

**INFORME FINAL
DE LA
COMISION AD HOC ENCARGADA
POR EL
CONSEJO NACIONAL DESALUD
PARA
“IDENTIFICAR LOS
PRINCIPALES NUDOS
CRÍTICOS EN EL
PROCESO DE
ABASTECIMIENTO
OPORTUNO DE
MEDICAMENTOS
EN EL SECTOR
PÚBLICO”**

07-ABRIL a 27-MAYO-2015

**INFORME FINAL DE LA
COMISION AD HOC ENCARGADA POR EL
CONSEJO NACIONAL DE SALUD PARA EL
“DIAGNOSTICO DEL PROCESO E IDENTIFICAR LOS PRINCIPALES NUDOS CRÍTICOS
EN EL PROCESO DE ABASTECIMIENTO OPORTUNO DE MEDICAMENTOS**

CONTENIDO

- 1. RESUMEN EJECUTIVO**
- 2. INTRODUCCIÓN**
- 3. PLAZO QUE TIENE LA COMISIÓN AD HOC PARA PRESENTAR SU INFORME FINAL**
- 4. ANTECEDENTES**
- 5. NORMAS LEGALES CONSIDERADAS**
- 6. INSTITUCIONES CONVOCADAS**
- 7. METODOLOGÍA ACORDADA**
- 8. SESIONES REALIZADAS**
- 9. INSTITUCIONES INVITADAS A EXPONER:**
 - 9.1 DIGEMID**
 - 9.2 DARES**
 - 9.3 IGSS**
 - 9.4 SUSALUD**
 - 9.5 SINQUIFADDIH – MINSA – GR**
 - 9.6 Q.F. JOSÉ FÉLIX SALAZAR ARAUJO (UNIVERSIDAD PERUANA DE CIENCIAS APLICADAS)**
 - 9.7 SIS**
- 10. EXPOSICIONES QUE NO LLEGARON A REALIZARSE**
- 11. PROCESO DE ABASTECIMIENTO OPORTUNO DE MEDICAMENTOS**
- 12. PARTICIPACIÓN**
- 13. DOCUMENTACIÓN**
- 14. IDENTIFICAR LOS MÁS RELIEVANTES NUDOS CRÍTICOS**
- 15. RECOMENDACIONES**
- 16. OTRAS RECOMENDACIONES**
- 17. AGRADECIMIENTOS**
- 18. LIMITACIONES**

**INFORME FINAL DE LA
COMISION AD HOC ENCARGADA POR EL
CONSEJO NACIONAL DE SALUD PARA EL
“DIAGNOSTICO DEL PROCESO E IDENTIFICAR LOS PRINCIPALES NUDOS CRÍTICOS
EN EL PROCESO DE ABASTECIMIENTO OPORTUNO DE MEDICAMENTOS
EN EL SECTOR PÚBLICO”.**

RESUMEN EJECUTIVO

1. **Entrega del documento** aprobado por la Comisión Ad Hoc, de los Anexos (con algunos cuadros expuestos por las instituciones) y las matrices (Anexo 28 - se adjunta en un CD en formato Excel así como impresas).
2. **Breve explicación** del contenido de las matrices (Global y de Análisis) sobre "Identificación de nudos críticos en el proceso de abastecimiento de medicamentos en el sector público" (más adelante se detalla):
 - 2.1 Para procesos descentralizados
 - 2.2. Para procesos centralizados
3. **Principales recomendaciones:**
 - 3.1 Cambiar el sistema actual, a nivel nacional, regional y local, generando una institución articuladora que ejerza el liderazgo en el suministro, para decisiones oportunas y eficaces, en beneficio de los pacientes.
 - 3.2 Articular el financiamiento para lograr la unidad de gestión de programación, ejecución y control.
 - 3.3 Actualizar la normatividad – vía Decreto Supremo - del Sistema de Suministro incluyendo un flujograma y cronograma (con tiempos estimados) de todos los procesos en la cadena de suministro a cargo del Estado, de cumplimiento obligatorio, precisando responsabilidades y penalidades.
 - 3.4 Precisar el rol del Instituto de Gestión de Servicios de Salud – IGSS, su relación con las Regiones, dado que está generando duplicidad con otras instituciones del MINSA, restándole rectoría.
 - 3.5 Establecer plazos máximos - en los procesos de compras corporativas – para la selección, estimación y programación.
 - 3.6 Reducir al máximo los “Items desiertos”, con precios referenciales más acertados y efectivos “estudios de mercado”.
 - 3.7 Plantear modificaciones en la Ley de adquisiciones y contrataciones del Estado, participar activamente en la reglamentación de dicha ley, tal que permita rápidas reacciones del Estado, por ejemplo, salir a compras internacionales cuando los proveedores que ganaron la buena pro anuncian que, por diversas razones, no podrán seguir abasteciendo.
 - 3.8 Implementar, a la mayor brevedad, un aplicativo informático interconectado con todos los actores que intervienen en el suministro, para brindar y recibir información de stocks y consumo, EN LINEA, AL MOMENTO.
 - 3.9 Las instituciones deben estar dirigidas por los profesionales más idóneos, tratándose de bienes sociales (productos y dispositivos) directamente relacionados con la vida y la salud y no de bienes comunes. Fortalecer las gestiones de las redes.
 - 3.10 Capacitar y actualizar al personal de los EESS ante la evidente e inadecuada gestión de stocks y abastecimiento en almacenes especializados y en los servicios de farmacia.
 - 3.11 Actualizar de la RM N° 829-2010/MINSA respecto a funciones del Comité Farmacoterapéutico según niveles de categorías de establecimientos de salud.
 - 3.12 Programar y ejecutar inversiones a fin de que los EESS cumplan, dentro de un cronograma aprobado en norma legal, con las Buenas Prácticas de Almacenamiento, Distribución y Transporte.
4. Durante las actividades de esta Comisión Ad Hoc, gracias a la convocatoria a las instituciones involucradas y el amplio diálogo establecido, hemos comprobado que algunos procesos han mejorado, han surgido importantes iniciativas o se han reforzado. No obstante falta mucho por hacer. Lo cual obliga a mantener la mejora continua.

INFORME FINAL

1.INTRODUCCIÓN.-

En la sesión del 30-Marzo-2015 del Consejo Nacional de Salud la representación de las Organizaciones de la Comunidad dieron lectura al Expediente N° 15-031457-001 presentado mediante el cual expresaban su preocupación por la situación del suministro de medicamentos y otros insumos para el cuidado y tratamiento de la vida y la salud. En las recientes reuniones del Comité Nacional de Medicamentos se tuvieron tres exposiciones:

1.1 De la DIGEMID, quien como Autoridad Nacional Regulatoria debe “regular los procesos de distribución y comercialización de productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios, asegurando que sean eficaces, seguros y de calidad, que sean accesibles oportunamente a la población”, por consiguiente debería estar supervisando y monitoreando el suministro. Como lo hemos expuestos en diversos espacios, entre ellos en META, la metodología actual para determinar la DISPONIBILIDAD de éstos no es representativa de la realidad. (Anexos 1-2)

1.2 En los intentos por lograr una respuesta a esta situación, DARES planteó que han cumplido con hacer los trámites y convocado a los procesos correspondientes, atribuyendo a otras dependencias, la situación de desabastecimiento. Se informó que recién en Mayo del 2015 se estaría regularizando la situación. (Anexos 3-4)

1.3 Según IGSS (Anexo 5), el nivel de desabastecimiento en muchos lugares del país representa porcentajes altos (57.07%), preocupantes, sobre lo cual podría haber EXPLICACIONES por las transferencias, partidas presupuestales, etc. Pero todo ello, por muy justificado que pudiera parecer, no resuelve los problemas de salud de los pacientes, quienes tienen el derecho de tener sus medicamentos en el momento oportuno, ni antes ni después, menos aún que se les reduzca la dosis por causas administrativas o logísticas.

1.4 Se mostró una relación de medicamentos y otros insumos que no se encuentran disponibles, según información alcanzada por el Cuerpo Médico Rímac – San Martín de Porres – Los Olivos. (Anexo 6)

Por lo que se planteó la conformación de una Comisión Ad Hoc que:

“DETERMINE LAS CAUSAS DEL DESABASTECIMIENTO DE PRODUCTOS FARMACÉUTICOS Y DISPOSITIVOS MÉDICOS EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DEL SECTOR PÚBLICO (MINSA, ESSALUD, INPE Y GOBIERNOS REGIONALES) Y PLANTEE POSIBLES SOLUCIONES EN EL CORTO Y MEDIANO PLAZO”.

Esta Comisión Ad Hoc tendría que convocar a los representantes del MEF, OSCE, SEACE, IGSS, ESSALUD, DARES, DIGEMID, CNCC-INS, DIREMIDs, algunos Hospitales y/o Cuerpos Médicos y Farmacéuticos, Colegios Profesionales como el Colegio Médico del Perú, gremios profesionales como la Federación Médica del Perú, colectivos como FOROSALUD, AIS, GIVAR, RED-GE, RED PERUANA DE PACIENTES Y USUARIOS; y posteriormente a los de gremios empresariales (Alfarpe, Adifan, Cámara de Comercio de Lima), entre otros.

Luego del debate y votación respectiva se aprobó la conformación de una Comisión Ad Hoc encargada de **“IDENTIFICAR LOS PRINCIPALES NUDOS CRÍTICOS EN EL PROCESO DE ABASTECIMIENTO OPORTUNO DE MEDICAMENTOS”.**

2.PLAZO QUE TIENE LA COMISIÓN AD HOC PARA PRESENTAR SU INFORME FINAL.-

Un Informe Preliminar fue aprobado por la Comisión (24-Abril-15), presentado y leído en la sesión del Consejo Nacional de Salud (30-Abril-2015). El Informe Final será presentado en la sesión ordinaria de Mayo del CNS (28-Mayo-2015).

3.ANTECEDENTES.-

- 3.1 Ley General de Salud¹ con enfoque muy flexible.
- 3.2 Lineamientos de Política Sectorial para el Periodo 2002 – 2012 y Principios Fundamentales para el Plan Estratégico Sectorial del Quinquenio Agosto 2001 – Julio 2006.²
- 3.3 Lineamientos de Política Sectorial en Salud-Noviembre 2013³
- 3.4 La Política Nacional de Medicamentos promulgada el 2004⁴.
- 3.5 La Ley 29459 promulgada el 2009⁵.

4.NORMAS LEGALES CONSIDERADAS.-

- 4.1 Ley General de Salud N° 26842
- 4.2 Ley de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios N° 29459;
- 4.3 DS 014-2011-SA^{6,7,8,9} Reglamento de establecimiento Farmacéuticos y sus modificatorias DS 002-2012-SA y DS 033-2014-SA;
- 4.4 DS 016-2011-SA^{10,11,12,13} Reglamento de Registro, Control y Vigilancia Sanitaria de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios, y sus modificatorias DS 001-2012-SA y DS 016-2013-SA.
- 4.5 Ley de Procedimientos Administrativos Generales N° 27444 y sus modificatorias¹⁴.
- 4.6 Texto Único de Procedimientos Administrativos MINSA y sus Órganos Desconcentrados D.S. 013-2009-SA¹⁵ y sus modificatorias D.S. 002-2010-SA¹⁶ y D.S. 004-2010-SA¹⁷.

¹ ftp://ftp.minsa.gob.pe/ftproot/intranet/leyes/L-26842_LGS.pdf

² http://www.minsa.gob.pe/servicios/serums/2009/dgps_para_serums_2009ii/documentos_generales/li neamientos_minsa_2002_2012.pdf

³ https://www.mef.gob.pe/contenidos/inv_publica/docs/novedades/2013/presentaciones/Minister-de-Salud.pdf

⁴ <http://www.sismed.minsa.gob.pe/PoliticaNacdeMed-RM1240-2004.pdf>

⁵ <http://www.sismed.minsa.gob.pe/Ley29459.pdf>

⁶ http://observatorio.digemid.minsa.gob.pe/PortalConsultas/Documentos/DS_014-2011.pdf

⁷ <http://observatorio.digemid.minsa.gob.pe/OPMSCMS/Archivos/DS%20002-2012-SA%20Modifican%20Reglamento%20de%20Establecimeintos%20Farmaceuticos.pdf>

⁸ <http://elperuanolegal.blogspot.com.ar/2014/11/decreto-supremo-n-033-2014-sa-modifican.html>

⁹ <http://www.elperuano.com.pe/NormasElperuano/2015/04/21/1227155-1.html>

¹⁰ <http://www.digemid.minsa.gob.pe/UpLoad/UpLoaded/PDF/DS016-2011-MINSA.pdf>

¹¹ <http://observatorio.digemid.minsa.gob.pe/OPMSCMS/Archivos/DS%20001-2012-SA%20Modifican%20Reglamento%20de%20Registros%20Productos%20farmaceuticos.pdf>

¹² http://www.digemid.minsa.gob.pe/UpLoad/UpLoaded/PDF/Normatividad/2013/DS_016-2013.pdf

¹³ <http://www.elperuano.com.pe/NormasElperuano/2015/04/21/1227155-2.html>

¹⁴ http://www4.congreso.gob.pe/historico/cip/materiales/delitos_omision/ley27444.pdf

¹⁵ <ftp://ftp2.minsa.gob.pe/normaslegales/2009/DS013-2009EPne.pdf>

¹⁶ <ftp://ftp2.minsa.gob.pe/normaslegales/2010/DS002-2010-SA-EP.pdf>

4.7 Manual de Buenas Prácticas de Almacenamiento vigente RM-132-2015-MINSA^{18, 19}

4.8 Ley de Adquisiciones y Contrataciones del Estado N° 30225²⁰.

4.9 Organización y Funciones de las siguientes instituciones:

4.9.1 DIGEMID

4.9.2 DARES

4.9.3 IGSS

4.9.4 INDECOPI

4.9.5 ESSALUD

4.9.6 SIS

4.10 Resolución Directoral N° 147-2014-DARES-MINSA²¹ Aprobar las bases de la adjudicación directa pública N° 008-2014-DARES/MINSA, destinada a la CONTRATACIÓN DE SERVICIO DE TRANSPORTE DE ADUANAS A LOS ALMACENES DE LA DARES.

4.11 Decreto Legislativo N° 1161²².- Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud

4.12 R.M. N° 1753-2002-SA/DM^{23, 24}.- Directiva del Sistema Integrado de Suministro de Medicamentos e Insumos Médico-Quirúrgicos - SISMED.

4.13 R. M. N° 367-2005/MINSA^{25, 26}.- Modificatoria de la Directiva del Sistema Integrado de Suministro de Medicamentos e Insumos Médico-Quirúrgicos - SISMED.

5. INSTITUCIONES CONVOCADAS.-

5.1 Consejeros Nacionales Representantes de:

5.1.1 Organizaciones Sociales de la Comunidad (OSC), que preside;

¹⁷ <http://www.sunasa.gob.pe/procedimientos/DS-004-2010-SA.pdf>

¹⁸ <ftp://ftp2.minsa.gob.pe/normaslegales/2015/RM-132-2015-MINSA-02-03-PARTE02.pdf>

¹⁹ <ftp://ftp2.minsa.gob.pe/normaslegales/2015/RM-132-2015-MINSA-02-03-PARTE07.pdf>

²⁰

<http://portal.osce.gob.pe/osce/sites/default/files/Documentos/legislacion/ley/Ley%2030225%20Ley%20de%20contrataciones-julio2014.pdf>

²¹ <http://www.dares.minsa.gob.pe/upload/doc/Transparencia/NormasLegales/2013/RD147-2013-DARES-MINSA.pdf>

²² https://www.mef.gob.pe/contenidos/servicios_web/conectamef/pdf/normas_legales_2012/NL20131207.pdf

²³ <ftp://ftp.minsa.gob.pe/sismed/SISMEDV2.0/documentacion/DIRECTIVA.pdf>

²⁴ http://www.digemid.minsa.gob.pe/UpLoad/UpLoaded/PDF/RESOLUCIONMINISTERIALN1753-2002-SA_DM.pdf

²⁵ <http://www.digemid.minsa.gob.pe/UpLoad/UpLoaded/PDF/RM367-2005-MINSA.pdf>

²⁶ <http://www.sismed.minsa.gob.pe/RD093-2011-PREMAXOPER.pdf>

5.1.2 Colegio Médico del Perú (CMP);

5.1.3 Asociación Nacional de Municipalidades del Perú (AMPE);

5.2 Miembros del Comité Nacional de Medicamentos del Consejo Nacional de Salud (Titulares y Alternos):

5.2.1 Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas del Ministerio de Salud – DIGEMID;

5.2.2 Organizaciones Sociales de la Comunidad (OSC);

5.2.3 Colegio Médico del Perú (CMP);

5.2.4 Sanidades de las Fuerzas Armadas (SFFAA);

5.2.5 Sanidad de la Policía Nacional del Perú (SPNP);

5.2.6 Servicios de Salud del Sector Privado (SSSP);

5.2.7 Trabajadores del Ministerio de Salud (TMINSA);

5.2.8 Seguro Social del Perú (Essalud).

5.3 Invitados del Comité Nacional de Medicamentos del Consejo Nacional de Salud:

5.3.1 Federación Médica del Perú (FMP);

5.3.2 Federación de Obstetras del Ministerio de Salud - FOMINSAP.

6. METODOLOGÍA ACORDADA.-

6.1 Exposiciones de instituciones, entidades y especialistas en algún tema relacionados.

6.2 Elaboración y debate de una Matriz de Procesos

6.3 Aportes y Sugerencias para el Informe Preliminar y Final.

7. SESIONES REALIZADAS.-

1ra 07-04-15

2da 15-04-15

3ra 17-04-15

4ta 22-04-15

5ta 24-04-15

6ta 29-04-15

7ma 06-05-15

8va 08-05-15

9na 15-05-15

10ma 20-05-15

11ra 22-05-15 (Informativa)

12va 27-05-15 (Final)

Además de reuniones del Grupo de Trabajo para elaborar las Matrices (Global de Procesos y de Análisis) conformada por representantes de OSC – DIGEMID – DARES y el importante rol que le corresponderá al COORDINADOR de SECCOR. También se formó otro Grupo de Trabajo para ver los aspectos normativos (el representante del CMP en el CN de Medicamentos, abogados de Essalud por consultar y sería complementado con los aportes de los químicos farmacéuticos Marcial Torres y José Salazar); quedó establecida la posibilidad de que las Asesorías Legales de las demás instituciones participantes puedan aportar sugerencias para cambios normativas sea a nivel de ley o reglamentos.

Quedó establecido que si alguna de las instituciones participantes planteara la incorporación de algún Experto o Asesor, sólo tenía que plantearlo; a priori no se consideró a ninguno. No obstante, se entregó a los participantes, en un CD, una serie de documentos (normas, entre ellas las funciones y responsabilidades de las instituciones involucradas, artículos, informes, consultorías, etc) relacionadas con el tema.

8. INSTITUCIONES CONVOCADAS A EXPONER.-

8.1 DIRECCIÓN GENERAL DE MEDICAMENTOS, INSUMOS Y DROGAS DEL MINISTERIO DE SALUD – DIGEMID.-

8.1.1 APORTES, OBSERVACIONES EN SU PRIMERA PRESENTACIÓN (15-04-15) (Anexos 1-2-7-8).-

8.1.1.1 Rectoría, regula, evalúa y vigila el SISMED. Señala la interacción con el IGSS/DIRESA/GERESA, con DARES.

8.1.1.2 Identificación de actores, roles en el suministro y resultados sanitarios.

8.1.1.3 Análisis de la disponibilidad de productos farmacéuticos en el ámbito del IGSS.

8.1.1.4 Disponibilidad de productos farmacéuticos en los EESS del primer nivel de atención en el ámbito del IGSS.

8.1.1.5 Disponibilidad de productos farmacéuticos en hospitales e institutos especializados en el ámbito del IGSS.

8.1.1.6 Disponibilidad de medicamentos Enero 2014 a Febrero del 2015 en el ámbito del IGSS.

8.1.1.7 Acciones realizadas ante el desabastecimiento.

8.1.2 APORTES, OBSERVACIONES EN SU SEGUNDA PRESENTACIÓN (22-04-15).-

8.1.2.1 Evaluación valorizada de consumos de suministros médicos a nivel nacional – Periodo Enero 2010 a Junio del 2014. (Anexo 12)

8.1.2.2 Análisis de los consumos de productos farmacéuticos y dispositivos médicos según tipo, a nivel nacional 2014, por ex DISAS V Lima Ciudad, IV Lima Este, II Lima Sur. (Anexo 21).

8.1.2.3 Los cuadros presentados y la relación de “incremento” de consumo por el SIS con una supuesta rebaja del gasto de bolsillo o el aumento en el número de unidades adquiridas o el aumento de los precios de los medicamentos, motivó un intenso debate.

8.1.2.4 La DIGEMID, a través de la Dirección de Acceso y Uso de Medicamentos, en el marco de la Ley 29459 “Ley de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios” y de la “Política Nacional de Medicamentos”, **tiene como funciones normar, promover, monitorear, vigilar, supervisar y evaluar la disponibilidad, uso racional y fármaco vigilancia de los productos farmacéuticos** en el país a través del diseño e implementación de estrategias que favorezcan su acceso a la población sobre todo a las más necesitada. Así también, la DIGEMID en el marco de la RM N° 1753-2002: “Aprueba la Directiva del Sistema Integrado de Suministro de Medicamentos e Insumos Médico-Quirúrgicos – SISMED” y su modificatoria, es la responsable de regular, conducir, articular, monitorear, supervisar, brindar asistencia técnica y evaluar el proceso de implementación y funcionamiento del SISMED, informar periódicamente al Despacho Vice Ministerial, así como velar por el cumplimiento de las disposiciones contenidas en la presente Directiva.

8.1.2.5 Al igual que otras instituciones, la representación de la DIGEMID también plantea que la adquisición de medicamentos debe estar regida por una ley especial.

8.2 DIRECCIÓN DE ABASTECIMIENTO DE RECURSOS ESTRATÉGICOS DEL MINISTERIO DE SALUD – DARES.-

8.2.1 APORTES, OBSERVACIONES EN SU PRIMERA PRESENTACIÓN (15-04-15).- (Anexo 9-10-11)

8.2.1.1 Gestión de compras –Recursos estratégicos de suministro centralizado y descentralizado.

8.2.1.2 Suministro centralizado: Abastecimiento DARES a las DISAS/DIRESAS/GERESAS 2011-2014.

8.2.1.3 Para Lima Metropolitana 2011-2014:

8.2.1.3.1 Dosis distribuidas de vacunas para ESN Inmunizaciones.

8.2.1.3.2 Unidades de medicamentos para ESN Tuberculosis

8.2.1.3.3 Unidades de medicamentos para ESN VIH

8.2.1.3.4 Unidades de medicamentos para ESN Metaxénicas

8.2.1.4 Montos adjudicados por entidad en las compras corporativas de medicamentos de los últimos 5 años.

8.2.1.5 Acciones realizadas en el 2015 para apoyo al IGSS.

8.2.1.5.1 Apoyo en la distribución directa hacia los establecimientos de salud de los bienes de suministro centralizado.

8.2.1.5.2 Disposición de vehículos para distribución de los demás bienes a los EESS (según cuadros de distribución de IGSS).

8.2.1.5.3 Asistencia técnica a las Redes (ejecutoras) para concretar la adquisición delegada del IGSS

8.2.1.5.4. Apoyo en coordinaciones para habilitación presupuestal a la Redes para concretar las compras delegadas.

8.2.1.5.5. Alertas a los gestores del IGSS y SIS de las consecuencias en el abastecimiento ante la falta de ejecución de contratos derivados de las compras corporativas.

8.2.1.5.6. Alertas diarias automatizadas a los hospitales y responsable de medicamentos del IGSS respecto a riesgos de desabastecimiento de Antirretrovirales.

8.2.1.6 Perspectivas.

8.2.1.6.1 Fortalecer marco normativo para optimizar gestión de abastecimiento (Norma Sectorial)

8.2.1.6.2 Asistencia técnica personalizada a las Regiones

8.2.1.6.3 Fortalecer sistema de información a nivel de prestadores.

8.2.1.6.4 Fortalecer los indicadores específicos de gestión de abastecimiento en los Convenios Interinstitucionales en los que participa el MINSA (MEF, MIDIS, GR, SIS)

8.2.2 APORTES, OBSERVACIONES EN SU SEGUNDA PRESENTACIÓN (22-04-15).- (Anexos 13-14)

8.2.2.1 Suministro centralizado. Distribución de recursos estratégicos en salud.

8.2.2.2 Compras corporativas nacionales – Etapas de la contratación estatal:

8.2.2.2.1 Planificación y actos preparatorios (Disa/Diresa/Geresa-Unidades Ejecutoras) – Minsa - Dares.

8.2.2.2.2 Selección (Dares).

8.2.2.2.3 Ejecución contractual: Disa/Diresa/Geresa – Unidades Ejecutoras.

8.2.2.2.3.1 Abastecimiento de vacunas – Año 2014 – Avance I – II Trimestre 2015.

8.2.2.2.3.2 Abastecimiento en Zoonosis Año 2014 – Avance I – II Trimestre 2015.

8.2.2.2.3.3 Abastecimiento en TBC 1ra Línea Año 2014 – Avance I – II Trimestre 2015.

8.2.2.2.3.4 Abastecimiento en TBC 2da Línea Año 2014 – Avance I – II Trimestre 2015.

8.2.2.2.3.5 Abastecimiento en Enfermedades Metaxénicas Año 2014 – Avance I – II Trimestre 2015.

8.2.2.2.3.6 Abastecimiento en VIH Año 2014 – Avance I – II Trimestre 2015.

8.2.2.2.3.7 Abastecimiento en Multimicronutrientes Año 2014 – Avance Enero - Abril 2015.

8.2.2.2.3.8 Disponibilidad de RES – Suministro centralizado utilizados en **ESN PCT**. Stock de menos de 1 mes – Stock de 1 a 2 meses – Stock de 2 a 4 meses – Stock de 4 meses a más - Total stock mayor a 1 mes por DISA/DIRESA e IGSS. Arequipa y Tacna no están reportando. (Anexo 15)

8.2.2.2.3.9 Disponibilidad de RES – Suministro centralizado utilizados en **ESN INMUNIZACIONES**. Stock de menos de 1 mes – Stock de 1 a 2 meses – Stock de 2 a 4 meses – Stock de 4 meses a más - Total stock mayor a 1 mes por DISA/DIRESA e IGSS. Arequipa y Tacna no están reportando. (Anexo 16)

8.2.2.2.3.10 Disponibilidad de RES – Suministro centralizado utilizados en **ESN ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN SALUDABLE**. Stock de menos de 1 mes – Stock de 1 a 2 meses – Stock de 2 a 4 meses – Stock de 4 meses a más - Total stock mayor a 1 mes por DISA/DIRESA e IGSS. Arequipa y Tacna no están reportando. (Anexo 17)

8.2.2.2.3.11 Disponibilidad de RES – Suministro centralizado utilizados en **ESN SALUD SEXUAL REPRODUCTIVA**. Stock de menos de 1 mes – Stock de 1 a 2 meses – Stock de 2 a 4 meses – Stock de 4 meses a más - Total stock mayor a 1 mes por DISA/DIRESA e IGSS. Arequipa y Tacna no están reportando. (Anexo 18)

8.2.2.2.3.12 Disponibilidad de RES – Suministro centralizado utilizados en **ESN PREVENCIÓN Y CONTROL DE ITS Y VIH**. Stock de menos de 1 mes – Stock de 1 a 2 meses – Stock de 2 a 4 meses – Stock de 4 meses a más - Total stock mayor a 1 mes por DISA/DIRESA e IGSS. Arequipa y Tacna no están reportando. (Anexo 19)

8.2.2.2.3.13 Disponibilidad de RES – Suministro centralizado utilizados en **ESN METAXÉNICAS Y OTRAS TRANSMITIDAS POR VECTORES**. Stock de menos de 1 mes – Stock de 1 a 2 meses – Stock de 2 a 4 meses – Stock de 4 meses a más - Total stock mayor a 1 mes por DISA/DIRESA e IGSS. Arequipa y Tacna no están reportando. (Anexo 20).

8.3 INSTITUTO DE GESTIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DEL MINISTERIO DE SALUD – IGSS.-

8.3.1 APORTES, OBSERVACIONES.-

8.3.1.1 Situación actual y esperada del stock de medicamentos e insumos médicos en las redes de salud, al 16 de abril 2015 (Se adjunta en el CD) para las Redes de Salud: Lima Ciudad, Puente Piedra, Rímac, Túpac Amaru, Villa María del Triunfo, Barranco – Chorrillos, Villa El salvador, Lima Este Metropolitana y San Juan de Lurigancho.

8.3.1.2 Items con stock crítico (disponibilidad inferior a 2 meses - 35 % promedio) a febrero – 2015.

8.3.1.3 Distribución por transferencia de almacén Disa II Lima Sur en Feb. más prestamos de 03 hospitales y 01 institutos en marzo.

8.3.1.4 Distribución por la transferencia desde almacenes de la Disa II Lima Sur y Disa IV Lima Este en abril.

8.3.1.5 Compras realizadas por redes entre marzo y abril – 2015

8.3.1.6 Préstamos de cuatro hospitales y dos institutos en abril

8.3.1.7 Préstamo de la Diresa Ancash en abril

8.3.1.8 Nuevo N° de ítems con stock crítico al 16.04.15 (incluye consumos de marzo al 15 abril) (Se adjunta en el CD).

8.3.1.9 Comparado con el cuadro mostrado el 10 de marzo del 2015 en sesión del Comité Nacional de Medicamentos (Se adjunta en el CD).-

8.3.1.10 Productos farmacéuticos y dispositivos médicos de la Red de Salud Villa El Salvador, stocks disponibles en cada proceso de abastecimiento hasta lo esperado en abril/mayo 2015.

8.3.1.11 Dependiendo de la continuación o finalización del trabajo de esta Comisión Ad Hoc, será interesante volver a convocarlos **a fines de Mayo del 2015** para conocer situación y regularización del suministro.

8.4.1 Cuadro de stocks por redes y por ítem (STOCKS DISPONIBLES EN CADA PROCESO DE ABASTECIMIENTO HASTA LO ESPERADO EN ABRIL / MAYO 2015)

8.4 SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD - SUSALUD

8.4.1 APORTES, OBSERVACIONES DEJADAS (15-04-15) EN POWER POINT.-(Anexo 22)

8.4.1.1 Supervisiones a la UPSS Farmacia.

8.4.1.2 Modelo de supervisión a IPRESS en base a cumplimiento normativo y gestión de riesgo operativo como medio para garantizar la seguridad de atención en salud y el mejoramiento continuo de la calidad de los servicios.

8.4.1.3 Verificadores más vulnerados en la Supervisión Integral **2013**: El **87 %** de las IPRESS inspeccionadas (153 de 175) no tienen conformidad en realizar una adecuada gestión de stocks y abastecimiento en el almacén especializado de medicamentos y en los servicios de farmacia. Además de otros verificadores.

8.4.1.4 Verificadores más vulnerados en la Supervisión Integral **2014**: El **95 %** de las IPRESS inspeccionadas (141 de 149) no tienen conformidad de realizar una adecuada gestión de stocks y abastecimiento en el almacén especializado de medicamentos y en los servicios de farmacia.

8.4.1.5 Verificadores más vulnerados en la **Supervisión Selectiva de Primer Nivel de Atención 2014**: El **92 %** de las IPRESS inspeccionadas (121 de 131) no tienen conformidad de realizar una adecuada gestión de stocks y abastecimiento en el almacén especializado de medicamentos y en los servicios de farmacia.

8.4.1.6 **Verificadores más vulnerados 2013 – 2014** correspondientes a la UPSS Farmacia. El verificador II.11 “El EESS realiza una adecuada gestión de stocks y abastecimiento en el Almacén especializado de Medicamentos y en los servicios de farmacia. Lista de chequeo N° 2” es el que encabeza la lista de NO CONFORMIDAD. Son 43 verificadores referidos al componente “Gestión de productos farmacéuticos”; 19 verificadores referidos al componente “Dispensación de productos farmacéuticos”; 4 verificadores referidos a “Farmacotecnia”; y 2 verificadores referidos al componente “Farmacia Clínica”.

8.4.1.7 **Distribución de supervisiones selectiva a la UPSS Farmacia según Subsector: 30 % al Minsa/Gobierno Regional; 13 % a Essalud; 4% a la Sanidad Naval; 4% a la Sanidad del Ejército; y 4 % a Sanidad de la PNP.**

8.4.1.8 **Cumplimiento normativo ajustado a riesgo operacional** según sub sector – UPSS Farmacia: 86 % la Sanidad Naval; 81.7% el privado; 68% en Essalud; **52 % en Minsa/Gobiernos Regionales**; 32% en la Sanidad del Ejército y 23 % en la Sanidad de la PNP.

8.4.1.9 Aunque no proporcionó los nombres de los EESS, al revisar los Verificadores más vulnerados en las UPSS Farmacia, se hallan porcentajes altos (entre 74 y 43 %) en lo referente **Gestión**.

8.4.1.10 Según el DS 031-2014-SA las **multas al EESS**, por ejemplo, por no realizar el control de stocks o no realizar el abastecimiento oportuno de productos farmacéuticos es de hasta 300 UIT (cada UIT S/. 3850.00).

8.4.2 APORTES, OBSERVACIONES EN POWER POINT CON EXPOSICIÓN (24-04-15).-

8.4.2.1 ISIPRESS - Supervisiones a la UPSS Farmacia.

8.4.2.2 Señaló la base legal para este tipo de supervisiones.

8.4.2.3 Además de lo antes mencionado, tenemos lo siguiente: EFICACIA DE LOS PROCESOS:

8.4.2.3.1 **Proceso Estimación y Programación a nivel de Red y Ejecutora:**

- Se hace?
- Es oportuno?
- Es suficiente?
- Se obtiene todo lo previsto?

8.4.2.3.2 **Proceso Compra:**

- Se monitoriza el proceso? Desde que nivel?
- Existe un Plan de Contingencia ante caída de procesos?
- Existe un stock nacional de respaldo ante desabastecimiento por estas causas?

8.4.2.3.3 **Proceso Almacenamiento y Distribución:**

- Se distribuye oportunamente.
- Esta normado el proceso de distribución entre las distintos almacenes?
- Se prevé normar los sub-almacenes de servicios al interior de una IPRESS?

8.4.2.3.4 **Proceso uso y consumo:**

- Es un proceso regulado y cumplido por la IPRESS?

- La IPRESS/Ejecutora gestiona requerimientos en base a niveles de stocks?

8.4.3 Las supervisiones a 23 UPSS Farmacia que han realizado este año, han ratificado lo que Susalud encontró en los años 2013 y 2014. En cuanto se complemente con un mayor número de UPSS Farmacia, será presentado al Ministro de Salud.

8.4.4 El modelo de organización que plantea la ley N° 29459 está muy bonito, en la teoría, porque en la práctica se está comprobando (por ejemplo, antes de que exista DARES y después que se creó DARES sólo para los estratégicos) que no funciona en su totalidad. DARES, en su opinión, debería también ocuparse de los productos no estratégicos, como una evolución a su existencia.

8.4.5 Se ha detectado que mientras muchos servicios de farmacia de EESS están esperando las refrigeradoras para colocar los productos que requieren cadena de frío, en las Ejecutoras están dichos equipos sin haberse distribuido. Muchos procesos se quiebran a nivel del ente comprador, de la Ejecutora.

8.4.4 El expositor dejó un archivo con la normatividad o base legal en que se sustentan las supervisiones, la lista de chequeo, los requerimientos para las IPRESS y los verificadores.

8.5 Q.F.MARCIAL TORRES CABALLERO A NOMBRE DE LOS QUÍMICOS FARMACÉUTICOS DE LOS SERVICIOS DE FARMACIAS DE LOS EE.SS (SINDICATO NACIONAL DE QUÍMICOS FARMACÉUTICOS DE DIRESAS, DISAS, INSTITUTOS Y HOSPITALES DEL MINSA Y GOBIERNOS REGIONALES – SINQUIFADDIH-MINSA-GR).-

8.5.1 APORTES, OBSERVACIONES.- (Anexo 24)

8.5.1.1 Hay desabastecimiento de medicamentos, sobre lo cual las gestiones realizadas por el Estado se han concentrado más en problemas de forma que de fondo, planteando paliativos (como las farmacias inclusivas y Farmasis).

8.5.1.2 Para el propio Estado y para los particulares el medicamento ha dejado de ser un BIEN SOCIAL y se ha convertido en un BIEN COMERCIAL.

8.5.1.3 Planteó como CAUSAS:

8.5.1.3.1 Normativas:

8.5.1.3.1.1 Por la obligatoriedad de tener que incorporarse a la compra nacional; mientras ésta no concluye, la Unidad Ejecutora no puede hacer adquisiciones.

8.5.1.3.1.2 Se emplea el mismo sistema para la compra de medicamentos que para la compra de otros bienes;

8.5.1.3.1.3 Procedimientos prolongados y engorrosos, peor aun cuando hay apelaciones y/o los ítems quedan desiertos.

8.5.1.3.1.4 El actual sistema no garantiza que se adjudique el 100 % de lo solicitado; generalmente cubre entre el 60 y 75 %.

8.5.1.3.1.5 Cuando se adjudica a un solo proveedor el riesgo de incumplimiento es latente; el que se aplique multas (ejecutar la garantía) no resuelve la necesidad de contar con los medicamentos.

8.5.1.3.1.6 El software del SISMED no es útil para los EESS del 2do y 3er nivel de atención, no maneja información en tiempo real, debiendo hacerse un listado en Excel y luego exportarlo al sistema.

8.5.1.3.2 Centralización del proceso de compra:

8.5.1.3.2.1 La centralización de las compras, además que conllevan un largo proceso (casi un año desde que se inicia la selección y programación hasta que se reciben los pedidos en el EESS).

8.5.1.3.2.2 La existencia de un número significativo de “ítems desiertos” obedece a un inapropiado “estudio de precios en el mercado” cuando se les aplica un irreal precio bajo que no tiene coherencia con los que plantean justificada o injustificadamente, los proveedores. Ante hechos consumados (“ítems desiertos”) la UE tiene que salir urgentemente a comprar a los precios que impongan los proveedores.

8.5.1.3.2.3 Los EESS del primer nivel de atención compran a través de las Geresas, Diresas y Disas cuando las redes son Unidades Ejecutoras.

8.5.1.3.3 Económicas:

8.5.1.3.3.1 De acuerdo a SISMED es un Fondo intangible y debe estar en una cuenta diferenciada; sin embargo, por disposición del MEF todos los ingresos de las Ejecutoras están en una sola cuenta; por ello, muchas gestiones UTILIZAN recursos del FONDO ROTATORIO para otros conceptos.

8.5.1.3.4 Presupuestales:

8.5.1.3.4.1 El Presupuesto asignado a cada Ejecutora es menor a información de IME SISMED anualizado.

8.5.1.3.5 Administrativas:

8.5.1.3.5.1 Al ser considerado el MEDICAMENTO un bien más, no se le da la prioridad del caso, al momento de realizar el gasto o al ejecutar las órdenes de compra.

8.5.1.3.6 Recursos Humanos:

8.5.1.3.6.1 En la mayoría de Establecimientos de Salud no se cuenta con QsFs, a pesar que la norma lo exige a partir del nivel I-4.

8.5.1.3.6.2 DARES este dirigida por un profesional no Químico Farmacéutico; en consecuencia, no tiene la formación ni el perfil para gestionar el suministro de medicamentos, que no son bienes comerciales.

8.5.1.3.6.3 Hay personal que no ha sido capacitado para realizar la Gestión de Suministro de Medicamentos en un Sistema Público.

8.5.1.3.6.4 Las bajas remuneraciones origina demasiada rotación de personal en las Ejecutoras.

8.5.1.3.7 Participación de proveedores:

8.5.1.3.7.1 Algunos proveedores concertan entre sí, para no presentarse al Proceso de Selección y esperar una mejora del estudio de mercado en una segunda convocatoria.

8.5.1.3.7.2 Los proveedores esperan los resultados de la Compra Nacional de Medicamentos, una vez adjudicados y contar con el consentimiento de la Buena Pro, recién se ponen a producir los lotes y cantidades requeridos. Esto debería corregirse en las bases y en el Contrato: Contar con cierto stock y verificar experiencia en la fabricación/importación/comercialización del producto sobre el cual va a participar en la licitación.

8.5.1.3.7.3 Consecuentemente, como el Control de Calidad es un requisito para realizar las entregas (Bases), al mismo tiempo “todos los proveedores adjudicados” abarrotan los tres únicos Centros de Control de Calidad del País.

8.5.1.3.7.4 Peor aún, no cuentan con la mercadería adjudicada y hay que esperar a que IMPORTEN o la materia prima o el producto terminado.

8.5.1.4 SUGERENCIAS:

8.5.1.4.1 Volver a la intangibilidad del Fondo Rotatorio del SISMED²⁷,²⁸,²⁹, en cuenta separada.

8.5.1.4.2 Garantizar recursos económicos suficientes que permitan cubrir por lo menos el 100% de la demanda real: Presupuesto.

8.5.1.4.3 Gestionar una Nueva Ley Especial para Compra de Medicamentos y Dispositivos Médicos: Procesos de Selección:

8.5.1.4.3.1 Que empleen tiempos más cortos.

8.5.1.4.3.2 Menos burocráticos

8.5.1.4.3.3 Que permitan la participación directa de las Ejecutoras.

8.5.1.4.3.4 Que empleen diversos sistemas de Adquisición.

8.5.1.4.3.5 Infraestructura informática que permita manejar indicadores de todas las gestiones de farmacia y contar con información en tiempo real.

8.5.1.4.3.6 Designación de Profesionales Químico Farmacéutico en cargos de confianza y/o técnicos con experiencia comprobada en la Gestión de Suministro de Medicamentos.

8.5.1.4.3.7 Capacitación permanente a Químico Farmacéuticos involucrados en la gestión de suministro de medicamentos.

9.- Q.F. JOSÉ FÉLIX SALAZAR ARAUJO, autor del artículo³⁰ “La gestión de abastecimiento de medicamentos en el sector público peruano: Nuevos modelos de gestión”, **publicado en la Revista de la Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas Enero-Junio 2014.- Sobre “Análisis de la aplicación de la Ley de Contrataciones y Adquisiciones del Estado a la compra de productos farmacéuticos, sanitarios y dispositivos médicos”.- (Anexo 25)**

9.1 Como resultado de la compra por subasta inversa LP SI 010-2013 resultaron 41 ítems desiertos lo que equivale al 9.7% del total programado.

9.2 Presentó un cuadro señalando el porcentaje de disponibilidad de medicamentos (desde 82.5 % hasta 35.00 %), Nivel de disponibilidad (de regular a bajo), porcentaje de desabastecimiento (desde 1.8 % hasta 54.8 %) en diversas DISAS/DIRESAS/GERESA (Ejemplo: Cajamarca, Ayacucho, Cusco, Ucayali, Puno, Virgen de Cocharcas, etc).

9.3 Según la entidad Management Sciences for Health (MSH, 2012) “en un modelo ideal de gestión de inventarios, los medicamentos se entregan en respuesta a la demanda”.

9.4 En un modelo de “compra programada” como el vigente en el Perú, se inicia el proceso, por ejemplo, en mayo del 2013 con la programación, se entregarán los primeros pedidos entre mayo y julio del 2014 y se espera que se realicen las últimas entregas de los productos entre abril y mayo del 2015, es decir casi 24 meses, tiempo donde se produce desabastecimiento, se requerirán nuevos procesos de compras, hay insatisfacción de los usuarios y se produce o una

²⁷ Aprueban Directiva del Sistema Integrado de Suministro de Medicamentos e Insumos Médico-Quirúrgicos-SISMED. Ver: <http://www.sismed.minsa.gob.pe/RM1753-2002DirectivaSISMED.pdf>

²⁸ Modifican la Directiva del Sistema Integrado de Suministro de Medicamentos e Insumos Médico-Quirúrgicos-SISMED. Ver: <http://www.sismed.minsa.gob.pe/RM-367-2005-MINSA-MODIFICATORIASISMED.pdf>

²⁹ Revisión y Actualización de Directiva SISMED 2011. Ver: http://www.sis.gob.pe/ipresspublicas/capacitacion/talleres/TallerGNF_20111121y20111122/TallerSIS_GNF_SISMED_Digemnid.pdf

³⁰ <http://repositorioacademico.upc.edu.pe/upc/bitstream/10757/324940/1/Gestionabastecimiento.pdf>

brecha negativa entre la cantidad estimada/programada y el insuficiente stock o una brecha positiva por excedencia, sobrestock, riesgo de caducidad, problemas contractuales y de calidad por buenas prácticas de almacenamiento.

9.5 Explicó la “metodología aplicada para el cálculo del requerimiento para la compra corporativa para el año 2014”.

9.6 Asimismo los factores institucionales y externos que afectan la estimación de las necesidades: Petitorio Farmacológico, Guía de Prácticas Clínicas, Protocolos terapéuticos, Cartera de servicios, Estadísticas de consumo, Perfil de morbilidad, publicidad farmacéutica, políticas públicas de salud, incremento de demanda, terapias innovadoras, perfil epidemiológico, políticas institucionales, posibles modificaciones del petitorio farmacológico, contratos APP de prestación de servicios de salud, cambios de hábitos de prescripción, políticas de uso racional, ampliación de oferta asistencial, entre otros.

9.7 Según la MSH (2002) se sigue el modelo de la “compra programada” en estos casos:

9.7.1 Existencia de regulaciones estatales presupuestales y de contrataciones;

9.7.2 Cuando las fuentes locales de suministro son locales y se debe recurrir a proveedores extranjeros

9.7.3 Cuando se inician nuevos programas y no se cuenta con información de inventarios

9.7.4 Cuando las capacidades de gestión de compra son limitadas

9.7.5 CUANDO LA TRADICIÓN Y LA INERCIA FAVORECEN SEGUIR CON ESTE MODELO DE COMPRA “PORQUE SIEMPRE SE HA HECHO ASÍ”.

9.8 Desventajas del modelo que impactan sobre su eficiencia y eficacia:

9.8.1 El consumo real difiere a menudo del previsto para el año, produciendo insuficiencias y excedentes. Por lo primero se recurre a “compras urgentes” generalmente costosas y por lo segundo puede haber deterioro o caducidad.

9.8.2 Requiere inventarios más elevados y mayor espacio de almacenamiento.

9.8.3 Procesos de compras urgentes hace presión a la oficina de compras

9.8.4 Necesidad de negociar reducción de contratos por un consumo menor al previsto.

9.8.5 El impacto negativo de este modelo se mencionan en informes del sector salud y los reportes de la Defensoría del Pueblo ^{31, 32, 33, 34, 35}. Estos informes señalan problemas de gestión en los procesos de abastecimiento (retrasos, sobrestock en farmacias y

³¹ <http://www.defensoria.gob.pe/modules/Downloads/prensa/notas/2009/NP-091-09.pdf>

³² <http://www.defensoria.gob.pe/modules/Downloads/prensa/notas/2011/NP-331-11.pdf>

³³ http://vigilanciapositiva.pe/Informacion_Interes/Informe_Adjuntia_N_005.pdf

³⁴ <http://www.defensoria.gob.pe/blog/defendamos-nuestro-derecho-a-la-salud/>

³⁵ <http://www.defensoria.gob.pe/modules/Downloads/informes/defensoriales/informe-161.pdf>

almacenes, caducidad, insuficiencia de espacios de almacenamiento, ineficiencia en el gasto, desabastecimiento.

9.8.6 Expuso sobre el Nuevo Modelo de Gestión de Inventarios por **DEMANDA CONTINUA:**

9.8.6.1 Principal ventaja: Posibilidad de responder rápidamente a los cambios de consumo imprevistos, cursando los pedidos de compra de acuerdo a las necesidades vigentes.

9.8.6.2 Uso eficaz y eficiente de los recursos.

9.8.6.3 Niveles de stock de seguridad e inventarios suelen ser mucho más reducidos que en el modelo de compra programada.

9.8.6.4 Disminuye los riesgos de sobrestock y caducidad

9.8.6.5 Incrementa la disponibilidad de medicamentos en los centros asistenciales.

9.8.6.6 Requerimientos antes de su implementación:

9.8.6.6.1 Sistema de información que tenga datos de existencias consolidados.

9.8.6.6.2 Capacidad de los proveedores para atender pedidos ³⁶

9.8.6.6.3 Sector público es atractivo para los proveedores

9.8.6.6.4 Mayor desarrollo y aprovechamiento de la logística

9.8.6.6.5 Disponibilidad de fondos que aseguren el pago puntual a proveedores

9.8.6.6.6 Que el marco normativo permita aplicar este modelo.

9.8.6.6.6.1 En la página 20 del **Plan Estratégico de Contrataciones Públicas del Estado Peruano**³⁷ se puede leer: “*Para apalancar al Sector Público en el mercado serán establecidos los nuevos **Convenios Marco**. Esta forma de contratación atiende a las necesidades que acabamos de mencionar y es ampliamente utilizada en muchos países. En esencia, los Convenios Marco serán el instrumento principal de contratación cuando su objeto son bienes o servicios de uso común en un gran número de entidades públicas (como artículos de oficina, **medicamentos**, vehículos o suministro de combustibles). El Anexo 3 Contiene un análisis de las características de los Convenios Marco en la experiencia mundial, cuyas lecciones serán aprovechadas para su desarrollo en el Perú. Los nuevos Convenios Marco involucrarán tres fases: 1. Un proceso de preparación para definir las condiciones de agregación de la demanda. 2. Una licitación (tendering) para seleccionar un grupo de proveedores de los bienes y servicios involucrados durante un período determinado. 3. Un mecanismo para el envío de órdenes de compra u órdenes de servicios a dichos proveedores por todas las Entidades participantes. La primera fase, de preparación técnica, implicará*

³⁶ <http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s19825es/s19825es.pdf> Pag. 18.

³⁷ http://www.osce.gob.pe/consucode/userfiles/image/Plan_Estrategico_delas%20contrataciones%20publicas.pdf

establecer parámetros sobre los tipos de bienes y servicios que conviene adquirir al Estado, definiendo criterios de estandarización y guías de conjunto. De este modo será posible enfrentar el atomismo de las contrataciones, para maximizar el valor obtenido con el presupuesto público y evitar riesgos de corrupción. Se definirá, por ejemplo, qué tipo de vehículos, de lapiceros o de software para computadoras de oficina comprará ordinariamente el Estado y bajo qué condiciones. La definición de estos parámetros exigirá un profundo conocimiento del mercado: conocimiento de las características de las demandas del sector público, de las propiedades genéricas de los bienes y servicios más adecuados, de las estructuras productivas, de los sistemas de distribución, de la localización espacial de la oferta y los niveles de competencia y concentración de la oferta en cada caso. El OSCE será reforzado con expertos en el análisis de estas características, que actúen coordinadamente con los agentes de compras de las entidades públicas”.

9.8.6.6.2 En la página 53 de dicho Plan se aprecian los beneficios de usar los Convenio Marco por Demanda Continua:

9.8.6.6.2.1 Se logra menores precios por agregación de la demanda, rendimientos a escala, mayores volúmenes, mayor certeza para los proveedores, mejor planificación de los inventarios

9.8.6.6.2.2 Se logra reducir los costos de proceso: Un solo proceso genera varias órdenes de compra. También se logra bajos costos en el manejo de los contratos.

9.8.6.6.2.3 Se reduce el tiempo de contratación, permitiendo realizar contrataciones desde el primer día de un ciclo presupuestal.

9.8.6.6.2.4 Se fortalece el buen gobierno: Estableciendo controles y supervisión considerablemente más fuertes, se reduce la discrecionalidad y los RIESGO DE LA CORRUPCIÓN; fortalece el potencial de aplicaciones tecnológicas en supervisión, manejo de información y eficiencia.

9.8.6.6.2.5 Permite una descentralización eficiente: Se negocia centralmente pero permite un acceso simple, fácil e inmediato a todas las entidades de todo el país; las entidades mantienen la decisión de qué comprar, en qué cantidad y cuándo, evitando el desgaste administrativo y riesgos de corrupción.

9.8.6.6.2.6 El artículo 15° del Decreto Legislativo N° 1017 concordado³⁸ y el artículo 31° de la ley N° 30225 (nueva, pero no rige por falta de reglamento hasta la fecha)³⁹ consideran el uso como procedimiento de compra mediante los **Convenio Marco y de los Catálogos**

³⁸ <http://www.osce.gob.pe/userfiles/archivos/Ley%20de%20Contrataciones%20y%20Reglamento.pdf>

³⁹

<http://portal.osce.gob.pe/osce/sites/default/files/Documentos/legislacion/ley/Ley%2030225%20Ley%20de%20contrataciones-julio2014.pdf>

Electrónicos ⁴⁰ de manera directa sin que medie un proceso de selección, ahorrando tiempo y dinero, se generan múltiples contrataciones sin que se consideren fraccionamientos, no siendo necesario la suscripción de contratos, se logra acceso a precios y condiciones comerciales competitivas, con satisfacción real de las necesidades y reducción de costos de almacenamiento.

9.8.6.6.3 La Comisión de las Naciones Unidas para el Derecho Mercantil Internacional – UNCITRAL en abril del 2006 estableció que los Acuerdos Marco también se usan para la adquisición de artículos de más de un proveedor, por ejemplo los **medicamentos**. Se consideran tres modelos, siendo el 1 y 2 “cerrados” y el 3 es “abierto” a nuevos proveedores durante todo el periodo de vigencia de dichos acuerdos.

9.8.6.6.4 Hay consideraciones para la implementación del MODELO DE DEMANDA CONTINUA: 1) Seleccionar al que mejor se adapte a la gestión de abastecimiento público de medicamentos en el país; 2) Debe definirse los criterios para la selección de medicamentos que ingresarán en una primera etapa; 3) Debe identificarse los aspectos críticos y niveles de servicio exigidos en los procesos de compra bajo la modalidad clásica y subasta inversa; 4) Debe establecerse exigencias que permita “ir aguas arriba”⁴¹ de la cadena de abastecimiento; 5) Definir puntos de entrega y periodicidad de la atención; 6) Permitir a los proveedores el acceso a la información sobre consumo de medicamentos en las diferentes entidades públicas; 7) Definir el tiempo de duración de los contratos.

9.8.6.6.5 En la DEMANDA CONTINUA: 1) Con 2 meses de anticipación, la entidad gestiona los Contratos marco; 2) Comunica a los proveedores las cantidades requeridas; 3) Se establece criterios para atenciones urgentes ante situaciones imprevistas; 4) EL PROVEEDOR ORGANIZA LA PRODUCCIÓN O IMPORTACIÓN; 5) El modelo es útil cuando no hay información consolidada y confiable de existencias y consumos; 6) Las cantidades se establecen cuando la entidad emite la orden de compra; 7) El proveedor organiza la producción o importación en base a la información de consumo y existencias a la cual tiene acceso.

9.8.6.6.7 Marco estratégico y políticas nacionales que otorguen prioridad a la eficiencia, eficacia y calidad en la cadena de abastecimiento.

⁴⁰ <http://portal.osce.gob.pe/osce/content/catalogo-electronico>

⁴¹ Actualmente, la entidad pública se da cuenta de existencia de problemas del proveedor, cuando este no atiende una orden de compra. “Ir aguas arriba”, se refiere a aquellos procesos que no son visibles desde la entidad pública, por corresponder al proveedor o al mercado farmacéutico; es ir, conocer y vigilar el mercado farmacéutico nacional e internacional, ir en búsqueda de nuevos proveedores o conocer detalles del suministro de materias primas; es identificar potenciales problemas para la adopción de medidas oportunas, antes que se materialice o agudice el problema por venir; es contar con información de stock en los almacenes del proveedor o el estado de los procesos de fabricación y/o importación, a fin de asegurar el cumplimiento de las exigencias establecidas en los contratos, entre otros. Contrariamente, “aguas abajo” se refiere a los procesos desde la recepción de los productos en los almacenes hasta su disponibilidad en las farmacias de los EESS.

9.8.6.6.8 La DEMANDA CONTINUA sigue a la COMPRA PROGRAMADA, y a aquella le sigue el pleno empleo de la Farmacoeconomía⁴².

10 SEGURO INTEGRAL DE SALUD – SIS.- (Anexo 26)

10.1 A Abril del 2015, del total que el SIS ha transferido a las Regiones, sólo se ha ejecutado el 5 %; en el límite superior está el Callao con 11% (casi S/. 4 millones 600 mil) y en el límite inferior están Amazonas con el 1% (S/, 162 mil) , Ancash, Huancavelica, Loreto, Madre de Dios, Puno y Tacna con el 2%, mientras que Lima ha ejecutado el 7% (casi S/. 21 millones 200 mil).

10.2 Algunos problemas evidenciados NO RELACIONADOS AL FINANCIAMIENTO del SIS:

- 10.2.1 Procesos de compras corporativas se suspenden por denuncias de proveedores;
- 10.2.2 Hay ítems desiertos en los procesos de compras corporativas;
- 10.2.3 Incumplimiento en la entrega por parte del proveedor;
- 10.2.4 La ley de contrataciones y adquisiciones del Estado permite actuar ante un “desabastecimiento inminente”, pero las regiones no usan esta alternativa;
- 10.2.5 Planificación inadecuada por parte de las regiones;
- 10.2.6 En las actividades de logística de parte de los gobiernos regionales, no se prioriza la compra de medicamentos;
- 10.2.7 Hay demasiada burocracia en la compra de medicamentos;
- 10.2.8 Falta reglamentar la actual ley de adquisiciones y contrataciones del Estado.

10.3 Razones para no adquirir los medicamentos en el establecimiento donde le entregaron la receta (Fuente: Sunasa Julio 2013):

- 10.3.1 Excesivos trámites (1.5%)
- 10.3.2 Farmacia cerrada o sin atención (2.2%)
- 10.3.3 Receta no sirve (2.6%)
- 10.3.4 Seguro no cubre el medicamento (4.2%)
- 10.3.5 No confía en los medicamentos de dicho establecimiento (4.7%)
- 10.3.6 Cola de atención muy larga (5.8%)
- 10.3.7 El médico recomendó comprar en otro lugar (6.8%)
- 10.3.8 Precios muy elevados (7%)
- 10.3.9 Prefiere de marca (8%)
- 10.3.10 No los tiene la farmacia (25.2%)
- 10.3.11 No había el/los medicamento (s) (47.8%)

10.4 Con fines comparativos esta Comisión Ad Hoc reseña datos más actualizados⁴³ de una encuesta realizada por el Instituto Nacional de estadística e Informática – INEI por encargo de la Superintendencia Nacional de Salud – Susalud “ENSUSALUD 2014” en el periodo Enero – Junio 2014 (Página 56 del documento):

- 10.4.1 Le dijeron que no había el medicamento 42.9% (todos los usuarios) y 56.2 % (usuarios asegurados en el SIS);
- 10.4.2 El establecimiento no tiene farmacia 24.5% (todos los usuarios) y 13.1 % (usuarios asegurados en el SIS);
- 10.4.3 El médico recomendó que compre fuera del establecimiento 13.6% (todos los usuarios) y 13.9 % (usuarios asegurados en el SIS);

⁴² <http://www.scielo.org.co/pdf/rccqf/v40n1/v40n1a04.pdf>

⁴³ <http://www.forosalud.org.pe/SUSALUD%20-%20ENCUESTA%20SATISFACCION%20EN%20SERVICIOS%20DE%20SALUD%202014.pdf>

- 10.4.4 Los precios son muy elevados 7.4% (todos los usuarios) y 3.4% (usuarios asegurados en el SIS);
- 10.4.5 Prefiere medicamento de marca 7.1% (todos los usuarios) y 6.2 % (usuarios asegurados en el SIS);
- 10.4.6 El seguro no cubre o paga este medicamento 5.4% (todos los usuarios) y 8.3 % (usuarios asegurados en el SIS);
- 10.4.7 El personal de la farmacia recomendó que compre el medicamento fuera 4.6% (todos los usuarios) y 7.0 % (usuarios asegurados en el SIS);

10.5 En el 42.3 % de los casos, entre Mayo y Junio del 2012, el paciente NO encontró todos los medicamentos de las recetas en las farmacias de los establecimientos de salud según Informe N° 161 de la Defensoría del Pueblo⁴⁴ luego de visitar 173 hospitales nivel II y III siendo 9 del MINSA, 102 de gobiernos regionales y 62 de Essalud.

10.6 Los medicamentos que el SIS financia:

- 10.6.1 Son del Petitorio Nacional Único de Medicamentos Esenciales (PNUME);
- 10.6.2 Los que no están en el PNUME pero tienen aprobación del Comité Farmacoterapéutico de los hospitales, con evidencia científica probada. Para nuevas tecnologías, el SIS hace evaluación especial para incorporar su financiamiento.
- 10.6.3 Todos deben contar con registro sanitario
- 10.6.4 Los precios los establece cada IPRESS validado por la Digemid

10.7 Medidas adoptadas por el SIS ante la problemática de acceso a medicamentos:

10.7.1 El SIS financia los **medicamentos procedentes de compras institucionales** (Unidades Ejecutoras), aun cuando se trate de medicamentos de compra nacional, siempre que se cuente con el debido sustento (deficiente programación de la necesidad, ítems desiertos, retraso en la entrega de proveedores, etc).

10.7.2 Ha implementado el **FARMASIS en dos modalidades:**

10.7.2.1 FARMASIS GENERAL, como medida complementaria a la oferta pública, se entrega medicamentos a los asegurados en farmacias o boticas privadas (Periodo del 13-Abril al 30-Abril-2015 se han atendido las recetas de 833 pacientes por un valor de S/. 23 600), cuando el EESS no cuenta con el medicamento prescrito al paciente.

Oficina Farmacéutica participante:

Botica Regional Social, inicia a partir del 13-04-2015

Establecimiento de salud participante:

Hospital Nacional Daniel A. Carrion – Callao

10.7.2.2 FARMASIS CRÓNICO, como medida complementaria a la oferta pública, se entrega medicamentos a los asegurados en farmacias o boticas privadas, **para pacientes Crónicos** con diagnóstico de Hipertensión Arterial y Diabetes Mellitus, atendidos en la Consulta Externa de los EESS públicos. Tiene la finalidad de asegurar la continuidad del tratamiento de los asegurados, brindando en las farmacias o boticas privadas orientación a los pacientes para el cumplimiento de su farmacoterapia. Proceso en camino.

10.7.3 DETERMINACIÓN DEL VALOR MONETARIO DE LOS MEDICAMENTOS:

10.7.3.1 Fuente: Observatorio Peruano de Productos Farmacéuticos

10.7.3.2 Se sigue una metodología: RJ N° 190-2014-SIS aprobó la directiva para la determinación del precio de los medicamentos.

10.7.4 En caso de cobros indebidos se gestiona su devolución mediante la Gerencia del Asegurado, los Gestores y las Oficinas del SIS en los hospitales.

⁴⁴ <http://www.defensoria.gob.pe/modules/Downloads/informes/defensoriales/informe-161.pdf>

10.7.5 Se emitieron normas como: DLeg 1163, 1165 y sus reglamentos (DS 017 y 019-2014-SA respectivamente), Ley de Contrataciones y Adquisiciones del Estado que permitirá postor único y la compra internacional con resolución del titular del pliego.

10.7.6 **Propuesta de normas: DS sobre “Mecanismos para el abastecimiento de recursos estratégicos vinculados a los asegurados al SIS”** mediante el cual se plantea que, a través de DARES, paga el SIS, se harían las adquisiciones, ya no las regiones.

11. EXPOSICIONES QUE NO LLEGARON A REALIZARSE.-

11.1 SEGURO SOCIAL DEL PERÚ - ESSALUD.

Lamentamos que por seis veces no hayan asistido a nuestra invitación: 22-Abril, 24-Abril, 29-Abril, 06-Mayo, 08-Mayo y 15-Mayo.

11.2. INSTITUTO NACIONAL DE DEFENSA DE LA COMPETENCIA Y DE LA PROTECCIÓN DE LA PROPIEDAD INTELECTUAL – INDECOPI.

11.3. PROCURADOR DEL MINISTERIO DE SALUD.

11.4. DIRECCIÓN GENERAL DE EPIDEMIOLOGÍA.

11.5. DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD DE LAS PERSONAS.

11.6. MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS.

11.7. OFICINA GENERAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA DEL MINSA.

11.8. OFICINA GENERAL DE PLANEAMIENTO Y PRESUPUESTO DEL MINSA.

11.9 SISTEMA INTEGRADO DE SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS E INSUMOS MÉDICO-QUIRÚRGICOS - SISMED.

11.10 ORGANISMO SUPERVISOR DE CONTRATACIONES DEL ESTADO - OSCE

11.11 SISTEMA ELECTRÓNICO Y CONTRATACIONES DEL ESTADO – SEACE.

11.12 DEFENSORÍA DEL PUEBLO

11.13 ALAFARPE

11.14 ADIFAN

11.15 ALAFAL

11.16 COMITÉ DE MEDICAMENTOS DE LA CÁMARA DE COMERCIO DE LIMA.

11.17 DIVERSAS ORGANIZACIONES NO GUBERNAMENTALES, COMO GIVAR Y OTROS.

12. PROCESO DE ABASTECIMIENTO OPORTUNO DE MEDICAMENTOS.-

Se anexa cuadro sobre Flujograma presentado por DIGEMID (15-04-15). El IGSS no llegó a enviar sus aportes sobre el punto ni tampoco el organigrama de su institución donde se pidió señalar las profesiones que tiene cada personal.

Se anexa (en CD) propuestas de Matriz Global de Procesos y Matriz de Análisis. Algunos le llaman “fluxograma” con todos los puntos que se describirán en esta Comisión.

13. PARTICIPACIÓN:

Por razones que desconocemos - dado que no se ha recibido justificaciones telefónicas o escritas - no han asistido a las sesiones a las que han sido convocados (hay cargos) los representantes en el CN de Medicamentos, de:

13.1 Sector Privado

13.2 Trabajadores del Sector

13.3 Sanidad de la Policía Nacional del Perú

13.4 Federación de Obstetras del Perú

Han asistido a algunas sesiones:

13.5 Essalud (solamente hasta el 17-Abril)

13.6 Federación Médica Peruana (solamente hasta el 10-Abril)

14. DOCUMENTACIÓN DE LA COMISIÓN AD HOC:

Las Actas, listas de asistencia, mensajes por vía electrónica, oficios cursados y presentaciones de los invitados, Matrices en formato Excel, obran y quedan en el archivo de la Comisión Ad Hoc, bajo el cuidado de la SECCOR.

15. ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN – PROBLEMA – IDENTIFICAR LOS MÁS RELIEVANTES NUDOS CRÍTICOS.- (ANEXO 28 ADJUNTO: MATRICES GLOBAL Y DE ANÁLISIS RESPECTIVOS)

15.1 PROCESO DESCENTRALIZADO

15.1.1 NORMATIVO

15.1.2 ORGANIZACIONAL

15.1.3 TECNOLÓGICO – INFORMÁTICO

15.1.4 COMPETENCIAS

15.1.5 FINANCIAMIENTO

15.2 PROCESO CENTRALIZADO

15.2.1 NORMATIVO

15.2.2 ORGANIZACIONAL

15.2.3 TECNOLÓGICO – INFORMÁTICO

15.2.4 COMPETENCIAS

15.2.5 FINANCIAMIENTO

15.3 RANKING DE LOS NUDOS HALLADOS

16. RECOMENDACIONES.-

La labor de esta Comisión Ad Hoc debe conducir a detectar todos los problemas para que los medicamentos lleguen oportunamente al punto de dispensación, de entrega al paciente, sea en situaciones coyunturales o permanentes.

16.1 Debe **ACTUALIZARSE LA NORMATIVIDAD⁴⁵ QUE RIGE EL SISTEMA DE SUMINISTRO**, incorporando el MAPA GLOBAL DE PROCESOS ADJUNTO, con alcance a nivel nacional y regional, acompañado de cronogramas, directivas muy precisas así como señalamiento de responsabilidades, con miras a lograr optimizar el cumplimiento en toda la cadena de suministro.

Ninguna norma vigente faculta al IGSS realizar compras; tampoco obliga a DARES a conocer datos de niveles de ejecución de compras ni tampoco obliga a las Diresas a remitirle esa información. Ahora por el Convenio decapitado se logra esa información, en parte, 60 % han ejecutado.

16.2 En el rubro de suministro de productos farmacéuticos, sanitarios y dispositivos médicos, intervienen de una u otra forma diversas instituciones. **La llamada reforma de salud ha separado en varias instituciones la responsabilidad del suministro.** Una institución fija las normas y reglamentos, otras financian la compra desde diferentes fuentes y con propósitos distintos, otras ejecutan las compras nacionales, otras las compras regionales, otras las hospitalarias y otras las de las redes de salud. Diferentes instituciones se encargan de la distribución, incluso en cualquier vehículo. Los establecimientos de salud administran los servicios de farmacias. Mientras tanto, otra institución fiscaliza a las farmacias públicas. Aunque aparentemente se estaba otorgando mayor dedicación y especialización a dichas instituciones, debiendo resultar en mayor eficiencia, el resultado es más burocracia, **mayor dispersión de la responsabilidad**, desabastecimiento y afectación de los derechos de los usuarios, a pesar de que hay más dinero que hace dos años. Es necesario **articular** a todas esas instituciones para asegurar el flujo de los productos farmacéuticos, sanitarios y dispositivos médicos y su disponibilidad en las farmacias públicas.

POR LO TANTO SE REQUIERE DEFINIR UN ENTE ARTICULADOR, EFICIENTE, OPORTUNO, CON AUTORIDAD TÉCNICA Y ADMINISTRATIVA A NIVEL NACIONAL. NO BASTA QUE SE REUNAN PARA COORDINAR O DEJAR RECOMENDACIONES, DEBE HABER UNA LÍNEA JERÁRQUICA. PARA LA COMISIÓN AD HOC ESA ARTICULACIÓN DEBERÍA REALIZARLA LA DIGEMID; DARES - A QUIEN DEBERÍA AMPLIARSE SU ÁMBITO DE COMPRAS A LA CASI TOTALIDAD DE PRODUCTOS Y DISPOSITIVOS - DEBERÍA PASAR BAJO LA JURISDICCIÓN DE LA DIGEMID, CONVIRTIENDO A LA DIGEMID EN UN ORGANISMO PÚBLICO DESCENTRALIZADO – OPD, CON LA AUTONOMÍA PRESUPUESTAL, ECONÓMICA, ADMINISTRATIVA, TÉCNICA, PROFESIONAL Y CIENTÍFICA QUE REQUIERE. A SU VEZ, LA DIGEMID COMO OPD DEBE ESTAR DIRIGIDA POR LOS PROFESIONALES QUÍMICOS FARMACÉUTICOS MÁS IDÓNEOS, DEL MÁS ALTO NIVEL, CON EXPERIENCIA Y CALIFICACIÓN NACIONAL E INTERNACIONAL, ACTUALIZACIÓN PERMANENTE, EN GESTIÓN FARMACÉUTICA, ASUNTOS REGULATORIOS, FARMACIA CLÍNICA, HOSPITALARIA, LOGÍSTICA Y SISTEMAS DE SUMINISTRO, ENTRE OTROS.

Esta fragmentación o atomización ha conducido a la crisis de desabastecimiento actual, peor aún si no hay una oportuna y eficiente monitorización.

16.3 El desabastecimiento de medicamentos en nuestro país, en el sector público, es **crónico**; no se está atacando los problemas de fondo sino solamente los de forma o burocráticos; pero el cambio de sistema de suministro y el cambio de actores en él ha ocasionado que se agudice aún más, a partir de inicios del 2014 hasta marzo del 2015, según información disponible. El Instituto de Gestión de los Servicios de Salud – IGSS fue creado el 07 de Diciembre del 2013 mediante Decreto Legislativo 1167; el 02 de mayo del 2014 mediante DS 093-2014EF “Autorizan transferencia Financiera a favor d IGSS”; el 11 de julio del 2014 se promulga el Reglamento de Organización y Funciones del IGSS mediante DS 016-2014-SA; el 18 de agosto del 2014 mediante DS 242-2014EF

45

http://www.digemid.minsa.gob.pe/UpLoad/UpLoaded/PDF/RESOLUCIONMINISTERIALN1753-2002-SA_DM.pdf

“Autorizan Transferencia de Partidas a IGSS” y recién en Enero del 2014 se ha hecho cargo de los almacenes que tenían las Disas de Lima lo que ha permitirá, según el IGSS, ir disminuyendo los niveles de desabastecimiento.

¿QUÉ LLEVÓ AL DESABASTECIMIENTO A NIVELES SUPERIORES AL 50%? ¿QUÉ OCURRIÓ EN 14 MESES?. La disminución en el consumo de medicamentos en los EESS no necesariamente significa que haya disminuido el “gasto de bolsillo” porque lo que ha ocurrido es que los pacientes tienen que salir a comprar en las boticas ubicadas en los alrededores de los EESS.

Si bien el IGSS podría desempeñar un rol significativo en mejorar la organización de los establecimientos de salud en Lima y a nivel nacional, en el rubro de suministro de productos farmacéuticos, sanitarios y dispositivos médicos, sugieren una “comisión intersectorial” que, mediante reuniones periódicas, pueda ir resolviendo todos los inconvenientes hallados. Los representantes del IGSS propusieron implementar periódicamente “Reuniones de trabajo y coordinación” entre todas las instituciones involucradas, incluyendo los miembros del CNS.

Debe revisarse exhaustivamente si el IGSS, por razones logísticas para que la gran mayoría de productos entren en compras corporativas, debiera intervenir en “revisar” los Petitorios Farmacológicos, tal como fue propuesto por sus representantes.

A su vez, el IGSS solicitó ayuda para que los stocks de los servicios de farmacia de los EESS no sean vendidos a las boticas que están en sus alrededores, quienes los compran por sus bajos precios, pero para venderlos a mayores precios sin mayor control de nadie y, quizá, con la complicidad de algún personal del EESS. También se mencionó que profesionales prescriptores adquirirían productos de muy bajo precio para llevarlos a sus consultorios, con lo cual se beneficia a terceros pero se perjudica a los pacientes y los esfuerzos que se hacen para lograr mejoras en el suministro, achicándose las brechas del desabastecimiento.

Respecto de los productos para las Estrategias ya se han realizado coordinaciones con DARES para que ellos envíen los productos directamente a destino y, optimizando operaciones, sólo se tramite documentos.

DEBE REPLANTEARSE LA RECONSTITUCIÓN DE LAS DISAS DE LIMA METROPOLITANA, DEVOLVIENDO LA RESPONSABILIDAD, RECURSOS HUMANOS Y MATERIALES DEDICADOS A ESTA RESPONSABILIDAD HACIA LAS DIRECCIONES EJECUTIVAS DE MEDICAMENTOS, INSUMOS Y DROGAS (DEMID) DE LAS DISAS Y FORTALECER LAS DIREMIDs REGIONALES, POR LA MAGNITUD Y COMPLEJIDAD DE NUESTRO SISTEMA SANITARIO NACIONAL CON PROGRAMAS Y ESTRATEGIAS POR NIVELES DE ATENCIÓN Y REGIONES GEOGRÁFICAS Y SANITARIAS.

16.4 COMPRAS CORPORATIVAS: Prolongado tiempo de todo el circuito burocrático de compra, principalmente los aproximadamente seis (6) meses que lleva el acopio de información la selección, donde algunos remiten información rápido, otros algo más pero quien más demora es Essalud (debería establecerse **PLAZOS MÁXIMOS MÁS REDUCIDOS** para el envío de información de necesidades, bajo responsabilidad). Un factor de demora son las **pugnas y apelaciones** entre proveedores, muchas veces sin justificación verdadera, sobre todo en subastas inversas. Es frecuente que no se opta por las compras por “desabastecimiento inminente” dado que ello conlleva posteriores fiscalizaciones generalmente incómodas.

Todas las compras (no sólo las nacionales, corporativas o institucionales o para las Estrategias; no solo de los llamados recursos estratégicos) deberían centralizarse en una sola institución, la que debería asumir la responsabilidad de todo el proceso. Las compras de las regiones deben estar monitorizadas permanentemente por esta institución.

DARES podría asumir la labor de distribución de lo comprado sin tener que pasar por el IGSS, no sólo por optimización de procesos sino también porque esta nueva entidad, el IGSS, carece de recursos para cumplir dicho fin.

16.5 Luego de varios meses de duración de todo el proceso, tener como resultado **“Items desiertos”** con motivo “No presentaron propuestas por ser bajos los precios referenciales” pone en tela de juicio el llamado **“Estudio de mercado”** que se realiza antes de iniciar el proceso de

licitación. Esta situación obliga a las instituciones que necesitan de estos ítems a salir a comprar hacia los proveedores disponibles, quienes usualmente ponen el precio que les conviene. **POR LO TANTO ESTOS “ESTUDIOS DE MERCADO” DEBEN SER PERMANENTEMENTE EVALUADOS, SUPERVISADOS Y VALIDADOS, debiendo ser realizados por profesionales calificados en este tipo de recursos.**

16.6 LA LEY DE CONTRATACIONES Y ADQUISICIONES DEL ESTADO N° 30225, PROMULGADA EL 11 DE JULIO DEL 2014, ESTANDO DIEZ (10) MESES PENDIENTE DE REGLAMENTACIÓN, REQUIERE SER MEJORADO (una de ellos el señalado en el acápite anterior) **O MEJOR AÚN MODIFICADO** por tratarse de productos farmacéuticos y dispositivos médicos, **recursos estratégicos** indispensables para la vida y la salud, **que no admiten demoras para resolver problemas de salud y peligro de muerte o daño**, así como para cubrir los vacíos o imprecisiones existentes en la actual normatividad.

Otras modificaciones se refieren al procedimiento a seguir por “desabastecimiento inminente” y viabilizar con más efectividad la opción de **compras internacionales** cuando el o los proveedor (es) que fueron adjudicados con buena pro, informan escasez de materia prima nacional o internacional e imposibilidad de poder abastecer según compromiso asumido. Esto sin perjuicio de que realicen las investigaciones necesarias, a nivel nacional e internacional, para verificar la información proporcionada por el/los proveedor (es) que incurran en estas situaciones.

En una necesaria revisión de la actual normatividad, debe examinarse lo pernicioso de las “apelaciones” las cuales muchas veces retardan innecesariamente las decisiones finales de los procesos de licitación, en perjuicio de los pacientes.

16.7 Las adquisiciones que se realicen a través de organismos internacionales como la Organización Panamericana de la Salud - OPS, también deben cumplir con la rigurosidad establecida para otros proveedores. Si los productos no tienen registro sanitario, DARES como droguería lo gestiona.

16.8 Estando considerado en la normatividad vigente, **DEBE IMPLEMENTARSE GRADUALMENTE LAS COMPRAS POR CONVENIO MARCO.** Debe trabajarse la ficha única entre DARES y la OSCE.

16.9 RECORTES PRESUPUESTALES. El financiamiento debe ser sostenible, en calidad, cantidad y oportunidad. Al basarse en los porcentajes ejecutados, los siguientes presupuestos tienen un nuevo “techo” y así sucesivamente, lo cual no permite satisfacer las necesidades programadas.

16.10 El Presupuesto asignado a cada Ejecutora es menor a información de IME SISMED anualizado. Las áreas administrativas modifican, a su criterio, las cantidades, afectan las estimaciones de origen técnico y profesional.

16.11 INADECUADA E INSUFICIENTE ASIGNACIÓN DE RECURSOS ECONÓMICOS PARA COMPRA DE MEDICAMENTOS. Al ser considerado el MEDICAMENTOS un bien más, no se le da la prioridad del caso, al momento de realizar el gasto, al Ejecutar las órdenes de compra.

16.12 Ante un desabastecimiento crónico o agudo, **debe establecerse claramente la (s) responsabilidad (es) de las instituciones y personas que correspondan o limiten la disponibilidad de estos recursos indispensables para la salud, dado que el recorte o limitación presupuestal determinará** la ausencia de algún producto o dispositivo **que** podría poner en peligro la vida de alguna (s) persona (s).

16.13 Debe **establecerse como política sectorial el fortalecimiento de las instituciones de salud** del sector público de todo nivel, **priorizando el primer nivel de atención**, incluyendo sus servicios de farmacias. Está demostrado que si ellos **cuentan con estos recursos**, no serán necesarios la **improvisación de mecanismos improvisados** como el FARMASIS CRÓNICO o GENERAL.

16.14 Realizada la consulta del tipo de profesionales que existen en los diferentes puestos de las instituciones convocadas a exponer, es imprescindible se revise los perfiles así como los

Cuadros de Asignación de Personal – CAPs, conjuntamente con la OSCE, para dichos puestos, de tal manera que se ubique a los profesionales idóneos en ellos.

16.15 Al margen de toda la información recibida, se mantiene la necesidad de recibir al detalle, la **disponibilidad de producto por producto a nivel del punto de dispensación, siendo** éste uno de los importantes objetivos de esta Comisión Ad Hoc. Así como el desagregado de las compras por regiones, para Lima Metropolitana, para Essalud, para Sanidades, etc. Sigue el vacío de información entre el prestador y la cadena de abastecimiento.

16.16 Necesidad de actualización de la RM N° 829-2010/MINSA⁴⁶ respecto a funciones del Comité Farmacoterapéutico por niveles de categorías de establecimientos de salud.

16.17 La gestión de suministro de medicamentos lo realizan personal que no es Químico Farmacéutico: En la mayoría de Establecimientos de Salud no se cuenta con Químicos Farmacéuticos, la norma lo exige a partir del nivel I-4. Existe personal que no ha sido capacitado para realizar la Gestión de Suministro de Medicamentos en un Sistema Público. Las bajas remuneraciones origina demasiada rotación de personal en las ejecutoras.

16.18 Sector Salud sub-administrado. Si el objetivo de la reforma ha sido desaparecer el gasto de bolsillo por la compra de medicamentos, debería hacerse un estudio que mida cuánto están gastando los pacientes para resolver sus necesidades, desde Diciembre del 2013 hasta mayo del 2015. Siendo las cifras significativas, deben plantearse las normas indispensables, fortalecer el sector público, desechar los esquemas de farmacias inclusivas o Farmasis – que son paliativos e incompletos – para diseñar e implementar un nuevo Sistema de Suministro.

16.19 A los medicamentos llamados “innovadores” o “de reciente descubrimiento” se les llama “de marca” y la población ha sido conducida a pensar que son mejores que los genéricos. Si fuera así, en el Perú, no tendrían razón de existir los llamados “genéricos de marca”, inexistentes en la normatividad actual pero el concepto o creencia se mantiene. **Los medicamentos de marca y los genéricos deben cumplir estándares (calidad, eficacia, seguridad) exactamente iguales.**

16.20 Respecto a la propuesta del SIS sobre proponer un DS sobre “**Mecanismos para el abastecimiento de recursos estratégicos vinculados a los asegurados al SIS**” hasta la fecha no se ha recibido la información solicitada durante la exposición. No obstante el MC Dr. Herberth Cubas García, Consejero e Integrante de esta Comisión Ad Hoc pidió constara su oposición a esta propuesta con cargo a debatirla cuando se conozca mayor información.

17.-OTRAS RECOMENDACIONES.-

17.1 Se solicite a las Estrategias Sanitarias la relación detallada de todos los usuarios lo que permitirá conocer en detalle el consumo de medicamentos.

17.2 Uno de los recursos que a la mayor brevedad y de manera muy eficiente debería implementarse en la institución que asumirá la responsabilidad del sistema de suministro, es un **APLICATIVO INFORMÁTICO O SOFTWARE INTEROPERATIVO**, que permita conocer ON LINE, EN EL MOMENTO, los niveles de stocks en todos los establecimientos de salud. El tipo de aplicativo debe permitir intercambio de información con el de otras instituciones. Todos deben comunicarse con un solo aplicativo, así la mayor parte de problemas desaparecería. DARES podrá intercambiar información con IGSS, estas dos instituciones con DIGEMID, estas tres con los hospitales, sea que estén en Lima, Amazonas o Madre de Dios, como ocurre con Essalud o en las Sanidades militares.

⁴⁶

Además se pudo conocer que en cada institución también **deben coordinar, deben articular**, entre las diferentes áreas, con iniciativa, sin esperar que los hechos sucedan por inercia, lógicamente en la medida que en dichas áreas estén los profesionales idóneos.

17.3 Habiéndose evidenciado que los procesos de Estimación y Programación a nivel de Red y Ejecutora no son oportunos ni eficientes, que los rompimientos de stocks no son comunicados oportunamente tal que permita reacciones rápidas y efectivas, que en los reportes de disponibilidad no se diferencian los productos según los niveles de rotación o su importación según perfiles epidemiológicos, hay atraso de información en los diferentes niveles, **DEBE IMPLEMENTARSE, A LA MAYOR BREVEDAD, UN PROGRAMA SUPERINTENSIVO DE CAPACITACIÓN Y ACTUALIZACIÓN A TODO EL PERSONAL DE LAS FARMACIAS DE LOS EESS DEL SECTOR PÚBLICO**, iniciando por los Directores Técnicos, luego los Químicos Farmacéuticos Asistentes, luego los técnicos y el personal administrativo. Si se han realizado, insistir con nuevas capacitaciones con los rigores académicos y recursos necesarios tal que se verifique que se cumplió el objetivo.

El no contar con los recursos humanos idóneos es una gran debilidad (siendo todo funcional cuando se busca tal función en el CAP, no está); áreas de informática y estadística débiles; tecnología: SISMED sub-utilizado; implementar el Sistema de Gestión Hospitalaria – SIGES con módulos, uno de ellos de Farmacia, para la operativización de los hospitales de segundo nivel para arriba y que “converse” con el SISMED y se encargó al SIS que lo implementara; las farmacias no tienen sistemas automatizados como el código de barras y los escáneres para inventarios teniendo que hacerlo con métodos antiguos; – los procesos señalados la actual normatividad pero que todavía no están completamente implementados; problemas con la cadena de responsabilidades.

La función de dispensación en los servicios de farmacia de nivel III debe ser óptima; pero no deben limitarse a ello dado que se ha evidenciado que no se realizan preparados de fórmulas magistrales o fórmulas nutricionales o mezclas oncológicas.

Es preocupante la vulneración del cumplimiento normativo – según Susalud en porcentaje de más a menos – en las UPSS farmacia de la Sanidad de la PNP, de la Sanidad del Ejército, del Minsa, en Gobiernos Regionales y en Essalud. Este estudio menciona que en el Hospital de Policía, los pacientes tienen que acudir a una farmacia externa quien, en convenio con “Fospolis”, le entrega los productos prescritos. Según el DS 031-2014-SA la multa para, por ejemplo, no realizar control de stocks o no realizar el abastecimiento oportuno, asciende a 300 UIT (S/. 1 550 000 nuevos soles)^{47, 48},

Es indispensable que cuando se elaboren cuadros para informes de DISPONIBILIDAD, éstos tengan la información pormenorizada, de tal modo que pueda conocerse si los productos desabastecidos son de alta o mediana o baja rotación, así como su impacto en la atención de los pacientes. La logística debe “caminar” delante de las necesidades y no al revés.

17.4 Ante el conocimiento de que los productos o dispositivos, en varias oportunidades, son trasladados en ambulancias, dado que no hay presupuesto para distribución y transporte, lo cual no solo ocasiona demoras muchas veces significativa sino gastos no previstos, surge la exigencia de que **LOS SERVICIOS DE FARMACIA DE TODOS LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD, IMPLEMENTEN Y CUMPLAN CON LAS BUENAS PRÁCTICAS DE ALMACENAMIENTO, DISTRIBUCIÓN Y TRANSPORTE de productos farmacéuticos, sanitarios y dispositivos médicos**, para lo cual deberá contarse con planes de corto, mediano y largo alcance. Los Directores o Jefes así como los Directores Técnicos de dichos servicios de farmacia asumen la responsabilidad de ello.

17.5 Al pretender incluir un nuevo medicamento en un Petitorio para que sean adquiridas en la siguiente compra, debe conciliarse la justificación científica **y técnica** con la disponibilidad del

⁴⁷ ftp://ftp2.minsa.gob.pe/normaslegales/2014/ResSuper084_2014_SUSALUD_S_EP.pdf

⁴⁸ ftp://ftp2.minsa.gob.pe/normaslegales/2014/DS031_2014_SA_EP_c.pdf

mismo sea nacional o importado, **esto desde el primer nivel de atención a través de los Comités de Farmacoterapéuticos de los Centros de Salud, Hospitales, Institucional y Comité del Petitorio Farmacológico Nacional.**

17.6 Es necesario que se actualicen las **GUÍAS DE PRÁCTICAS CLÍNICAS.**

17.7.- En los servicios de Farmacia de los EESS **sólo deben haber almacenes autorizados** con stocks suficientes según las normas vigentes, bajo responsabilidad del Director Técnico de dichos servicios y permanentemente supervisados por las DEMID, DIREMID Y DIGEMID según corresponda. En consecuencia, el almacenamiento de productos farmacéuticos, sanitarios y dispositivos médicos en lugares no autorizados deben ser inmediatamente erradicados y sancionados; en caso que dicho almacenamiento sea de origen ilegal o informal, las personas tenedoras de los mismos deben ser denunciados e iniciárseles los procesos administrativos y penales que correspondan, bajo responsabilidad del Director o Jefe de dicho EESS.

17.8 Subsiste la duda el por qué el SIS está pagando aun cuando no se entregue medicamentos.

18.- AGRADECIMIENTOS.-

18.1 A los participantes de esta Comisión Ad Hoc, por sus permanentes aportes.

18.2 Al personal de la SECCOR, principalmente al Dr. Bernardo Ostos, Coordinador de apoyo a esta Comisión Ad Hoc.

18.3 A los representantes de instituciones y entidades que acudieron a exponer sobre el tema.

18.4 Agradecimiento especial a los QF Marcial Torres Caballero y José Félix Salazar Araujo, por sus importantes aportes.

18.4 Al Personal de la DIGEMID y DARES, en la confección de las Matrices, durante muchas horas de intenso trabajo.

19. LIMITACIONES.-

19.1 El trabajo de la Comisión Ad Hoc se tuvo que centrar en “Medicamentos” conforme acuerdo del Consejo Nacional de Salud. En consecuencia, no se pudo evaluar lo que ocurre con otros productos farmacéuticos como:

19.1.2 MEDICAMENTOS HERBARIOS

19.1.3 PRODUCTOS DIETÉTICOS Y EDULCORANTES

19.1.4 PRODUCTOS BIOLÓGICOS

19.1.5 PRODUCTOS GALÉNICOS

19.2 Dentro del grupo de medicamentos tenemos:

19.2.1 ESPECIALIDADES FARMACÉUTICAS

19.2.2 AGENTES DE DIAGNÓSTICO

19.2.3 RADIOFÁRMACOS

19.2.4 GASES MEDICINALES

Habiéndonos ocupado mayormente de las Especialidades Farmacéuticas.

Tampoco se puso ampliar a dispositivos médicos ni a productos sanitarios.

19.3 Salvo algunas referencias de algunos invitados, no hubo tiempo para entrevistar a representantes de las Regiones, aspecto muy importante, dado que pueden encontrarse diferencias significativas con lo que ocurre en la Capital.

19.4 POR NO HABER CONTADO CON LA EXPOSICIÓN DE REPRESENTANTES DE ESSALUD NO HA PERMITIDO CONOCER LA SITUACIÓN DETALLADA DEL ABASTECIMIENTO EN ESTE IMPORTANTE SECTOR; en una de las sesiones fue planteado que habría problemas financieros relacionados con la adquisición de medicamentos biotecnológicos, de alto precio, generalmente con un solo proveedor, así como el impacto de las decisiones judiciales (genéricos y biosimilares) o de Indecopi (caso Dasatinib) en la disponibilidad de medicamentos, evidenciándose la disyuntiva: ¿derechos empresariales

versus derechos a la salud? ante lo cual, lógicamente, la Comisión se inclina por salvaguardar la vida.

19.5 No se ha podido auscultar con amplitud lo que ocurre en

19.5.1 SANIDADES (DE LAS FFAA Y PNP);

19.5.2 INSTITUTO NACIONAL PENITENCIARIO – INPE;

19.5.3 SISOL (SOLIDARIDAD – CENTROS MÉDICOS SOLIDARIOS);

19.5.4 ESTABLECIMIENTOS DE SALUD MUNICIPALES;

19.5.5 CUERPO DE BOMBEROS DEL PERÚ;

19.5.6 PLAN ESPERANZA;

19.5.7 GOBIERNOS REGIONALES.

19.6 En pocos casos, en las exposiciones y en los debates, se ha llegado al detalle sobre qué medicamentos están desabastecidos, a pesar de haberse solicitado.

19.7 Si bien se conoce el permanente reclamo de un importantísimo sector de los profesionales de la salud, ante el desabastecimiento de medicamentos, al no poder contar con el complemento de su acto profesional, la Comisión, en lugar de convocar a una exposición al Colegio Médico del Perú o a la Federación Médica Peruana, consideró conveniente, por razones metodológicas, por el corto tiempo disponible, no abundar en exposiciones, más bien centrarse en el análisis crítico sobre los procesos y sus nudos críticos, teniendo el IGSS mucho que explicar y justificar. Tampoco se consideró convocar a exponer a representantes del Colegio Químico Farmacéutico, quedando la posibilidad de hacerlo con quienes estén más directamente relacionados con la dispensación.

19.8 Faltó tiempo para abordar los temas de otorgamiento de patentes, autorización de licencias obligatorias, directivas sobre biosimilares y otras pendientes, relacionadas con INDECOPI, el Poder Judicial y los gremios empresariales industriales o importadores, dado que sus acciones y/o decisiones de uno u otro modo impactan en la disponibilidad de ciertos medicamentos.

19.9 No hubo disponibilidad de tiempo para cumplir con el pedido de convocar como Expositores a un Químico Farmacéutico de Hospital, uno de Red y uno de establecimiento 1-4, de un materno infantil.

NOTA.- Puesto a votación este documento, en sesión de la fecha, con las modificaciones planteadas, fue APROBADO POR UNANIMIDAD.

Lima, 27 de Mayo del 2015.