

# Satisfacer la demanda de medicamentos en el sector salud, una iniciativa en progreso



Julio 2002 - Diciembre 2004



# Satisfacer la demanda de medicamentos en el sector salud, una iniciativa en progreso

Julio 2002 - Diciembre 2004



# Secretaría de Salud

Dr. Julio Frenk Mora  
Secretario de Salud

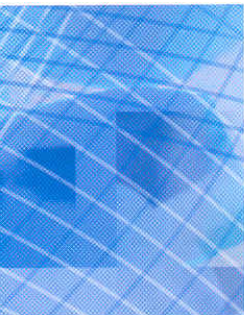
Dr. Enrique Ruelas Barajas  
Subsecretario de Innovación y Calidad

Dr. Carlos Santos Burgoa  
Director General de Planeación y Desarrollo en Salud

Ing. Jorge Medina Lamadrid  
Director de Procesos Logísticos

Lic. Teodoro Delint Ramírez  
Subdirector de Extensión Logística

Lic. Blanca Chávez Buenrostro  
Subdirector de Innovación Logística



## Mensaje del Secretario de Salud

### *Soluciones basadas en conocimiento*

*Hace apenas tres años, el problema del abasto de medicamentos era una de las áreas más críticas que debía enfrentar el Sector Salud en México.*

*Uno de los aspectos más difíciles de enfrentar residía en que, hasta ese momento, la creencia más generalizada era que se trataba de un asunto sencillo, que se solucionaba con la simple asignación de mayores presupuestos.*

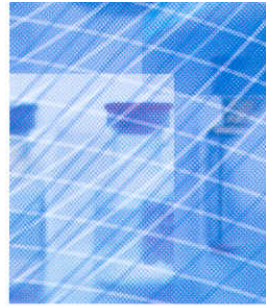
*Una de las decisiones más radicales que debió tomar la presente administración fue reconocer y probar ante todos quienes participan en la atención a la salud (incluyendo los usuarios) que, en realidad la situación obedecía a situaciones complejas.*

*Igualmente, debió responder al doble desafío de brindar soluciones al mismo tiempo que estudiaba el problema.*

*En este momento, se pueden mostrar mejoras significativas en el abasto de medicamentos. Al mismo tiempo, se tiene una comprensión a la vez amplia y profunda de lo que había sido un problema crónico y cíclico de desabasto de medicinas que alcanzó su punto crítico en 2002, producto de un estudio cuyos detalles sobresalientes se describen a continuación.*

**Dr. Julio Frenk Mora**  
Secretario de Salud

# Mensaje del Subsecretario de Innovación y Calidad



## *Restablecer un factor fundamental de equidad en la calidad*

*Uno de los compromisos principales de cualquier servicio de salud que aspire a la calidad, de manera especial tratándose de un país de características socioeconómicas de México, es buscar la equidad de la calidad de la atención médica que se ofrece a todos los usuarios.*

*A luz de un enfoque de calidad de este tipo, el desabasto de medicamentos constituía una de las grietas más notables del Sector Salud en el país.*

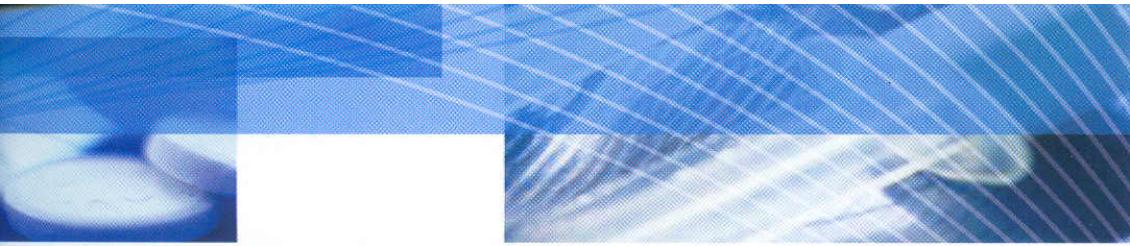
*El presente estudio constituye un instrumento sin precedentes para eliminar la grieta y contribuir de manera significativa al cumplimiento del compromiso. Constituye la primera vez que los servicios de salud han buscado las raíces del problema para formular una propuesta integral, dirigida a las causas básicas, para garantizar el aprovisionamiento adecuado de medicamentos en el largo plazo, y así restablecer uno de los sostenes fundamentales de la calidad equitativa en el servicio.*

**Dr. Enrique Ruelas Barajas**  
Subsecretario de Innovación y Calidad



## Índice

Desabasto de medicamentos: .....	8
Un largo proceso de deterioro	
Enfoque conjunto en el Sector Salud .....	9
Tres causas de la problemática en el Sector .....	10
Insuficiencia presupuestal	
Ineficiencia en los principales procesos de abasto	
Falta de transparencia en los procesos de abasto	
El modelo deseado de abasto de medicamentos en el Sector .....	19
La nueva visión de la cadena de abasto de medicamentos	
Etapas para instrumentar los cambios en el sector	
Inicio de la instrumentación de mejoras en el Sector .....	21
La administración del cambio y la	
Oficina de Administración de la Estrategia	
Pilotos para la adaptación de los procesos	



Primera etapa de los cambios en el Sector: .....	24
instrumentación de mejoras en los procesos actuales	
Planeación de demanda	
Adquisiciones anticipadas y coordinadas a nivel Sector	
Cambios normativos en materia de adquisiciones	
Administración de inventarios basada en necesidades	
El entrenamiento a distancia, una forma innovadora de instrumentar las recomendaciones .....	29
Segunda etapa de los cambios en el Sector: .....	31
incorporación de la iniciativa privada en los procesos de abasto	
Utilización de farmacias de la iniciativa privada	
Entrega directa de proveedores en puntos de consumo	
Resultados a dos años de distancia en el Sector Salud .....	33
Pendientes del esfuerzo del Sector .....	36
Conclusiones .....	37



## Desabasto de medicamentos: un largo proceso de deterioro

Los episodios de fricción social provocados por la imposibilidad del sistema de salud para surtir de manera completa todas las recetas expedidas por sus médicos no son nuevos.

Las soluciones planteadas, sin embargo, no eran integrales. En la mayoría de los casos, involucraban aumentos en los presupuestos dedicados a adquisición de fármacos, con lo que se satisfacía la demanda primaria de la población.

Pero estas medidas, a pesar de su éxito en el corto plazo, fueron encubriendo y alimentando una serie de prácticas poco adecuadas en todo el proceso que va desde la adquisición del fármaco hasta su surtimiento al enfermo. Estas prácticas involucraban no solamente al sistema de adquisición y distribución de medicamentos, sino también al personal operativo del Sector Salud y en muchos casos a los mismos usuarios.

Esto contribuyó a una espiral descendente que condujo al Sector Salud de México, a comienzos de 2002, a una grave crisis en términos de abasto de medicamentos, cuya solución estaba más allá del simple aumento de la provisión.

Retos constantes y nacientes, como escasez recu-

rrente en ciclos relacionados con disponibilidad (o no) de presupuesto, falta de adecuados sistemas tecnológicos, insuficientes recursos financieros, procesos inadecuados, deficiente transparencia y poca comunicación con el personal operativo, estaban impactando de manera significativa el nivel de servicio en la entrega de medicamentos a los usuarios.

Las demandas de la población iban en aumento y la creciente frustración provocada por la demora en el surtimiento de recetas empezó a determinar un nivel de protesta que aumentaba día con día. El presidente Fox comenzó a recibir el mismo mensaje en cada ciudad y poblado que visitaba: “Señor Presidente, estamos cansados de no tener medicinas en nuestros hospitales y clínicas. Tenemos que comprarlos y esto afecta nuestro ingreso familiar”. Rápidamente este problema fue creciendo hasta constituir uno de los asuntos de prioridad más alta en la agenda del Presidente.

Por tal motivo, el presidente Fox solicitó a la Secretaría de Salud Federal que coordinara los esfuerzos de la propia Secretaría, el IMSS y el ISSSTE para mejorar sustancialmente la situación existente.



## Enfoque conjunto en el Sector Salud

**E**l Sector Salud en México tiene una estructura interna sumamente compleja, probablemente la más compleja de todo el Sector Público. Existen más de 45 instituciones públicas que ofrecen servicios de salud, algunas de las cuales son administradas por el Gobierno Federal, mientras que otras lo son por los gobiernos de los estados.

Las instituciones públicas de salud en el país son:

- Instituciones federales: Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), y la Secretaría de Salud.
- Treinta y dos secretarías de salud estatales. Clínicas, hospitales e institutos (aunque algunos reportan a la Secretaría de Salud, la mayoría son autónomos).
- Petróleos Mexicanos (PEMEX), Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA), y Secretaría de Marina (SEDEMAR) como instituciones que participan y apoyan estrategias emprendidas en materia de salud.

Por el tamaño de la Secretaría de Salud, el IMSS y el ISSSTE, el primer reto consistía en lograr una coordinación entre las instituciones del Sector para el análisis primero y el diseño de soluciones después para enfrentar la crisis de desabasto de medicamentos.

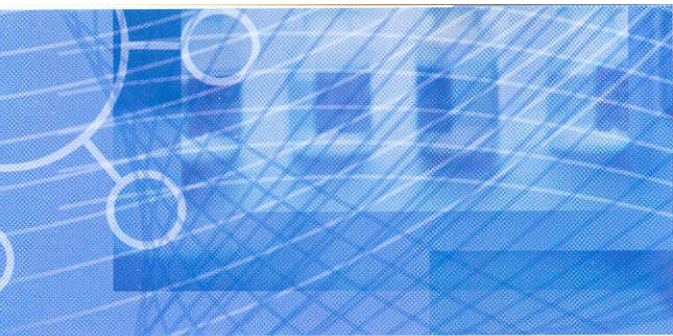


Esto involucró un trabajo delicado de coordinación, dado que era necesario tomar en cuenta los diferentes sistemas y procesos empleados en cada institución como así también las circunstancias disímiles que vivía cada una, de acuerdo con el momento económico y con la autonomía con la que se maneja cada una.

La evaluación de los sistemas de cada institución, la elaboración de un diagnóstico que respondiera de manera satisfactoria a las condiciones imperantes en todas, requirió de un proceso sectorial exhaustivo, realizado de acuerdo con plazos sumamente breves, dada la urgencia del cuadro que presentaba el abasto de medicinas.

Se conformó un grupo de trabajo integrado por representantes del IMSS, el ISSSTE y la Secretaría de Salud, bajo la coordinación de esta última. Se estableció como objetivo final resolver el problema del desabasto.

Con el fin de aprovechar la experiencia en situaciones similares ocurridas en otras partes del mundo, se resolvió recurrir a una consultora internacional. Después de un cuidadoso proceso de selección, durante la cual se examinaron nueve prestigeadas consultoras, el Sector Salud optó por la empresa de consultoría estratégica especializada A. T. Kearney.



## Tres causas fundamentales de la problemática en el Sector

**E**l primer paso que tomó el equipo formado entre el Sector y la consultora consistió en diagnosticar el problema.

Este diagnóstico, aunque rápido -se realizó en apenas nueve semanas de trabajo- fue lo suficientemente profundo y detallado como para definir las principales causas del desabasto de medicamentos.

Estas causas pueden agruparse en tres grandes rubros:

Insuficiencia presupuestal

Ineficiencia en los principales procesos de abasto

Falta de transparencia en los procesos de abasto

En los próximos párrafos se analizan en detalle estos tres factores.

### Insuficiencia presupuestal

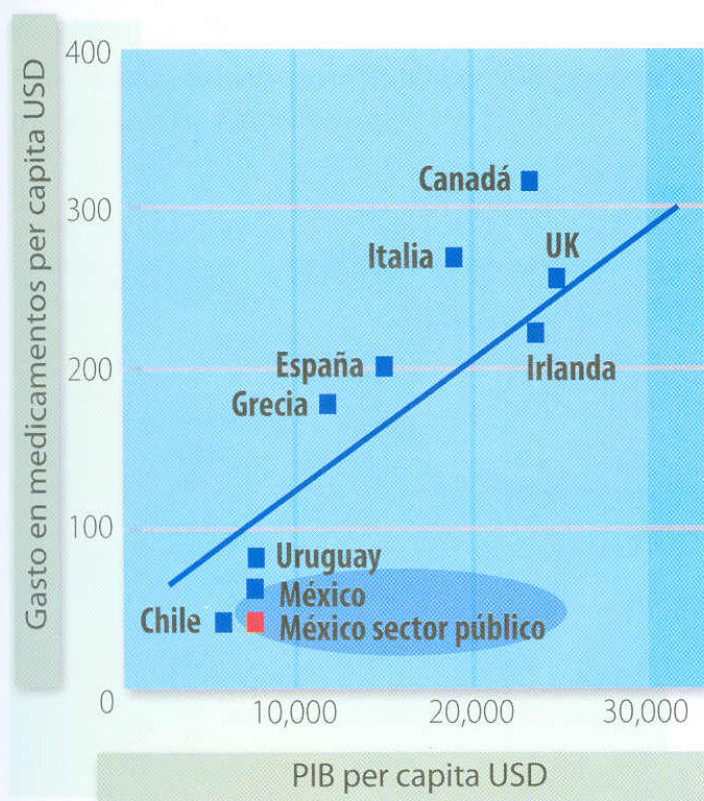
México es uno de los países con el menor nivel de gasto público en salud en el mundo. Como porcentaje del PIB, México sólo gasta alrededor de 5%-6% de su Producto Interno Bruto (PIB) en salud, cifra inferior a otros países de América Latina como Brasil, Chile y Costa Rica, 7, 8 y 9%.

### Gasto en Salud como porcentaje del PIB 1998



Este nivel tan bajo de gasto en el Sector se ve reflejado en el gasto en medicamentos. Per cápita, México gasta 15 dólares en medicamentos, mientras que países como España, Grecia, Italia e Irlanda gastan más de 200 dólares.

### Gasto en medicamentos vs. PIB per cápita 2000



Durante el 2002, el presupuesto total de medicamentos en el Sector Salud fue de alrededor de 15,000 millones de pesos. La estimación realizada durante el diagnóstico indicó que el presupuesto necesario para cubrir la demanda al 100% era de aproximadamente 22,000 millones de pesos; es decir, casi un 50% adicional al que se tenía.

Pero la problemática no terminaba ahí. Durante el diagnóstico se identificó que la brecha presupuestal era más grande para algunas de las instituciones. Por ejemplo, en ese entonces se identificó que el IMSS y el ISSSTE contaban con un presupuesto para medicamentos por consulta casi cinco veces superior al que tenía la Secretaría de Salud, por lo que la brecha presupuestal para esta última institución era sustancialmente superior. Esta situación también se presentaba entre las secretarías de salud estatales, ya que existían diferencias notables en el presupuesto que cada estado aplicaba al Sector y a los medicamentos en particular.

Así, el diagnóstico concluyó que la problemática en el sector tenía que ver, por lo menos en parte, con un presupuesto insuficiente y con una asignación desigual del mismo entre instituciones.

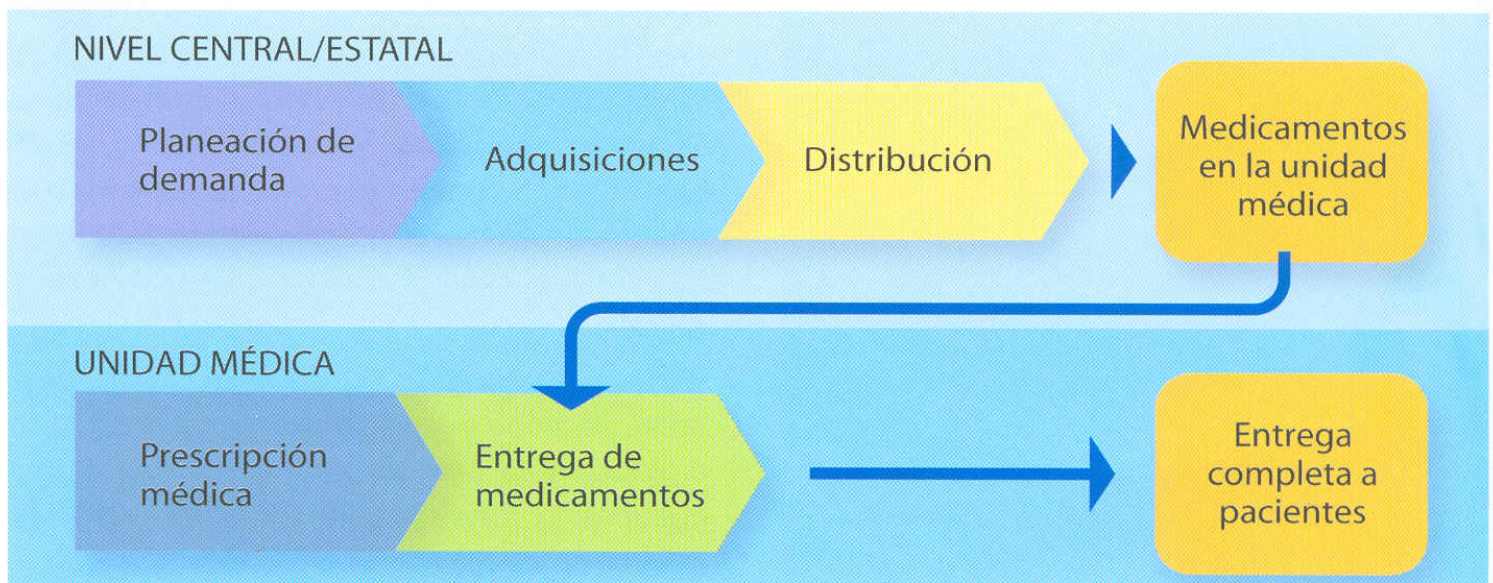
## Ineficiencia en los principales procesos de abasto

El elemento donde más se profundizó durante el diagnóstico fue el funcionamiento de los procesos más importantes de la cadena de abasto de medicamentos.

La cadena de abasto de medicamentos funciona mediante ciertos procesos que se manejan al nivel

central y otros que se manejan al nivel de los hospitales y centros de salud. Normalmente al nivel central, es decir en las oficinas centrales y estatales/delegacionales de las instituciones, se manejan los procesos de planeación de la demanda, adquisiciones y distribución hacia hospitales y clínicas. Ya con el medicamento en hospitales y clínicas, se realizan los procesos de prescripción y de entrega de medicamentos en farmacia.

## Procesos principales de la cadena de abasto de medicamentos



Durante el diagnóstico realizado, se encontraron problemas en ambos niveles de los procesos, en los que se manejan al nivel central y los que se manejan en hospitales y clínicas.

#### Procesos al nivel central

Al nivel central se detectaron cinco problemas principales que debían ser resueltos para mejorar el abasto de medicamentos:

- Un proceso inconsistente de planeación en función de demanda
- Un proceso de adquisiciones que generalmente iniciaba tarde en el año
- La existencia de un alto porcentaje de claves desiertas en procesos licitatorios debido a falta de oportunidad en las convocatorias
- Una asignación inadecuada de inventarios
- Una baja frecuencia de entrega hacia puntos de consumo

#### Un proceso inconsistente de planeación de demanda

Las instituciones del Sector Salud tenían la práctica de estimar la demanda de medicamentos con base en su consumo histórico. Por sí sola, esta práctica es correcta siempre y cuando se establezcan ciertas tendencias de crecimiento o decremento de cada medicamento; sin embargo, se identificó que el consumo histórico que las instituciones utilizaban normalmente estaba capturado de manera errónea. La mayoría de las instituciones registraban el medicamento entregado, pero no hacían lo propio con el medicamento no entregado -desabasto- ni tampoco diferenciaban el entregado en lugar de una clave no disponible - sustituto.

Así, en los casos donde no se capturaba el desabasto, se perpetuaba el mismo; es decir, se pedía menos de lo que normalmente se necesitaba. “Si un año antes adquiríamos solamente la mitad de las necesidades reales de paracetamol, la manera en que calculábamos nuestra demanda nos indicaba que debíamos adquirir la misma cantidad, por lo tanto estábamos manteniendo el problema por segundo año consecutivo” como comentó el director de un hospital. Por otro lado, en los casos donde no se diferenciaban los sustitutos, se pedía de más y podían presentarse sobre-inventarios.

Adicionalmente, se encontró que en ocasiones algunas instituciones no consideraban los niveles de inventario de las unidades, por lo que había casos en los que ciertas unidades médicas, teniendo inventario de algún medicamento, recibían más del necesario ya que no consideraban lo que esta unidad ya tenía, incrementando de manera importante la probabilidad de que la clave caducara.

Al mismo tiempo, la planeación de la demanda generalmente no consideraba ninguna variación estacional. El consumo mensual se estimaba simplemente dividiendo entre 12 el consumo anual. Esta situación provocaba que en algunos casos se presentara escasez de medicamentos en algunos meses y exceso de inventario en otros.

### Un proceso de adquisiciones que generalmente iniciaba tarde en el año

La escasez de medicamentos del Sector Salud era mayor durante los primeros meses del año. Lo anterior se daba como consecuencia de un proceso que iniciaba tarde en el año y que era muy largo.

Por un lado, el proceso presupuestal estaba generalmente listo hasta los meses de febrero o marzo de cada año, lo que provocaba que el proceso de

adquisición iniciara hasta esas fechas. Por otro lado, el proceso de adquisición era demasiado prolongado (de 4 a 6 meses en el caso de presentarse licitaciones desiertas); como resultado, la mayoría de las instituciones recibían medicamentos hasta mediados de año, lo que provocaba un fuerte desabasto durante los primeros meses de cada año.

### Tiempos de procesos licitatorios vs. riesgo de desabasto en claves



### La existencia de un alto porcentaje de claves desiertas en procesos licitatorios

Las instituciones del Sector Salud no aplicaban estrategias diferenciadas de compra. Normalmente, todo era licitado sin importar las características de los medicamentos, en especial si estos eran de patente, o genéricos, ya que en el caso de los de patente solamente existe un proveedor por medicamento, lo que sugiere que no debe licitarse, sino que debe adjudicarse directamente.

Adicionalmente, al iniciar los procesos de licitación, las instituciones no contaban con un proceso de comunicación que asegurara que al menos los principales proveedores de cada medicamento estuvieran enterados del proceso y participaran en la licitación, ni consideraban la reducción de requerimientos que no aportaban valor y sí reducían la participación de proveedores.

Estas situaciones provocaban que un número muy importante de medicamentos quedara desierto durante los procesos licitatorios. La estimación realizada durante el diagnóstico fue que, en promedio, el 24% de las claves licitadas por las secretarías de salud estatales quedaban desiertas.

### Una asignación inadecuada de inventarios

Las instituciones del Sector Salud contaban con altos niveles de inventario a lo largo de toda la cadena; sin embargo, estos se encontraban mal distribuidos. Mientras algunos medicamentos se encontraban en desabasto, otros tenían altos niveles de inventario, en ocasiones superiores a un año de consumo.

Esta situación se debía a que la mayoría de las instituciones del sector utilizaban un modelo “empujar” para administrar sus inventarios; es decir, un modelo en el que un eslabón de la cadena enviaba los medicamentos al siguiente eslabón con base en las necesidades establecidas en un programa a inicios de año y no con base en las existencias actuales y en las necesidades reales del eslabón.

### Una baja frecuencia de entrega hacia puntos de consumo

Las instituciones del sector contaban con una baja frecuencia de entrega hacia los puntos de consumo. Comúnmente, estos eran abastecidos en muchos casos cada 2 ó 3 meses. Esta situación, aunada al modelo “empujar” de inventarios,

provocaba que cualquier desviación en la planeación de demanda realizada a inicios de año afectara de manera importante el abasto de medicamentos. “En ocasiones el inventario que recibíamos de un medicamento nos duraba una semana, y como las entregas eran cada mes, nos quedábamos durante tres semanas sin inventario y por ende, causando desabasto”, indicó un director médico de un hospital del sector cuando se le preguntó al respecto.

### Procesos al nivel hospital, centro de salud o clínica

Al nivel hospital y clínica se detectaron dos problemas principales:

- Falta de control en el proceso de prescripción
- Procesos inadecuados y falta de sistemas para manejar niveles de inventario

### Falta de control en el proceso de prescripción

Con base en el cuadro básico del sector, la mayoría de las instituciones tenían ya desarrollados listados de los medicamentos que los médicos podían pres-

cribir, dependiendo si estos se encontraban en un hospital o en una clínica. De igual manera, varias instituciones habían también avanzado en la creación de guías diagnóstico-terapéuticas, las cuales dan las pautas a los médicos acerca de los medicamentos y dosis que deben prescribir dado el diagnóstico del paciente.

Sin embargo, con frecuencia los médicos no tomaban en cuenta estas guías y prescribían medicamentos no incluidos en la lista, o dosis distintas a las estipuladas - normalmente mayores - o medicamentos diferentes a los mencionados en las guías terapéuticas.

Esta situación generaba desabasto ya que, si el medicamento prescrito no se encontraba en el listado de fármacos autorizados del hospital o la clínica, el mismo no estaría en inventario y por tanto no se entregaría; y si las dosis eran diferentes a las estipuladas, se provocaría que los niveles de inventario se fueran reduciendo al paso del tiempo.

### Procesos inadecuados y falta de sistemas para manejar niveles de inventario

Como también sucedía al nivel central, las farmacias recibían los medicamentos con base en un



método tipo “empujar” que no estaba basado en las necesidades reales. Es decir, era muy común que los puntos de consumo recibieran grandes cantidades de medicamentos que tenían en inventario y muy poco de aquello que realmente necesitaban.

Además, los hospitales y clínicas normalmente no contaban con sistemas en farmacia para controlar el consumo, lo que permitía perder el control de los inventarios y desconocer los artículos que tenían bajos niveles de existencias y aquellos que ya habían sido abastecidos.

### Falta de transparencia en los procesos de abasto

Durante el diagnóstico se identificaron diversos procesos donde la transparencia era clave y donde se presentaban problemas que debían resolverse.

En planeación de demanda, se encontraron prácticas inadecuadas en:

- La prescripción, ya que con frecuencia se presentaba la llamada prescripción “en pasillo” - o fuera de consulta - o excedida con el fin de obtener medicamentos gratuitos para consumo familiar o para su venta posterior

En adquisiciones, se encontraron prácticas inadecuadas en:

- La definición de las especificaciones de compra, ya que se identificaron casos donde se presentaban especificaciones demasiado estrechas para favorecer a algún proveedor. Esta situación se presentaba principalmente en el caso de materiales de curación.
- La compra alterna o directa, ya que en ocasiones el proveedor y/o la persona encargada de almacén y farmacia generaban desabasto para autorizar una compra alterna. El beneficio en este caso era que en ocasiones al proveedor le convenía poder vender a un precio mayor durante la compra alterna y a la persona en almacén y/o farmacia porque en ocasiones recibía dinero directamente del proveedor correspondiente.

En distribución y entrega de medicamentos, se encontraron prácticas inadecuadas en:

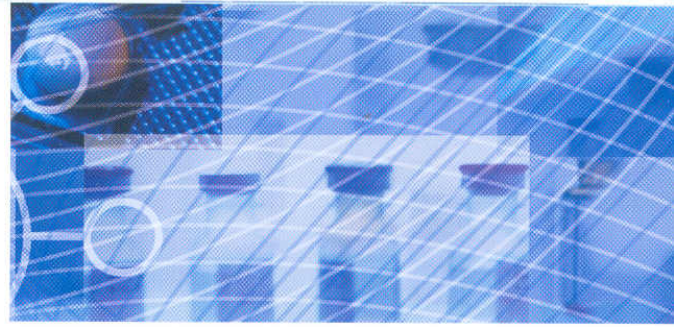
- La recepción de material de proveedores, ya que se identificó que en algunas instituciones se solicitaba dinero para recibir el material o apresurar el proceso de recepción
- La confirmación de existencias en farmacia;

en ocasiones el medicamento se negaba en farmacia para su posterior venta externa.

En cuanto al pago a proveedores, se encontraron casos de un excesivo retraso en los pagos a proveedores y en la solicitud de dinero para acelerar el pago correspondiente.

Era pues de suma importancia fortalecer la transparencia de los procesos y evitar que las malas prácticas detectadas continuaran afectando el abasto de medicamentos en el Sector.

## El modelo deseado de abasto en el Sector Salud



Habiendo logrado el entendimiento de la problemática del Sector Salud en términos de abasto de medicamentos, el equipo de trabajo inició la definición del modelo de cadena de abasto que se deseaba tener. La definición se realizó en dos etapas:

- Primero, se estableció la visión de la cadena de abasto
- Segundo, se definieron las etapas a seguir para instrumentar los cambios en el sector

La nueva visión de la cadena de abasto de medicamentos

### La nueva visión de la cadena de abasto de medicamentos

El Sector Salud en conjunto definió ocho principios que debían regir la visión de la cadena de abasto:

- ▶ Alto nivel de servicio
- ▶ Transparencia
- ▶ Bajos niveles de costo
- ▶ Flexibilidad
- ▶ Colaboración
- ▶ Asignación clara de responsabilidades con

rendición de cuentas

- ▶ Especialización de funciones
- ▶ Pluralismo: participación indistinta de los sectores público, privado y social

Con base en estos principios, el Sector Salud estableció la siguiente visión de la cadena de abasto de medicamentos:

“Surtir los medicamentos del cuadro básico del Sector Salud de manera oportuna, eficiente, flexible y colaborativa, con un esquema transparente, en el cual se da una clara asignación de responsabilidades con rendición de cuentas. Asimismo, lograr la especialización deseada en las funciones del Sector Salud y la participación de los sectores público y privado”.

Con base en la visión, se establecieron cinco objetivos para la cadena de abasto de medicamentos:

- ▶ Nivel de servicio de por lo menos 95%
- ▶ Costo de operación de la cadena menor al 7% de la compra de medicamentos

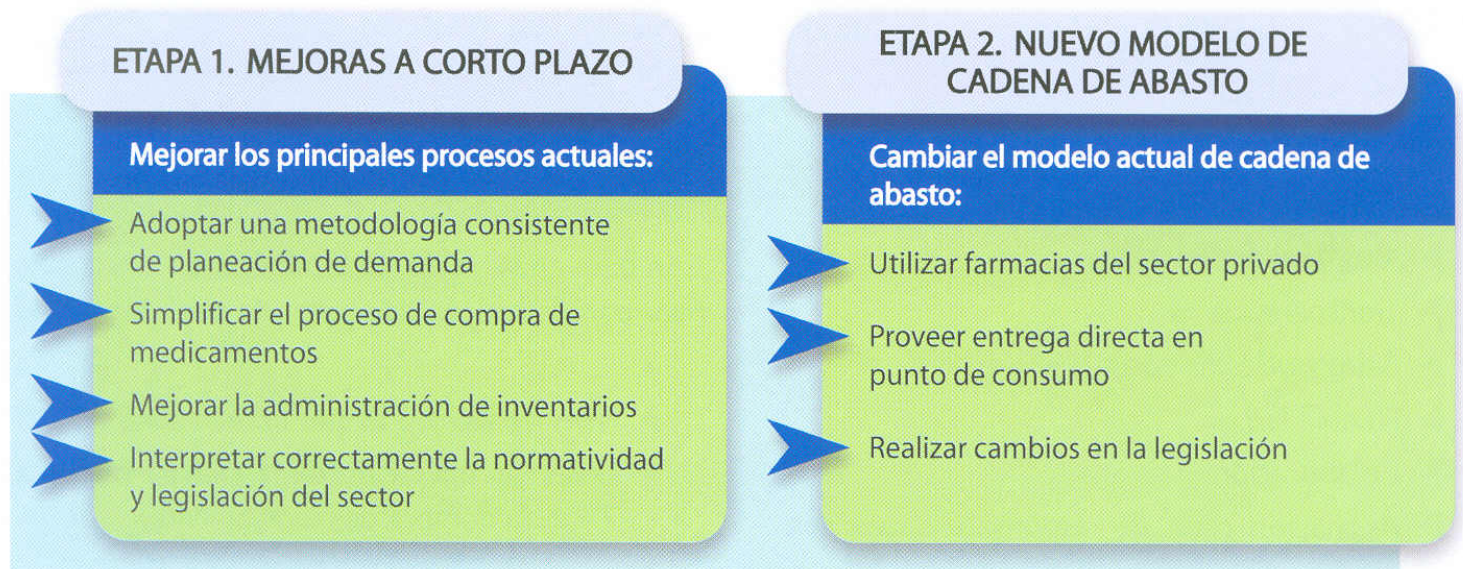
- ▶ Niveles de precio competitivos en la adquisición que reflejen la escala del Sector
- ▶ Nula corrupción en la cadena
- ▶ Selección de los mejores proveedores para el manejo de toda la cadena

### Etapas para instrumentar los cambios en el Sector

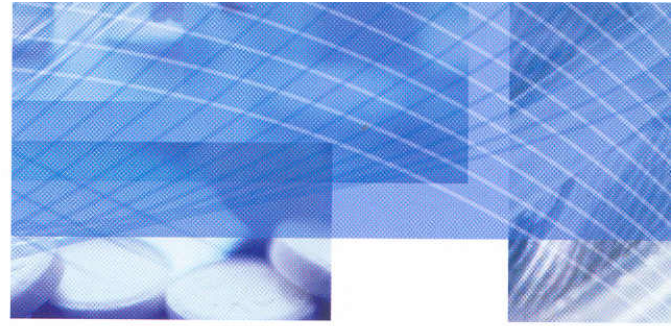
El Sector Salud definió un amplio programa de

transformación de la cadena de abasto, el cual fue dividido en dos etapas. El objetivo de la primera etapa consiste en realizar mejoras temporales a la cadena; es decir, trabajar en la mejora de sus procesos clave, planeación de demanda, adquisiciones, administración de inventario y distribución. Por su parte, el objetivo de la segunda etapa consiste en la reestructuración total de la cadena de abasto, mediante el involucramiento de participantes de la iniciativa privada en el manejo de algunos de los procesos clave.

### Etapas de mejora del abasto de medicamentos del Sector Salud en México



## Inicio de la instrumentación de mejoras en el Sector



**E**l inicio de la instrumentación de las mejoras en el Sector contó con dos elementos que hicieron la diferencia en los resultados alcanzados al momento:

1. La creación de una Oficina de Administración de la Estrategia.
2. El lanzamiento de pilotos para la adaptación de los procesos previo a su lanzamiento nacional.

### La administración del cambio y la Oficina de Administración de la Estrategia

Dada la complejidad del esfuerzo que debía realizarse para instrumentar las recomendaciones realizadas en el proyecto de manera nacional - dos etapas de instrumentación y un número importante de líneas de acción a realizar, en más de 35 diferentes instituciones del Sector - la Secretaría de Salud estableció una Oficina de Administración de la Estrategia.

Esta Oficina tenía como principales funciones definir la dirección del proyecto y administrarlo en todo el Sector Salud. Dentro de estas funciones se encontraban las actividades de administración del cambio. Estas iniciativas se enfocaron en estructura de gobierno, seguimiento de la estrategia, y comunicación.

Como parte de la estructura de gobierno se creó un Comité de Dirección donde se contaba con la participación al más alto nivel de las tres principales instituciones del Sector (Secretaría de Salud, IMSS e ISSSTE). Desde entonces, este grupo de trabajo se reúne una vez al mes para revisar el progreso del programa y genera un reporte mensual que se envía a Presidencia de la República para su conocimiento del avance. En estos reportes se incluían los niveles de abasto de medicamentos en las tres instituciones, los principales avances en los proyectos en marcha y los asuntos críticos a resolver. Cabe destacar, que el Presidente Fox revisa a detalle dichos reportes y con frecuencia manda instrucciones al respecto. De igual manera, cada tres meses, el avance del programa se reporta en el Consejo Nacional de Salud, foro que incorpora al Secretario de Salud Federal y sus homólogos de cada uno de las 32 entidades del país.

Para asegurar que las iniciativas están siendo instrumentadas correctamente, la oficina de administración de la estrategia se encarga del monitoreo del progreso de las estrategias, así como de la detección y apoyo en la resolución de asuntos críticos y en la identificación y transferencia de

mejores prácticas en administración de proyecto. Para lograrlo se creó un cuarto virtual - un sitio de Internet con acceso restringido - donde los funcionarios pueden acceder a la información más relevante de las estrategias.

Otro punto clave en el éxito de la estrategia fue la definición de un riguroso programa de medición. El Sector definió el indicador “porcentaje de pacientes con recetas surtidas al 100%”. Este indicador es de suma importancia ya que evalúa el resultado final de la cadena de abasto: la satisfacción del paciente con los medicamentos entregados. Este indicador es aplicable a cada centro de salud, hospital y clínica del país. Para asegurar un monitoreo transparente y preciso, el gobierno contrató una empresa externa para realizar la medición correspondiente periódicamente. La estrategia también incorporó indicadores de proceso para lograr un mejor entendimiento de las causas de desabasto.

La comunicación también ha sido un proceso clave para el manejo del cambio en la organización. Los mejores vehículos de comunicación son normalmente aquellos diseñados específicamente de acuerdo con las necesidades de la audiencia. Por

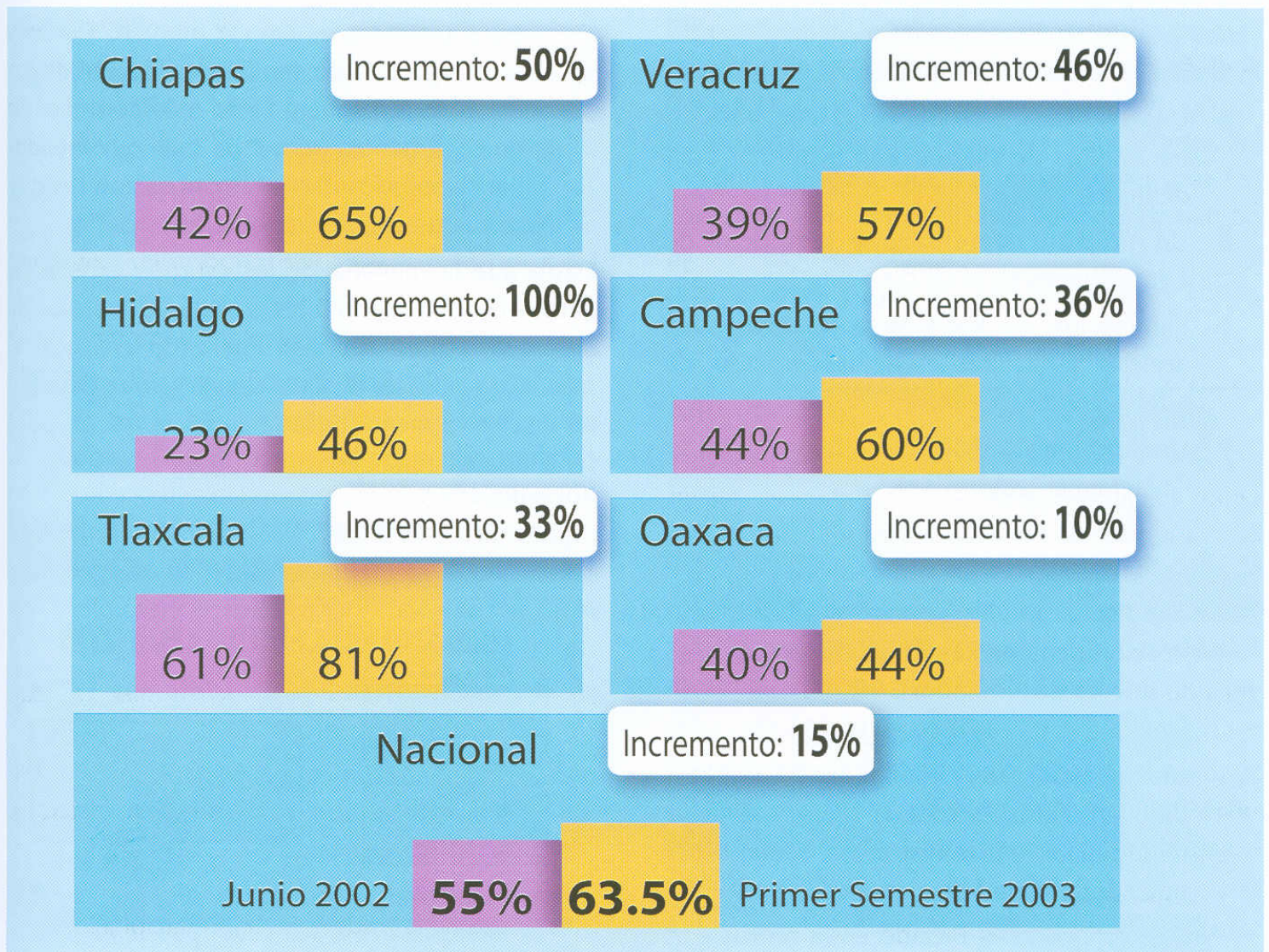
ejemplo, en el caso de esta estrategia, la comunicación se ha realizado a través de diversos reportes, cada uno de ellos diseñado de manera específica y enviados mediante muy diversos canales como el sitio de Internet de la estrategia, correos electrónicos o presentaciones.

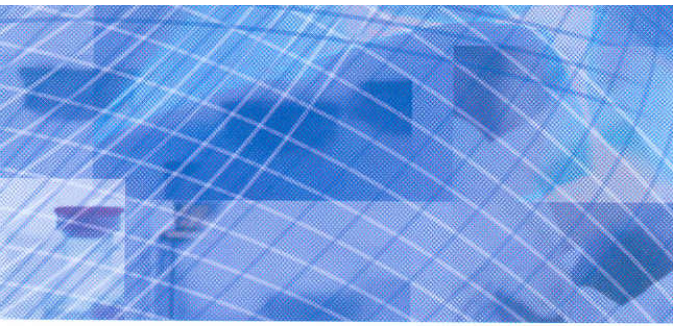
### **Pilotos para la adaptación de los procesos**

Previo al inicio de la instrumentación nacional de los procesos, el equipo de trabajo comenzó con la instrumentación de los cambios de la primera etapa de la estrategia en algunos pilotos seleccionados. Los pilotos se realizaron en la delegación Veracruz del ISSSTE y en las secretarías de salud estatales de Veracruz y Oaxaca. Con posterioridad se incorporaron datos parciales provenientes de cuatro estados más.

Los pilotos realizados permitieron por un lado poner a prueba los cambios definidos en los procesos durante el diagnóstico y adaptarlos a las necesidades de las diferentes instituciones del sector y, por el otro, obtener la aprobación interna del Sector de los cambios que se instrumentarían previo el inicio de la instrumentación nacional.

Porcentaje de pacientes con recetas surtidas completas en unidades piloto en las que se implantaron los nuevos procesos





## Primera etapa de los cambios en el Sector: instrumentación de mejoras en los procesos actuales

A corto plazo se desarrollaron e instrumentaron varias recomendaciones; a continuación presentamos algunas de las más importantes:

- ▶ Una planeación de demanda con base en parámetros detallados o en históricos bien definidos
- ▶ Un proceso coordinado y temprano de adquisiciones en el sector
- ▶ Eliminación de barreras normativas para acelerar y facilitar el actual proceso de adquisiciones
- ▶ Una administración de inventarios tipo “jalar” en el sector

### Planeación de la demanda

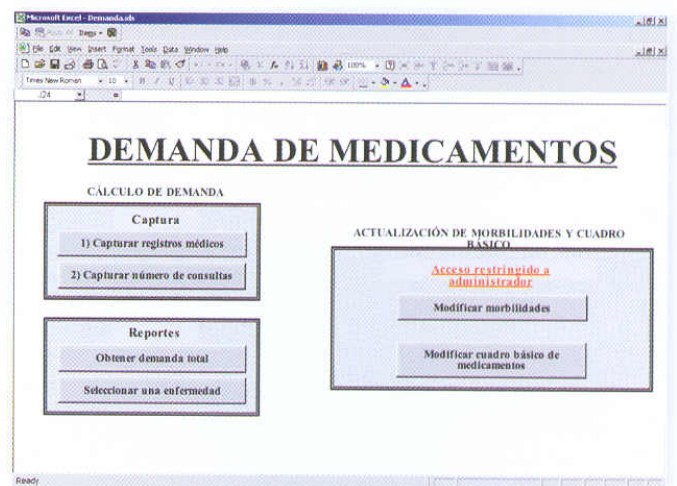
La planeación de la demanda puede realizarse siguiendo uno de dos métodos:

I. **Series de tiempo.** Cada eslabón de la cadena estima sus necesidades futuras con base en datos históricos. Para usar este método, los datos históricos deben tener una confiabilidad de al menos el 80%.

II. **Parámetros.** Basado en la morbilidad

de cada hospital o clínica, la capacidad de estos (número de camas, número de doctores), guías clínicas y la prescripción de los médicos. Este método es más complicado que el anterior, pero es el más recomendable cuando los datos históricos con los que se cuentan no son confiables.

Dado que la mayoría de los estados carecía de datos históricos confiables, se eligió el método de parámetros para ser instrumentado en todo el país. Con el fin de facilitar el proceso, se desarrolló una herramienta basada en Excel/Access para ser usada en cada clínica/hospital.





El proceso instrumentado consistió de cinco pasos principales:

- ▶ Se aplicaba una encuesta a una muestra de médicos en la unidad médica correspondiente. En esta encuesta, los médicos daban a conocer la prescripción utilizada para los principales padecimientos tratados en su área de responsabilidad. Las prescripciones se integraban según el medicamento y según la dosis de cada uno de ellos.
- ▶ Las encuestas eran recabadas y capturadas en una hoja electrónica de Excel para obtener la prescripción promedio para las principales enfermedades. Esta recolección de datos podía efectuarse directamente en el sistema desarrollado para apoyar a las clínicas y hospitales en la estimación de la demanda.
- ▶ Se capturaba en el sistema el número de consultas en cada clínica/hospital.
- ▶ Se capturaba o actualizaba cada año la lista de medicamentos autorizados en el sistema.
- ▶ El sistema calculaba automáticamente la demanda planeada por medicamento.

Al día de hoy, las instituciones del Sector en México que utilizan este método, alcanzan un 80% de precisión en sus estimaciones de planeación de demanda. En los próximos años, con la mejora de la captura de históricos en las instituciones del sector, se espera que las instituciones puedan comenzar a utilizar el modelo de series de tiempo para tener una estimación de demanda tan o más precisa como la que se logra actualmente con la del método de parámetros.

### Adquisiciones anticipadas y coordinadas a nivel Sector

Con el fin de iniciar el proceso de adquisiciones más temprano cada año y reducir el número de procesos licitatorios desiertos, el Sector Salud anticipó el proceso de compra de las necesidades de abastecimiento para el 2004 mediante un proceso coordinado de adquisiciones.

De tal forma, las instituciones del Sector Salud, de manera individual, pero en coordinación, recurrieron al mercado de proveedores para sus procesos de licitación.

El proceso inició con la solicitud por parte de las

instituciones de una autorización a sus respectivas Secretarías de Finanzas (federales o estatales) para realizar de manera anticipada el proceso de adquisiciones; de esta forma, en lugar de iniciar el proceso de adquisiciones en marzo del 2004, éste comenzó en septiembre del 2003.

En paralelo, este proceso se utilizó para difundir e instrumentar entre las instituciones del sector algunas mejores detectadas:

I. Comunicación agresiva de los procesos de licitación, incluyendo el estímulo a la utilización de COMPRANET, ya que su uso no es obligatorio en algunas de las secretarías de salud estatales.

II. Diferenciación de las estrategias actuales de adquisición de medicamentos. Compra directa en el caso de “patentes” y un proceso de licitación para el resto de medicamentos (GIs).

III. Homologación hasta donde fuera posible de las bases de licitación y los contratos para que estos procesos fueran más fáciles para la base de proveedores.

IV. Transferencia de información entre las instituciones participantes. De esta forma las instituciones pueden evaluar la competitividad de los precios que estaban recibiendo contra los volúmenes que estaban comprando.

La realización de este proceso permitió, por un lado, que las instituciones recibieran medicamentos durante las dos primeras semanas del 2004, evitando el desabasto que se acentuaba en los primeros meses del año; y, por el otro, reducir de manera significativa el número de claves desiertas en un 33% en promedio, mientras se redujo en 9% el costo de medicamentos al tener una mayor competencia entre proveedores.

## Cambios normativos en materia de adquisiciones

Al examinar la mejor forma de acelerar el proceso de adquisiciones y hacerlo más racional, las instituciones realizaron un importante esfuerzo para investigar las barreras legislativas y proponer los cambios necesarios a las leyes.

La investigación desarrollada concluyó que, aunque realmente se necesitaban algunos cambios con el fin de simplificar los procesos, otros eran reglas internas que podían modificarse dentro de cada institución sin necesidad de ser aprobadas por el Congreso, o eran interpretaciones erróneas de las reglas actuales.

Por ejemplo, entre las reglas internas que en cierta forma bloqueaban los procesos de licitación estaba el establecimiento de un “precio de referencia”, lo que significaba que si el precio ofrecido por el proveedor sobrepasaba un valor específico máximo, la licitación era declarada desierta. Esto provocaba que algunas instituciones tuvieran un número importante de licitaciones desiertas.

Las instituciones realizaron estos cambios en la normatividad interna y lograron la desaparición

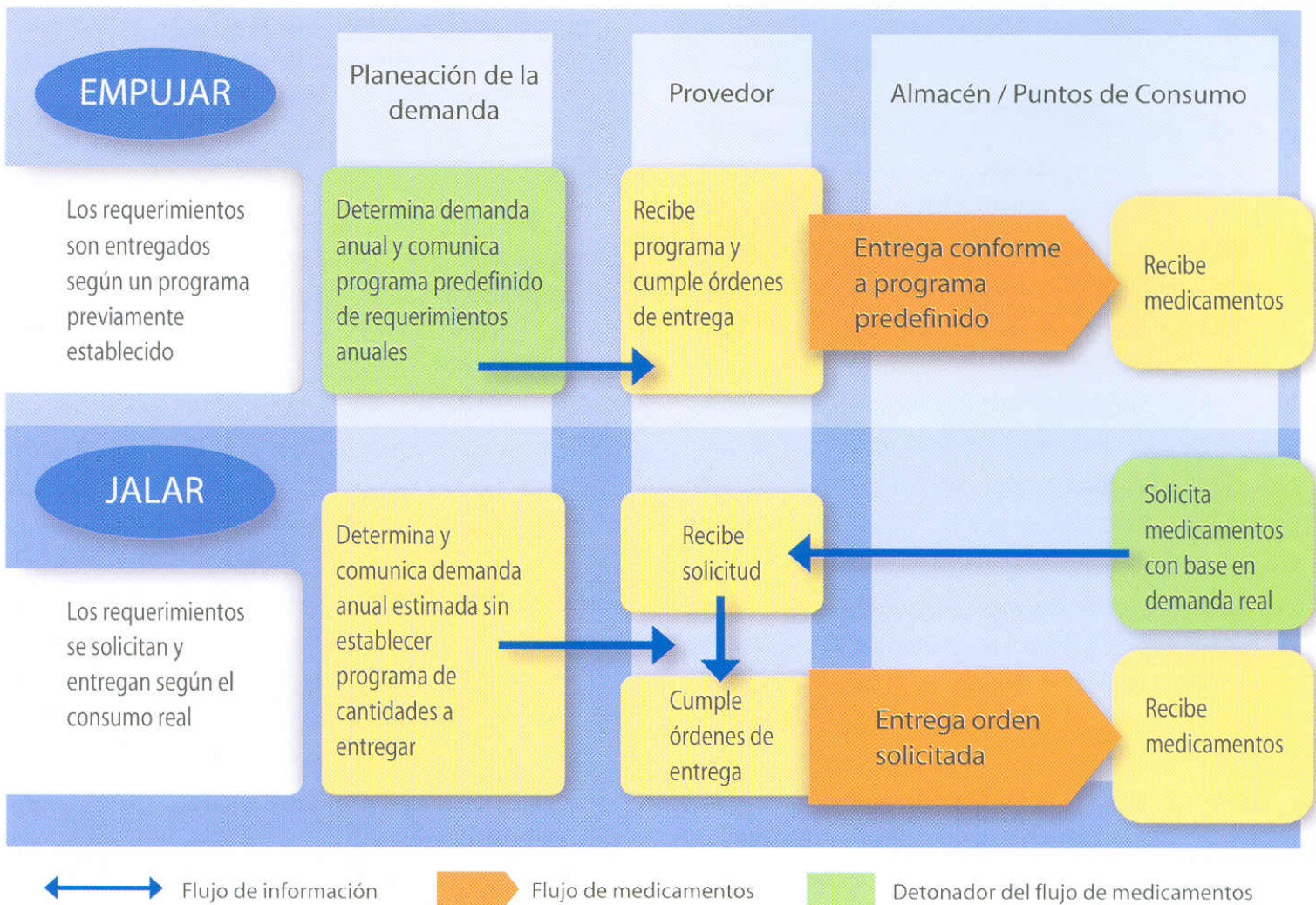
del precio de referencia, lo que provocó que ya no existan claves desiertas por esta causa.

## Administración de inventarios basada en necesidades

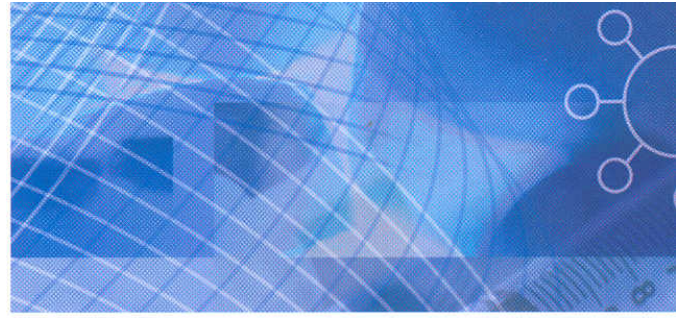
Las instituciones comenzaron con la implantación de un proceso “jalar” de administración de inventarios. Es decir, cada eslabón de la cadena, en lugar de recibir medicamentos con base en un programa generalmente realizado varios meses antes y que no considera los niveles de inventario actuales de las unidades médicas, solicitan los medicamentos a ser entregados con base en sus propias necesidades. Las necesidades se determinan con base en el inventario actual con que cuentan, algunos parámetros que se calculan como inventario de seguridad y demanda estimada durante el período, aparte de la estimación de demanda que desarrollaron previamente.

Esta manera de administrar los inventarios logró reducciones importantes en los faltantes de medicamentos y, al mismo tiempo, una disminución de los medicamentos sobre-inventariados.

## Sistema de administración de inventarios vs. “jalar”



## El entrenamiento a distancia, una forma innovadora de instrumentar las recomendaciones



La instrumentación de las líneas de acción en esta primera etapa de trabajo confrontaba un problema de magnitud. Tan solo la Secretaría de Salud tenía que poner en práctica estos nuevos procesos en 32 diferentes secretarías de salud estatales y en más de 1,000 clínicas y hospitales a lo largo de todo el país.

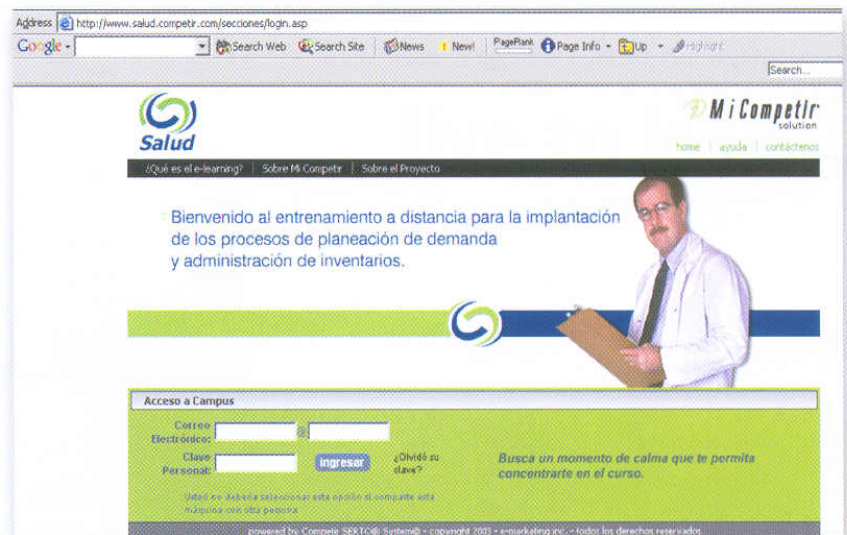
De esta manera, la instrumentación nacional de los procesos de planeación de demanda y administración de inventarios recurrió a la tecnología para acelerar la implantación en todo el país. El equipo de trabajo creó un programa de capacitación a distancia que estaba disponible para todas las clínicas y hospitales del país; lo único que necesitaban era contar con acceso a Internet.

La capacitación a distancia lograba que el capacitado no sólo aprendiera sobre el funcionamiento de los nuevos procesos sino que los fuera instrumentando a la vez, ya que las “tareas” requerían que los participantes aplicaran el conocimiento aprendido en su trabajo cotidiano.

Un asunto importante a resolver

durante este proceso era el contar con los accesos a Internet. Para solucionar esta situación, las secretarías de salud estatales buscaron y desarrollaron diversas opciones; por ejemplo, algunas solicitaron al gobierno del estado el acceso semanal a aulas de otras instituciones públicas que tenían accesos a Internet, mientras otros solicitaron a sus empleados asistir a cafés Internet para tomar el curso.

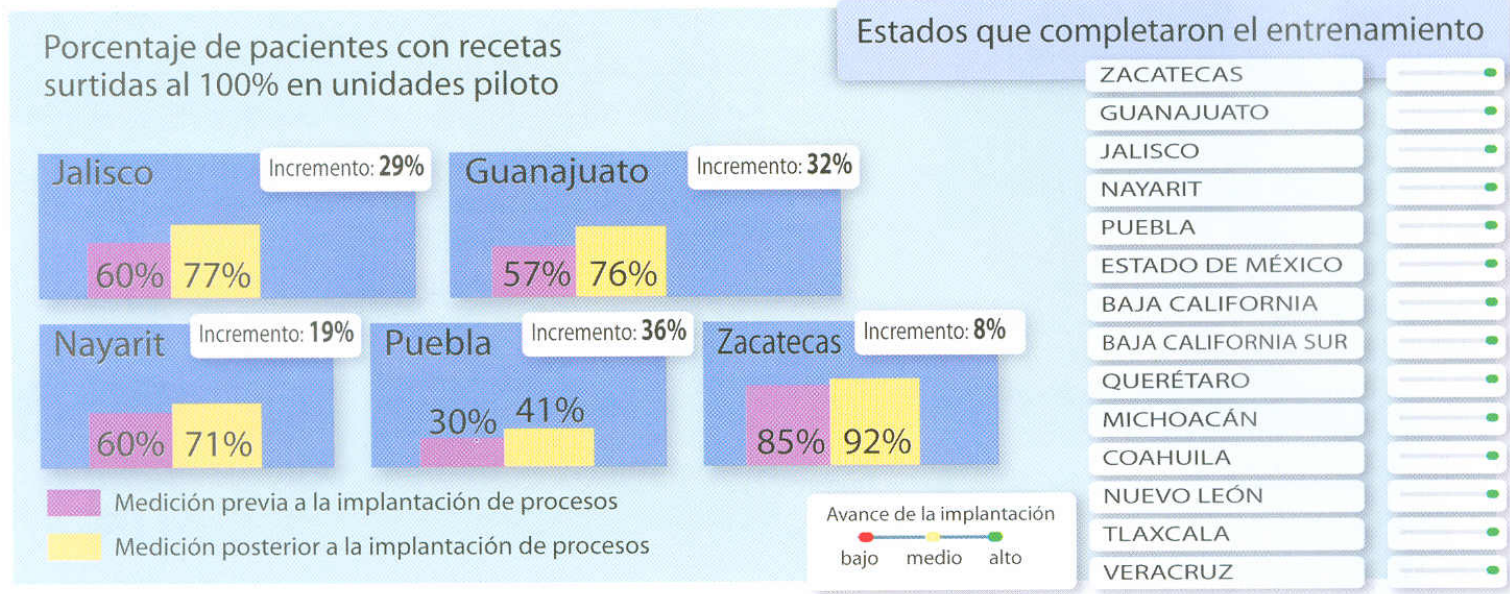
En un primer esfuerzo, 18 estados y más de 1,400 personas fueron capacitados en los procesos antes mencionados.



Con el propósito de asegurar que las instituciones realmente avanzaran en la instrumentación de los procesos, se generaron diversos reportes automatizados a partir de la tecnología de aprendizaje electrónico (e-Learning), los cuales eran enviados a todos los participantes. De igual manera se realizaron sesiones de trabajo donde se aclaraban dudas, se contestaban preguntas y se acordaban los próximos pasos en el entrenamiento a distancia. Cabe destacar que, como parte de los indicadores que fueron monitoreados durante la instru-

mentación, al inicio del entrenamiento los participantes de cada clínica y hospital midieron su punto de arranque en términos de abasto; posteriormente, una vez instrumentados los nuevos procesos, las clínicas y hospitales realizaron una nueva medición y la compararon contra los indicadores establecidos inicialmente. En general, los resultados de la implantación se mostraban muy positivos, lográndose en promedio una mejora del abasto de al menos 10 puntos porcentuales.

**Niveles de abasto en los estados que implantaron los nuevos procesos**



## Segunda etapa de los cambios en el Sector: incorporación de la iniciativa privada en los procesos de abasto



**E**l objetivo de la segunda etapa consiste en la reestructuración de la cadena de abasto del Sector para asegurar que las instituciones se enfocaran en lo que hacen mejor: la atención médica, mientras se invitaba a participantes de la iniciativa privada a manejar procesos clave de la cadena de abasto. Dos recomendaciones principales han iniciado su instrumentación dentro del Sector Salud:

- La utilización de farmacias de la iniciativa privada
- La entrega directa de proveedores en puntos de consumo

### Utilización de farmacias de la iniciativa privada

El sector privado cuenta con una eficiente cadena de abasto que atiende a cerca de 25,000 farmacias en el país. A su vez, estas farmacias son normalmente más eficientes y proveen mejores niveles de servicio que las farmacias del sector público. En consecuencia, la estrategia consiste en apalancar la infraestructura del sector privado y ofrecer servicio a toda la población, mientras que el sector público enfoca sus esfuerzos a la atención médica.

La Secretaría de Salud, en forma conjunta con A.T. Kearney, definió el modelo a instrumentar. Este modelo incorpora farmacias que entregarían los medicamentos directamente a la población y a empresas especializadas de administración de recetas (PBM - Prescription Benefits Managers) que auditan los pagos y dictan los procesos a seguir entre farmacias, laboratorios e instituciones para la administración de los mismos. Estas empresas apoyarían en la transparencia de los procesos para evitar la corrupción.

La Secretaría de Salud se encuentra justo en el proceso de probar este modelo y planea implementarlo más extensamente en el corto plazo. Inicialmente, algunos estados están utilizando un modelo similar para “complementar” su abasto de medicamentos; es decir, en los casos en que la farmacia del sector público no entrega todos los medicamentos, el paciente puede recibir el resto de una farmacia privada cercana, previamente seleccionada, sin ningún costo para él.

Se espera que la instrumentación de este modelo continúe durante los próximos años.

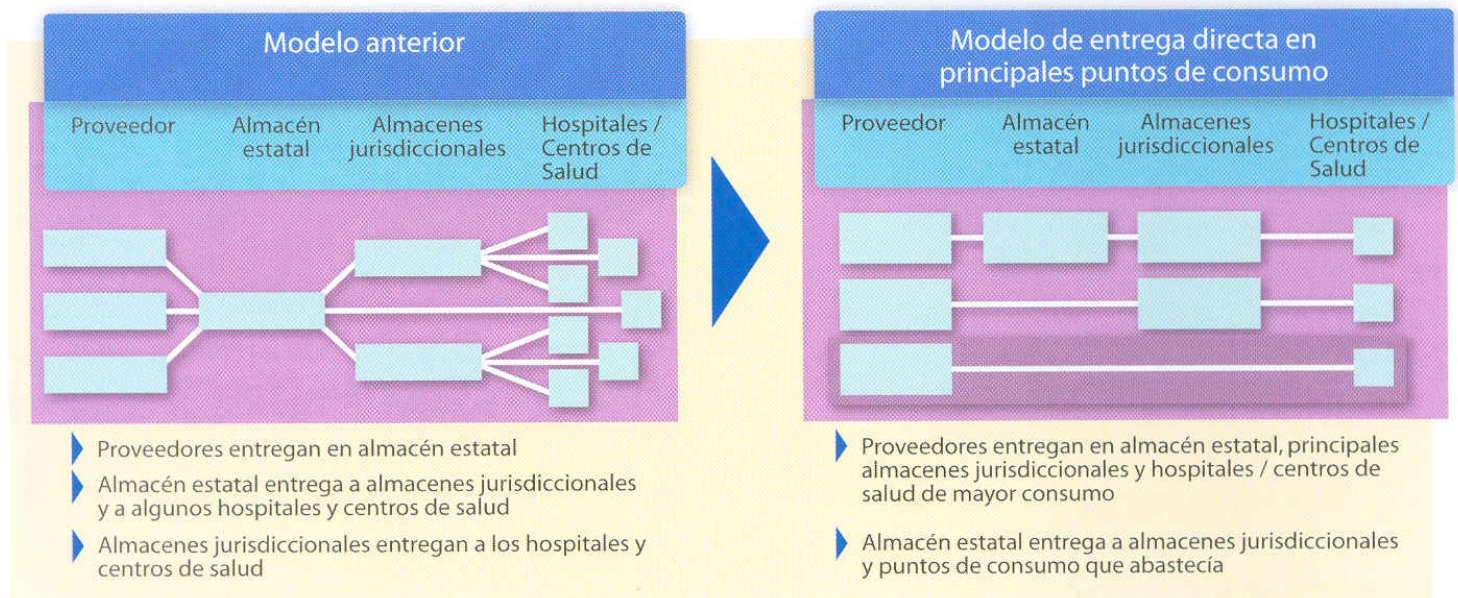
## Entrega directa de proveedores en puntos de consumo

En aquellas instituciones en las que es técnica o políticamente poco viable instrumentar el modelo con base en farmacias de la iniciativa privada, existe la opción de adoptar un modelo de entrega directa en punto de consumo.

Con anterioridad a esta iniciativa, los proveedores normalmente entregaban a un almacén central, de

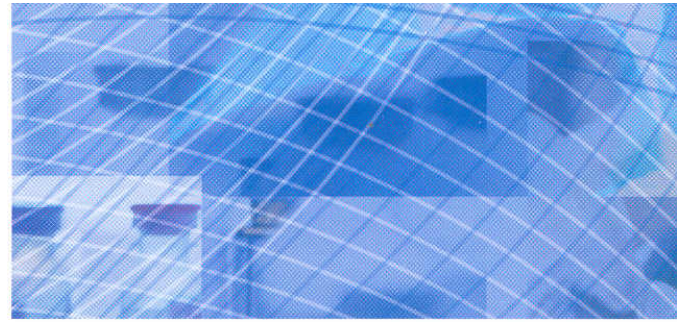
aquí los medicamentos eran llevados a almacenes locales y de estos se transportaban a sus propias farmacias. Bajo esta nueva estrategia, se solicita a los proveedores que entreguen los medicamentos directamente en las clínicas y hospitales de mayor tamaño. Por su parte, las secretarías de salud estatales tuvieron que cambiar algunos de sus procesos existentes, como la centralización de los pedidos para evitar que los hospitales y clínicas ordenaran demasiados medicamentos en volúmenes muy bajos.

## Evolución de la cadena de abasto hacia la entrega directa en punto de consumo





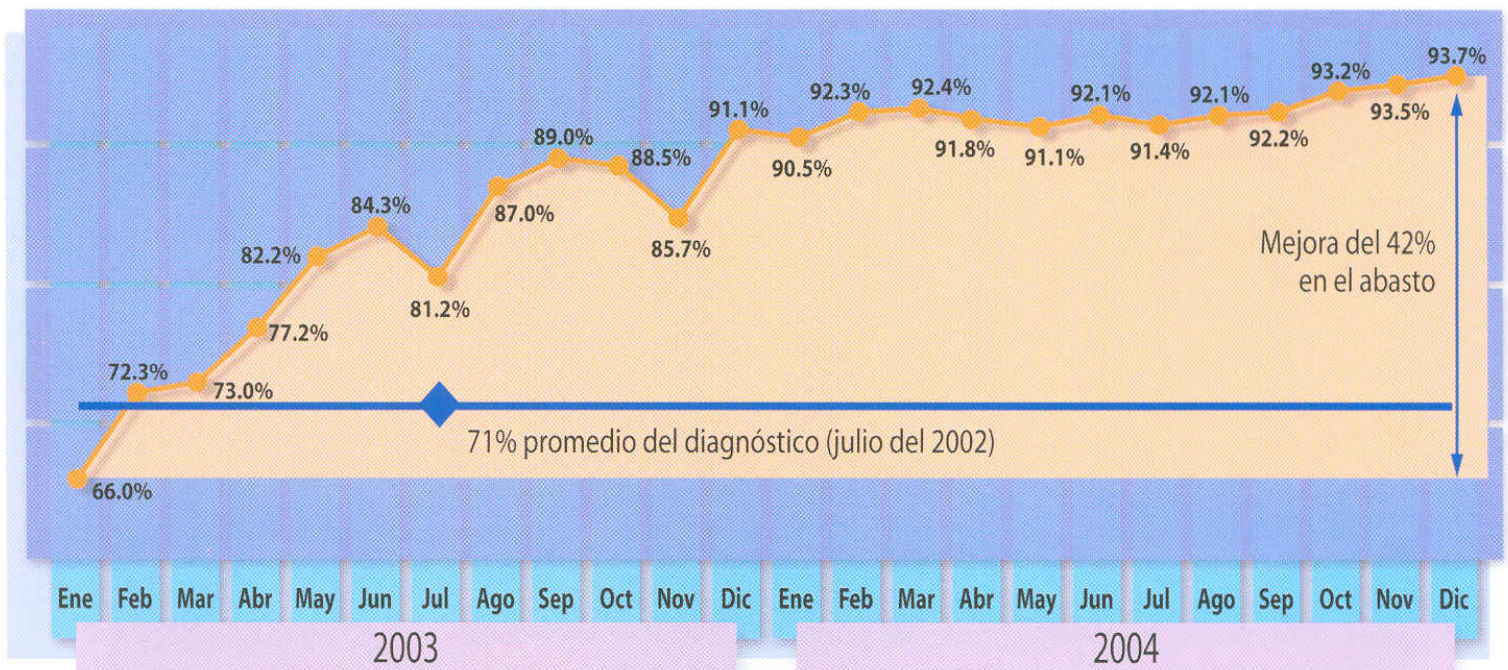
## Resultados a dos años de distancia



Como resultado de esta iniciativa de transformación, el Sector Salud en México ha logrado una mejora sustancial de los niveles de servicio, de apenas un 70% en el primer semestre del 2002 a más del 90% durante el mismo periodo del 2004 en las

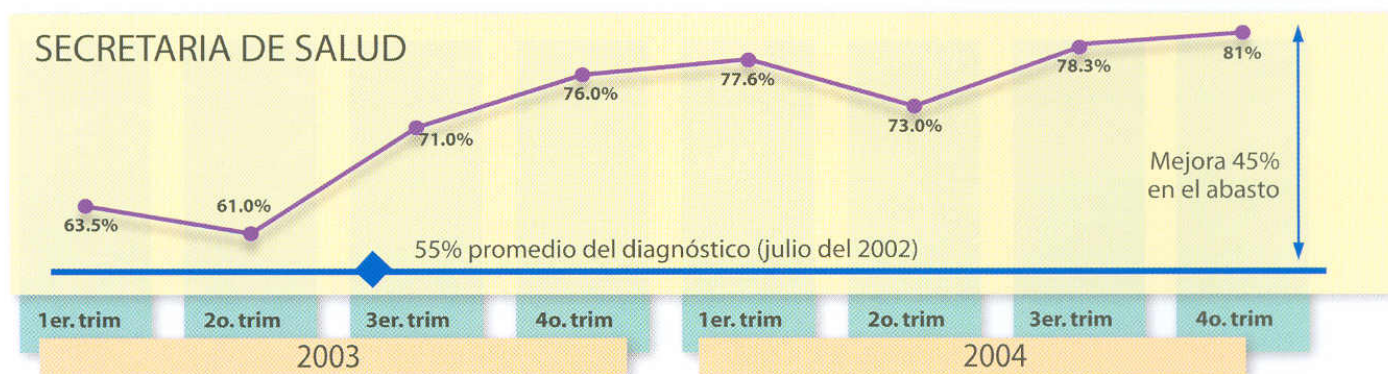
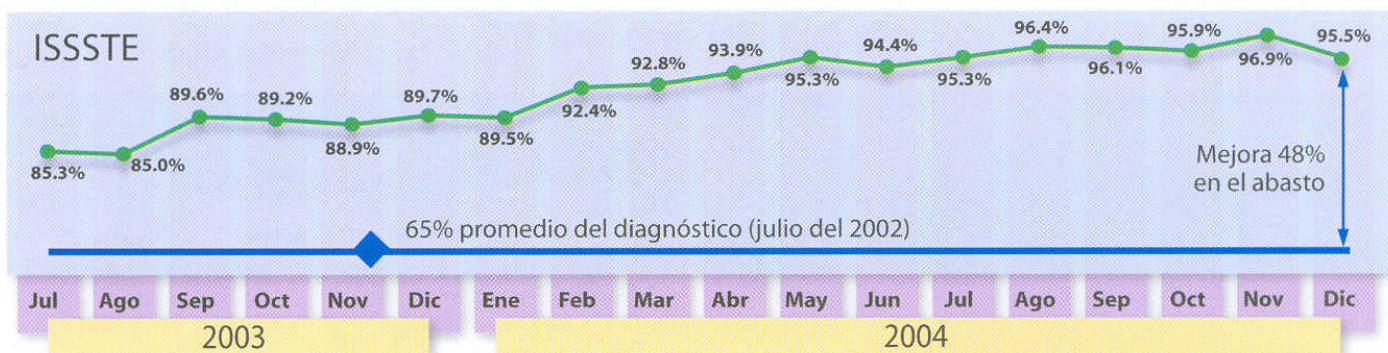
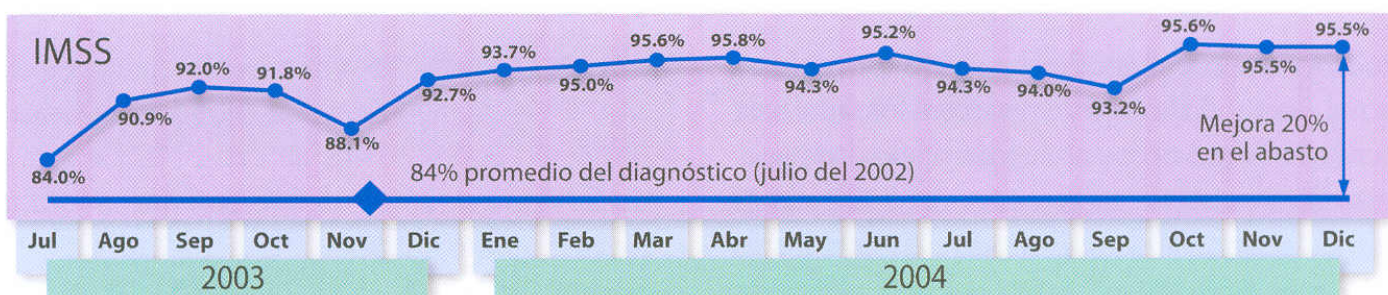
tres instituciones del sector (véase figuras pag. 33 y 34). De igual manera, se ha logrado una reducción promedio en los costos de casi el 10% en las entidades participantes de la compra coordinada (véase figura pag 35).

### Porcentaje de pacientes con recetas surtidas completas (promedio ponderado de las tres instituciones del sector salud)



**Fuente:** estimación por encuestas a farmacias y entrevistas (2002); encuestas con metodología homogénea en las tres instituciones para 2003 y 2004. En IMSS, de la Contraloría; en ISSSTE del Área Médica y Órgano de Control Interno y en SALUD, de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud.

## Abasto de medicamentos en el sector salud (pacientes surtidos al 100%)



**Fuente:** estimación por encuestas a farmacias y entrevistas (2002); encuestas con metodología homogénea en las tres instituciones para 2003 y 2004. En IMSS, de la Contraloría; en ISSSTE del Área Médica y Órgano de Control Interno y en SALUD, de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud.

## Resultados del proceso de compra coordinada anticipada 2004

### Ahorros

Aguascalientes  
Baja California Sur  
Chihuahua  
Jalisco  
Michocán  
Zacatecas

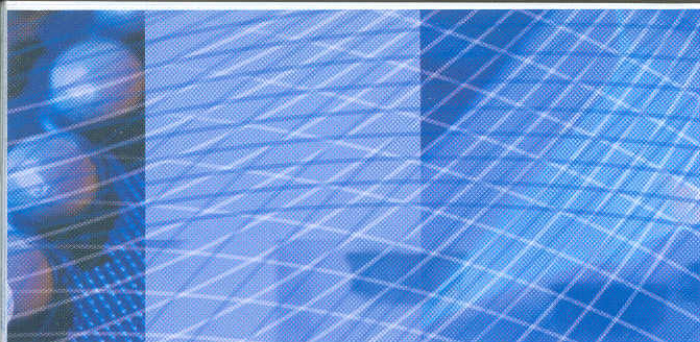


### Prevención de desabasto

- Disminución de claves desiertas del 33% promedio. (Clorfenamina, Albendazol, Electrolitos orales, Paracetamol, Metronidazol, Naproxeno, Bencilpenicilina, Amoxicilina, Solución Hartman, Dicloxacilina, Fumarato ferroso, Ácido Fólico).
- Incremento un 22% frecuencia de entregas en las seis entidades federativas.

### Generación de competencia

- Mayor difusión de procesos licitatorios en Cámaras y Asociaciones.
- Incremento en la utilización de Compranet como medio de difusión.
- Aumentó 37% el número de proveedores que compraron las bases.
- Incrementó 33% la recepción de propuestas.



## El compromiso pendiente

Aunque el día de hoy se cuenta con una cadena de abasto estable, con un nivel de satisfacción de necesidades por encima de 90% y ganancias importantes en transparencia respecto del pasado, aún queda mucho por hacer.

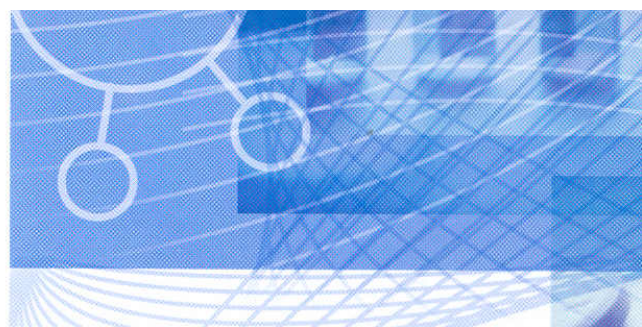
La innovaciones introducidas en el Sector Salud, entre las cuales merece citarse el Seguro Popular, exigen que los servicios de salud sigan gravitando hacia la implantación de sistemas tan confiables y consistentes que ningún cambio en la administración o en el personal a cargo de las funciones de abasto ponga en riesgo los niveles de servicio.

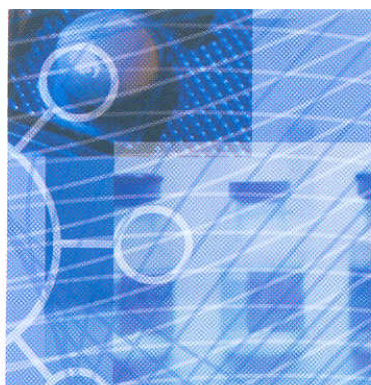
En cualquier programa de mejora de calidad, los últimos pasos, los más altos, son siempre los más difíciles de alcanzar. Esto presta valor estratégico a esta última etapa donde, aparte de tender como meta final hacia el abasto total, se deberán implementar mejoras cualitativas que generen instrumentos de control con transparencia en cada etapa de la cadena del suministro.

## Conclusiones

La transformación iniciada de la cadena de abasto de medicamentos en el Sector Salud muestra que el éxito en proyectos complejos del sector público en México es factible.

La experiencia indica que proyectos similares que se pongan en marcha en el futuro deben, por un lado, establecer metas ambiciosas y, por el otro, estructurar el esfuerzo de manera inteligente. Para esto, es necesario contar con la participación directa de los funcionarios del más alto nivel, así como administrar el cambio en las organizaciones involucradas.





Gracias a Presidencia de la República por su impulso e involucramiento dedicado en este proyecto.

A los representantes de las instituciones del Sector Salud que forman el Comité de Dirección del proyecto.

Al personal de todas las secretarías de salud estatales y del IMSS e ISSSTE que en diferentes momentos han participado en el esfuerzo.

Al equipo de la Secretaría de Salud que ha venido liderando el proyecto desde su inicio.

Al equipo de A.T. Kearney que asesoró el esfuerzo durante la segunda mitad del 2002 y todo el 2003.



Satisfacer la  
demanda de  
medicamentos  
en el sector salud,  
una iniciativa en  
progreso

