor o mayor. En este caso, la empresa pujará por cobrar el máximo posible, y los SESA harán lo contrario. De la correcta

^e Esto se hace para que, en el caso de que los médicos no receten o los pacientes no soliciten la cantidad mínima acordada para una clave, los SESA cubran de cualquier manera el costo que la empresa ha desembolsado para garantizar la disponibilidad de medicamentos. Por el contrario, si una clave se solicita en un volumen mayor al que planeó el comité de adquisiciones, la empresa está obligada a contar con ella hasta un tope máximo, después del cual puede vender el medicamento, si lo tiene, pero no queda obligada a hacerlo. De esta forma se protege a los servicios —que aseguran un volumen suficiente de cada medicamento— y a la empresa —que asegura la disponibilidad de medicamento pero sin el riesgo de grandes pérdidas, en el caso de que no sea demandado.

planeación dependerá, entonces, que los servicios paguen o no un precio justo por los medicamentos recibidos.

Para fijar los lineamientos de la licitación el proceso debe realizarse de manera cautelosa. En las bases es necesario establecer claramente las directrices y requerimientos indispensables para contratar una empresa que pueda cumplir con la distribución de los medicamentos, manteniendo los SESA, al mismo tiempo, el control de la información. Los funcionarios que optan por este modelo pagan por los servicios que brinda la empresa, pero deben controlar la información concerniente a la cantidad de medicamentos distribuidos, facturados y faltantes, y demás especificidades que ocurren con el abasto a los usuarios de las unidades de atención. Como en el caso del modelo convencional, el proceso de licitación es lento y complejo, y también termina definiéndose por razones fundamentalmente 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 Disur, y en la parte económica solamente quedó Disur [Funcionarios Gubernamentales, Estado de México]

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 [Funcionarios intermedios de los SESA, Chiapas]

En algunos casos, como en el Estado de México, la subrogación es completa: dos empresas —Disur y Pisa— almacenan y distribuyen el 100% los medicamentos. Estas dos empresas distribuyen a todo el estado. Aunque en las unidades dispersas la entrega de medicamentos llega a ser mensual, las empresas abastecen prácticamente en forma diaria a todas las unidades urbanas.

A partir del 1 de marzo de este año (las empresas cubren) el 100% de nuestro universo. Nada más (que) ahí, en las unidades dispersas, cambia un poco el servicio: no hay farmacia, o sea la empresa acude cada mes y el médico es el que se encarga del manejo, de acuerdo al consumo. [El Director de Administración y Finanzas, Estado de México]

En los estados que cuentan con este modelo, la licitación generalmente establece un año de contrato con la empresa seleccionada, tiempo aparentemente suficiente para la nueva planeación. No obstante, un problema que se observa todavía, a un año de que iniciaran las actividades de la empresa, es la falta de comunicación entre los diversos actores intervinientes:

No hay un procedimiento, un CAUSES 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. [Jefe de almacén del Hospital Regional, Chiapas]

Otro problema se presenta para recibir oportunamente las solicitudes de las unidades dispersas, alejadas geográficamente o que no cuentan con medios de comunicación electrónica (de la misma manera que sucede en el modelo convencional).

La planeación que tiene la empresa es buena. Solamente que, a veces, de qué sirve que esté toda la infraestructura si no nos llegan los recursos aquí... hay otras unidades que están más lejos y que todavía no tienen teléfono o no tienen Internet, y se complica para todo.

Fortalezas y debilidades de la Planeación en el MT

La principal fortaleza de la planeación, en el MT, radica en la disponibilidad de tiempo y recursos que significa descargar el suministro de medicamentos en las empresas contratadas. Además, el modelo tercerizado —si se adopta plenamente y con todas sus consecuencias—

implica el fortalecimiento de los sistemas de información y comunicación.

Tendríamos que mejorar nuestros tiempos y movimientos; tecnificar el expediente clínico, e implantar la receta electrónica (...) un sistema que permita a cada unidad tener registros históricos; manejar el control de mínimos y máximos; el control del inventario, con fechas de caducidad, que permita al director tomar decisiones.

Yo saco el medicamento, lo registro en un código de barras diciendo al sistema que ya hay uno menos. Si lo indexo al control de mínimos y máximos de inventario, se va inmediatamente a una hoja de pedido, para que yo lo vuelva a surtir antes de que caiga por debajo del mínimo y esto me permita un surtimiento mayor de 95% en las claves [Subdirector de Gestión de la Calidad, SESA, Chiapas]

No obstante, el modelo tiene las mismas deficiencias para obtener información de las unidades dispersas, geográficamente alejadas de las capitales de los estados, y que no cuentan con sistemas eficientes de comunicación.

Proceso de financiamiento en el MT

Las principales fuentes de financiamiento de los estados evaluados corresponden a los recursos proporcionados por los gobiernos federal y estatal. También existen otras fuentes alternas, como donaciones o cuotas de recuperación, que representan alternativas que elevan el presupuesto destinado a la cadena de abasto de medicamentos. Los SESA del Estado de México, según un funcionario, recibieron este año el siguiente monto:

El presupuesto de este año es de 8500 millones de pesos para todo el Instituto: aproximadamente mil millones son para medicamento y material de curación: el 12%. Nosotros recibimos del ramo 33 aproximadamente 350 millones de pesos. El resto es una mezcla entre Seguro Popular y

presupuesto estatal [Funcionario de Finanzas del Instituto de Salud del Estado de México]

Siguiendo con el ejemplo del estado de México, una de las fuentes alternas de financiamiento es el cobro de cuotas de recuperación. El servicio para los usuarios que pertenecen a la población abierta, la que no es beneficiaria de algún sistema de seguridad social, tenía un costo de 24 a 110 pesos por consulta, incluyendo los medicamentos.

En las unidades de atención médica también se reciben donaciones pero, por su baja frecuencia, se en realidad trata de una fuente extraordinaria.

Muy excepcionalmente alguien nos dona. Unas cajas que le quedaron de diálisis, por ejemplo, o alguien que tenía un lote de medicamentos que ya no los va a usar [Encargado de farmacia, Centro de Salud, Chiapas]

Como en el caso del MC, en el modelo tercerizado los recursos federales frecuentemente tardan en llegar y esto se debe a cuestiones administrativas.

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 Instituto de Salud del Estado de México]

Ante la pregunta de si los recursos financieros destinados a la adquisición de medicamentos son suficientes, las respuestas de los entrevistados varían, o son ambiguas.

La respuesta es sí y no. 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 Instituto de Salud del Estado de México]

Fortalezas y debilidades del financiamiento en el MT

Entre las fortalezas del financiamiento se pudo apreciar que la obtención de recursos económicos es flexible, pues se pueden obtener recursos por diferentes vías; y que algunas estrategias como las cuotas de recuperación y las donaciones pueden ser una alternativa para incrementar los recursos para medicamentos. Estas fortalezas, empero, son válidas para ambos modelos de abasto.

En cuanto a las debilidades, también como en el caso del MC, la principal deficiencia percibida por los funcionarios es el retraso en la entrega de los recursos financieros, lo que repercute en la oportuna adquisición y distribución de medicamentos, dejando desprotegida, según los informantes, sobre todo a la población no asegurada.

Finalmente, prevalece la convicción de que el financiamiento es todavía insuficiente, y que algunos programas prioritarios deberían contar con mayores recursos.

Proceso de adquisición en el MT

Desde hace varios años la Secretaría de salud ha intentado construir un cuadro básico y catálogo de medicamentos suficiente para satisfacer la demanda de la población que no tiene acceso a ningún sistema de seguridad social, y que en el país representa más del 40% de la población. Esto significa que deben establecerse bases muy sólidas para definir qué medicamentos deben incluirse en las licitaciones.

Es con este fin que se han creado los comités de adquisiciones, encargados de identificar las necesidades de compra de medicamentos y gestionar con las dependencias correspondientes el presupuesto para cubrir esas necesidades.

La adquisición, como las anteriores etapas de la CAM, depende sólo relativamente del modelo asumido. En los hospitales, por ejemplo, el modelo tercerizado no ha modificado las funciones que ya tenían los comités de adquisiciones. El jefe del departamento de recursos materiales del hospital de un estado tercerizado señaló, al hablar de sus funciones:

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 [Jefe del Departamento de Recursos Materiales, Hospital Regional, Estado de México]

En los modelos tercerizados la compra a las empresas contratadas se complementa con compras directas de medicamentos cuando se necesitan medicamentos no considerados en el catálogo del CAUSES. Estas se realizan mediante lo recaudado a través de las cuotas de recuperación y con recursos propios.

El trabajo de adquisición, sin embargo, depende principalmente de los funcionarios de las SESA, ya que son las instancias que planifican y definen las bases de licitación que sirven para establecer los convenios con las empresas interesadas en llevar a cabo el almacenamiento y la distribución de los medicamentos.

Finalmente, debe señalarse que se percibe que el CBCM cambia con bastante lentitud, lo que dificulta la adquisición de los medicamentos más adecuados para cubrir las necesidades sanitarias actuales de los estados. El subdirector de un hospital señaló:

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.

Fortalezas y debilidades de la adquisición en el MT

La principal fortaleza del proceso de adquisición de MT se encuentra en la posibilidad de relevar a los servicios de la obligación de realizar múltiples procesos de licitación durante el año para la adquisición de medicamentos específicos, dejando en una sola empresa la tarea de garantizar el abasto adecuado de medicamentos a lo largo del año.

Respecto de las debilidades se aprecia que no existe una estimación precisa del costo que significa descargar esta tarea en las empresas contratadas, de manera que las necesidades de la población sean cubiertas de manera suficiente y oportuna, ampliando hasta donde sea posible la cobertura de surtimiento, pero sin pagar un costo demasiado alto para los servicios. Esta es una tarea que sigue pendiente para dar fortaleza a este modelo.

Proceso de almacenamiento en el MT

Ante la pregunta de por qué el Estado de México es una entidad con buen abasto de medicamentos, un funcionario señaló lo siguiente:

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 de Salud, Estado de México)

En el MT, el almacenamiento de los medicamentos le corresponde a las empresas subrogadas. En las unidades de atención médica se constató que en algunos casos hay una farmacia y en otros también un almacén. En ambos espacios labora personal de la empresa subrogada, el 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 del medicamento se realiza utilizando un manual de procedimientos proporcionado por la empresa. Para la realización satisfactoria de sus labores los encargados de las farmacias requieren mantener constante comunicación con el almacén que surte los medicamentos y materiales de curación. La solicitud de medicamento se realiza diaria o semanalmente, según el grado de movimiento de la farmacia.

En resumen, los encargados de la farmacia o almacén se dedican totalmente al control de los medicamentos y material de curación. Cuando el proveedor o empresa subrogada cambia, siguen laborando ahí pero ahora empleados por la nueva empresa contratada.

Como en el modelo convencional, se encontró que las personas encargadas de almacenar y distribuir los medicamentos no tenían formación en farmacología y aprendieron a manejar estos insumos con la propia experiencia o pidiendo asesoría a personas capacitadas. Esta carencia de formación es importante para el manejo de vacunas y medicamentos que requieren de red fría.

Con respecto a la infraestructura y las condiciones de almacenamiento, en la mayoría de las unidades estudiadas se observó que los espacios eran suficientes, que el material era el adecuado y que se encontraba

en buenas condiciones. Un problema observado durante las verificaciones fue que las personas encargadas de las farmacias no reciben indicaciones, ni supervisión alguna, por parte de los funcionarios de las unidades de atención.

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. [Administradora de Centro de Salud, Chiapas]

Fortalezas y debilidades del almacenamiento en el MT

Las fortalezas del almacenamiento en el MT radican fundamentalmente en que los espacios dedicados a ello, ubicadas en las unidades de atención, cuentan con personal suficiente, infraestructura adecuada y al menos un equipo de cómputo.

Como principal debilidad se observa que no existe prácticamente ninguna supervisión por parte de los funcionarios de las unidades de atención, lo que no solamente limita las opciones de capacitación en el trabajo, sino que abren la posibilidad de que los reportes sobre medicamentos surtidos diariamente, por ejemplo, no sean lo transparentes que deberían de ser.

Proceso de distribución en el MT

La distribución de los medicamentos en el modelo tercerizado descansa, evidentemente, en las empresas contratadas para ello. La empresa contratada debe contar con el equipo operativo y de traslado necesarios para garantizar los procesos distributivos.

La entrega de medicamentos por parte de la empresa subrogada puede hacerse de dos maneras: a los espacios de almacenamiento ubicados en los centros de atención; o directamente a los usuarios. En la mayoría de

las unidades esta distribución se realiza entregando directamente el medicamento al paciente, ya sea en espacios manejados por la empresa dentro de los centros de atención, o en farmacias ubicadas externamente a dichos centros. En ambos casos, en teoría, los medicamentos deben surtirse inmediatamente o, a más tardar, 24 horas después de ser demandados por el paciente.

Un inconveniente observado en el surtimiento radica en el retraso en la llegada de medicamentos a los centros de atención, así como los problemas de prescripción racional. Así, al desabasto real de medicamentos se suman la prescripción de medicamentos no incluidos en el catálogo estatal y la de medicamentos de patente, que la empresa subrogada no tiene obligación de suministrar. 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.

Básicamente 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... No se previó un formato de receta estándar al principio del año, eso originó dificultades a los controles y hubo casos en que improvisaron las recetas con tal de cumplir al ciudadano; ahora eso es un problema: algunas

recetas fueron otorgadas sin identificar el número de afiliación al Seguro Popular, ahorita con la captura que hizo la empresa no se sabe si es o no afiliado, entonces a la hora que se requiere la fuente de financiamiento para el pago no se distingue [Director de Administración y Finanzas, Chiapas]

También se observó que continúa realizándose una mala distribución de medicamentos entre las unidades. Como en el caso del modelo convencional —aunque aparentemente en mucho 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.

Hay medicamentos que no los tienen porque su costo es alto; si una farmacia tiene 30 piezas y solamente le demandan 2, ese dinero es una inversión que se queda allí. Se desperdicia medicamento que en otro lado podría usarse. Esa puede ser la causa de que a veces no haya.

Por otra parte, el acceso a algunas comunidades resulta complejo ya sea por la distancia entre las unidades o por el difícil acceso.

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. [Funcionarios gubernamentales].

Otro problema se encuentra en el cambio en las presentaciones o dosis de los medicamentos que los distribuidores llegan a realizar sin reportarlo a los servicios. Una encargada de farmacia señala, con respecto a la actuación de la distribuidora Disur:

Por ejemplo, el medicamento para los diabéticos, normalmente llegaba de 15 mg. 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 "¿Porqué de 30?", "el proveedor así lo está mandando" [Encargada de farmacia de Centro de Salud, Estado de México]

Una de las estrategias indicadas en la licitación para garantizar el suministro adecuado de medicamentos y material de curación son las sanciones a los proveedores. Los contratos indican, por ejemplo, que la empresa debe pagar el 200% de la compra que haga el centro de atención en el caso de no cumplir con lo estipulado en el contrato. Ante la pregunta sobre la frecuencia de desabasto de medicamentos en los hospitales, las respuestas fueron:

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]

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 Hospital]

Al parecer, en la mayoría de los casos estos mecanismos permiten garantizar el abasto de medicamentos. En algunos casos, sin embargo, las posibilidades de imponer sanciones a los proveedores están limitadas por los términos de las licitaciones, elaboradas defectuosamente, al grado de aceptar que las empresas distribuyan los medicamentos sólo hasta las poblaciones geográficamente accesibles. De esta manera, los servicios de salud renuncian a la posibilidad de utilizar la subrogación del abasto como un mecanismo capaz de incrementar la cobertura efectiva de surtimiento a los sitios más necesitados. Ante esto, los funcionarios intermedios plantean evaluar el modelo tercerizado y hacer reuniones ente directivos y operativos para

discutir las ventajas y desventajas del modelo para los servicios de salud.

Yo siento que nos tenemos que reunir. Tienen que hacer un balance de qué tan barato o caro nos salió, porque si lo más difícil nos los siguieron dejando, entonces ¿qué ganó la subdirección? Porque esto es de ganar ¿verdad? Se trata de ganar. Yo, ¿en qué salí ganando?, ¿qué me ahorré? 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 [Jefe de Jurisdicción Sanitaria, Chiapas]

Fortalezas y debilidades de la distribución en el MT

Naturalmente, la principal fortaleza de la distribución en el modelo tercerizado se encuentra en el alivio organizativo que pueden alcanzar los servicios cuando se traslada este proceso a una empresa subrogada. La distribución subrogada es preferible cuando la empresa realiza el surtimiento adecuadamente, capacita a su personal, crea manuales de procedimientos, facilita mecanismos para mantener un abasto estable y cumple con lo estipulado en la licitación. Sólo cuando este proceso se realiza de esta manera se justifica mudar del modelo convencional al tercerizado, pues una distribución fallida puede ser a la larga más costosa (sanitaria y económicamente hablando) que el mantenimiento del modelo convencional. Por esta razón, las debilidades de la distribución en el MT —que básicamente consisten en la falta de surtimiento oportuno de algunos medicamentos (aunque en menor proporción que en el MC) y la existencia de sitios geográficos donde se surte con dificultad— debieran ser un motivo de preocupación permanente para los SESA que han optado por este modelo.

Por otra parte, parece indispensable establecer mecanismos de control sobre la distribución, combatiendo la falta de claridad de la entrega y salida de estos insumos. Dado que la empresa es quien debe reportar

qué cantidad utilizó y cuáles fueron los sobrantes y faltantes, es fácil suponer que si no existe un mecanismo de supervisión de este proceso la empresa puede fácilmente reportar un consumo mayor al realizado, así como un índice de surtimiento mayor al realmente alcanzado. Estas situaciones, comentadas por los informantes pero sin aportar evidencias, podrían ocurrir en cualquier momento si no se desarrollan mecanismos de control.

Algunas conclusiones sobre el MT

El modelo tercerizado puede ser ventajoso para los SESA cuando la licitación se plantea de tal manera que el contrato resultante es capaz de satisfacer las necesidades de medicamentos de la población atendida. Es claro que sólo un contrato adecuadamente planteado puede garantizar un abasto óptimo de medicamentos y material de curación.

La ventaja más relevante de contar con una empresa que almacene y distribuya estos insumos es que al contratar el servicio se delegan las responsabilidades en el proveedor, siempre y cuando se mantenga un control de la información de todas las etapas descritas de la CAM. Hasta donde puede apreciarse, los SESA que han optado plenamente por este modelo y lo controlan adecuadamente, han incrementado el suministro de medicamentos entre sus usuarios y garantizado el abasto en las unidades a su cargo.

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

La desventaja más importante del modelo tercerizado, hasta ahora, es la ausencia de una evaluación que compare el costo de la subrogación con respecto al abasto no subrogado, a fin de demostrar que el MT es más costo-efectivo que el modelo convencional; que amplía la cobertura real del suministro de medicamentos y que mejora la oportunidad del abasto. De otra manera es imposible afirmar con certeza que el modelo tercerizado es mejor, o peor, que el modelo convencional.

C. Modelos híbridos de abasto (MH)

Como indica su nombre, los MH de abasto conjuntan características propias de los modelos convencional y tercerizado, y el grado en el que se asemejan a alguno de los dos depende, evidentemente, de la magnitud de los cambios experimentados en el camino hacia la tercerización.

Siguiendo las propuestas hechas desde 2004 para mejorar la CAM en los SESA, actualmente prácticamente todas las entidades federativas investigadas en este trabajo se encuentran “migrando” de la forma convencional hacia la modalidad subrogada del abasto, y en esta transición —independientemente del desempeño mostrado en el surtimiento completo de recetas— se aprecian diferentes alcances en el grado de subrogación obtenido.

En este panorama, los servicios de salud del Estado de México, el Distrito Federal y Chiapas son los que han desarrollado los modelos más tercerizados —y por esta razón sirvieron como fuente para caracterizar el MT— mientras que los de Chihuahua representan la modalidad más acabada de modelo convencional, por lo que fueron considerados paradigmáticos de esta forma de abasto. Entre ambos tipos se

encuentra prácticamente el resto de servicios estatales de salud evaluados, y que aquí denominamos “modelos híbridos”.

Descripción general del modelo

Como modalidades híbridas de abasto se incluyeron los SESA de Colima, Jalisco, Guanajuato, Michoacán, Nayarit, Veracruz, Guerrero y Oaxaca, y sus problemáticas más comunes se describen en lo general. De esta manera, mientras que unas entidades se encuentran más cercanas que al modelo tercerizado, otras están mucho más cerca del convencional. Dado que estas proximidades no pueden describirse en términos cuantitativos o porcentuales, una forma es identificar la fase o fases de la cadena que se subrogan y el alcance tal subrogación, por ejemplo. Otras condiciones, sin embargo, intervienen en esta caracterización, como la presencia del SPSS. Como se mencionó antes, inclusive en los modelos más convencionales el SPSS opera de manera tercerizada la mayor parte de su abasto, lo que hace compleja la planeación y operación de la CAM en los estados. Una condición agregada es el caso de los hospitales, los cuales requieren comprar directamente medicamentos altamente especializados que no están en el CBCM, lo que en ocasiones semeja procesos de tercerización. En los modelos híbridos, a la combinación de los MC y MT se agregan todos estos factores, por lo que su caracterización en detalle puede resultar compleja. Por tal motivo la descripción de los MH se presenta considerando únicamente sus características generales, refiriendo detalles sólo cuando es indispensable.

La entrega de medicamentos a los pacientes en el MH puede hacerse directamente por parte de personal de los servicios estatales de salud o a través de la empresa subrogada. Esto depende de las actividades para las que esté contratada la empresa que ganó la licitación.

Cuando la *Secretaría de Salud* del estado es responsable de la distribución de medicamentos a los usuarios, en cada unidad de atención se cuenta con una farmacia en la que el personal, con distintos niveles de formación y capacitación, entrega a los pacientes el medicamento indicado en la receta. Pero si es la empresa contratada la que entrega los medicamentos a los usuarios, la mayoría de las veces la unidad de atención otorga un espacio a la empresa para que instale una farmacia en la que personal de la empresa distribuye el medicamento.

A esas dos modalidades hay que agregar la entrega de los medicamentos a los usuarios en función de su afiliación: como beneficiarios del SPSS, como beneficiarios del programa *Oportunidades*, o bien como población a cargo de la Secretaría de Salud del estado, si carece de afiliación formal. Como consecuencia, cada caso es prácticamente único, al combinar las variantes de tercerización con los diferentes programas que se manejan en los estados. Además, los diversos niveles de atención requieren que la entrega de medicamentos corresponda a sus necesidades en relación con el clima, la orografía, las etnias presentes y otras condiciones de la región.

Fortalezas del MH

Los modelos híbridos reúnen las ventajas y desventajas de los MC y MT aunque, como sucede con frecuencia, las desventajas se multiplican mientras que las ventajas casi no aumentan.

En segundo lugar hay que decir que frecuentemente el paso del modelo convencional hacia el tercerizado no es una decisión adoptada voluntariamente por los servicios de salud, sino una consecuencia de las políticas nacionales impulsadas en los años recientes. La mayoría de los SESA, entonces, poseen modelos híbridos no porque lo hayan decidido,

sino por la imposibilidad de pasar plenamente al MT o por su intento de permanecer en el modelo convencional, sin conseguirlo.

Las fortalezas del MH son pocas, y fundamentalmente 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, algunas fortalezas se relacionan con las nuevas habilidades requeridas por la tercerización. En este caso se encuentran la mayor experiencia en la compra consolidada de medicamentos; la más precisa identificación de las necesidades reales de la población; el aumento en el número de proveedores que participan en las licitaciones, y la mejoría en la capacidad para monitorear las actividades de abasto (en este caso, a las empresas a las que se subroga el medicamento).

Aparentemente, la presencia de las empresas subrogadas ha mejorado la identificación de las necesidades de la población atendida, al determinarse el consumo real utilizando los reportes de consumo generados por los sistemas de información de las empresas.

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 tu dijiste, es responsabilidad tuya por no haber planeado de manera correcta [Jefa del Departamento de Unidades Médicas, SESA de Oaxaca]

No obstante, parece indispensable incorporar criterios más rigurosos de verificación de estas estimaciones, pues no puede dejarse únicamente a las empresas la determinación del volumen de medicamentos realmente consumidos por los pacientes.

Tuvimos fallos importantes. ¡Hasta de cincuenta por ciento de error en algunas claves! Los hemos corregido poco a poco, en base a la

herramienta que ahora nos está poniendo la empresa para conocer los consumos promedios reales [Jefa del Departamento de Unidades Médicas, SESA de Oaxaca]

El incremento en el número de proveedores que participan en los procesos de licitación se refleja en una disminución de las claves desiertas y de los medicamentos caducados. En algunos casos, la transición hacia el modelo tercerizado es valorada muy positivamente ya que, según algunos entrevistados, resuelve algunas de las 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, eso supone un gran avance [Asesor de la Dirección de Redes, SESA de Chiapas]

Durante la evaluación se encontraron SESA que aún manejan su propio almacenamiento y otros que ya no se hacen cargo de esta fase. Aquellos servicios que se mantienen cerca del modelo convencional son los que siguen siendo responsables del almacén de medicamentos. En este caso, los proveedores entregan al almacén de la dependencia y los servicios entregan el medicamento a las unidades de atención. Esto puede ocurrir con dos variantes: en una, el almacén central distribuye los medicamentos directamente a las unidades de atención, y en la otra se entrega a las jurisdicciones, desde las cuales se reparten los medicamentos a las unidades. En algunos casos los centros de salud están municipalizados, por lo cual el almacén del municipio también interviene en la distribución.

En los estados en los que el sistema de tercerización va más avanzado, las empresas contratadas se encargan del almacenaje de los medicamentos y manejan la nómina de los trabajadores que se ocupan

del almacén, además de los propios. Generalmente disponen de un espacio con condiciones adecuadas para medicamentos e insumos.

En los estados en que los SESA continúan a cargo del almacenaje existe experiencia en el manejo de un stock suficiente para aproximadamente dos meses, para prever emergencias o simplemente para tener un mejor manejo de las caducidades. También se aprecia mayor antigüedad y menor rotación del personal que labora en estos sistemas convencionales, 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 Central, SESA, Veracruz]

Por su parte, los informantes de los servicios estatales de salud que subrogan el almacenamiento lo consideran benéfico, pues no tienen que realizar procedimientos administrativos y sus obligaciones terminan al asignar a la empresa un espacio físico para el almacenamiento. A partir de ese momento, la administración corre por cuenta de la empresa, que además contrata a su propio personal. Esto significa un alivio de las cargas laborales que asumen los servicios estatales.

Las referencias a la falta de espacios para las farmacias es común tanto en los servicios que subrogan como en los que no lo hacen. Pero, en opinión de los proveedores, los beneficios de la subrogación son mayores que las desventajas.

Escoger farmacias del ISEF, que estuvieran instaladas en las unidades, es 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 Sector, Jurisdicción Sanitaria, Guanajuato]

Otra ventaja es que el manejo de caducidades es responsabilidad de las empresas.

Debilidades del MH

Las debilidades de los MH parecen ser más frecuentes e importantes que las fortalezas, lo que probablemente explica los bajos desempeños en surtimiento de recetas alcanzados por la mayoría de los servicios que tienen esta modalidad de abasto.

La introducción de subrogaciones ha afectado la participación de los funcionarios en las diferentes fases del abasto, pero especialmente en el proceso de planeación, lo que genera problemas de operación. También se señaló mal funcionamiento de los participantes en la planeación y la toma de decisiones a las que no se da seguimiento.

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 del comité (...) estamos debajo de la meta esperada, llevamos un porcentaje de cumplimiento del 70%. [Jefe Departamento de Evaluación, SESA de Guerrero]

La planeación no se basa estrictamente en las necesidades de los servicios de salud, 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 en forma de casuística. Tampoco hay planeación local basada en las necesidades diferenciales entre los centros de salud y hospitales. Con frecuencia la distribución de los

medicamentos recibidos termina por hacerse simplemente dividiendo el volumen recibido en el número de puntos de entrega disponibles.

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 recursos, porque al final se te van a caducar porque no los vas a utilizar [Director de centro de salud, Colima]

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 5 núcleos y mi jurisdicción tiene 245 núcleos. Lo que me llegó lo divido entre los 245. Ya de ahí, si la unidad tiene 5, lo que me toca por núcleo lo multiplico por 5. Esa es la manera en que hacemos la distribución por núcleo básico. [Coordinadora Atención Médica de Jurisdicción, SESA de Guerrero]

Los defectos de la distribución que son propios del modelo convencional se mantienen en el MH, casi siempre sin participación de los centros de salud en la planeación de las adquisiciones.

A nosotros nos surten de acuerdo a 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. [Encargada de Farmacia, Centro de Salud, Oaxaca]

Normalmente nos dicen que ya está lo del Cuadro Básico. Todo eso se hace a nivel central. No nos piden nuestra opinión [Subdirectora del Centro de Salud, Guerrero]

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 Medicamentos para el Primer nivel, SESA de Guerrero]

En las planeación de las adquisiciones para los hospitales normalmente no se discute la compra de medicamentos que no están en el CBCM, aunque se trate de fármacos de uso habitual.

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 a las necesidades reales de cada servicio [Director del Hospital Regional, Guerrero]

Tampoco hay claridad sobre los mecanismos de control en el abasto, aparentemente debido a la escasa capacitación realizada entre los trabajadores acerca de la importancia de la transparencia.

Nos hace falta acostumbrarnos y manejar esto de la transparencia. Hay gente muy hermética que no quiere que los demás sepan lo que hace. A lo mejor piensan que pueden ponerse en evidencia o que no es importante lo que hacen, cuando precisamente de eso se trata: saber si no estamos haciendo bien lo que tenemos que hacer, para que se corrija. Desgraciadamente no crecimos con esa mentalidad [Jefe del Departamento de Evaluación, SESA, Guerrero]

Durante la compra de medicamentos las empresas desarrollan prácticas preferenciales que perjudica a algunos estados y benefician a otros. Estas prácticas se refieren a la venta de las mismas claves de medicamentos a precios diferentes, según sea el estado que haga la compra. En general los precios dependen del volumen y periodicidad de la compra, así como 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 que hemos juntado con la doctora Maqui Ortiz, de hacer compras consolidadas por región [Director de Servicios de Salud de Colima]

Por otra parte, algunos programas, como el SPSS, han modificando sustancialmente el financiamiento, reduciendo los ingresos por cuotas de recuperación y disminuyendo los recursos autogenerados en las unidades. Esto impacta el fondo revolvente y reduce la autonomía financiera, especialmente en el nivel hospitalario.

Nuestra captación mensual antiguamente rebasada el millón doscientos mil pesos, a través de cuotas de recuperación. Actualmente recuperamos como 400,000 pesos [Director del Hospital Regional, Chiapas]

Lo estábamos haciendo. 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 [Subdirector Administrativo, Hospital Regional, Guerrero]

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 [Administradora de Hospital Regional, Veracruz]

La adquisición de medicamentos bajo el MH toma alrededor de tres meses, si no hay contratiempos. En el caso de los medicamentos o insumos que necesitan ser surtidos de manera urgente, el proceso de validación (autorización, compra, etc.) puede tardar entre quince días y un mes. Ocurre, sin embargo, que cuando los medicamentos llegan a las unidades, las necesidades ya no son las mismas. Las compras directas, autorizadas con recursos del ramo 33, descapitalizan a las unidades de atención por el hecho de que se realizan al menudeo y a

precios mayores de los que se obtendrían con una licitación formal para todas las unidades de atención.

Otra debilidad es la falta de transparencia en los procesos de licitación para la adquisición de medicamentos, particularmente en los estados con capacidades organizativas limitadas. A las unidades encargadas se les solicitan tres cotizaciones; sin embargo, no es raro que el comité de adquisiciones termine realizando la compra a un cuarto proveedor, lo que hace que las tres primeras empresas ya no estén interesadas en participar en los procesos de licitación siguientes.

Un problema que no se resuelve necesariamente cuando se subroga es la falta de espacio para la farmacia en los centros de atención, pues cuando en el mismo lugar conviven el personal contratado por la empresa y el de la secretaría de salud, en él se deben acomodar materiales de curación y medicamentos. Frecuentemente esto significa duplicidad de personal y al mismo tiempo ineficiencia. En varios estados, además, existe manejo diferencial por programa: el de la secretaría de salud, el del SPSS y, en ocasiones, el de Oportunidades:

*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 incomodo, porque entran y salen y a veces estamos corriendo y ellos ahí están. La verdad si nos estorban, porque prácticamente no están haciendo nada, pero ahí están; ellos manejan medicamentos controlados, pero si necesitamos más espacio
[Encargada de la farmacia del Hospital Regional, Chiapas]*

El contrato deja en manos de las unidades de atención el problema de los espacios, que de por sí son insuficientes e inadecuados. De manera que la tercerización puede mejorar los problemas de almacenamiento pero en algunos casos produce diferenciaciones inaceptables en el manejo de medicamentos e insumos, sobre una red pública ya de por sí

deteriorada. A nivel jurisdiccional y de centros de salud, al problema del almacenamiento se suman las carencias que ya existían en las instalaciones de la red de salud pública. Sólo en los casos en que las empresas tercerizadas disponen de un almacén propio es factible resolver este problema.

Con el paso del tiempo la vinculación entre el SPSS y el abasto de medicamentos (mediante el CAUSES) se ha estrechado cada vez más, lo que ha determinado que el SPSS se convierta en un elemento rector de la cadena de abasto. Al proporcionar mayores recursos, el SPSS amortigua el desabasto, garantizando a sus usuarios —por lo menos en teoría— el suministro de medicinas. Pero las mayores ventajas del abasto en el MH han sido para los afiliados al SPSS. En efecto, si no hay un medicamento para un usuario del SPSS, especialmente a nivel hospitalario, este se consigue de inmediato, lo cual no ocurre con la población abierta. Esto significa que, en general, los servicios de salud operan en condiciones de desigualdad. Mientras que para la atención adecuada de un tipo de pacientes existe un importante estímulo, financiamiento y apoyo político directo, esto no sucede para el resto de pacientes. Además, para garantizar este funcionamiento eficaz del SPSS los servicios deben contratar proveedores privados directos. De cualquier manera, entre los entrevistados se encontró un número importante de opiniones favorables al SPSS, sobre todo porque significa mayores recursos.

Algunas conclusiones sobre el MH

En resumen, se puede señalar que las debilidades del MH se relacionan, en general, con la mala organización de los SESA. En las modalidades híbridas —en transición hacia un modelo francamente tercerizado— las debilidades más importantes se observan en la estructura organizativa

de la entidad. Como se ha visto, la pérdida del control sobre el proceso representa un aspecto que afecta a los servicios, pues es difícil que a las empresas subrogadas les interese identificar los problemas de distribución en las unidades de atención médica, que se presentan si no existe una comunicación adecuada entre las farmacias, los hospitales y los centros de salud. En el caso de los sistemas más cercanos al modelo tercerizado se agrega el incumplimiento de entrega oportuna por parte de los proveedores.

Como en el caso de los MC y MT, también en el MH se presentaron múltiples quejas sobre la insuficiencia de los recursos materiales y financieros, así como sobre la falta de infraestructura para tender a la población que demanda servicios. Igualmente, la tardía liberación de los recursos dificulta el ejercicio presupuestal, limitando el tiempo para la ejecución del gasto.

Los recursos son insuficientes... por ejemplo, no tenemos vehículos suficientes para hacer la distribución [Jefe de Departamento de Apoyo Tecnológico del Primer Nivel, SESA de Veracruz]

La liberación de recursos llega de una forma muy tardía o muy avanzado ya el año administrativo. Este año la liberación se dio en el mes de junio, julio para ejecutarse en los meses de agosto, septiembre. Entonces, es muy limitado el tiempo. Lo que nos termina ganando ahorita, son los tiempos [Asesor médico de la Dirección de Redes, Chiapas]

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 lo guardamos. Hay muchas cosas que se generan principalmente de la insuficiencia presupuestal. Es un problema que todavía no se ha podido mejorar en gran medida [Jefe Departamento de Evaluación, SESA de Guerrero]

Cuando tú ocupas el medicamento apenas se está adquiriendo [Médico de Centro de Salud, Jalisco]

Observaciones sobre aspectos específicos de la cadena de abasto

1. Gasto en medicamentos

La mayoría de los informantes no aportaron información sobre el gasto total de los servicios destinado a la compra de medicamentos, y quienes lo hicieron no dieron datos precisos ni en números absolutos ni en términos porcentuales. No obstante, un primer acercamiento a la información indica que los montos entre las distintas entidades federativas son extraordinariamente diferentes, dependiendo básicamente del tamaño del estado y del volumen de la población atendida.

Por otra parte, como el gasto es diferenciado para cada programa de atención, esto impone dificultades para el manejo de la información por parte de los operadores de los servicios. De cualquier manera, con la información obtenida es claro que el porcentaje destinado a medicamentos es alto. Porcentualmente, el monto probablemente oscila entre 10 y 40 por ciento del presupuesto total de salud en el estado. En el caso de los hospitales, este presupuesto es aún mayor.

La cifra exacta no se la podría dar, pero son alrededor de 197 millones de pesos, de ahí se van desprendiendo para hacer las diferentes compras [Responsables de Primero y Segundo Nivel de Atención, Michoacán]

¿Porcentaje para medicamentos? aproximadamente 10 por ciento. El presente año va a ascender a 72 millones de pesos, aproximadamente. De todo el presupuesto, de la Secretaría de Salud es el 90 por ciento, más o menos, y el 10 por ciento del gobierno del estado [Subdirector de Recursos Materiales, SESA, Colima]

El presupuesto para esta licitación de medicamentos y material de curación es alrededor de los 230 millones de pesos [Jefa del Departamento de Unidades Médicas, Oaxaca]

El presupuesto para el ramo 33 de este año fue de 113 millones de pesos. De esos 113 millones, 67 millones fueron para medicamentos y material de curación (...) la mayor parte del presupuesto se va a medicamentos y material de curación [Subdirectora de Programación y Presupuesto, SESA, Chihuahua]

El presupuesto de este año es de 8,500 millones de pesos de todo el Instituto: aproximadamente 1000 millones son para medicamento y material de curación (el 12 por ciento). Este monto se decide por orden de prioridad, lo primero que tienes que pagar es la nómina, lo segundo es el medicamento y material de curación, y de ahí para abajo [Grupo Focal de Funcionarios, SESA, Estado de México]

Para el rubro de salud ahorita tenemos 5,000 millones de pesos, son 4,000 del ejercicio 2008 más mil y pico (sic) que se vienen refrendando. Para el área de de abasto medicamentos, el presupuesto fue de 478 millones [Director de Administración y Finanzas, Chiapas]

En el caso de los hospitales las cifras son mucho más precisas, aunque la información resulta igualmente ambigua.

Si usted ve mi programa, aquí está. Tenemos 4,770,124 pesos para medicamentos y material de curación [Subdirector Administrativo de Hospital, Guerrero]

El porcentaje del presupuesto del hospital que se destina a la compra de medicamentos, debe ser un 40 por ciento [Director del Hospital General, Guerrero]

Finalmente, medicamentos se lleva prácticamente un 35, 40 por ciento, que es bastante [Director de Hospital Regional, Estado de México]

La mayoría de las veces el presupuesto federal llega etiquetado a las unidades operativas, y realizar transferencias entre los diferentes rubros autorizados resulta muy complicado.

A nosotros nos mandan 4 millones de pesos para el programa de cáncer y violencia, y nos dicen: 300,000 pesos te lo vas a gastar en equipo de cómputo; otros 600,000 en papelería, etcétera. El convenio especifica para qué proyecto se va a llevar a cabo y qué tengo que comprar de papelería, medicamentos, contratación de personal, incluso vehículos [Subdirectora de Programación y Presupuesto, SESA, Chihuahua]

El programa de Oportunidades actualmente está presupuestando alrededor de 65 millones de pesos en medicamento, nada más que el programa de Oportunidades tiene varios "candaditos" [Responsable de Abasto de Medicamentos al Primer Nivel de Atención, Guerrero]

Como se sabe, el limitado presupuesto disponible es afectado por la falta de transparencia. Esta falta de transparencia en el ejercicio del gasto, en especial durante la fase de adquisición, afecta la capacidad de compra de los servicios de salud al incrementar artificialmente los costos de los medicamentos y disminuir su capacidad de presión frente a las empresas distribuidoras. Esta fue una problemática general independiente del grado de subrogación y del desempeño de los servicios en el surtimiento de recetas.

En la compra consolidada que se dio en febrero, pareciera que los distribuidores se pusieron de acuerdo y se tuvo que declarar desierta, porque los precios que nos trajeron fueron muy altos en relación al precio de referencia y se tuvo que declarar desierta, y obviamente eso retrasó todo. El proceso tuvo que hacerse de nuevo [Director de los Servicios de Salud, Guerrero]

Que la licitación estatal fuera lo más transparente posible, tratar de evitar, todo lo que se pueda, los malos manejos. No estoy acusando a nadie, pero a veces da en qué pensar... ¿Por qué el retraso, si estaba todo listo? ¡Para que después se pueda hacer la compra directa! En fin, triquiñuelas. Tenemos que estar luchando también con eso; se sabe que si se declara desierta, al rato van a poder comprar directamente con el proveedor que ellos quieran, compra emergente y al precio que sea. Y obviamente eso

puede conllevar a otro tipo de situaciones [Director de los Servicios de Salud, Guerrero]

2. Manejo de las caducidades

De acuerdo con los entrevistados, el fenómeno de la caducidad es absolutamente prevenible pero requiere del cumplimiento de un numeroso grupo de requisitos. La mayoría de los entrevistados dispone de un proceso que se realiza para evitar la caducidad del medicamento. No obstante, este proceso generalmente es manual, y depende de las capacidades de cada encargado del manejo de los medicamentos.

Si, lo que tenemos es la semaforización. Los que están próximos a caducar deben salir lo más rápido posible; esa es nuestra normatividad. Todo lo que está en verde lo ponemos hasta atrás, porque no urge su salida, lo que está en amarillo lo ponemos en medio. Esto, que ya caduca en tres meses, lo tenemos en rojo. De esta manera nos damos la idea de que no se nos caduque el medicamento [Coordinador del Centro de Salud, Guerrero]

El departamento de arriba tiene una hoja roja que indica, al final del mes, un listado de los materiales que van a caducar en los próximos tres meses. Ya el centro de salud no te quiere recibir con un mes o dos de caducidad, es demasiado para ellos. Entonces lo empezamos a pasar a esa tarima, y cuando se junta una cantidad buena se manda a la compañía para que lo venda, o vaya y lo destruya [Coordinador del Área Física, Almacén Central de los SESA de Chihuahua]

Lo que pasa es que el mismo paciente ve la fecha de caducidad y ve que está caduco. Va y lo regresa, entonces lo detectamos, no se lo entregamos, hacemos un acta de destrucción de medicamentos [Responsable del Almacén, Hospital Ramírez Topete, Chihuahua]

Tratamos de decirles a los médicos que tenemos este medicamento a su disposición y que está próximo a caducar para que le den prioridad a este medicamento. La mayoría de las veces sí nos han apoyado y ha salido el medicamento [Trabajadoras de Farmacia del Centro de Salud Cuauhtémoc]

Los centros de atención deben informar a las jurisdicciones la existencia de medicamentos próximos a caducar con una anticipación que oscila entre 1 y 6 meses —dependiendo de la velocidad con la que cada fármaco se moviliza. Los almacenes jurisdiccionales deben recibir estos insumos y enviarlos a otros centros de atención en donde puedan ser recetados antes de su vencimiento.

Regularmente yo acomodo por primeras entradas y primeras salidas, trato de que no se me quede el medicamento próximo a caducar y en el caso dado de que se llegue a caducar, pues no es mucho. Lo que se va a caducar se lleva a la jurisdicción para que lo distribuya antes de que caduque. Lo mueves en algún lado [Encargada de farmacia del Centro de Salud Tierra y Libertad, Nayarit]

En la circular que les emitimos a las unidades, hasta el final dice que, en caso de encontrar medicamento caducado, se deslindará la responsabilidad a la jurisdicción sanitaria y el centro de salud involucrado. El centro de salud tiene que elaborar el acta de baja del medicamento caducado, con nombre del producto, lote, fecha y cantidad del producto, y lo tiene que concentrar a nivel jurisdiccional. Éste a su vez reporta a una compañía —que es la que va a desactivar el producto— para que, en un cierto tiempo, recoja el producto. Ya tienen ellos los calendarios para que las empresas recojan los productos y los inactiven [Jefe Departamento de Primer Nivel, Guerrero]

De acuerdo con los informantes, sin embargo, los almacenes son reacios a recibir medicamentos próximos a caducar, pues la caducidad en el almacén se considera una falta que tratan de evitar. No obstante, los centros de atención que podría recibir medicamentos (próximos a caducar) y recetarlos a sus pacientes se encuentran en las mismas condiciones, y evitan hacerlo siempre que sea posible.

Las indicaciones que tienen las unidades es que lo pongan a disposición de los centros de salud, porque nosotros como área de almacenamiento no somos consumidores. Si a mí el área médica me pone a disposición un

medicamento que está próximo a caducar, pues a mí se me va a caducar, porque yo no soy consumidor, yo no consumo, ellos si consumen, ellos son los de la necesidad (...) Nosotros somos un área de recepción, de resguardo y de envío a todas las unidades. Quien solicitó la necesidad fue el área médica, yo no necesito este medicamento y, si el área médica no lo consumió, pues es el área médica quien es responsable de eso [Jefe del Almacén Central, SESA de Chihuahua]

Cuando me llega un medicamento próximo a caducar lo marco con rojo y la indicación es que lo muevan tres meses antes. Si me llega un mes antes, ya no se los recibo. Ellos tienen que ver dónde lo van a acomodar porque, me decía un médico: "si te lo traigo un mes antes, no te lo recibo, porque la papa caliente no me la quedo para quemarme, mejor te la regreso" [Coordinadora de Atención Médica de Jurisdicción, Guerrero]

De esta manera se establece un círculo vicioso, que no sólo hace difícil la salida del medicamento, sino que impide conocer el sitio donde realmente ocurre la caducidad.

Actualmente la caducidad en los centros de atención es bastante menor que antes, pues éstos se niegan a recibir medicamentos con menos de tres meses de caducidad. De hecho, para que un medicamento pueda ser recibido por un centro su caducidad debe ser mayor de un año. Actualmente los almacenes exigen a los proveedores medicamentos con 3 a 5 años de caducidad.

El medicamento, cuando se recibe en almacén, debe tener una vida más o menos de 18 meses. Ahorita estamos procurando que eso no pase. Eso estaba pasando mucho con medicamentos que se mueven poco. Lo que pasaba era que compraban y compraban medicamento, y como tiene una rotación muy lenta, se iba acumulando y al final se caducaba. Ahora estamos tratando que no nos pase eso [Director de Servicios de salud, Colima]

Cuando los medicamentos han caducado, los almacenes deben recibirlos y, por lo menos en teoría, cambiarlos por la misma cantidad del mismo

medicamento no caducado. Una vez reunidos los medicamentos, los almacenes proceden a hacer una notificación oficial de caducidad. Generalmente esta notificación es mensual. La notificación se hace a varias instancias internas (área médica, área de control interno y dirección jurídica) y externas (congreso del estado y órganos de regulación sanitaria), pues la caducidad tiene implicaciones médicas, organizativas y económicas. La eliminación de los medicamentos caducados es un proceso totalmente normado por la COFEPRIS, que es también la única instancia gubernamental competente para autorizar la destrucción de los fármacos. Esta destrucción es realizada por empresas autorizadas a nivel federal.

Cuando hay (medicamento) caducado se manda a la Subsecretaria de Regulación y Fomento Sanitario, y se contrata una empresa para la inactivación del medicamento [Responsable de Abasto de Medicamentos en el Primer Nivel, Guerrero]

Hay un proceso administrativo donde interviene la Dirección de Administración, la Comisión Estatal de Protección contra Riesgos Sanitarios, la Contraloría y la Dirección Administrativa. Elaboran un acta y luego hay un proceso de destrucción, con una cementera, Apasco, que tiene hornos y recibe todo el medicamento, Es todo un procedimiento de actas [Director de Servicios de Salud, Colima]

Los entrevistados no pudieron referir de manera precisa los volúmenes de medicamentos caducados por año. No obstante, debido a que finalmente son los órganos centrales de los SESA quienes solicitan, bajo acta oficial, la destrucción de los medicamentos caducados, es perfectamente factible conocer el índice de caducidad por clave, volumen y periodicidad, si se conoce la información contenida en dichas actas. Esta información resulta esencial para la planeación de la adquisición y la distribución de los medicamentos anual, semestral y mensualmente.

Finalmente, la merma de medicamento es también un problema importante, del que se lleva un registro poco riguroso.

Mucho es por merma, o sea, no es tanto caducado, es por merma. El medicamento se te moja, se te echa a perder con los rayos del sol, se te moja, o sea, tiene algunas perdidas [Responsable de Abasto de Medicamentos en el Primer Nivel, Guerrero]

3. Abasto de medicamentos en hospitales

La situación del abasto de medicamentos relatada por los funcionarios de los hospitales es semejante, en lo general, a la descrita para los servicios estatales de salud en el país. No obstante, se encontraron algunas diferencias en la forma en que se expresan los problemas del abasto, y que básicamente dependen de la manera cómo funcionan los hospitales. Dado que estos problemas fueron semejantes en todos los SESA evaluados, en esta apartado se documentan en forma agregada, independientemente del grado de tercerización de la cadena de abasto en la entidad.

En primer término, los informantes mencionaron que el alto costo de los medicamentos hospitalarios es un problema fundamental de la cadena. A esto se suma el hecho de que los recursos llegan tarde, lo que influye en el desempeño de los hospitales, al afectar su relación con los proveedores.

Había pedido una ampliación para cubrir el atraso que había de julio para atrás, de dos millones y cachito (sic), pero no me lo dieron todo. Yo me pregunto ¿qué voy a hacer de agosto a fin de año? [Jefa del departamento de recursos financieros, Hospital General, Guanajuato]

En otras unidades tienen cinco meses atrasados, que les deben a proveedores, o más. Nosotros, aquí afortunadamente, no es tanto, pero

desde hace dos meses que a la gente no le pagamos [Subdirector Administrativo de Hospital, Guerrero]

Algunos proveedores venden productos psicotrópicos, controlados, que no cualquiera vende. Pocos proveedores se dedican a eso y sobre todo, que te dan crédito. Hay farmacias que te dicen "sí te lo vendo, pero a mí me pagas". Tenemos que pedir crédito y encontramos muy pocos proveedores. Muchos a los que les hemos comprado se niegan a surtirnos porque dicen que nosotros tardamos mucho en pagarles [Administrador del Hospital Regional, Chiapas]

Como se sabe, los hospitales usaron durante décadas la compra directa como una herramienta habitual del abasto, por lo que su creciente limitación es considerada una pérdida de autonomía. La implantación del SPSS disminuyó la posibilidad de generar recursos propios —mediante las cuotas de recuperación— para enfrentar las necesidades de las unidades hospitalarias, tal y como se hacía en el pasado. En lugar de la compra directa, ahora debe solicitarse el medicamento a los proveedores ganadores de las licitaciones. Cuando las licitaciones fueron inadecuadas, se abren ventanas para el desabasto.

Nuestra captación mensual antiguamente rebasada el millón doscientos mil pesos, a través de cuotas de recuperación. Actualmente recuperamos como 400,000 pesos [Director del Hospital Regional, Chiapas]

Hay muchos medicamentos que quedaron fuera de la licitación y que nosotros requerimos y tenemos que estar todos los días pidiéndoles que nos los traigan porque, como no está licitado, no está aquí en la farmacia, tienen que buscarlo y traerlo. [Jefa del Depto. de Adquisiciones del Hospital, Chiapas]

En este nivel de atención también se encontraron problemas de transparencia en cuanto a la selección de proveedores. Esta falta de transparencia incrementa el costo de los medicamentos y afecta la oportunidad del abasto al implicar un proceso administrativo adicional.

Nosotros presentamos, junto con nuestro requerimiento, cotizaciones de proveedores, mínimo tres, con un cuadro comparativo. ¡Y allá tienen un cuarto proveedor! Si ese cuarto proveedor daba más barato, pues a él se le compraba pero (...) el cuarto proveedor tiene acceso a los cuadros comparativos que nosotros tenemos. Entonces, desde el punto de vista legal, pues no es tan legal, porque le enseñan "mira, estos son los cuadros comparativos que me mandaron, ¿puedes dar más barato?". Hemos comprado, por ejemplo, soluciones y compramos, por decir, quince claves de soluciones y resulta que a todo le bajan cinco centavos allá. Si uno lo compraba en \$14.50, el cuarto proveedor lo pone a \$14.45, por decir. Es mucha coincidencia. Yo les decía "está bien, si lo quieren comprar, cómprenlo, ustedes así lo manejan, icómprenlo!, pero evítenme todo este tipo de desgaste" porque a nosotros nos solicitan cotizaciones de proveedores que ya no nos quieren contestar, porque realmente no les compramos. Si usted tiene una empresa y yo cada mes le estoy pidiendo cotización y nunca le compro, va a llegar el momento en que va a decir, "¿para qué le cotizo?" Yo les decía "pues adelante, si ustedes lo quieren comprar, cómprenlo, pero evítennos este procedimiento tan tendencioso".
[Subdirector Administrativo de Hospital, Guerrero]

En el caso de las alternativas tercerizadas, los entrevistados señalan que existe poca claridad en los procedimientos, dificultades de planeación y ausencia de evaluación de los resultados. Esto genera decisiones aceleradas, poco transparentes y discrecionales.

Por ejemplo, ya tuvimos una licitación. Va a ser un año. La cosa es que la hicieron al vapor. No hubo vigilancia, no hubo supervisiones, no hubo absolutamente nada de cómo estaba trabajando esta farmacia. Y, pues, debe darse seguimiento por parte de los mismos directivos. Ahí es donde empezamos a darnos de golpes contra la pared porque no encontramos el procedimiento o los procedimientos que se deben de hacer. Pero yo creo que hay que vigilar el proyecto de cerca. El que eche el proyecto a andar, que lo termine y que al final vea qué le falló o qué es lo que le satisface
[Administrador del Hospital General Regional, Chiapas]

Que en la licitación se contemplen penalizaciones por incumplimiento y que no pongan un 90 por ciento, sino el 100 por ciento. Un tratamiento no se

puede interrumpir. Imagínate que tú tengas un tratamiento y que a las diez de la noche necesites un medicamento y no te lo den, hasta 24 horas después. Tu tratamiento ya está interrumpido y para el hospital es más gasto porque tienes que iniciar el tratamiento. Yo ya perdí, tú sigues ganando porque tú de todas maneras, sigues ganando. Yo siento que en las licitaciones no hay penalización para esos casos y además, como que es muy suave el 90%. Debería de ser el 100, o el 98 por ciento de surtimiento de todas las claves y además con penalización si no lo haces. Como no hay penalización, no pasa nada [Subdirectora Administrativa del Hospital, Yucatán]

Como en el caso del primer nivel de atención —que se ha comentado ya con detalle— los tiempos excesivamente largos de licitación afectan la cadena de abasto y se suman a las dificultades de planeación, a la escasez de recursos y a su entrega tardía.

Por otra parte, en los hospitales existe un problema especialmente grave de insuficiencia de los espacios físicos para el almacenamiento de los medicamentos y materiales.

Hace falta más espacio (...) Aquí eran unas oficinas administrativas, no una farmacia. La norma técnica indica que deberíamos contar con un baño, un lavamanos, un espacio mínimo de varios metros; y no sé si los tengamos [Responsable de Farmacia del Hospital, Chihuahua]

Nosotros no tenemos capacidad de almacenamiento. Este es un hospital oficialmente de 60 camas, pero funcionamos con 100 camas. Está totalmente rebasado en su capacidad. Estamos utilizando pasillos, tenemos áreas que ni siquiera están cubiertas y el área de almacén es muy pequeña; entonces, no podemos hacer grandes compras o tampoco nos pueden surtir grandes volúmenes, porque no tenemos capacidad, así es que nosotros hacemos procedimientos de adquisición mensual. Incluso nos trajeron mucha solución que la tuvimos que poner en un estacionamiento, porque no tenemos dónde [Subdirector Administrativo de Hospital, Guerrero]

El espacio, pues ahorita no lo tenemos... [Jefe de Almacén, Hospital General, Estado de México]

Aunque la insuficiencia de espacios físicos para el almacenamiento fue un problema muy referido, puede resolverse si los proveedores entregan directamente el medicamento a los pacientes, como en el caso de los modelos plenamente tercerizados. No obstante, es indispensable el cumplimiento adecuado del proveedor, pues de otra manera las ventajas potenciales se pierden.

La ventaja de licitar una farmacia externa es que tú te desentendes del proceso, pero si no te surten estás en desventaja: tú tienes que comprar y distribuir. Esto se diseñó con la finalidad de destrabar los problemas que había en el manejo de la farmacia, pero a fin de cuentas la intención no sirve si la empresa no te cumple con la totalidad de las claves: vas a caer siempre en un porcentaje de desabasto. Yo creo que sería muy bueno si la efectividad fuera buena: en nuestro caso ha bajado a un 80 por ciento, pero a veces llega al 90 o arriba, que es la media nacional, pero lo ideal es el 100 por ciento, porque a fin de cuentas a ellos se les licitó y pagó en un 100 por ciento [Director del Hospital Regional, Nayarit]

Los problemas con las empresas proveedoras se refieren también a la mala calidad de los insumos y materiales recibidos.

A veces hacemos más gastos porque, por ejemplo, tenemos un catéter el cual se rompe y tenemos que utilizar tres o cuatro catéteres. Si nosotros necesitamos cinco catéteres para un mes, pero de esos cinco se me echan a perder tres, pues obviamente voy a tener desabasto, por la calidad [Director del Hospital Regional, Chiapas]

El proceso de adquisición debe responder tanto a las necesidades del hospital como a los límites fijados por el CBCM. La dificultad para combinar ambas perspectivas se expresan en las opiniones de los entrevistados. Los problemas señalados con más frecuencia fueron la falta de conocimiento sobre la composición del CBCM por parte del

personal médico así como su preferencia por los medicamentos comerciales; y la necesidad real de medicamentos relativamente novedosos para padecimientos que requieren tratamientos altamente especializados .

Tenemos mucho problema porque los médicos desconocen realmente el Cuadro Básico de Medicamentos. El expediente electrónico lo tienen instalado en sus maquinas, y ahí tienen incluido un catálogo de medicamentos con cerca de mil y cacho (sic) de claves. Tienen un catalogo muy grande de medicamentos pero no todos están en el cuadro básico: el cuadro básico son 211 claves y ellos manejan mas de mil ahí, en el sistema [Responsable de Farmacia del Hospital Regional, Chihuahua]

Es conocido por el área de adquisiciones y de administración lo que normalmente pedimos para los pacientes de determinadas patologías y determinados servicios. La petición del área médica sería que eso que nosotros necesitamos (...) nos lo concedieran, que tuviéramos la facilidad de obtener el recurso. Tenemos servicios que son más complejos en atención; especialidades que requieren medicamentos que salen del cuadro básico del segundo nivel [Subdirectora Médica de Hospital, Guerrero]

Decimos que es segundo nivel aunque se realizan cirugías de tercer nivel (...) Se hace reemplazo de rodillas totales, reemplazos de cadera, de tal forma que la persona queda totalmente funcional después de venir con andadera o en silla de ruedas. El paciente queda caminando (...) tendría que verse el apoyo con material de osteosíntesis, que sería placas, tornillos, clavillos, barras, prótesis... [Asistente de la Dirección del Hospital General Regional, Chiapas]

Se mencionaron deficiencias y falta de capacitación para los puestos relacionados con el abasto. En las farmacias de los hospitales no existe personal específicamente formado para el manejo de medicamentos. Este parece ser un problema generalizado.

No, no me dieron ninguna capacitación. Aquí había vacante y me dijeron "ahí te acomodas" y todo lo que he ido aprendiendo es por medio de mi compañero, que es el que me ha dicho como se hace el procedimiento.

*Pero no he tenido yo ninguna capacitación en cuanto a farmacia
[Trabajadora de Farmacia del Hospital, Chihuahua]*

Finalmente, el surtimiento de recetas se complica por las desigualdades que provocan las diferentes coberturas de los programas. En los hospitales se privilegia, por ejemplo, el surtimiento de medicamentos a la población cubierta por el SPSS.

Alrededor de 95 por ciento de nuestros derechohabientes del Seguro Popular son no contributivos, no pagan nada y tenemos que darles el medicamento. Con los pacientes de población abierta sí tenemos la opción de darles una receta y que puedan adquirir fuera los medicamentos cuando nosotros no los tenemos. Pero en el caso de los programas, y principalmente en Seguro Popular, ahí no, ahí nosotros tenemos la obligación de proporcionarles todos los insumos [Subdirector del Hospital Regional, Chihuahua]

Si es un paciente de la consulta externa que no es del Seguro Popular entonces tiene que surtirla fuera, donde pueda. Nosotros no tenemos una farmacia para la población que atendemos [Subdirectora Médica del Hospital General, Veracruz]

En resumen, se puede afirmar que los problemas de los hospitales relacionados con el abasto de medicamentos se refieren, fundamentalmente: a) al alto costo de los medicamentos, que generalmente son altamente especializados y con frecuencia son de reciente incorporación al mercado; b) a las limitaciones del CBCM, que no es revisado al ritmo que parece necesario; c) a la insuficiencia de recursos financieros asignados a pesar del aumento en la demanda de servicios; d) a la insuficiencia de espacios físicos para el almacenamiento de medicamentos y materiales; e) a las cada vez mayores restricciones de las compras directas como mecanismos usuales de abasto; y f) a la creciente disminución de recursos propios que ha provocado la aparición del SPSS.

También se mencionaron algunos problemas relacionados con la falta de transparencia, aunque esta queja no fue generalizada.

4. Uso del Cuadro Básico de Medicamentos

Los informantes mostraron un grado variable de conocimiento sobre los propósitos y la composición del Cuadro Básico y Catálogo de Medicamentos (CBCM). Los funcionarios de nivel alto e intermedio señalaron que, en general, se apegan a él, y que siguen la normatividad que con respecto al CBCM indican los procesos de licitación. No obstante, en el caso de los médicos que otorgan directamente la atención la situación es diferente, pues resulta muy común que prescriban medicamentos fuera del CBCM.

Tengo entendido que hay un Cuadro Básico de acuerdo al nivel de atención. O sea, en el primer nivel hay un Cuadro Básico. En el hospital hay otro Cuadro Básico. Donde hay más medicamentos es en el primer nivel [Director Centro de Salud, Yucatán]

Hemos dado la instrucción a los médicos de los centros de salud, que manejen el medicamento que está reglamentado por normatividad (...) que no incluyan medicamentos que no tenemos, ya que tienen un costo mayor [Subdirectora Atención Médica, SESA Guerrero]

Siguen recetando medicamentos que están fuera del cuadro. Tenemos mucho problema porque desconocen el cuadro básico de medicamentos. En el expediente electrónico instalado en sus máquinas (...) tienen incluido un catalogo de medicamento con cerca de, por decirlo, mil y cacho (sic) de claves... pero ese medicamento ni lo conocemos o no está dentro del cuadro básico... el cuadro básico son 211 claves y ellos manejan mas de mil ahí en el sistema. [Responsable de Farmacia del Hospital y de Centro de Salud, Chihuahua]

En general, ningún funcionario de los SESA pudo señalar con certeza el número y tipo de claves de medicamentos adquiridos en su jurisdicción fuera del CBCM, ni el monto de las compras en este rubro. Otros informantes dicen ajustarse al CBCM, evitando así las compras directas y calificándolas como situaciones excepcionales. Pero con excepción de los funcionarios de Chihuahua, la mayoría aceptó realizar regularmente compras directas por esta razón. En algún caso se mencionaron inclusive fenómenos de corrupción.

Nosotros no compramos fuera del cuadro básico. Todos nuestros artículos están perfectamente dentro de las normativas. Son claves autorizadas perfectamente y, si vemos aquí, todo tiene clave. Estos son mis listados, una clave fuera o un artículo fuera del cuadro básico no va a tener notificación. Este es mi pronóstico para 2009, no hay ni de chiste ni un solo artículo fuera de cuadro básico [Jefe del Área de Control de Abasto, SESA Chihuahua]

Aquí hay que hacer una diferenciación: los servicios de salud compran en base a 110 claves que son las más frecuentes, pero también hemos insistido mucho con ellos que no son 110, que son 300 claves y que si hay una que esté, no en las 110, pero si en las 300, la tienen que subrogar [Directora del SPSS, Chihuahua]

En ocasiones hay medicamentos que se necesitan y que no aparecen en el cuadro básico, por lo general más del 90% de las recetas se surten completamente del cuadro básico pero hay algunos casos especiales que no existen en el cuadro básico [Subdirector de Centro de Salud, Veracruz]

Habitualmente son medicamentos o antibióticos que no están incluidos en el cuadro básico; a veces medicamentos controlados, tampoco incluidos en el cuadro básico... es una proporción mínima los que están fuera del cuadro básico [Director de los Servicios de Salud, Guerrero]

Muy rara vez. Y esto obedece a compromisos políticos, para que nos entendamos. El día de hoy viene una señora con una receta de un medicamento que es de cuarta, quinta, sexta generación... una persona, a la mejor con recursos económicos, pero apoyada por algún diputado y el

diputado que tiene mucha presencia en el gobierno del estado le está solicitando, casi exigiéndole el recurso al Secretario de Salud. Nosotros debemos de cubrir esas exigencias, aún cuando no la tienes en el cuadro básico, y eso merma tu recurso porque esos mil, dos mil pesos que pudiera costarte, eso va directamente a tu recurso [Responsable de Abasto de Medicamento al 1er Nivel de Atención, Guerrero]

La mayoría de las entidades cuenta con su propio cuadro básico, elaborado con base en sus necesidades específicas. Este panorama se caracteriza por su falta de regularidad y estandarización.

Existen en el Estado 26 cuadros básicos, aquí se les llama de otra manera, se les llama CSR. Dentro de esos 26, por ejemplo, el número 1 corresponde a medicamentos de primer nivel, el 2 a material de curación de primer nivel, el 3 a medicamentos de segundo nivel, el 4 a material de curación de de segundo y así sucesivamente. Hay para reactivos, para medicamentos oncológicos, medicamentos psicotrópicos, medicamentos antirretrovirales, medicamento de alta especialidad, materiales de curación para medicamentos de alta especialidad y hay uno muy objetivo que no aparece en cuadros básicos nacionales, que es el de Laboratorio Estatal de Salud Pública. Estamos ya en ese caso con equipamiento de punta y todo lo que antes se mandaba a México al Instituto de Referencia, ahora se hace aquí [Jefe de Adquisiciones de la Secretaría de Salud, Veracruz]

Bueno, en mi caso nosotros trabajamos 82 claves en el primer nivel de atención como prioritarias; 51 claves de ese cuadro básico lo maneja el nivel nacional (y) no deben hacer falta bajo ningún motivo dentro de nuestras unidades de primer nivel de atención. Las otras las trabajamos de acuerdo a la epidemiología, a la morbilidad en el estado [Responsable de Primero y Segundo Nivel de Atención, Michoacán]

Los testimonios de los informantes documentan mayores limitaciones que ventajas, la apreciación de estas últimas es poco precisa, lo cual dificulta identificarlas. En relación a las desventajas, éstas son referidas con mayor frecuencia al número de claves que son manejadas dentro

de los diferentes cuadros básicos, y a la especificidad de los programas de atención.

Otra cuestión que recibimos frecuentemente por parte de la comunidad médica es que el cuadro del Seguro Popular es muy limitado, que debiera de estarse trabajando por lo menos con el cuadro de la Secretaría de Salud. Eso hace también que luego el médico tenga serias críticas al Seguro Popular, porque es demasiado limitado el cuadro básico [Directora de Seguro Popular, Chihuahua]

El programa de Oportunidades nada más te permite programar medicamento que viene dentro del catalogo de Oportunidades, que es limitado. No es bastante limitado pero sí es limitado. O sea, se están manejando alrededor de 60 claves de medicamento, 25 claves de material de curación y no está actualizado [Responsable de Abasto de Medicamentos del Primer Nivel de Atención, Guerrero]

El propio programa de Oportunidades no me lo compró, o no me lo compra. Ellos ya tienen normas y dicen: tú te vas a basar en este cuadro básico que tengo (...) no me puedes poner más claves. De las claves que estamos manejando en primer nivel, hay algunas que no se manejan en Oportunidades [Jefe de Departamento de Primer Nivel de Atención, Guerrero]

En conclusión, puede decirse que el manejo del cuadro básico es generalizado en todas las entidades investigadas, pero que existen deficiencias en el conocimiento de sus propósitos y contenidos. También se detectó la existencia de una multiplicidad de cuadros básicos locales, lo que dificulta la planeación del abasto, la compra consolidada por varios estados y la evaluación de la cadena en su conjunto.

5. Sobre las sanciones a los proveedores

Las sanciones son mecanismos incorporados dentro de las licitaciones que permiten garantizar el cumplimiento de los acuerdos estipulados en

los contratos realizados entre los SESA y las empresas distribuidoras. Empero, las sanciones no siempre se aplican, perdiendo así los servicios su capacidad de presión sobre los proveedores.

La primera causa de no aplicación de sanciones es la falta de especificación en las licitaciones, que son ambiguas y poco claras. Por ejemplo, en Chiapas, el proveedor debe llevar los medicamentos hasta dónde "sea posible llegar". Pero no se especifica quién calificará la posibilidad de acceso. La segunda causa —quizás la más frecuente— es la falta de reporte adecuado de las faltas. Por ejemplo, un proveedor debe tener siempre los medicamentos por los que concursó, y se le conceden hasta 24-48 horas en caso de que no disponga de ellos. Sin embargo los entrevistados reportan casos de no disponibilidad de días o semanas. Algunos funcionarios relatan ausencias de hasta 3 semanas, lo que elimina las ventajas de la subrogación, sin que se conozca que los proveedores hayan sido sancionados.

En otros estados no se aplican las sanciones correspondientes (por ejemplo, no renovar la licitación) a proveedores que no cumplieron con los términos legales de los convenios suscritos. Este es el caso del estado de Oaxaca, en dónde el proveedor se encuentra imposibilitado legalmente por 3 meses para celebrar convenios con el sector público, de acuerdo con el DIARIO OFICIAL DE LA FEDERACIÓN del 02/10/2008 en comunicación suscrita por el Titular del Área de Responsabilidades del Órgano Interno de Control en el IMSS. No obstante, durante octubre de 2008 (cuando se llevó a cabo el trabajo de campo) las autoridades del estado se encontraban preparando la renovación del convenio con esta empresa para el año 2009. Vale la pena recordar que esta empresa le vende a la entidad más de las tres cuartas partes de los medicamentos que compra.

Evaluación de la cadena de abasto de medicamentos

Resumen los resultados cualitativos

	Modelo Convencional (Chihuahua)		Modelo Tercerizado (EdoMex, Guanajuato, Yucatán, DF)		Principales intervenciones sugeridas
	Fortalezas	Debilidades	Fortalezas	Debilidades	
Planeación	<p>Existe mayor control de los procesos.</p> <p>En teoría, la evaluación de las diferentes fases de la cadena podría realizarse en cualquier momento</p>	<p>Se requiere de un sistema relativamente sofisticado para planear el almacenamiento y la distribución de los medicamentos.</p> <p>Se requiere de sistemas sofisticados de información y comunicación para planear el almacenamiento y la distribución de los medicamentos.</p>	<p>Al descansar los subsistemas de <i>almacenamiento y distribución</i> en los proveedores, los Servicios disponen de mayores recursos para planear una adecuada selección de medicamentos.</p>	<p>Los términos de las licitaciones deben considerar todas las posibilidades de falla en la entrega de medicamentos al paciente.</p> <p>Existen múltiples evidencias de que las licitaciones aún son formuladas deficientemente.</p> <p>Deben implantarse sistemas muy rigurosos para controlar el funcionamiento de la cadena de abasto.</p>	<p>Formular criterios nacionales únicos para realizar licitaciones estándar.</p> <p>Negociar con las instancias gubernamentales la simplificación de las normas de licitación.</p> <p>Capacitar a los responsables del diseño y operación de las licitaciones.</p> <p>Incorporar las experiencias de las entidades que han realizado licitaciones exitosas, y las experiencias negativas como contra-ejemplos.</p>

	Modelo Convencional (Chihuahua)		Modelo Tercerizado (EdoMex, Guanajuato, Yucatán, DF)		Principales intervenciones sugeridas
Selección	Existe mayor control del proceso. Puede ajustarse a las condiciones del estado en cualquier momento.	Se requiere de un sistema relativamente sofisticado para planear la selección de los medicamentos, que debe realizarse antes de iniciar los procesos de adquisición.	La selección se lleva a cabo obedeciendo a la demanda de los usuarios, y los servicios sólo deben hacer estimaciones dentro de ciertos márgenes de error.	La inadecuada estimación de los medicamentos a seleccionar puede producir desabasto o exceso de medicamentos, incrementando su costo final.	Generalizar los programas para mejorar la selección de medicamentos, combinando el consumo histórico y las necesidades estatales por periodo, región y nivel de atención; el uso de guías terapéuticas de buena práctica clínica; y la evaluación de los costos de medicamentos genéricos de uso alternativo, por lo menos. Capacitar al personal en el uso y la evaluación de sistemas informáticos y programas de cómputo.
Adquisición	Los servicios pueden practicar economías de escala, mediante la compra consolidada. El establecimiento de precios máximos de venta	Los programas de capacitación han tenido un impacto limitado. En entidades con capacidad de organización y sistemas de información deficientes, los procesos de adquisición no responden a las necesidades reales de la población.	El proceso de licitación puede hacerse a un solo proveedor, generalmente una vez al año, lo que permite ahorrar tiempo y recursos.	Una licitación mal realizada puede significar un gasto excesivo para la entidad y/o la posibilidad de desabasto de medicamentos. La segmentación en subpoblaciones con acceso diferente a los servicios implica la subrogación a diferentes proveedores.	Generalizar las compras consolidadas; crear fondos regionales y nacionales para lograr economías de escala Fortalecer la capacidad de negociación de los SESA frente a los proveedores mediante la acción política colectiva.

	Modelo Convencional (Chihuahua)		Modelo Tercerizado (EdoMex, Guanajuato, Yucatán, DF)		Principales intervenciones sugeridas
Almacenamiento	Existe mayor control de los procesos. La evaluación de su funcionamiento podría realizarse en cualquier momento.	Cuando los Servicios tienen una organización pobre, el control del almacenamiento es deficiente.		A veces, los servicios deben proporcionar espacios de almacenamiento a las empresas dentro de las unidades de atención.	Evaluar las ventajas reales del almacenamiento subrogado a un tercero en términos de: a) ahorro económico, b) ampliación de la cobertura efectiva y c) oportunidad de la entrega de medicamentos, mediante estudios del costo/efectividad de ambos modelos.
		Cuando el almacenamiento es deficiente, sus fallas son costosas y e impactan directamente en la entrega de medicamentos a los usuarios.	Este subsistema no requiere planeación, pues los proveedores la asumen.	Las licitaciones no contemplan todo el espectro de fallas del proceso.	
		Es costoso, pues requiere lugares adecuados, programas de capacitación, sistemas de control, y pago de personal capacitado dedicado exclusivamente a este rubro.	El costo del almacenamiento corre por cuenta de los proveedores y los costos de sus fallas son asumidas por ellos.	Las sanciones a los proveedores no son exhaustivas, e incluso no se aplican en caso de falla. El costo de este proceso se integra al costo de los medicamentos, que llega a ser hasta diez veces mayor que en el modelo convencional.	

	Modelo Convencional (Chihuahua)		Modelo Tercerizado (EdoMex, Guanajuato, Yucatán, DF)		Principales intervenciones sugeridas
Distribución	Existe mayor control de los procesos. La evaluación de su funcionamiento podría realizarse en cualquier momento.	Es costosa, pues implica la posesión de vehículos, programas de capacitación, sistemas de control y pago de personal capacitado dedicado exclusivamente a este rubro.	Este subsistema requiere de una planeación conjunta con los proveedores, pues éstos deben entregar los medicamentos de acuerdo con las necesidades de los servicios. Idealmente, esta entrega debe ser inmediatamente posterior a la entrega de la receta.	El costo de este proceso está integrado al costo de los medicamentos.	Eliminar la fragmentación que se presenta al entregar medicamentos a poblaciones que son beneficiarias de programas diferentes (Oportunidades, SPSS, población no asegurada).
		En este modelo la planeación de este subsistema es la más deficiente de toda la cadena. La segmentación de la población en subpoblaciones con distintas formas de acceso a los servicios implica la presentación de dificultades durante la entrega de medicamentos al paciente.		Si las licitaciones lo contemplan, las fallas son costeadas por los proveedores.	

CONCLUSIONES

Los procesos de abasto de medicamentos en los servicios estatales de salud estudiados difieren según el modelo de suministro establecido. El espectro se mueve entre lo convencional —la adquisición de las claves requeridas por los servicios estatales mediante licitación, comparativos de precios, o compra directa a uno o más proveedores que se entregan en almacenes estatales para su ulterior distribución hacia las unidades aplicativas bajo responsabilidad de los SESA— y la subrogación total, que implica la contratación de un proveedor que suministra directamente el medicamento prescrito a los pacientes.

Sin embargo, aun cuando la tendencia generalizada a nivel nacional se orienta a la subrogación (parcial o total) de la cadena de suministro, en los sistemas estatales de salud estudiados predominan los modelos “híbridos”. En éstos, continúa habiendo problemas en la cadena de

abasto de medicamentos semejantes a los identificados en los modelos convencionales. Es decir, independientemente del modelo adoptado, existen problemas de gestión, como: la subordinación de los criterios médicos a los criterios administrativos, la insuficiente planeación basada en las necesidades locales de atención; la heterogeneidad de los procedimientos; el conocimiento insuficiente de la normatividad, y la falta de regulación. Todos estos problemas favorecen la falta de transparencia administrativa y en algunos casos la corrupción. En particular, la transición hacia modelos subrogados sin ordenamientos claros y criterios comunes no sólo mantiene los problemas de los modelos convencionales, sino que en algunos casos los profundiza.

El cambio hacia modelos subrogados se está desarrollando en forma desordenada, sin considerar las implicaciones y consecuencias que esta transición puede tener sobre los sistemas estatales de salud. La ausencia de lineamientos federales para orientar el proceso está produciendo una mayor heterogeneidad en la cadena de abasto de medicamentos, pues cada SESA enfrenta los problemas de la CAM en forma diversa, por lo que muchos de los problemas que se pretenden subsanar a través de la subrogación se siguen presentando, sobre todo en los modelos de gestión híbridos.

Los procesos de financiamiento para la adquisición de medicamentos en las entidades federativas son similares. Las fuentes principales son recursos federales procedentes de los ramos 33 (FASSA) y 12 (programas nacionales, Oportunidades y SPSS). Algunas entidades emplean recursos propios (en proporciones y montos variables), destacando en ello el Distrito Federal.

Independientemente del modelo de gestión de medicamentos adoptado, los problemas de oportunidad en la asignación y disponibilidad de recursos financieros también son compartidos por los SESA. La liberación

de los recursos federales es tardía, situación que se agrava con los fondos que provienen del ramo 12 y dentro de ellos de manera especial los del SPSS, que no fluyen oportunamente hacia los servicios estatales. Esto ocasiona problemas en el abasto y obliga a la utilización temporal de fondos de otros programas, que después quedan sujetos a regularizaciones administrativas.

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

Si bien en todos los casos existen comités de adquisición —encargados de la definición de qué, cuánto y cómo comprar— no hay evidencia de que se tengan constituidos Comités Técnicos de Farmacia y Terapéutica en las unidades aplicativas o en el nivel estatal, que realicen la selección de medicamentos de acuerdo con las necesidades y la prescripción basada en la evidencia científica.

Visto en conjunto, e independientemente del modelo de abasto, el suministro de medicamentos en los servicios estatales de salud se realiza de manera fragmentada y por segmentos poblacionales, de acuerdo a la condición de acceso de la población a los programas ya sea como beneficiaria de Oportunidades, asegurada por el SPSS o sin ningún tipo de aseguramiento.

Independientemente del modelo de abasto, la fragmentación y segmentación de la CAM está determinada por los fondos provenientes de diversas fuentes de financiamiento y por los tiempos distintos para su liberación, lo que condiciona la oportunidad en la adquisición. En otras palabras, el monto y la oportunidad del financiamiento tienen un

papel fundamental en el éxito de la cadena de suministro, así como en el surtimiento total, oportuno y pertinente al usuario final.

La heterogeneidad encontrada entre los modelos de abasto de medicamentos de los SESA estudiados, la multiplicidad de procedimientos y las diversas contradicciones expresadas por los entrevistados en torno a las fases de la cadena de abasto, expresa que —en los hechos— no existe una política nacional integral de medicamentos, lo que favorece la heterogeneidad de experiencias de abasto y la pérdida de rectoría federal en el proceso. La diversidad no regulada conduce a resultados muy variables del suministro final de medicamentos al usuario y por ende alienta la insatisfacción de pacientes y trabajadores de la salud en los servicios.

Las acciones realizadas en los últimos años por la Secretaría de Salud indican que es posible reducir los costos de adquisición de fármacos, favorecer los sistemas eficientes de abasto y el uso racional de los medicamentos en los servicios de atención. Las acciones realizadas señalan que existe una legítima preocupación por dirigir adecuadamente los recursos nacionales en esta materia. Una muestra reciente es la publicación en el DIARIO OFICIAL DE LA FEDERACIÓN del lunes 26 de enero de 2009, del “ACUERDO que establece los Lineamientos para la adquisición de medicamentos asociados al Catálogo Universal de Servicios de Salud por las entidades federativas con recursos del Sistema de Protección Social en Salud”, y que señala los precios de referencia (máximos) a los que podrán ser adquiridos los medicamentos por las entidades federativas con recursos del Sistema de Protección Social en Salud.

No obstante, es indispensable fortalecer la rectoría de la Secretaría de Salud mediante el establecimiento de una política de estado en materia de medicamentos, conformada por acciones que atraviesen los programas sexenales y que permitan a corto y mediano plazo el

fortalecimiento de la cadena de abasto de medicamentos; la participación del mercado de medicamentos genéricos; el mantenimiento de precios bajos de los medicamentos de patente, la optimización del gasto en medicamentos en las instituciones públicas y la más alta seguridad y efectividad de las acciones médicas durante la atención clínica.

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

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

No obstante, sólo mediante el establecimiento de mecanismos de rectoría (absolutamente normados, universales y transparentes) es factible alcanzar estos propósitos.

RECOMENDACIONES

Intervenciones a largo plazo

1. Desarrollar una **Política Nacional de Medicamentos** que aborde integralmente el compromiso de disponibilidad y acceso universal a medicamentos esenciales para la población, bajo el principio de equidad y que permita alcanzar:

1. La más alta calidad y seguridad de los fármacos
2. El acceso universal a los medicamentos esenciales
3. El uso racional de los medicamentos
4. El financiamiento suficiente y oportuno de la CAM
5. La estandarización de la reglamentación farmacéutica
6. La actualización permanente del cuadro básico y los catálogos institucionales

7. La incorporación de profesionales de farmacia a los servicios de salud
8. El establecimiento de Comités de Farmacia y Terapéutica en las unidades aplicativas, los servicios estatales y las instituciones del sector
9. El control efectivo de precios máximos nacionales
10. La reserva estratégica de ciertos medicamentos
11. La atención de emergencias epidemiológicas
12. La fármaco-vigilancia efectiva, y
13. El desarrollo de investigaciones de las necesidades terapéuticas de la población.

2. Eliminar la fragmentación y segmentación en el suministro de medicamentos, promoviendo un sistema técnico-administrativo de compras consolidadas sectoriales nacionales para aprovechar economías de escala y poder de compra.

3. Separar los recursos financieros para medicamentos de otros recursos, para crear un fondo nacional que permita financiar parcial o totalmente (de acuerdo con criterios de equidad) los medicamentos para los pacientes en el primer y segundo nivel de atención.

4. Desarrollar servicios farmacéuticos profesionalizados, incorporando profesionales farmacéuticos al equipo de salud, instalando comités de farmacia y terapéutica, elaborando guías fármaco-terapéuticas, haciendo gestión profesional de inventarios, monitoreo de prescripciones y prevención de errores de medicación, estableciendo centros de farmacovigilancia y sistemas de distribución basados en dosis unitaria. Esto permitirá reducir los costos de la atención médica frenando mermas por caducidad, robo y desperdicio, mejorado la seguridad de los pacientes.

5. Actualizar el CBCM manera ágil y permanente, estableciendo catálogos de medicamentos acordes a los servicios brindados por las unidades

aplicativas. Estos catálogos deben servir de referente —junto con las guías fármaco-terapéuticas y los protocolos de práctica clínica— para la buena prescripción y uso racional de medicamentos.

6. Crear un *Sistema Nacional de Abasto de Medicamentos*, que permita operar la política nacional correspondiente, que garantice la aplicación de la Ley y que contenga un sistema integral de evaluación.

7. Estudiar la posibilidad de elaborar y decretar una Ley de Medicamentos en el país, que de soporte legal y obligatoriedad a las diversas acciones propuestas, atender la regulación de precios y el establecimiento de precios de referencia de medicamentos.

8. Dotar a la Secretaría de Salud de plena capacidad rectora en las siguientes materias:

- La formulación de políticas y programas nacionales en materia de producción, comercialización, evaluación, prescripción y consumo de medicamentos.
- El ordenamiento de acciones coordinadas entre los actores sociales, públicos y privados para la producción, comercialización, evaluación, prescripción y consumo de medicamentos en el país, y
- La coordinación de las acciones contenidas en la *Política Nacional de Medicamentos* con otras políticas y programas sectoriales e intersectoriales relacionados con la producción, comercialización, evaluación, prescripción y consumo de medicamentos.

9. Valorar la creación de un Instituto Nacional de Medicamentos encargado de ejecutar la Ley y conducir la política de medicamentos.

10. Crear en los estados *Comisiones Estatales de Medicamentos* a fin de operar y vigilar el cumplimiento de las políticas y programas nacionales en materia de medicamentos.

Intervenciones a corto plazo

En el corto plazo deberán impulsarse, en el ejercicio de la rectoría federal, lineamientos que orienten hacia:

- a. La planeación del abasto de medicamentos en los servicios estatales en base a necesidades y realidades locales, y
- b. El desarrollo de subsistemas de información encaminados a fortalecer la CAM, la administración de inventarios y la distribución de medicamentos, así como el control y monitoreo de las prescripciones. Estos subsistemas deben tener conectividad con el expediente clínico electrónico y con todos los sistemas informáticos de las instituciones del sector.

Para instrumentar estas intervenciones de corto plazo, se propone:

1. Crear un sistema integral de procedimientos normalizados para la planeación, adquisición, almacenamiento, distribución y prescripción de medicamentos –de acuerdo con las directrices de la OMS– que defina operativamente los términos del proceso a todos los niveles.
2. Crear un sistema único, estandarizado y obligatorio de programas computarizados de apoyo a la planeación local y la adquisición de medicamentos a escala estatal.
3. Crear un sistema nacional de compras consolidadas de medicamentos a escala nacional.
4. Caracterizar de manera precisa el modelo de selección de necesidades específicas de adquisición de las unidades hospitalarias y de primer nivel.
5. Evaluar cuantitativa y cualitativamente en cada entidad federativa las ventajas sociales, económicas y sanitarias que representa la

subrogación de las fases de almacenamiento y distribución de medicamentos a empresas privadas, observando los criterios óptimos de subrogación emitidos por la Comisión Nacional de Medicamentos.

6. Crear un sistema único de evaluación del desempeño de las cadenas de abasto a escala estatal, que considere como productos finales de este proceso tanto el porcentaje de surtimiento completo de recetas como el costo-efectividad del surtimiento por paciente, por periodo y por modalidad del abasto, así como el costo estatal y nacional.

7. Crear un sistema único de capacitación —escolarizada y a distancia— en materia de planeación, financiamiento, administración, adquisición, almacenamiento, manejo de inventarios, distribución y prescripción racional de medicamentos, en donde el personal encargado de la operación de la cadena de abasto de medicamentos se capacite en la comprensión del conjunto de procesos que conforman toda la cadena.

8. Promover a escala nacional la prescripción racional de medicamentos, siguiendo los criterios del sistema de gestión de calidad ISO9001:2000 para la difusión de información sobre medicamentos.

9. Promover una dispensación correcta de la receta, promoviendo el uso de alternativas terapéuticas genéricas de menor costo y la incorporación de profesionales farmacéuticos al proceso terapéutico.

10. Fortalecer los sistemas de intercambio permanente de experiencias exitosas en materia de abasto de medicamentos entre estados.

Finalmente, en razón de que la información obtenida puso de manifiesto confusiones e imprecisiones de conceptos para referirse a los mismos procesos entre funcionarios de diferentes niveles y entre las entidades

federativas, es necesario homogeneizar los términos comunes utilizados en la CAM, en lo que respecta a:

- a. La definición conceptual de la propia cadena de abasto
- b. La determinación de la estructura ideal de una cadena de abasto
- c. La determinación de la logística básica de una cadena de abasto
- d. La identificación de los miembros clave de una cadena y de sus responsabilidades
- e. Los procesos legítimos de negociación en una cadena de abasto
- f. Las instrumentos legales, procedimentales y tecnológicos necesarios para la gestión del abasto en materia de medicamentos
- g. Los sistemas informáticos necesarios en una cadena de abasto
- h. Los mecanismos de intercambio electrónico de datos en una cadena de abasto
- i. Los montos máximos de operación de una cadena de suministro
- j. La metodología para la instalación de una cadena de abasto subrogada
- k. Los sistemas de monitoreo necesarios de una cadena de abasto, y
- l. Los instrumentos de evaluación del desempeño adecuados para una cadena de abasto

ANEXOS

Anexo A

Entidades federativas atendidas por proveedor (Primer semestre, 2008)

Razón Social	Entidad
ABASTECEDORA MEDICO HOSPITALARIA DE AGUASCALIENTES S.A.	Aguascalientes
ADRIANA GUTIERREZ VICENTELO	Michoacán
ADRIANA LARA GARCÍA	Guerrero
AGR OUTSOURCING, S.A. DE C.V.	Hidalgo
AGR OUTSOURCING, S.A. DE C.V.	Guerrero
AGUILAR ESPARZA REFUGIO	Baja California Sur
ALMACENES FLORES HOSPITALARIOS, S.A DE CV.	Michoacán
ÁMBAR ITZHEL RHA HUERTA DE LA TORRE	Guanajuato
AMOR TAMBORELL JORGE DE JESÚS	Tamaulipas
ANAYA LIMAS JAVIER FRANCISCO	Tamaulipas
ANESTÉSICOS DE JALISCO, A.C.	Michoacán

Razón Social	Entidad
ANTIBIÓTICOS DE MÉXICO, S.A DE CV	Michoacán
ANTONIO ELIÁN MARUN LAMAR	Guanajuato
ARMANDO CHÁVEZ GARCÍA	Michoacán
ARSENAL MEDICO, S.A. DE C.V.	San Luis Potosí
ARTÍCULOS MÉDICOS DEL CENTRO	Guanajuato
ARTÍCULOS MÉDICOS Y DE LABORATORIO	Guerrero
ARTÍCULOS MÉDICOS DEL CENTRO S.A. DE C.V.	Querétaro
ARTÍCULOS MÉDICOS DEL CENTRO S.A. DE C.V.	Guanajuato
ARTIMÉDICA S.A. DE C.V.	Zacatecas
ARTIMÉDICA S.A. DE C.V.	San Luis Potosí
ARTIMÉDICA S.A. DE C.V.	Nuevo León
ARTIMÉDICA S.A. DE C.V.	Coahuila
ARTIMÉDICA S.A. DE C.V.	Chihuahua
ASTORGA OSUNA SAMUEL	Baja California Sur
AUDIPHARMA, S.A. DE C.V.	Zacatecas
AUDIPHARMA, S.A. DE C.V.	Sonora
AUDIPHARMA, S.A. DE C.V.	San Luis Potosí
AUDIPHARMA, S.A. DE C.V.	Oaxaca
BAXTER S.A. DE C.V.	Zacatecas
BAXTER S.A. DE C.V.	Sonora
BAXTER S.A. DE C.V.	Michoacán
BAXTER S.A. DE C.V.	Baja California
BECTON DICKINSON DE MÉXICO, S.A. DE C.V.	Baja California
BIFFINGTONS DE MÉXICO S.A. DE C.V.	Zacatecas
BIFFINGTONS DE MÉXICO S.A. DE C.V.	Chihuahua
BIOFARM DISTRIBUCIONES	Puebla
BIOMÉDICA EDSOM, S.A. de C.V.	Nuevo León
BRUDIMEX, S.A. DE C.V.	Tabasco
BRUDIMEX, S.A. DE C.V.	Puebla
CADENA FARMACÉUTICA S.A. DE C.V.	Zacatecas
CAGESA ABASTECEDORA DE HOSPITALES, S.A. DE C.V.	San Luis Potosí
CARDIO MEDICAL	Tamaulipas
CARLOS FRUMENCIO PINEDA HIDALGO	Michoacán
CASA MARZAM S.A. DE C.V.	Tabasco
CASA R. RODRÍGUEZ MATERIAL DE CURACIÓN Y MEDICAMENTOS	Guerrero
CASA SABA, S.A. DE C.V.	Sonora
CASA SABA, S.A. DE C.V.	San Luis Potosí
CASA SABA, S.A. DE C.V.	Aguascalientes
CASILLAS NAVA LEONARDO ISRAEL	Guanajuato
CASTILLO HUERTA MARTIN	Baja California Sur
CENMED S.A. DE C.V.	Sonora
CENMED S.A. DE C.V.	Baja California

Razón Social	Entidad
CENTRAL FARMACÉUTICA MERCED S.A. DE C.V.	Puebla
CENTRO DE PRODUCTOS MÉDICOS	Oaxaca
CENTRO INTEGRAL FARMACÉUTICO S.A. DE C.V.	Hidalgo
CHEMICAL EXPRESS S.A. DE C.V.	Zacatecas
CHEMICAL EXPRESS S.A. DE C.V.	San Luis Potosí
CHEMICAL EXPRESS S.A. DE C.V.	Oaxaca
CHEMICAL EXPRESS S.A. DE C.V.	Guerrero
CHEMICAL EXPRESS S.A. DE C.V.	Guanajuato
CHEROMY, S.A. DE CV	San Luis Potosí
CLAUDIO RODRIGO HERRERA RODRÍGUEZ	Michoacán
COMERCIALIZADORA FARMACÉUTICA DE CHIAPAS, S.A. DE C.V.	San Luis Potosí
COMERCIALIZADORA FARMACÉUTICA DE CHIAPAS, S.A. DE C.V.	Estado de México
COMERCIAL BORJA, S.A. DE C.V.	Guerrero
COMERCIALIZADORA FARMACÉUTICA DEL SURESTE, S.A. DE C.V.	Tabasco
COMERCIALIZADORA ALHOPA	Guerrero
COMERCIALIZADORA DE INSUMOS PARA LA SALUD, S.A. DE C.V.	Tabasco
COMERCIALIZADORA DE INSUMOS PARA LA SALUD, S.A. DE C.V.	Sonora
COMERCIALIZADORA DE MEDICAMENTOS ECONÓMICOS	Guerrero
COMERCIALIZADORA DE MEDICAMENTOS Y REACTIVOS S.A. DE C.V.	Baja California Sur
COMERCIALIZADORA DE PRODUCTOS INSTITUCIONALES S.A. DE CV	Tabasco
COMERCIALIZADORA DE PRODUCTOS INSTITUCIONALES S.A. DE CV	Sonora
COMERCIALIZADORA DE PRODUCTOS INSTITUCIONALES S.A. DE CV	San Luis Potosí
COMERCIALIZADORA DE PRODUCTOS INSTITUCIONALES S.A. DE CV	Querétaro
COMERCIALIZADORA DE PRODUCTOS INSTITUCIONALES S.A. DE CV	Puebla
COMERCIALIZADORA DE PRODUCTOS INSTITUCIONALES S.A. DE CV	Chihuahua
COMERCIALIZADORA EMILIANO ZAPATA	Guerrero
COMERCIALIZADORA EXTEA S.A. DE C.V.	Puebla
COMERCIALIZADORA EXTEA S.A. DE C.V.	Morelos
COMERCIALIZADORA FARMACÉUTICA MEXICANA	Michoacán
COMERCIALIZADORA GLAVS, S.A. DE C.V.	Baja California
COMERCIALIZADORA GRUPO KABANDA, S.A. DE C.V.	Zacatecas
COMERCIALIZADORA GRUPO KABANDA, S.A. DE C.V.	Puebla
COMERCIALIZADORA GRUPO KABANDA, S.A. DE C.V.	Guerrero
COMERCIALIZADORA GRUPO KABANDA, S.A. DE C.V.	Chihuahua
COMERCIALIZADORA GRUPO KABANDA, S.A. DE C.V.	Baja California
COMERCIALIZADORA HISA, S.A. DE C.V.	Tamaulipas
COMERCIALIZADORA HISA, S.A. DE C.V.	San Luis Potosí
COMERCIALIZADORA HISA, S.A. DE C.V.	Nuevo León
COMERCIALIZADORA HISA, S.A. DE C.V.	Coahuila
COMERCIALIZADORA MAJTEL S.A. DE C.V.	Zacatecas
COMERCIALIZADORA MAJTEL S.A. DE C.V.	Campeche
COMERCIALIZADORA MEDICA EDWARD Y E.	Guerrero

Razón Social	Entidad
COMERCIALIZADORA MEDICA HOSPITALARIA DE LOS ÁNGELES, S.A.	Tabasco
COMERCIALIZADORA MEDICA TAPATÍA S.A. DE C.V.	Puebla
COMERCIALIZADORA MEDICA TAPATÍA S.A. DE C.V.	Oaxaca
COMERCIALIZADORA MEDICA TAPATÍA S.A. DE C.V.	Michoacán
COMERCIALIZADORA MEDICA TAPATÍA S.A. DE C.V.	Guanajuato
COMERCIALIZADORA MEDICA TAPATÍA S.A. DE C.V.	Baja California Sur
COMERCIALIZADORA MEDIX, S.A. de C.V.	Nuevo León
COMERCIALIZADORA PHARMACEUTICA COMPHARMA, S.A. DE C.V.	Zacatecas
COMERCIALIZADORA PHARMACEUTICA COMPHARMA, S.A. DE C.V.	San Luis Potosí
COMERCIALIZADORA QUIROLAB	Guerrero
COMERCIALIZADORA VADILLO	Guerrero
COMERCIALIZADORA WINNERS	Guerrero
COMERCIALIZADORA Y DISTRIBUIDORA DEL SUR	Morelos
COMERCIALIZADORA Y DISTRIBUIDORA DE MEDICAMENTOS DE ATOYAC	Guerrero
COMETA MERCANTIL, S.A. DE CV	Sinaloa
COMPAÑÍA INTERNACIONAL MEDICA, S.A. DE C.V.	Zacatecas
COMPAÑÍA INTERNACIONAL MEDICA, S.A. DE C.V.	Sonora
COMPAÑÍA INTERNACIONAL MEDICA, S.A. DE C.V.	Querétaro
COMPAÑÍA INTERNACIONAL MEDICA, S.A. DE C.V.	Puebla
COMPAÑÍA INTERNACIONAL MEDICA, S.A. DE C.V.	Chihuahua
COMPAÑÍA INTERNACIONAL MEDICA, S.A. DE C.V.	Campeche
COMPAÑÍA INTERNACIONAL MEDICA, S.A. DE C.V.	Baja California Sur
CONCEPTO MEDICO DE LA PAZ, S.A. DE C.V.	Baja California Sur
CONRADO RODRÍGUEZ CORTES	Michoacán
CONSORCIO HOSPITALARIO, S.A. DE C.V.	Baja California
CORPOMED MÉXICO, S.A. DE CV	Michoacán
CORPORACIÓN ARMO	Oaxaca
CURARUM S.A. DE C.V.	Puebla
DANIEL CÁRDENAS BOLAÑOS	Guerrero
DAVID GUERRERO VARGAS	Hidalgo
DEMHTA PROVEEDORES, S.A. DE C.V.	San Luis Potosí
DIBITER S.A. DE C.V.	Tabasco
DIBITER S.A. DE C.V.	Sonora
DIBITER S.A. DE C.V.	San Luis Potosí
DIBITER S.A. DE C.V.	Querétaro
DIBITER S.A. DE C.V.	Puebla
DIBITER S.A. DE C.V.	Chihuahua
DIJALME, S.A. DE CV	Michoacán
DIMECEN DE MEDICAMENTOS, S.A. DE C.V.	Guanajuato
DIMELAB DISTRIBUCIÓN DE MEDICAMENTOS, MATERIAL Y EQUIPOS	Guerrero
DISCOFAR, S.A. DE C.V.	Sinaloa
DISCOVAN	Morelos

Razón Social	Entidad
DISTRIBUIDORA DE MEDICAMENTOS CASA CÓRDOVA	Guerrero
DISTRIBUCIONES GUZMÁN DISTRIBUCIÓN DE MEDICAMENTOS	Guerrero
DISTRIBUIDORA DE FÁRMACOS Y FRAGANCIAS S.A.DE C.V.	Yucatán
DISTRIBUIDORA DE FÁRMACOS Y FRAGANCIAS S.A.DE C.V.	Quintana Roo
DISTRIBUIDORA DE FÁRMACOS Y FRAGANCIAS S.A.DE C.V.	Puebla
DISTRIBUIDORA DE FÁRMACOS Y FRAGANCIAS S.A.DE C.V.	Oaxaca
DISTRIBUIDORA DE MEDICAMENTOS MIGUEL ÁNGEL QUEZADA	Guerrero
DISTRIBUIDORA DE MEDICAMENTOS MIGUEL ÁNGEL QUEZADA	Guanajuato
DISTRIBUIDORA DE MEDICAMENTOS MIGUEL ÁNGEL QUEZADA	Chihuahua
DISTRIBUIDORA DE MEDICAMENTOS SIGA	Guerrero
DISTRIBUIDORA DE SUEROS Y EQUIPOS	Oaxaca
DISTRIBUIDORA DISUR, S.A. DE C.V.	Estado de México
DISTRIBUIDORA ERCCO	Puebla
DISTRIBUIDORA ERCCO	Oaxaca
DISTRIBUIDORA FARMACÉUTICA MARVA, S.A. DE CV.	Michoacán
DISTRIBUIDORA FARMACÉUTICA STA MARIA S.A. DE C.V.	Guanajuato
DISTRIBUIDORA FARVETHOS, S.A. DE C.V.	Michoacán
DISTRIBUIDORA HERRDUART, S.A. DE CV	Michoacán
DISTRIBUIDORA HOSPI LAB	Guerrero
DISTRIBUIDORA INTERNAC. DE MEDICAMENTOS Y EQUIPO MEDICO	Zacatecas
DISTRIBUIDORA INTERNAC. DE MEDICAMENTOS Y EQUIPO MEDICO	Tabasco
DISTRIBUIDORA INTERNAC. DE MEDICAMENTOS Y EQUIPO MEDICO	Sonora
DISTRIBUIDORA INTERNAC. DE MEDICAMENTOS Y EQUIPO MEDICO	Querétaro
DISTRIBUIDORA INTERNAC. DE MEDICAMENTOS Y EQUIPO MEDICO	Puebla
DISTRIBUIDORA INTERNAC. DE MEDICAMENTOS Y EQUIPO MEDICO	Coahuila
DISTRIBUIDORA INTERNAC. DE MEDICAMENTOS Y EQUIPO MEDICO	Chihuahua
DISTRIBUIDORA INTERNAC. DE MEDICAMENTOS Y EQUIPO MEDICO	Campeche
DISTRIBUIDORA INTERNAC. DE MEDICAMENTOS Y EQUIPO MEDICO	Baja California
DISTRIBUIDORA MEDICA ESPECIALIZADA, S.A. DE C.V.	San Luis Potosí
DISTRIBUIDORA ONCOLIN, S.A. DE CV.	Oaxaca
DISTRIBUIDORA ONCOLIN, S.A. DE CV.	Michoacán
DISTRIBUIDORA PROYECTA	Sonora
DISTRIBUIDORA RAGA	Puebla
DISTRIBUIDORA SAN GERMÁN, S.A. DE C.V.	Baja California Sur
DISTRIBUIDORA SEVI S.A. DE C.V.	San Luis Potosí
DISTRIBUIDORA SEVI S.A. DE C.V.	Chihuahua
DISTRIBUIDORA SEVI, S.A. DE CV.	Coahuila
DISTRIBUIDORA TERCER MILENIO S.A. DE C.V.	Hidalgo
DISTRIBUIDORA Y COMERCIALIZADORA LA HUASTECA S.A. DE C.V.	Michoacán
DISTRIBUIDORA Y EXPORTADORA DE MEDICAMENTOS, S.A. DE C.V.	Tabasco
DISTRIBUIDORA DE MEDICAMENTOS Y MATERIAL DE CURACIÓN	Morelos
DOMINGO TORRE GUERRERO	San Luis Potosí

Razón Social	Entidad
DROGUERÍA Y FARMACIA EL GLOBO, S.A. DE C.V.	Tabasco
ESCOMED SUPPLIES DE COLIMA, S. DE R.L. DE C.V.	Colima
ELECTRO PAPER, S.A. DE C.V.	Guanajuato
EMPRESA COMERCIALIZADORA DE BIENES Y SERVICIOS ESPECIALES, S.A.	Tabasco
EQUIPOS QUIRURGICOS POTOSINOS, S.A. DE C.V.	San Luis Potosí
EQUIPOS QUIRURGICOS POTOSINOS, S.A. DE C.V.	Guanajuato
ESMAFRA MEDICAMENTOS	Guerrero
EVELIA LARIOS MARTINEZ	Guerrero
FAM DENTAL, SA DE CV	Michoacán
FARMA PRONTO EL P.S.A. DE CV	Guerrero
FARMA TLAPA	Guerrero
FARMA Y MAS	Guerrero
FARMACÉUTICA DIAMANTE DISTRIBUIDORA DE MEDICAMENTOS	Guerrero
FARMACÉUTICA VECSA	Guerrero
FARMACÉUTICA WANDEL, S.A. DE C.V.	Zacatecas
FARMACÉUTICO EMPRESARIAL MARTINEZ, S.A. DE C.V.	Tabasco
FARMACEUTICOS ESPECIALIZADOS, S.A. CV	Coahuila
FARMACEUTICOS MAYOPO S.A. DE C.V.	Zacatecas
FARMACEUTICOS MAYOPO S.A. DE C.V.	Tabasco
FARMACEUTICOS MAYOPO S.A. DE C.V.	Sonora
FARMACEUTICOS MAYOPO S.A. DE C.V.	San Luis Potosí
FARMACEUTICOS MAYOPO S.A. DE C.V.	Querétaro
FARMACEUTICOS MAYOPO S.A. DE C.V.	Puebla
FARMACEUTICOS MAYOPO S.A. DE C.V.	Morelos
FARMACEUTICOS MAYOPO S.A. DE C.V.	Guerrero
FARMACEUTICOS MAYOPO S.A. DE C.V.	Guanajuato
FARMACEUTICOS MAYOPO S.A. DE C.V.	Estado de México
FARMACEUTICOS MAYOPO S.A. DE C.V.	Coahuila
FARMACEUTICOS MAYOPO S.A. DE C.V.	Chihuahua
FARMACEUTICOS MAYOPO S.A. DE C.V.	Baja California
FARMACEUTICOS MAYOPO S.A. DE C.V.	Aguascalientes
FARMACEUTICOS TENORIO S. A. DE C. V.	Guerrero
FARMACIA AVIACION	Guerrero
FARMACIA CALDERON	Tamaulipas
FARMACIA CUERNAVACA	Morelos
FARMACIA DE APOYO	Puebla
FARMACIA DE GENERICOS Y SIMILARES	Guerrero
FARMACIA DE GENERICOS, S.A. DE C.V.	Veracruz
FARMACIA DE GENERICOS, S.A. DE C.V.	Guerrero
FARMACIA DE GENERICOS, S.A. DE C.V.	Guerrero
FARMACIA DE SIMILARES, S.A. DE C.V.	Zacatecas
FARMACIA DE SIMILARES, S.A. DE C.V.	Tabasco

Razón Social	Entidad
FARMACIA DE SIMILARES, S.A. DE C.V.	Quintana Roo
FARMACIA DE SIMILARES, S.A. DE C.V.	Chihuahua
FARMACIA DEL CENTRO	Guerrero
FARMACIA GUADALAJARA, S.A. DE CV	San Luis Potosí
FARMACIA GUADALAJARA, S.A. DE CV	Michoacán
FARMACIA ICACOS	Guerrero
FARMACIA JAVI	Guerrero
FARMACIA KOBBI. MEDICAMENTOS POPULARES Y DE PATENTE	Guerrero
FARMACIA LA SALUD	Guerrero
FARMACIA MEDICA	Nayarit
FARMACIA NUEVA	Guerrero
FARMACIA PARIS	Guerrero
FARMACIA SAN JOSE	Guerrero
FARMACIA SIMILARES	Guerrero
FARMACIA TREBOL	Guerrero
FARMACIAS COSMOS	Sinaloa
FARMACIAS DE JALISCO, S.A. DE C.V.	Zacatecas
FARMACIAS DE JALISCO, S.A. DE C.V.	Michoacán
FARMACIAS DE JALISCO, S.A. DE C.V.	Chihuahua
FARMACIAS DE SIMILARES, S.A. DE C.V.	San Luis Potosí
FARMACIAS DEL AHORRO	Guerrero
FARMACIAS ECONOMIK	Durango
FARMACIAS EL FENIX DEL CENTRO S.A. DE C.V.	Estado de México
FARMACIAS EL FENIX DEL CENTRO S.A. DE C.V.	Chiapas
FARMACIAS LEYVA	Guerrero
FARMACIAS MEXICANAS	Guerrero
FARMACIAS NACIONALES S.A. DE C.V.	Tlaxcala
FARMACIAS NACIONALES S.A. DE C.V.	Puebla
FARMACIAS TAMAULIPECAS	Tamaulipas
FARMACIAS Y SIMILARES LATINOAMERICANOS	Tamaulipas
FARMACON S.A. DE C.V.	Sinaloa
FÁRMACOS ESPECIALIZADOS S.A. DE C.V.	Zacatecas
FÁRMACOS ESPECIALIZADOS S.A. DE C.V.	Tlaxcala
FÁRMACOS ESPECIALIZADOS S.A. DE C.V.	Sonora
FÁRMACOS ESPECIALIZADOS S.A. DE C.V.	Sinaloa
FÁRMACOS ESPECIALIZADOS S.A. DE C.V.	San Luis Potosí
FÁRMACOS ESPECIALIZADOS S.A. DE C.V.	Querétaro
FÁRMACOS ESPECIALIZADOS S.A. DE C.V.	Puebla
FÁRMACOS ESPECIALIZADOS S.A. DE C.V.	Oaxaca
FÁRMACOS ESPECIALIZADOS S.A. DE C.V.	Nayarit
FÁRMACOS ESPECIALIZADOS S.A. DE C.V.	Michoacán
FÁRMACOS ESPECIALIZADOS S.A. DE C.V.	Guerrero

Razón Social	Entidad
FÁRMACOS ESPECIALIZADOS S.A. DE C.V.	Guanajuato
FÁRMACOS ESPECIALIZADOS S.A. DE C.V.	Chihuahua
FÁRMACOS ESPECIALIZADOS S.A. DE C.V.	Baja California Sur
FÁRMACOS ESPECIALIZADOS S.A. DE C.V.	Baja California
FARMAMUNDO S.A. DE C.V.	Tlaxcala
FARMAMUNDO S.A. DE C.V.	Guerrero
FARMAPRONTO	Morelos
FARMAPRONTO	Guerrero
FARMATONIC, S.A. DE C.V.	San Luis Potosí
FARMAVIDA FENIX	Guerrero
FERNANDEZ PELLON VILLASEÑOR LUIS MIGUEL	Oaxaca
FERNANDEZ Y JAVIER, S.A. DE CV	Michoacán
FIDELA GARCÍA DE LA ROSA	Guerrero
FRAGAR MEDICA DE CAMPECHE, S.A. DE C.V.	Campeche
FRANCISCO JAVIER ALARCON JIMENEZ	Michoacán
FRANCISCO TRINIDAD MARTINEZ JUSTINIANO	Guerrero
FRESENIUS KABI MEXICO, S.A. DE C.V.	Sonora
FRESENIUS KABI MEXICO, S.A. DE C.V.	San Luis Potosí
FRIDA SUSANA RIVAS NUÑEZ	Guanajuato
G.M.G. SUMINISTROS PROFESIONALES Y SERVICIOS	Guerrero
GABRIEL GARCIA ROJAS	Michoacán
GALFER MEDICA S.A. DE C,V.	Colima
GARDUÑO PRADO JUANA PRAXEDES	Estado de México
GEORGINA CARPINTEIRO SANCHEZ	Zacatecas
GEORGINA CARPINTEIRO SANCHEZ	Tabasco
GEORGINA CARPINTEIRO SANCHEZ	Querétaro
GEORGINA CARPINTEIRO SANCHEZ	Puebla
GERSALVA COMERCIAL S.A de C.V.	Guerrero
GILDARDO ALEJANDRO PEREZ FLORES	Michoacán
GLADYS DE JESUS RODRIGUEZ HERNANDEZ	Tabasco
GOMEZ FIGUEROA ELIDA SURAYA	Guerrero
GOVI DISTRIBUCIONES MEDICAS, S.A. DE C.V.	Campeche
GRUPO DE ABASTECIMIENTO HOSPITALARIO	Guerrero
GRUPO DISTRIBUIDOR FARMACEUTICO, S.A. DE C.V.	San Luis Potosí
GRUPO FARMACEUTICO DE TIJUANA, S.A. DE C.V.	Baja California
GRUPO FARMACEUTICO VICTORIA	Tamaulipas
GRUPO FARMACOS ESPECIALIZADOS, S.A. DE C.V.	Tabasco
GRUPO LAMPORT, S. DE RL DE CV	Michoacán
GUADALUPE DIAZ GOYTIA	Hidalgo
GUADALUPE DIAZ GOYTIA	Guerrero
GUEVARA SERVIN JOSE REYES	Tamaulipas
GUILLERMINA ACOSTA ALDANA	Hidalgo

Razón Social	Entidad
HALABE BUCAY LILIAN	Zacatecas
HEARTCAT	Guerrero
HECTOR HERNANDEZ VAZQUEZ	Michoacán
HERIBERTO MENDEZ LEON	Puebla
HERNANDEZ REYES JAQUELINE	Oaxaca
HIPO PAK, S.A DE C.V	Sonora
HIPO PAK, S.A DE C.V	Baja California Sur
HIPO PAK, S.A DE C.V	Baja California
HI-TEC MEDICAL DE QUERETARO, S.A. DE C.V.	San Luis Potosí
HI-TEC MEDICAL DE QUERETARO, S.A. DE C.V.	Querétaro
HI-TEC MEDICAL SUR	Tlaxcala
HOSPITALARIOS VIKASA	Guerrero
HOSPITALES Y LABORATORIOS DEL SURESTE, S.A. DE C.V.	Tabasco
HUERTA Y SUCEORES,S.A. DE C.V.	Baja California Sur
I.S.S.S.T.E.	San Luis Potosí
IMPORTADORA MEDICA DEL SUR	Guerrero
IMPULSO HOSPITALARIO, S.A. DE C.V.	San Luis Potosí
IMPULSORA COMERCIAL VICTORIA	Tamaulipas
IMPULSORA MEDICA QUIMICA E INDUSTRIAL DE CAMPECHE, S.A.	Campeche
INALVI GARIBO CHORA	Guerrero
INDUSTRIA FARMACEUTICA DE GUERRERO	Guerrero
INSTRUMEDIC DE ACAPULCO	Guerrero
INTERGENERIC, S.A. DE C.V.	Tabasco
INTERGENERIC, S.A. DE C.V.	Puebla
JESUS SILLER SOTO	San Luis Potosí
JESUS SILLER SOTO	Coahuila
JOSE MARIA GUZMAN GAYTAN	Michoacán
JOSE RUBEN VICENTE GALINA ORTIZ	Puebla
JOSE RUBEN VICENTE GALINA ORTIZ	Guerrero
JOSE VIDAL MORA ZUÑIGA	Michoacán
JUAN FIDEL MARTINEZ VILLAGRAN	Guanajuato
JULIO CESAR SANCHEZ BARRERA	Guerrero
K.R. AMTMANN, S.A. DE C.V.	Zacatecas
K.R. AMTMANN, S.A. DE C.V.	Tabasco
KAJEBEL TODO PARA SU HOSPITAL	Guerrero
KALTHEN DE MEXICO, S.A. DE C.V.	Tabasco
KALTHEN DE MEXICO, S.A. DE C.V.	Puebla
LABORATORIO ALPHARMA, S.A. DE C.V.	Zacatecas
LABORATORIO ALPHARMA, S.A. DE C.V.	Puebla
LABORATORIO ALPHARMA, S.A. DE C.V.	Estado de México
LABORATORIO RAAM DE SAHUAYO SA DE CV	Michoacán
LABORATORIOS AUTREY, S.A. DE C.V.	Querétaro

Razón Social	Entidad
LABORATORIOS DE BIOLOGICOS Y REACTIVOS DE MÉXICO, S.A. DE C.V.	San Luis Potosí
LABORATORIOS DE BIOLOGICOS Y REACTIVOS DE MÉXICO, S.A. DE C.V.	Querétaro
LABORATORIOS DE BIOLOGICOS Y REACTIVOS DE MÉXICO, S.A. DE C.V.	Michoacán
LABORATORIOS DE BIOLOGICOS Y REACTIVOS DE MÉXICO, S.A. DE C.V.	Estado de México
LABORATORIOS DE BIOLOGICOS Y REACTIVOS DE MÉXICO, S.A. DE C.V.	Colima
LABORATORIOS JAYOR S.A. DE C.V.	Querétaro
LABORATORIOS JAYOR S.A. DE C.V.	Puebla
LABORATORIOS JAYOR S.A. DE C.V.	Chihuahua
LABORATORIOS KENER S.A. DE C.V.	Querétaro
LABORATORIOS KENER S.A. DE C.V.	Durango
LABORATORIOS KENER S.A. DE C.V.	Colima
LABORATORIOS KENER S.A. DE C.V.	Aguascalientes
LABORATORIOS PISA, S.A DE C.V	San Luis Potosí
LABORATORIOS PISA, S.A DE C.V	Puebla
LABORATORIOS PISA, S.A DE C.V	Nuevo León
LABORATORIOS PISA, S.A DE C.V	Michoacán
LABORATORIOS PISA, S.A DE C.V	Guerrero
LABORATORIOS PISA, S.A DE C.V	Guanajuato
LABORATORIOS PISA, S.A DE C.V	Colima
LABORATORIOS SILANES, S.A. DE C.V.	Sonora
LABORATORIOS SILANES, S.A. DE C.V.	San Luis Potosí
LABORATORIOS SILANES, S.A. DE C.V.	Baja California
LABORATORIOS VALDECASAS, S.A. DE C.V.	Zacatecas
LABORATORIOS VALDECASAS, S.A. DE C.V.	San Luis Potosí
LABSCO PROMEDIC, S.A. DE C.V.	Coahuila
LAURA AGUILAR GIL	Michoacán
LAURA CHAVEZ HERNANDEZ	Michoacán
LAURA CRISTINA VALLEJO GUANI	Guanajuato
LEVE VISION, S.A. DE C.V.	Zacatecas
LEVE VISION, S.A. DE C.V.	Querétaro
LEVE VISION, S.A. DE C.V.	Puebla
LEVE VISION, S.A. DE C.V.	Coahuila
LEVE VISION, S.A. DE C.V.	Chihuahua
LILIANA VILLAGARCIA SEGURA	Michoacán
LOFARMA, S.A. DE C.V.	Guanajuato
LOMEDIC S.A. DE C.V.	Nayarit
LOMEDIC S.A. DE C.V.	Jalisco
LORENA GUADALUPE CARDENAS ALCARAZ	Colima
LOZANO MARTIN JOSE HECTOR	Querétaro
MA. MAGDALENA ANTONIETA DE LA GARZA MACIAS	San Luis Potosí
MARCELINO MADRID DIAZ	Puebla
MARCO ANTONIO SOTO GAMEZ	Michoacán

Razón Social	Entidad
MARIA GUADALUPE MENDOZA ORTEGA	Quintana Roo
MARIA IBETH QUEZADA ARELLANO	Colima
MARIA JUANA MARTINEZ VALENCIA	Guerrero
MARIA MAGDALENA CARRIZALES CORTEZ	Durango
MARIA MAGDALENA CARRIZALES CORTEZ	Coahuila
MARIA MAGDALENA CARRIZALES CORTEZ	Baja California Sur
MARKETING MEDICINAL, S.A. DE C.V.	Sonora
MARKETING MEDICINAL, S.A. DE C.V.	Baja California
MARTHA GARCIA CHÁVEZ	Colima
MARTHA PATRICIA HERNANDEZ ESTRADA	Michoacán
MARTHA VERONICA VELASCO RODRIGUEZ	Tlaxcala
MATERIAL DE CURACION Y EQUIPO MEDICO, SA DE CV	Michoacán
MATERIAL MEDICO DE OCCIDENTE, S.A. DE C.V.	Colima
MEDICA AVANZADA S.A. DE C.V.	Sonora
Médica Dalí, S.A. de C.V.	Nuevo León
MEDICA FARMA ARCAR SA DE CV	Zacatecas
MEDICA FARMA ARCAR SA DE CV	San Luis Potosí
MEDICA FARMA ARCAR SA DE CV	Querétaro
MEDICAL PRECISION	Puebla
MEDICAL YACRUZ	Tlaxcala
MEDICAMENTOS Y MATERIALES KAPA S.A. DE C.V.	Puebla
MEDICAMENTOS Y MATERIALES KAPA S.A. DE C.V.	Morelos
MEDICAMENTOS Y REACTIVOS DE CHIHUAHUA S.A. DE C.V.	Chihuahua
MEDICINAS DEL PACIFICO, S.A. DE C.V.	Sinaloa
MEDICINAS SARO	Durango
MEDICURI S.A. DE C.V.	Guanajuato
MEDICURI S.A. DE C.V.	Colima
MEDIFLASH	Chihuahua
MEDIGROUP DEL PACIFICO S.A. DE C.V.	San Luis Potosí
MEDINSUMOS Y EQUIPOS DE JALISCO S.A. DE C.V.	Colima
MEDIX DEL NORTE, S.A. de C.V.	Nuevo León
MEDSUR, S. DE R.L.	Tabasco
MEDSUR, S. DE R.L.	Campeche
MELCHOR MARTIN HERNANDEZ MARTINEZ	Morelos
MENDOZA GARCIDUEÑAS JORGE	Oaxaca
MOEDANO S OTO	Tamaulipas
MORALES SAUCEDA IRMA ALICIA	Tamaulipas
MORALES SAUCEDA JORGE EDUARDO	Tamaulipas
MULTIFARMACOS DE OCCIDENTE, S.A DE C.V	San Luis Potosí
MULTIFARMACOS DE OCCIDENTE, S.A DE C.V	Guanajuato
NACIONAL DE FARMACOS S.A. DE C.V.	Puebla
NACIONAL DE FARMACOS S.A. DE C.V.	Colima

Razón Social	Entidad
NACIONAL DE FARMACOS S.A. DE C.V.	Aguascalientes
NUEVA WALT MART DE MEXICO S.A. DE R.L. DE C.V.	Guerrero
NUEVO MILENIO DISTRIBUCIONES Y MEDICAMENTOS, SA DE CV	Oaxaca
NUEVO MILENIO DISTRIBUCIONES Y MEDICAMENTOS, SA DE CV	Michoacán
NUEVO MILENIO DISTRIBUCIONES Y MEDICAMENTOS, SA DE CV	Colima
OJANA	Morelos
ONCOLOGICOS Y ESPECIALIDADES DEL SURESTE, S.A. DE C.V.	Tabasco
OXIGENO MEDICINAL Y ACCESORIOS MEDICOS, SA DE CV	Michoacán
PATRONATO DE PEDIATRIA, INSTITUTO DE SALUD PÚBLICA	Campeche
PEDRO GARIBO CHORA	Guerrero
PEGO, S.A. DE C.V.	Tabasco
PEGO, S.A. DE C.V.	Sonora
PEGO, S.A. DE C.V.	San Luis Potosí
PEGO, S.A. DE C.V.	Querétaro
PEGO, S.A. DE C.V.	Michoacán
PEGO, S.A. DE C.V.	Chihuahua
PEGO, S.A. DE C.V.	Baja California Sur
PEMORE, S.A. DE C.V.	San Luis Potosí
PHARMA CIENTIFIC, S.A. DE C.V.	San Luis Potosí
PIHCSA PARA HOSPITALES,S.A.DE C.V.	San Luis Potosí
PRAXAIR MEXICO, S. DE R.L. DE C.V.	Guanajuato
PRODESMEC	Guanajuato
PRODUCTOS CIENTIFICOS, S.A. DE C.V.	San Luis Potosí
PROFESSIONAL PHARMACY, S. A. DE C. V.	Campeche
PRO-INMUNE S.A DE C.V	Tlaxcala
PRO-INMUNE S.A DE C.V	San Luis Potosí
PRO-INMUNE S.A DE C.V	Aguascalientes
PROVEEDORA DE SISTEMAS PARA LABORATORIOS, SA DE CV	Michoacán
PROVEEDORA ESPECIALIZADA DE MEDICAMENTOS, S.A. DE C.V.	Sonora
PROVEEDORA ESPECIALIZADA DE MEDICAMENTOS, S.A. DE C.V.	San Luis Potosí
PROVEEDORA ESPECIALIZADA DE MEDICAMENTOS, S.A. DE C.V.	Querétaro
PROVEEDORA ESPECIALIZADA DE MEDICAMENTOS, S.A. DE C.V.	Puebla
PROVEEDORA FARMACEUTICA RAMIREZ, S.A. DE C.V.	Zacatecas
PROVEEDORA FARMACEUTICA RAMIREZ, S.A. DE C.V.	San Luis Potosí
PROVEEDORA FARMACEUTICA RAMIREZ, S.A. DE C.V.	Chihuahua
PROVEEDORA MEDICA BAC-SON, S.A. DE C.V.	Sonora
PROVEEDORA MEDICA BAC-SON, S.A. DE C.V.	Baja California
PROVEEDORA MEDICA DEL NOROESTE S.A. DE C.V.	Sonora
PROVEEDORA MEDICA DEL NOROESTE S.A. DE C.V.	Sinaloa
PROVEEDORA MEDICA DEL NOROESTE S.A. DE C.V.	Chihuahua
PROVEEDORA MEDICA DEL NOROESTE S.A. DE C.V.	Baja California Sur
PROVEEDORA MEDICA DEL NOROESTE S.A. DE C.V.	Baja California

Razón Social	Entidad
PROVEEDORA MEDICA DEL SUR	Guerrero
PROVEEDORA OCCIDENTAL DE MEDICAMENTOS, S.A. DE C.V.	Zacatecas
PROVEEDORA OCCIDENTAL DE MEDICAMENTOS, S.A. DE C.V.	Sonora
PROVEEDORA OCCIDENTAL DE MEDICAMENTOS, S.A. DE C.V.	Sinaloa
PROVEEDORA OCCIDENTAL DE MEDICAMENTOS, S.A. DE C.V.	San Luis Potosí
PROVEEDORA OCCIDENTAL DE MEDICAMENTOS, S.A. DE C.V.	Querétaro
PSICOFARMA, S.A. DE C.V.	Zacatecas
PSICOFARMA, S.A. DE C.V.	Puebla
PSICOFARMA, S.A. DE C.V.	Aguascalientes
Q.F.B WILJARDO TELLO MORENO	Michoacán
QUIRURGICOS E HIPODERMICOS DEL NORESTE, S.A. DE C.V.	San Luis Potosí
RAALSA DISTRIBUIDORA DE MEDICAMENTOS, S.A. DE C.V.	San Luis Potosí
RAALSA DISTRIBUIDORA DE MEDICAMENTOS, S.A. DE C.V.	Baja California Sur
RAGAR S.A. DE C.V.	Querétaro
RAGAR S.A. DE C.V.	Puebla
RAGAR S.A. DE C.V.	Chihuahua
RALCA, S.A. DE C.V.	Zacatecas
RALCA, S.A. DE C.V.	San Luis Potosí
RALCA, S.A. DE C.V.	Colima
RALCA, S.A. DE C.V.	Chihuahua
RALCA, S.A. DE C.V.	Baja California Sur
RAMA MEDICA S.A. DE C.V.	Colima
RAMON VELASCO ALVAREZ	Hidalgo
RD, GRUPO MEDICO, S.A. DE C.V.	Sonora
RD, GRUPO MEDICO, S.A. DE C.V.	Chihuahua
RD, GRUPO MEDICO, S.A. DE C.V.	Baja California
REACTIVOS Y QUIMICOS S.A. DEC.V.	Chihuahua
REACTIVOS Y QUIMICOS S.A. DEC.V.	Baja California
REGIO PHARMA	Zacatecas
REGIO PHARMA	San Luis Potosí
REGIO PHARMA	Nuevo León
REGIO PHARMA	Chihuahua
REPRESENTACIONES E INVESTIGACIONES MEDICAS, S.A. DE C.V.	Zacatecas
REPRESENTACIONES E INVESTIGACIONES MEDICAS, S.A. DE C.V.	Tabasco
REPRESENTACIONES E INVESTIGACIONES MEDICAS, S.A. DE C.V.	Querétaro
REPRESENTACIONES E INVESTIGACIONES MEDICAS, S.A. DE C.V.	Colima
REPRESENTACIONES E INVESTIGACIONES MEDICAS, S.A. DE C.V.	Baja California Sur
REPRESENTACIONES E INVESTIGACIONES MEDICAS, S.A. DE C.V.	Baja California
REX FARMA, S.A. DE C.V.	San Luis Potosí
REX FARMA, S.A. DE C.V.	Michoacán
REX FARMA, S.A. DE C.V.	Guanajuato
REYES CARRILLO MARIA LETICIA	Tamaulipas

Razón Social	Entidad
REYES MUÑOS FERNANDO	Estado de México
RIC DIAGNOSTICA COMERCIAL S.A. DE C.V.	Sinaloa
RIVERA SALINAS ROSENDO JAVIER	Oaxaca
ROCHA POMPA MA ALEJANDRA	Guerrero
ROSA MARIA GUERRERO TRONCOSO	Colima
RUPERTO SALAZAR SANCHEZ	Tlaxcala
SAENZ GUERRA MARILENA	Tamaulipas
SALVEO S.A. DE C.V.	Zacatecas
SALVEO S.A. DE C.V.	Aguascalientes
SAVI DISTRIBUCIONES, S.A. DE C.V.	Zacatecas
SAVI DISTRIBUCIONES, S.A. DE C.V.	San Luis Potosí
SAVI DISTRIBUCIONES, S.A. DE C.V.	Querétaro
SAVI DISTRIBUCIONES, S.A. DE C.V.	Estado de México
SAVI DISTRIBUCIONES, S.A. DE C.V.	Chihuahua
SAVI DISTRIBUCIONES, S.A. DE C.V.	Campeche
SAVI DISTRIBUCIONES, S.A. DE C.V.	Baja California
SAY QUIMICA MEDICA, S.A. DE C.V.	San Luis Potosí
SAY QUIMICA MEDICA, S.A. DE C.V.	Morelos
SAY QUIMICA MEDICA, S.A. DE C.V.	Guerrero
SELECTO MEDICA, S.A DE C.V.	Sinaloa
SELECTO MEDICA, S.A DE C.V.	Guanajuato
SELECTO MEDICA, S.A DE C.V.	Baja California Sur
SERGIO HERNANDEZ VAZQUEZ	Michoacán
SERVICIOS DE DISTRIBUCION HOSPITALARIA, S.C. DE R.L. DE C.V.	San Luis Potosí
SERVICIOS FARMACEUTICOS ESPECIALIZADOS S.A. DE C.V.	Colima
SERVICIOS MEDICOS SUPER, S.A. DE C.V.	Michoacán
SERVICIOS MEDICOS SUPER, S.A. DE C.V.	Durango
SERVICIOS MEDICOS SUPER, S.A. DE C.V.	Coahuila
SERVICIOS MEDICOS SUPER, S.A. DE C.V.	Chihuahua
SOCIEDAD CORPORATIVA PARA LA SALUD	Morelos
SOLUCIONES INTEGRALES DE ABASTO S.A. DE C.V.	Aguascalientes
SOLUMEDI, S.A.DE C.V.	Sinaloa
SUPER FARMACIA DE AHUACATLAN, S.A. DE C.V.	San Luis Potosí
SURTIDORA HOSPITALARIA DE LEON, S.A. DE C.V.	San Luis Potosí
TC COINSA, SA DE CV	Michoacán
TECNOFARMA S.A. DE C.V.	San Luis Potosí
TERESA DE JESUS MARTIN HERRERA	Quintana Roo
THELMA NIDIA GARZA ALANIS	Zacatecas
THELMA NIDIA GARZA ALANIS	Nuevo León
THELMA NIDIA GARZA ALANIS	Durango
THELMA NIDIA GARZA ALANIS	Coahuila
TIENDAS CHEDRAUI	Guerrero

Razón Social	Entidad
TORRES DEL CASTILLO MARIA ANTONIETA BEATRIZ	Guerrero
ULTRA LABORATORIOS, S.A. DE C.V.,	San Luis Potosí
ULTRA LABORATORIOS, S.A. DE C.V.,	Chihuahua
ULTRA LABORATORIOS, S.A. DE C.V.,	Baja California
UNIVERSIDAD AUTONOMA DE PUEBLA	Puebla
VECSA PRODUCTOS FARMACÉUTICOS	Guerrero
VIKEGSA, S.A DE C.V.	San Luis Potosí
VIKEGSA, S.A DE C.V.	Baja California
VITAE LABORATORIOS S.A. DE C.V.	Chihuahua
YANET SOLIS NAVARRETE	Guerrero
ZERIFAR, S.A. DE C.V.	Zacatecas
ZERIFAR, S.A. DE C.V.	Sonora
ZERIFAR, S.A. DE C.V.	Querétaro
ZERIFAR, S.A. DE C.V.	Puebla
ZERIFAR, S.A. DE C.V.	Coahuila
ZIPREX	Sonora

Fuente: Dirección de Procesos Logísticos, DGPLADES, SSA

ANEXO B

PROVEEDORES CONTRATADOS POR ENTIDAD FEDERATIVA (PRIMER SEMESTRE, 2008)

Entidad federativa	Razón social del distribuidor
Aguascalientes	
	ABASTECEDORA MÉDICO HOSPITALARIA DE AGUASCALIENTES CASA SABA, S.A. DE C.V. FARMACÉUTICOS MAYOPO S.A. DE C.V. LABORATORIOS KENER S.A. DE C.V. NACIONAL DE FÁRMACOS S.A. DE C.V. PRO-INMUNE S.A. DE C.V. PSICOFARMA, S.A. DE C.V. SALVEO S.A. DE C.V. SOLUCIONES INTEGRALES DE ABASTO S.A. DE C.V.

Entidad federativa	Razón social del distribuidor
Baja California	
	<p>BAXTER S.A. DE C.V. BECTON DICKINSON DE MÉXICO, S.A. DE C.V. CENMED S.A. DE C.V. COMERCIALIZADORA GRUPO KABANDA, S.A. DE C.V. CONSORCIO HOSPITALARIO, S.A. DE C.V. DISTRIBUIDORA INTERNAC. DE MEDICAMENTOS Y EQUIPO MEDICO FARMACÉUTICOS MAYOPO S.A. DE C.V. GRUPO FARMACÉUTICO DE TIJUANA, S.A. DE C.V. HIPO PAK, S.A. DE C.V. LABORATORIOS SILANES, S.A. DE C.V. MARKETING MEDICINAL, S.A. DE C.V. PROVEEDORA MÉDICA BAC-SON, S.A. DE C.V. PROVEEDORA MÉDICA DEL NOROESTE S.A. DE C.V. RD, GRUPO MEDICO, S.A. DE C.V. REACTIVOS Y QUÍMICOS S.A. DE C.V. REPRESENTACIONES E INVESTIGACIONES MEDICAS, S.A. SAVI DISTRIBUCIONES, S.A. DE C.V. ULTRA LABORATORIOS, S.A. DE C.V., VIKEGSA, S.A. DE C.V.</p>
Baja California Sur	
	<p>AGUILAR ESPARZA REFUGIO ASTORGA OSUNA SAMUEL CASTILLO HUERTA MARTIN COMERCIALIZADORA DE MEDICAMENTOS Y REACTIVOS S.A. COMPAÑÍA INTERNACIONAL MEDICA, S.A. DE C.V. CONCEPTO MEDICO DE LA PAZ, S.A. DE C.V. DISTRIBUIDORA SAN GERMÁN, S.A. DE C.V. FÁRMACOS ESPECIALIZADOS S.A. DE C.V. HIPO PAK, S.A. DE C.V. HUERTA Y SUCESTORES, S.A. DE C.V. MARIA MAGDALENA CARRIZALES CORTEZ PEGO, S.A. DE C.V. PROVEEDORA MÉDICA DEL NOROESTE S.A. DE C.V. RAALSA DISTRIBUIDORA DE MEDICAMENTOS, S.A. DE C.V. RALCA, S.A. DE C.V. REPRESENTACIONES E INVESTIGACIONES MEDICAS, S.A. SELECTO MÉDICA, S.A. DE C.V.</p>
Campeche	
	<p>COMERCIALIZADORA MAJTEL S.A. DE C.V. COMPAÑÍA INTERNACIONAL MEDICA, S.A. DE C.V. DISTRIBUIDORA INTERNAC. DE MEDICAMENTOS Y EQUIPO MEDICO FRAGAR MEDICA DE CAMPECHE, S.A. DE C.V. GOVI DISTRIBUCIONES MEDICAS, S.A. DE C.V. IMPULSORA MEDICA QUÍMICA E INDUSTRIAL DE CAMPECHE</p>

Entidad federativa	Razón social del distribuidor
	MEDSUR, S.A. DE R.L. INSTITUTO DE SERVICIOS DE SALUD PÚBLICA DE CAMPECHE PROFESSIONAL PHARMACY, S. A. DE C. V. SAVI DISTRIBUCIONES, S.A. DE C.V.
Chiapas	
	FARMACIAS EL FÉNIX DEL CENTRO S.A. DE C.V. S.A. de C.V.
Chihuahua	
	ARTIMÉDICA S.A. DE C.V. BIFFINGTONS DE MÉXICO S.A. DE C.V. COMERCIALIZADORA DE PRODUCTOS INSTITUCIONALES S.A COMERCIALIZADORA GRUPO KABANDA, S.A. DE C.V. COMPAÑÍA INTERNACIONAL MEDICA, S.A. DE C.V. DIBITER S.A. DE C.V. DISTRIBUIDORA DE MEDICAMENTOS MIGUEL ÁNGEL QUEZADA DISTRIBUIDORA INTERNAC. DE MEDICAMENTOS Y EQUIPO MEDICO DISTRIBUIDORA SEVI S.A. DE C.V. FARMACÉUTICOS MAYOPO S.A. DE C.V. FARMACIA DE SIMILARES, S.A. DE C.V. FARMACIAS DE JALISCO, S.A. DE C.V. FÁRMACOS ESPECIALIZADOS S.A. DE C.V. LABORATORIOS JAYOR S.A. DE C.V. LEVE VISION, S.A. DE C.V. MEDICAMENTOS Y REACTIVOS DE CHIHUAHUA S.A. DE C.V. MEDIFLASH PEGO, S.A. DE C.V. PROVEEDORA MÉDICA DEL NOROESTE S.A. DE C.V. RAGAR S.A. DE C.V. RALCA, S.A. DE C.V. RD, GRUPO MEDICO, S.A. DE C.V. REACTIVOS Y QUÍMICOS S.A. DE C.V. REGIO PHARMA SAVI DISTRIBUCIONES, S.A. DE C.V. SERVICIOS MÉDICOS SÚPER, S.A. DE C.V. ULTRA LABORATORIOS, S.A. DE C.V., VITAE LABORATORIOS S.A. DE C.V.
Coahuila	
	ARTIMÉDICA S.A. DE C.V. COMERCIALIZADORA HISA, S.A. DE C.V. DISTRIBUIDORA INTERNAC. DE MEDICAMENTOS Y EQUIPO MEDICO DISTRIBUIDORA SEVI, S.A. DE CV. FARMACÉUTICOS ESPECIALIZADOS, S.A. CV FARMACÉUTICOS MAYOPO S.A. DE C.V. JESÚS SILLER SOTO LABSCO PROMEDIC, S.A. DE C.V.

Entidad federativa	Razón social del distribuidor
	LEVE VISION, S.A. DE C.V. MARIA MAGDALENA CARRIZALES CORTEZ SERVICIOS MÉDICOS SÚPER, S.A. DE C.V. THELMA NIDIA GARZA ALANÍS ZERIFAR, S.A. DE C.V.
Colima	
	ECOMED SUPPLIES DE COLIMA, S. DE R.L. DE C.V. GALFER MEDICA S.A. DE C.V. LABORATORIOS DE BIOLÓGICOS Y REACTIVOS DE MÉXICO LABORATORIOS KENER S.A. DE C.V. LABORATORIOS PISA, S.A. DE C.V. LORENA GUADALUPE CÁRDENAS ALCARAZ MARIA IBETH QUEZADA ARELLANO MARTHA GARCÍA CHÁVEZ MATERIAL MEDICO DE OCCIDENTE, S.A. DE C.V. MEDICURI S.A. DE C.V. MEDINSUMOS Y EQUIPOS DE JALISCO S.A. DE C.V. NACIONAL DE FÁRMACOS S.A. DE C.V. NUEVO MILENIO DISTRIBUCIONES Y MEDICAMENTOS, S.A. RALCA, S.A. DE C.V. RAMA MEDICA S.A. DE C.V. REPRESENTACIONES E INVESTIGACIONES MEDICAS, S.A. ROSA MARIA GUERRERO TRONCOSO SERVICIOS FARMACÉUTICOS ESPECIALIZADOS S.A. DE C.V.
Durango	
	FARMACIAS ECONOMIK LABORATORIOS KENER S.A. DE C.V. MARIA MAGDALENA CARRIZALES CORTEZ MEDICINAS SARO SERVICIOS MÉDICOS SÚPER, S.A. DE C.V. THELMA NIDIA GARZA ALANÍS
Distrito Federal	
	FARMACIAS EL FÉNIX DEL CENTRO S.A. DE C.V.
Estado de México	
	FARMACIAS EL FÉNIX DEL CENTRO S.A. DE C.V. DISTRIBUIDOR DISUR, S.A. DE C.V. REYES MUÑOS FERNANDO GARDUÑO PRADO JUANA PRAXEDES LABORATORIO ALPHARMA, S.A. DE C.V. REYES MUÑOS FERNANDO COMERCIALIZADORA FARMACÉUTICA DE CHIAPAS, S.A. SAVI DISTRIBUCIONES, S.A. DE C.V. FARMACÉUTICOS MAYOPO S.A. DE C.V. LABORATORIOS DE BIOLÓGICOS Y REACTIVOS DE MÉXICO

Entidad federativa	Razón social del distribuidor
Guanajuato	<p> AMBAR ITZHEL RHA HUERTA DE LA TORRE ANTONIO ELIAN MARUN LAMAR ARTÍCULOS MEDICO DEL CENTRO S.A. DE C.V. CASILLAS NAVA LEONARDO ISRAEL CHEMICAL EXPRESS S.A. DE C.V. COMERCIALIZADORA MÉDICA TAPATÍA S.A. DE C.V. DIMECEN DE MEDICAMENTOS, S.A. DE C.V. DISTRIBUIDORA DE MEDICAMENTOS MIGUEL ÁNGEL QUEZADA DISTRIBUIDORA FARMACÉUTICA STA MARIA S.A. DE C.V. ELECTRO PAPER, S.A. DE C.V. EQUIPOS QUIRÚRGICOS POTOSINOS, S.A. DE C.V. FARMACÉUTICOS MAYOPO S.A. DE C.V. FÁRMACOS ESPECIALIZADOS S.A. DE C.V. FRIDA SUSANA RIVAS NÚÑEZ JUAN FIDEL MARTÍNEZ VILLAGRÁN LABORATORIOS PISA, S.A. DE C.V. LAURA CRISTINA VALLEJO GUANI LOFARMA, S.A. DE C.V. MEDICURI S.A. DE C.V. MULTIFÁRMACOS DE OCCIDENTE, S.A. DE C.V. PRAXAIR MÉXICO, S. DE R.L. DE C.V. PRODESMEC REX FARMA, S.A. DE C.V. SELECTO MÉDICA, S.A. DE C.V. TECNOFARMA S.A. DE C.V. </p>
Guerrero	<p> ADRIANA LARA GARCÍA AGR OUTSOURCING, S.A. DE C.V. ARTÍCULOS MÉDICOS Y DE LABORATORIO CASA RODRÍGUEZ MATERIAL DE CURACIÓN Y MEDICAMENTOS CHEMICAL EXPRESS S.A. DE C.V. COMERCIALIZADORA ALHOPA COMERCIALIZADORA DE MEDICAMENTOS ECONÓMICOS COMERCIALIZADORA EMILIANO ZAPATA COMERCIALIZADORA GRUPO KABANDA, S.A. DE C.V. COMERCIALIZADORA MEDICA EDWARD Y E. COMERCIALIZADORA QUIROLAB COMERCIALIZADORA WINNERS COMERCIALIZADORA DE MEDICAMENTOS DE ATOYAC DANIEL CÁRDENAS BOLAÑOS DIMELAB MEDICAMENTOS, MATERIAL Y EQUIPOS MÉDICOS DISTRIBUCIONES GUZMÁN DISTRIBUCIÓN DE MEDICAMENTOS DISTRIBUIDORA DE MEDICAMENTOS MIGUEL ÁNGEL QUEZADA DISTRIBUIDORA DE MEDICAMENTOS SIGA DISTRIBUIDORA HOSPI-LAB ESMAFRA MEDICAMENTOS EVELIA LARIOS MARTÍNEZ </p>

Entidad federativa	Razón social del distribuidor
	FARMA TLAPA FARMA Y MAS FARMA Y MAS ORGANIZACIÓN COMERCIAL HECA FARMACÉUTICA DIAMANTE DISTRIBUIDORA DE MEDICAMENTOS FARMACÉUTICA VECSA FARMACÉUTICOS MAYOPO S.A. DE C.V. FARMACÉUTICOS TENORIO S. A. DE C. V. FARMACIA AVIACIÓN FARMACIA DE GENÉRICOS Y SIMILARES FARMACIA DEL CENTRO FARMACIA ICACOS FARMACIA JAVI FARMACIA KOBBI, MEDICAMENTOS POPULARES Y DE PATENTE FARMACIA LA SALUD FARMACIA SIMILARES FARMACIA TRÉBOL FARMACIAS DEL AHORRO FARMACIAS LEYVA FARMACIAS MEXICANAS FÁRMACOS ESPECIALIZADOS S.A. DE C.V. FARMAMUNDO S.A. DE C.V. FARMAPRONTO FARMAPRONTO EL PASTILLERO FARMAVIDA FÉNIX FIDELA GARCÍA DE LA ROSA FRANCISCO TRINIDAD MARTÍNEZ JUSTINIANO G.M.G. SUMINISTROS PROFESIONALES Y SERVICIOS GERSALVA COMERCIAL S.A. de C.V. GÓMEZ FIGUEROA ELIDA SURAYA GRUPO DE ABASTECIMIENTO HOSPITALARIO GUADALUPE DÍAZ GOYTIA HEARTCAT HOSPITALARIOS VIKASA IMPORTADORA MEDICA DEL SUR INALVI GARIBO CHORA INDUSTRIA FARMACÉUTICA DE GUERRERO INSTRUMEDIC DE ACAPULCO JOSÉ RUBÉN VICENTE GALINA ORTIZ KAJEBEL TODO PARA SU HOSPITAL LABORATORIOS PISA, S.A. DE C.V. MARIA JUANA MARTÍNEZ VALENCIA NUEVA WALT-MART DE MÉXICO S DE RL DE CV PEDRO GARIBO CHORA PROVEEDORA MEDICA DEL SUR ROCHA POMPA MA ALEJANDRA SAY QUÍMICA MEDICA, S.A. DE C.V. TIENDAS CHEDRAUI TORRES DEL CASTILLO MARIA ANTONIETA BEATRIZ VECSA PRODUCTOS FARMACÉUTICOS YANET SOLÍS NAVARRETE

Entidad federativa	Razón social del distribuidor
Hidalgo	
	AGR OUTSOURCING, S.A. DE C.V. CENTRO INTEGRAL FARMACÉUTICO S.A. DE C.V. DAVID GUERRERO VARGAS DISTRIBUIDORA TERCER MILENIO S.A. DE C.V. GUADALUPE DÍAZ GOYTIA GUILLERMINA ACOSTA ALDANA RAMÓN VELASCO ÁLVAREZ
Jalisco	
	LOMEDIC S.A. DE C.V.
Michoacán	
	MARCO ANTONIO SOTO GÁMEZ ADRIANA GUTIÉRREZ VICENTELO ALMACENES FLORES HOSPITALARIOS, S.A. DE CV. ANESTÉSICOS DE JALISCO, A.C. ANTIBIÓTICOS DE MÉXICO, S.A. DE CV ARMANDO CHÁVEZ GARCÍA BAXTER S.A. DE C.V. CARLOS FRUMENCIO PINEDA HIDALGO CLAUDIO RODRIGO HERRERA RODRÍGUEZ COMERCIALIZADORA FARMACÉUTICA MEXICANA COMERCIALIZADORA MÉDICA TAPATÍA S.A. DE C.V. CONRADO RODRÍGUEZ CORTES CORPOMED MÉXICO, S.A. DE CV DIJALME, S.A. DE CV DISTRIBUIDORA FARVETHOS, S.A. DE C.V. DISTRIBUIDORA HERRDUART, S.A. DE CV DISTRIBUIDORA ONCOLIN, S.A. DE CV. DISTRIBUIDORA Y COMERCIALIZADORA LA HUASTECA S.A. FAM DENTAL, S.A. DE CV FARMACIA GUADALAJARA, S.A. DE CV FARMACIAS DE JALISCO, S.A. DE C.V. FÁRMACOS ESPECIALIZADOS S.A. DE C.V. FERNÁNDEZ Y JAVER, SA DE CV FRANCISCO JAVIER ALARCÓN JIMÉNEZ GABRIEL GARCÍA ROJAS GRUPO LAMPORT, S. DE RL DE CV HÉCTOR HERNÁNDEZ VÁZQUEZ JOSÉ MARIA GUZMÁN GAYTAN JOSÉ VIDAL MORA ZUÑIGA LABORATORIO RAAM DE SAHUAYO S.A. DE CV LABORATORIOS DE BIOLÓGICOS Y REACTIVOS DE MÉXICO LABORATORIOS PISA, S.A. DE C.V. LAURA AGUILAR GIL LAURA CHÁVEZ HERNÁNDEZ LILIANA VILLAGARCIA SEGURA MARCO ANTONIO SOTO GÁMEZ

Entidad federativa	Razón social del distribuidor
	MARIA ELVIA PORTILLO ALONSO MARTHA PATRICIA HERNÁNDEZ ESTRADA MATERIAL DE CURACIÓN Y EQUIPO MEDICO, S.A. DE CV NUEVO MILENIO DISTRIBUCIONES Y MEDICAMENTOS, S.A. OXIGENO MEDICINAL Y ACCESORIOS MÉDICOS, S.A. PEGO, S.A. DE C.V. PROVEEDORA DE SISTEMAS PARA LABORATORIOS, S.A. Q.F.B WILJARDO TELLO MORENO REX FARMA, S.A. DE C.V. SERGIO HERNÁNDEZ VÁZQUEZ SERVICIOS MÉDICOS SÚPER, S.A. DE C.V. TC COINSA, S.A. DE CV
Nuevo León	
	ARTIMÉDICA S.A. DE C.V. BIOMÉDICA EDSOM, S.A. de C.V. COMERCIALIZADORA HISA, S.A. DE C.V. COMERCIALIZADORA MEDIX, S.A. de C.V. LABORATORIOS PISA, S.A. DE C.V. MÉDICA DALÍ, S.A. de C.V. MEDIX DEL NORTE, S.A. de C.V. REGIO PHARMA THELMA NIDIA GARZA ALANÍS
Oaxaca	
	AUDIPHARMA, S.A. DE C.V. CENTRO DE PRODUCTOS MÉDICOS CHEMICAL EXPRESS S.A. DE C.V. COMERCIALIZADORA MÉDICA TAPATÍA S.A. DE C.V. CORPORACIÓN ARMO DISTRIBUIDORA DE FÁRMACOS Y FRAGANCIAS S.A.DE C.V. DISTRIBUIDORA DE SUEROS Y EQUIPOS DISTRIBUIDORA ERCCO DISTRIBUIDORA ONCOLIN, S.A. DE CV. FÁRMACOS ESPECIALIZADOS S.A. DE C.V. FERNÁNDEZ PELLÓN VILLASEÑOR LUIS MIGUEL HERNÁNDEZ REYES JACQUELINE MENDOZA GARCIDUEÑAS JORGE NUEVO MILENIO DISTRIBUCIONES Y MEDICAMENTOS, S.A. RIVERA SALINAS ROSENDO JAVIER
Puebla	
	BIOFARM DISTRIBUCIONES BRUDIMEX, S.A. DE C.V. CENTRAL FARMACÉUTICA MERCED S.A. DE C.V. COMERCIALIZADORA DE PRODUCTOS INSTITUCIONALES S.A. COMERCIALIZADORA EXTEA S.A. DE C.V. COMERCIALIZADORA GRUPO KABANDA, S.A. DE C.V. COMERCIALIZADORA MÉDICA TAPATÍA S.A. DE C.V.

Entidad federativa	Razón social del distribuidor
	COMPAÑÍA INTERNACIONAL MEDICA, S.A. DE C.V. CURARUM S.A. DE C.V. DIBITER S.A. DE C.V. DISTRIBUIDORA DE FÁRMACOS Y FRAGANCIAS S.A. DE C.V. DISTRIBUIDORA ERCCO DISTRIBUIDORA INTERNACIONAL DE MEDICAMENTOS Y EQUIPO MEDICO DISTRIBUIDORA RAGA FARMACÉUTICOS MAYOPO S.A. DE C.V. FARMACIA DE APOYO FARMACIAS NACIONALES S.A. DE C.V. FÁRMACOS ESPECIALIZADOS S.A. DE C.V. GEORGINA CARPINTEIRO SÁNCHEZ HERIBERTO MÉNDEZ LEÓN INTERGENERIC, S.A. DE C.V. JOSÉ RUBÉN VICENTE GALINA ORTIZ KALTHEN DE MÉXICO, S.A. DE C.V. LABORATORIO ALPHARMA, S.A. DE C.V. LABORATORIOS JAYOR S.A. DE C.V. LABORATORIOS PISA, S.A. DE C.V. LEVE VISION, S.A. DE C.V. MARCELINO MADRID DÍAZ MEDICAL PRECISIÓN MEDICAMENTOS Y MATERIALES KAPA NACIONAL DE FÁRMACOS S.A. DE C.V. PROVEEDORA ESPECIALIZADA DE MEDICAMENTOS, S.A. PSICOFARMA, S.A. DE C.V. RAGAR S.A. DE C.V. UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE PUEBLA ZERIFAR, S.A. DE C.V.
Querétaro	
	ARTÍCULOS MÉDICOS DEL CENTRO S.A. DE C.V. COMERCIALIZADORA DE PRODUCTOS INSTITUCIONALES S.A. COMPAÑÍA INTERNACIONAL MEDICA, S.A. DE C.V. DIBITER S.A. DE C.V. DISTRIBUIDORA INTERNAC. DE MEDICAMENTOS Y EQUIPO MEDICO FARMACÉUTICOS MAYOPO S.A. DE C.V. FÁRMACOS ESPECIALIZADOS S.A. DE C.V. GEORGINA CARPINTEIRO SÁNCHEZ HI-TEC MEDICAL DE QUERÉTARO, S.A. DE C.V. LABORATORIOS KENER S.A. DE C.V. LEVE VISION, S.A. DE C.V. LOZANO MARTIN JOSÉ HÉCTOR MEDICA FARMA ARCAR S.A. DE CV PEGO, S.A. DE C.V. PROVEEDORA ESPECIALIZADA DE MEDICAMENTOS, S.A. PROVEEDORA OCCIDENTAL DE MEDICAMENTOS, S.A. DE C.V. RAGAR S.A. DE C.V.

Entidad federativa	Razón social del distribuidor
	REPRESENTACIONES E INVESTIGACIONES MEDICAS, S.A. SAVI DISTRIBUCIONES, S.A. DE C.V. ZERIFAR, S.A. DE C.V.
Quintana Roo	
	DISTRIBUIDORA DE FÁRMACOS Y FRAGANCIAS S.A. DE C.V. FARMACIA DE SIMILARES, S.A. DE C.V. MARIA GUADALUPE MENDOZA ORTEGA TERESA DE JESÚS MARTIN HERRERA
San Luis Potosí	
	ARSENAL MEDICO, S.A. DE C.V. ARTIMÉDICA S.A. DE C.V. AUDIPHARMA, S.A. DE C.V. CAGESA ABASTECEDORA DE HOSPITALES, S.A. DE C.V. CASA SABA, S.A. DE C.V. CHEMICAL EXPRESS S.A. DE C.V. CHEROMY, S.A. DE CV COMERCIALIZADORA FARMACÉUTICA DE CHIAPAS, S.A. COMERCIALIZADORA DE PRODUCTOS INSTITUCIONALES S.A COMERCIALIZADORA HISA, S.A. DE C.V. COMERCIALIZADORA PHARMACEUTICA COMPHARMA, S.A. DEMHTA PROVEEDORES, S.A. DE C.V. DIBITER S.A. DE C.V. DISTRIBUIDORA MÉDICA ESPECIALIZADA, S.A. DE C.V. DISTRIBUIDORA SEVI S.A. DE C.V. DOMINGO TORRE GUERRERO EQUIPOS QUIRÚRGICOS POTOSINOS, S.A. DE C.V. FARMACÉUTICOS MAYOPO S.A. DE C.V. FARMACIA GUADALAJARA, S.A. DE CV FARMACIAS DE SIMILARES, S.A. DE C.V. FÁRMACOS ESPECIALIZADOS S.A. DE C.V. FARMATONIC, S.A. DE C.V. FRESENIUS KABI MÉXICO, S.A. DE C.V. GRUPO DISTRIBUIDOR FARMACÉUTICO, S.A. DE C.V. GRUPO FARMACÉUTICO DE TAMPICO, S.A. DE C.V. HI-TEC MEDICAL DE QUERÉTARO, S.A. DE C.V. I.S.S.S.T.E. IMPULSO HOSPITALARIO, S.A. DE C.V. JESÚS SILLER SOTO LABORATORIOS DE BIOLÓGICOS Y REACTIVOS DE MÉXICO LABORATORIOS PISA, S.A. DE C.V. LABORATORIOS SILANES, S.A. DE C.V. LABORATORIOS VALDECASAS, S.A. DE C.V. MA. MAGDALENA ANTONIETA DE LA GARZA MACÍAS MEDICA FARMA ARCAR S.A. DE CV MEDIGROUP DEL PACIFICO S.A. DE C.V. MULTIFÁRMACOS DE OCCIDENTE, S.A. DE C.V. PEGO, S.A. DE C.V. PEMORE, S.A. DE C.V.

Entidad federativa	Razón social del distribuidor
	PHARMA CIENTIFIC, S.A. DE C.V. PIHCSA PARA HOSPITALES, S.A. DE C.V. PRODUCTOS CIENTÍFICOS, S.A. DE C.V. PRO-INMUNE S.A. DE C.V. PROVEEDORA ESPECIALIZADA DE MEDICAMENTOS, S.A. PROVEEDORA FARMACÉUTICA RAMÍREZ, S.A. DE C.V. PROVEEDORA OCCIDENTAL DE MEDICAMENTOS, S.A. DE C.V. QUIRÚRGICOS E HIPODÉRMICOS DEL NORESTE, S.A. DE C.V. RAALSA DISTRIBUIDORA DE MEDICAMENTOS, S.A. DE C.V. RALCA, S.A. DE C.V. REGIO PHARMA REX FARMA, S.A. DE C.V. SAVI DISTRIBUCIONES, S.A. DE C.V. SAY QUÍMICA MEDICA, S.A. DE C.V. SERVICIOS DE DISTRIBUCIÓN HOSPITALARIA, S.C. DE R.L. SÚPER FARMACIA DE AHUACATLÁN, S.A. DE C.V. SURTIDORA HOSPITALARIA DE LEÓN, S.A. DE C.V. TECNOFARMA S.A. DE C.V. ULTRA LABORATORIOS, S.A. DE C.V. VIKEGSA, S.A. DE C.V.
Sinaloa	
	COMETA MERCANTIL, S.A. DE CV DISCOFAR, S.A. DE C.V. FARMACIAS COSMOS FARMACON S.A. DE C.V. FÁRMACOS ESPECIALIZADOS S.A. DE C.V. MEDICINAS DEL PACIFICO, S.A. DE C.V. PROVEEDORA MÉDICA DEL NOROESTE S.A. DE C.V. PROVEEDORA OCCIDENTAL DE MEDICAMENTOS, S.A. DE C.V. RIC DIAGNOSTICA COMERCIAL S.A. DE C.V. SELECTO MÉDICA, S.A. DE C.V. SOLUMEDI, S.A. DE C.V.
Sonora	
	AUDIPHARMA, S.A. DE C.V. BAXTER S.A. DE C.V. CASA SABA, S.A. DE C.V. CENMED S.A. DE C.V. COMERCIALIZADORA DE INSUMOS PARA LA SALUD, S.A. COMERCIALIZADORA DE PRODUCTOS INSTITUCIONALES S.A COMPAÑÍA INTERNACIONAL MEDICA, S.A. DE C.V. DIBITER S.A. DE C.V. DISTRIBUIDORA INTERNAC. DE MEDICAMENTOS Y EQUIPO MEDICO DISTRIBUIDORA PROYECTA FARMACÉUTICOS MAYOPO S.A. DE C.V. FÁRMACOS ESPECIALIZADOS S.A. DE C.V. FRESENIUS KABI MÉXICO, S.A. DE C.V. HIPO PAK, S.A. DE C.V.

Entidad federativa	Razón social del distribuidor
	LABORATORIOS SILANES, S.A. DE C.V. MARKETING MEDICINAL, S.A. DE C.V. MEDICA AVANZADA S.A. DE C.V. PEGO, S.A. DE C.V. PROVEEDORA ESPECIALIZADA DE MEDICAMENTOS, S.A. PROVEEDORA MEDICA BAC-SON PROVEEDORA MÉDICA DEL NOROESTE S.A. DE C.V. PROVEEDORA OCCIDENTAL DE MEDICAMENTOS, S.A. DE C.V. RD, GRUPO MEDICO, S.A. DE C.V. ZERIFAR, S.A. DE C.V. ZIPREX
Tabasco	
	BRUDIMEX, S.A. DE C.V. CASA MARZAM S.A. DE C.V. COMERCIALIZADORA FARMACÉUTICA DEL SURESTE, S.A. COMERCIALIZADORA DE PRODUCTOS INSTITUCIONALES S.A COMERCIALIZADORA MÉDICA HOSPITALARIA DE LOS ÁNGELES, S.A. DIBITER S.A. DE C.V. DISTRIBUIDORA DE FÁRMACOS Y FRAGANCIAS S.A. DE C.V. DISTRIBUIDORA INTERNAC. DE MEDICAMENTOS Y EQUIPO MEDICO DISTRIBUIDORA Y EXPORTADORA DE MEDICAMENTOS, S.A. DROGUERÍA Y FARMACIA EL GLOBO, S.A. DE C.V. COMERCIALIZADORA DE BIENES Y SERVICIOS ESPECIALES FARMACÉUTICO EMPRESARIAL MARTÍNEZ, S.A. DE C.V. FARMACÉUTICOS MAYOPO S.A. DE C.V. FARMACIA DE SIMILARES, S.A. DE C.V. GEORGINA CARPINTEIRO SÁNCHEZ GLADYS DEL JESÚS RODRÍGUEZ HERNÁNDEZ GRUPO FÁRMACOS ESPECIALIZADOS, S.A. DE C.V. HOSPITALES Y LABORATORIOS DEL SURESTE, S.A. DE C.V. INTERGENERIC, S.A. DE C.V. K.R. AMTMANN, S.A. DE C.V. KALTHEN DE MÉXICO, S.A. DE C.V. MEDSUR, S.A. DE R.L. ONCOLÓGICOS Y ESPECIALIDADES DEL SURESTE, S.A. PEGO, S.A. DE C.V. REPRESENTACIONES E INVESTIGACIONES MEDICAS, S.A.
Tamaulipas	
	AMOR TAMBORELL JORGE DE JESÚS ANAYA LIMAS JAVIER FRANCISCO CARDIO MEDICAL COMERCIALIZADORA HISA, S.A. DE C.V. FARMACIA CALDERÓN FARMACIAS TAMAULIPECAS FARMACIAS Y SIMILARES LATINOAMERICANOS GRUPO FARMACÉUTICO VICTORIA

Entidad federativa	Razón social del distribuidor
	GUEVARA SERVIN JOSÉ REYES IMPULSORA COMERCIAL VICTORIA MOEDANO S OTC MORALES SAUCEDA IRMA ALICIA MORALES SAUCEDA JORGE EDUARDO REYES CARRILLO MARIA LETICIA SÁENZ GUERRA MARILENA
Tlaxcala	
	FARMACIAS NACIONALES S.A. DE C.V. FÁRMACOS ESPECIALIZADOS S.A. DE C.V. FARMAMUNDO S.A. DE C.V. HI-TEC MEDICAL SUR MARTHA VERÓNICA VELASCO RODRÍGUEZ MEDICAL YACRUZ PRO-INMUNE S.A. DE C.V. RUPERTO SALAZAR SÁNCHEZ
Veracruz	
	FARMACIA DE GENÉRICOS, S.A. DE C.V.
Yucatán	
	DISTRIBUIDORA DE FÁRMACOS Y FRAGANCIAS S.A. DE C.V.
Zacatecas	
	ARTIMÉDICA S.A. DE C.V. BAXTER S.A. DE C.V. BIFFINGTONS DE MÉXICO S.A. DE C.V. CADENA FARMACÉUTICA S.A. DE CV CHEMICAL EXPRESS S.A. DE C.V. COMERCIALIZADORA GRUPO KABANDA, S.A. DE C.V. COMERCIALIZADORA MAJTEL S.A. DE C.V. COMERCIALIZADORA PHARMACEUTICA COMPHARMA, S.A. COMPAÑÍA INTERNACIONAL MEDICA, S.A. DE C.V. DISTRIBUIDORA INTERNAC. DE MEDICAMENTOS Y EQUIPO MEDICO FARMACÉUTICA WANDEL, S.A. DE C.V. FARMACÉUTICOS MAYOPO S.A. DE C.V. FARMACIA DE SIMILARES, S.A. DE C.V. FARMACIAS DE JALISCO, S.A. DE C.V. FÁRMACOS ESPECIALIZADOS S.A. DE C.V. GEORGINA CARPINTEIRO SÁNCHEZ HALABE BUCAY LILIAN K.R. AMTMANN, S.A. DE C.V. LABORATORIO ALPHARMA, S.A. DE C.V. LABORATORIOS VALDECASAS, S.A. DE C.V. LEVE VISION, S.A. DE C.V. MEDICA FARMA ARCAR S.A. DE CV

Entidad federativa	Razón social del distribuidor
	PROVEEDORA FARMACÉUTICA RAMÍREZ, S.A. DE C.V. PROVEEDORA OCCIDENTAL DE MEDICAMENTOS, S.A. DE C.V. PSICOFARMA, S.A. DE C.V. RALCA, S.A. DE C.V. REGIO PHARMA REPRESENTACIONES E INVESTIGACIONES MEDICAS, S.A. SALVEO S.A. DE C.V. SAVI DISTRIBUCIONES, S.A. DE C.V. THELMA NIDIA GARZA ALANÍS ZERIFAR, S.A. DE C.V.

Fuente: Dirección de Procesos Logísticos, DGPLADES, SSA

ANEXO C

LISTA DE PROVEEDORES DE MEDICAMENTOS POR ENTIDAD FEDERATIVA (PRIMER SEMESTRE DE 2008)

Entidad federativa	Total de proveedores en la entidad	Razón Social del proveedor	Porcentaje sobre el total de compras de los SESA	Observación
Aguascalientes	9			
		Psicofarma	38.7	3 proveedores concentran 74% de las adquisiciones
		Salveo	22.8	
		Pro-Immune	12.8	
Baja California	19			
		Distribuidora Internacional de Medicamentos y Equipo Medico	36.0	2 proveedores concentran 54% de las adquisiciones
		RD, Grupo Medico	18.0	
Baja California Sur	17			
		Hipo Pak	16.3	4 proveedores concentran 58% de las adquisiciones
		Huerta y Sucesores	16.2	
		Raalsa Distribuidora de	13.2	

Entidad federativa	Total de proveedores en la entidad	Razón Social del proveedor	Porcentaje sobre el total de compras de los SESA	Observación
		Medicamentos		
		Martín Castillo Huerta	12.4	
Campeche				
	11			
		Patronato de Pediatría del Hospital Álvaro Vidal Vera	77%	Un proveedor concentra 77% de las adquisiciones
Chiapas				
	1			Un proveedor concentra 100% de las adquisiciones
		Farmacia Fénix del Centro	100%	
Chihuahua				
	29			
		Comercializadora de Productos Institucionales	11.2%	4 proveedores concentran 40% de las adquisiciones
		Fármacos Especializados	10%	
		Pego	9.7%	
		Farmacia de Similares	9.1%	
Coahuila				
	13			
		Distribuidora Internacional de Medicamentos y Equipo Medico	27.5%	4 proveedores concentran 81% de las adquisiciones
		Leve Visión	25.8%	
		Artimédica	15.8%	
		Comercializadora Hisa	11.8%	
Colima				
	18			
		Lorena Cárdenas Alcaraz	46.4%	Una <i>persona física</i> concentra 46% de las adquisiciones
		Laboratorios Pisa	24.9%	
Durango				
	6			
		Medicinas Saro	63.1%	2 proveedores concentran 93% de las adquisiciones
		Servicios Médicos Súper	29.7%	
Estado de México				
	10			
		Distribuidora Disur	89.8%	Un proveedor concentra 90% de las adquisiciones

Entidad federativa	Total de proveedores en la entidad	Razón Social del proveedor	Porcentaje sobre el total de compras de los SESA	Observación
Guanajuato				
	25			Un proveedor concentra 75% de las adquisiciones
		Comercializadora Médica Tapatía	75.5%	
		Multifármacos de Occidente	8.1%	
Guerrero				
	71			4 proveedores concentran 38.6% de las adquisiciones
		Farmacia Javi	10.7%	
		Farmacia de Genéricos y Similares	9.9%	
		Farmacéuticos Tenorio	9.6	
		Vecsa Productos Farmacéuticos	8.4	
Hidalgo				
	7			4 personas físicas concentran 50% de las adquisiciones
		Distribuidora Tercer Milenio	23.1	
		Ramón Velasco Álvarez	16.5	
		Guadalupe Díaz Goytia	15.1	
		Centro Integral Farmacéutico	14.1	
		AGR Outsourcing	12.9	
		Guillermina Acosta Aldana	9.3	
		David Guerrero Vargas	9.1	
Jalisco				
	1			Un proveedor concentra 100% de las adquisiciones
		Lomedic	100%	
Michoacán				
	49			3 proveedores concentran 61% de las adquisiciones
		Corpomed México	47.8%	
		Marco Antonio Soto Gámez	15.3%	
		José María Guzmán Gaytán	8.5%	
Nuevo León				
	9			Un proveedor concentra 92% de las adquisiciones
		Comercializadora Medix	91.9%	
Oaxaca				
	15			Un proveedor concentra 77% de las adquisiciones
		Audipharma	76.9%	
Puebla				

Entidad federativa	Total de proveedores en la entidad	Razón Social del proveedor	Porcentaje sobre el total de compras de los SESA	Observación
	36			4 proveedores concentran 39.2% de las adquisiciones
		Distribuidora Internacional de Medicamentos y Equipo Medico	16.6%	
		Kalthen de México	8.5%	
		Heriberto Méndez León	7.1%	
		Comercializadora de Productos Institucionales	7%	
Querétaro				
	20			3 proveedores concentran 53% de las adquisiciones
		Leve Visión	23.9%	
		Distribuidora Internacional de Medicamentos y Equipo Medico	21.1%	
		Artículos Médicos del Centro	7.8%	
Quintana Roo				
	4			Un proveedor concentra 95% de las adquisiciones
		Distribuidora de Fármacos y Fragancias	95.3%	
San Luis Potosí				
	59			6 proveedores concentran 63% de las adquisiciones
		Fármacos Especializados	13.6%	
		Laboratorios de Biológicos y Reactivos de México	11.8%	
		Picsa para Hospitales	11.7%	
		Súper Farmacia de Ahuacatlán	9.1%	
		Laboratorios Pisa	9.0%	
		Servicios de Distribución Hospitalaria	7.8%	
Sinaloa				
	11			3 proveedores concentran 69% de las adquisiciones
		Cometa Mercantil	40.4%	
		RIC Diagnostica Comercial	14.4%	
		Selecto Medica	14.3%	
Sonora				
	25			4 proveedores concentran 44% de las adquisiciones
		Proveedora Médica del Noroeste	13.2%	
		Distribuidora Internacional de	11.8%	

Entidad federativa	Total de proveedores en la entidad	Razón Social del proveedor	Porcentaje sobre el total de compras de los SESA	Observación
		Medicamentos y Equipo Medico		
		Pego	10.6%	
		RD, Grupo Medico	9%	
Tabasco				
	25			
		Distribuidora Internacional de Medicamentos y Equipo Medico	28%	3 proveedores concentran 54% de las adquisiciones
		Grupo Fármacos Especializados	15%	
		Brudimex	11.3%	
Tamaulipas				
	15			
		Farmacias Calderón	45%	2 proveedores concentran 68% de las adquisiciones
		Amor Tamborell Jorge de Jesús	23.4%	
Tlaxcala				
	8			
		Farmamundo	30.1%	2 proveedores concentran 60% de las adquisiciones
		Farmacias Nacionales	29.6%	
Veracruz				
	1			
		Farmacia de Genéricos	100%	Un proveedor concentra el 100% de las adquisiciones
Yucatán				
	1			
		Distribuidora de Fármacos y Fragancias	100%	Un proveedor concentra 100% de las adquisiciones
Zacatecas				
	34			
		Salveo	26.9%	6 proveedores concentran 58% de las adquisiciones
		Compañía Internacional Medica	9.3%	
		Biffingtons de México	5.8%	
		Fármacos Especializados	5.6%	
		Comercializadora Majtel	5.4%	
		Grupo kabanda	5.4%	

Fuente: Dirección de Procesos Logísticos, DGPLADES, SSA

BIBLIOGRAFÍA

-
- ¹ Organización Mundial de la Salud. *Conferencia de Expertos sobre Uso Racional de Medicamentos*. Nairobi, Kenia. Noviembre de 1985.
 - ² Enríquez-Rubio E, Frati-Murani A, González-Pier E. HACIA UNA POLÍTICA FARMACÉUTICA INTEGRAL PARA MÉXICO. SSA. México, D.F. 2005
 - ³ Barraza M., Campos A. ELEMENTOS PARA MEJORAR LA REGULACIÓN FARMACÉUTICA EN MÉXICO: LA EXPERIENCIA DEL REINO UNIDO. México, D.F. FCO/SSA, 2007.
 - ⁴ Secretaría de Salud. PROGRAMA SECTORIAL DE SALUD 2007-2012, México, D. F. 2007
 - ⁵ Knaul F, Arreola OH, Méndez CO et al. PREVINIENDO EL EMPOBRECIMIENTO, PROMOVRIENDO LA EQUIDAD Y PROTEGIENDO A LAS FAMILIAS DE LAS CRISIS FINANCIERAS: ASEGURAMIENTO UNIVERSAL EN SALUD A TRAVÉS DE UNA REFORMA INSTITUCIONAL EN MÉXICO. Fundación Mexicana para la Salud. 2005.
 - ⁶ Gómez-Dantés O, Garrido-Latorre F, Tirado-Gómez LL, Ramírez D, Macías C. *Abastecimiento de medicamentos en unidades de primer nivel de atención de la Secretaría de Salud de México*. Salud Pública Mex, 2001;(43):224-232.

-
- ⁷ Secretaría de Salud. SATISFACER LA DEMANDA DE MEDICAMENTOS EN EL SECTOR SALUD, UNA INICIATIVA EN PROGRESO. Julio 2002-Diciembre 2004
- ⁸ Jiménez Sánchez JE, Hernández García S. *Marco conceptual de la cadena de suministro: un nuevo enfoque logístico*. Secretaria de Comunicaciones y Transportes e Instituto Mexicano del Transporte, Pub. Téc. No. 215, México, 2002.
- ⁹ Geertz, Clifford. LA INTERPRETACIÓN DE LAS CULTURAS. Ed. Gedisa, Barcelona. 1992.
- ¹⁰ Berger, Peter y Thomas Luckmann. LA CONSTRUCCIÓN SOCIAL DE LA REALIDAD. Ed. Amorrortu, Buenos Aires. 1993.