

# Buenas Prácticas en Aseguramiento de Insumos de Salud Sexual y Reproductiva

---

Externalización de los servicios de farmacia  
en el sector público de salud  
en América Latina



**Abstract:** Los países latinoamericanos impulsan innovaciones en los arreglos institucionales para garantizar una cadena de suministros de salud eficaz y eficiente, entre los cuales se destacan estrategias que delegan en terceros la dispensación farmacéutica, también llamadas “externalización de servicios de farmacia”. Esta externalización implica la entrega por contrato de actividades propias de una institución (que antes eran desplegadas a través de la integración vertical), hacia otra institución especializada en dichas actividades.

En este documento se revisan cinco experiencias concretas de externalización de servicios de farmacias que se han diseñado y concretado en cinco países de la región (Argentina, Brasil, Ecuador, Perú y Honduras). A partir de esa revisión se identifican lecciones aprendidas en el diseño e implementación de procesos de externalización de servicios de farmacia en América Latina. Para ello se elaboró un cuestionario estructurado que orientó la recopilación de información. Para completar el cuestionario se recurrió a entrevistas presenciales o telefónicas con personal accesible responsable de las experiencias. Esa información obtenida a través de fuentes primarias fue ampliada a través de una revisión bibliográfica.

La información sistematizada permitió identificar lecciones aprendidas como Buena Práctica para el diseño, implementación y evaluación de un proceso de externalización de servicios de farmacia. El propósito fue proveer a los ministerios de salud de América Latina y el Caribe herramientas que les ayuden a tomar decisiones cuando se planteen la alternativa de delegar en terceros los servicios de farmacia respondiendo a preguntas clave, orientar el análisis y evaluación de las experiencias y facilitar la identificación de factores de éxito y desafíos de los modelos observados de externalización de servicios de farmacia.

La revisión de experiencias estudiadas permitió verificar que la externalización de los servicios de farmacia presenta ventajas y desventajas. Entre las primeras se destaca su capacidad para extender en forma rápida el acceso de una determinada población a los medicamentos incorporando múltiples puntos de expendio (dispensación) con profesionales regentes calificados. Entre las desventajas se advierte que, en algunos casos, la externalización puede involucrar un encarecimiento de la función de dispensa junto a altos riesgos de desvíos, por lo cual no es recomendable que los países opten por prácticas del sector privado u otros gobiernos sin antes tomar en consideración su propio contexto o las limitaciones y debilidades de las nuevas ideas. En la externalización de servicios de farmacia resulta clave: a) la decisión política y apoyo sostenido de las altas autoridades, b) financiamiento necesario y estable, c) definir una instancia pública con plena responsabilidad y liderazgo en la implementación del proceso, así como d) desarrollar mecanismos de coordinación para reducir el número de canales de comunicación y evitar la distorsión de mensajes; y e) desarrollo de capacidades en el sector público para apoyar la implementación y desarrollo del proceso (tales como el monitoreo, la supervisión y control de operaciones, y el diseño e implementación de sistemas de información).



**Autor:** Juan Villacorta Santamato, Consultor externo de la Asociación Benéfica PRISMA. Lima - Perú. [jvillacortas@gmail.com](mailto:jvillacortas@gmail.com)  
José Enrique Ventura Pinedo. Gerencia de Aseguramiento de Insumos, Asociación Benéfica PRISMA. Lima - Perú. [jventura@prisma.org.pe](mailto:jventura@prisma.org.pe)

**Revisión:** Federico Tobar, Asesor Regional de Aseguramiento de Insumos de Salud Sexual y Reproductiva, UNFPA LACRO. [ftobar@unfpa.org](mailto:ftobar@unfpa.org)  
Edgard Narvaez, Asesor de Aseguramiento de Insumos de Salud Sexual y Reproductiva, UNFPA Nicaragua. [enarvaez@unfpa.org](mailto:enarvaez@unfpa.org)  
Evangalina Martich, Consultora internacional. [evangelinamartich@hotmail.com](mailto:evangelinamartich@hotmail.com)

**Publicación:** Febrero de 2023

**Palabras clave:** Externalización de servicios de farmacia. Farmacia en el sector público. Gestión de medicamentos. Outsourcing farmacéutico. Externalización de servicios de salud. Tercerización de la Dispensación farmacéutica.

**Objetivo:** Proponer una herramienta que facilite la identificación de cuándo y porqué delegar en terceros los servicios públicos de dispensación farmacéutica, así como desarrollar los fundamentos técnicos de su implementación, con base en las experiencias vividas por los países Latinoamericanos en el contexto de una tendencia internacional.

## Descripción y contexto

Las limitaciones en la gobernanza del sector público, sumadas a las restricciones propias de la gestión de la cadena de suministros de salud, han motivado que varios países latinoamericanos impulsen cambios organizacionales entre los cuales las tendencias más relevantes han sido un desplazamiento de la toma de decisiones desde el centro a la periferia de los sistemas de salud (descentralización) y un desplazamiento desde la integración vertical de la provisión financiera a la tercerización o delegación de los servicios de provisión hacia manos privadas (privatización). Este último proceso asume que la competencia propicia mejores resultados y cambia la percepción negativa y de riesgo que de ellas tiene la población, esto requiere fortalecer mecanismos de regulación a fin de extender sus beneficios (Chong y Florencio López-de-Silanes ; 2005).

Externalización (en inglés outsourcing)<sup>1</sup> es la entrega de actividades propias de una organización<sup>2</sup>, a una tercera parte especializada en realizar dichas actividades, a fin de obtener un proceso más efectivo y eficiente de lo que puede hacerlo la propia organización (Aalders, 2002). Esta práctica frecuente en el sector privado sobre todo en grandes empresas, en los últimos años se ha extendido a los servicios de farmacia del sistema público de salud. Del análisis de experiencias en América Latina (Benites 2004), el Cuadro 1 muestra las ventajas y limitantes más relevantes de implementación.

<sup>1</sup>Según el Diccionario de la Real Academia Española externalización es la “acción y efecto de externalizar”, y externalizar, en su acepción económica describe la acción de una empresa o institución pública que encomienda la realización de tareas o servicios propios a otra empresa.

<sup>2</sup>Aunque todas las actividades o procesos desarrolladas por la organización pueden ser tercerizadas, las usualmente externalizadas pertenecen a alguna de las siguientes categorías: Finanzas y contabilidad, Gestión de inversiones y activos, Recursos humanos, Adquisiciones, Logística, Gestión de inmuebles, servicios de energía, servicios al cliente, correspondencia, alimentación, etc (Halvey & Murphy, 2007).



## Cuadro 1. Ventajas y limitantes de la tercerización de servicios de farmacia

Ventajas	Limitantes
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Organizacionales: reduce el tamaño de la organización, usa experiencias, habilidades y tecnología de terceros y le deriva sus riesgos.</li> <li>- Valor final: mejora la imagen, credibilidad, calidad y operatividad ante el cliente,</li> <li>- Costo: reduce costos de personal y transforma costos fijos en variables.</li> <li>- Financieros: Al reducir costos financieros, libera recursos para otros fines y mantiene liquidez. Se evita inversiones en activos y tecnología.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aunque los costos son predecibles, debe definir exactamente qué costos cubre.</li> <li>- Una vez iniciada es difícil retrotraerse, en especial al renovar el contrato.</li> <li>- El desempeño institucional depende de un tercero y su reputación pudiera dañarse si el proveedor no tiene un buen desempeño.</li> <li>- Podría haber pérdida de control gerencial y desvío de los objetivos, y el proveedor accede a información sensible y valiosa.</li> </ul>

Fuente: Elaboración propia en base a Benites (2004).

## Descripción de los casos

Para profundizar el análisis, se ha recabado información relevante de experiencias nacionales de países seleccionados: Argentina, Brasil, Ecuador, Perú y Honduras. El Cuadro 2 muestra las experiencias en estudio:

### Cuadro N° 02. Procesos de externalización de servicios de farmacia en los países incluidos en el estudio y sus normas de creación. 2016.

	País	Proceso/ Intervención	Norma de implementación
1	Argentina	Obra Social	Ley 25.649 de 2001 y sus 24 normas provinciales de adhesión
2	Brasil	Farmacias Populares	Ley N° 10858 (13 de abril 2004), autoriza a Fiocruz a entregar medicamentos por compensación. Decreto N° 5090 (20 de mayo 2004), se reglamenta y crea el Programa de Farmacia Popular. Portaria N° 971 (15 Mayo 2012)" Dispõe sobre o Programa Farmácia Popular do Brasil".
3	Ecuador	Proyecto Mi Farmacia	Decisión presidencial expresado en el Compromiso 18.233 del Proyecto Mi farmacia.
4	Honduras	ProNAF Programa Nacional de Asistencia Farmacéutica	Decreto Ejecutivo Número PCM-085-2015, publicado en La Gaceta el 11 de marzo 2016
5	Perú	Farmacias Inclusivas - FarmaSIS	El Decreto Legislativo 1165 (Dic. 2013) crea el mecanismo de Farmacias Inclusivas y el Decreto Supremo 019 del 2014 SA, aprueba su reglamento

Fuente: Elaboración propia



En Argentina, la externalización de servicios de farmacia se implementa desde hace varias décadas por las instituciones del seguro social. En ese país, las entidades de seguro social de salud, denominadas Obras Sociales (OS), subcontratan la mayoría de los servicios, entre los cuales se incluyen los de farmacia y medicamentos. Para ello se establecen convenios que son administrados por empresas gerenciadoras<sup>3</sup> (Abuelafia & Berlinski S., 2002). El usuario acude a la sede de una Obra Social donde se ingresarán al sistema de información sus datos personales, patología, estadio y tratamiento. Las patologías y medicamentos cubiertos son definidos en el Programa Médico Obligatorio (PMO) y el listado es muy amplio, incluyendo prestaciones de baja, mediana o alta complejidad con sus correspondientes medicamentos.

Cuando el paciente cubierto es atendido en un servicio médico y recibe una receta<sup>4</sup>, puede concurrir a la farmacia de su elección entre una amplia lista de farmacias adscritas bajo contrato con la empresa gerenciadora. Allí se escanea la receta y se verifica su autorización, lo cual generalmente se hace por sistema informático. Una vez autorizado el medicamento se dispensa subrayando su uso racional y el paciente desembolsa un Copago que generalmente es del orden del 60% del Precio de Venta al Público para medicamentos agudos y del 30% en algunos medicamentos crónicos priorizados dentro del PMO (aquellos que son de primera indicación). Existe una lista complementaria de productos que en algunos casos se entregan sin copago (es decir con cobertura al 100% a cargo de la OS)<sup>5</sup>.

Una vez entregado el fármaco, la farmacia presenta la receta a la gerenciadora junto a un troquel que incluye un código de barras y se desprende del envase del producto dispensado. La gerenciadora procesa mensualmente los cobros a las obras sociales correspondientes y luego liquida los pagos a cada farmacia incluida en el convenio. El pago es procesado en función de los precios de venta al público de los productos e incluye tanto productos de marca como genéricos y similares. La mayoría de las farmacias de Argentina operan bajo convenios de este tipo y es frecuente que una misma farmacia tenga convenios de prestación simultáneos con diversas obras sociales.

En síntesis, el esquema requiere de un sistema de información adecuado, una firma gerenciadora especializada y mecanismos de auditoría que puede autorizar la receta o pedir más información si necesitan aclarar la prescripción; este trámite no debe durar más de 48 horas. Todo esto incrementa los costos de transacción, pues suma una intermediación a la cadena de producción, comercialización y financiación.

<sup>3</sup>En Argentina las firmas que gerencian convenios entre farmacias y obras sociales reciben el nombre de “mandatarias”.

<sup>4</sup> Según lo establece la Ley 25.649 de 2001 y sus 24 normas provinciales de adhesión. Las recetas deben ser confeccionadas por Denominación Común Internacional siendo posible sugerir también un nombre comercial. Registra responsables del pedido, entrega y uso, además médico, farmacéutico y proveedor.

<sup>5</sup>Productos usados en hospitalizaciones, oncológicos, antituberculosos; Inmunoglobulina anti hepatitis B; Eritropoyetina en Insuficiencia Renal Crónica; Dapsona en Lepra; Piridostigmina para Miastenia Gravis; analgésicos de pacientes terminales Programa de Tratamiento Compasivo; los cubiertos por APE (Administración de Programas Especiales); los MAC orales e intrauterinos, y otros como preservativos, diafragmas y espermicidas; insulinas e hipoglucemiantes orales, glucagon y tiras reactivas.



### Ventajas:

- Aumenta significativamente la accesibilidad de la población a medicamentos en la medida que hay múltiples farmacias externas conveniadas. El modelo incentiva a las farmacias a asumir convenios con las obras sociales, pues de esta manera se incrementan sus ventas.
- La presencia de firmas intermediarias que administran los contratos para la obra social facilita su implementación (la obra social contrata una gerenciadora y esta es la que contrata a la o las farmacias proveedoras del servicio).
- El esquema cubre prácticamente todas las necesidades de la población, y estos perciben positivamente los descuentos de la farmacia conveniada (hasta 40%) sobre el precio de venta al público.

### Desventajas:

- El acceso de la población cubierta a los medicamentos permanece condicionado a su capacidad de pago al momento de la dispensa. Aunque el valor copago que afronta el usuario resulte menor al precio de venta al público este requiere disponer de dinero en efectivo para adquirir el medicamento.
- Los costos de transacción aumentan en la medida que hay una intermediación adicional en la cual las gerenciadoras incorporan su margen de ganancia y sus costos operativos.
- Como el precio es libre, existe el riesgo que la farmacia aumente el precio de lista, y el usuario termine pagando 100% del precio, pensando pagar el 70%.
- El modelo incorpora incentivos para una sobreprestación que puede traducirse en mayor consumo y mayor gasto. Esto es porque la farmacia tiende a generar la mayor cantidad de convenios con obras sociales porque implica más población y puede dispensar los productos más caros, ya que le cobra al usuario el 70% del precio de venta.
- No capta economías de escala en las compras. Las farmacias tienen autonomía operativa para realizar sus adquisiciones y fijar sus precios.

El Programa Farmacia Popular de Brasil (PFPB) es implementado por el gobierno federal para reducir el impacto del gasto en medicamentos sobre el presupuesto familiar. Para ello generó la oferta de medicamentos en farmacias públicas y privadas bajo dos modalidades: a) copago (donde una parte la paga el usuario y la otra el Gobierno federal) y b) entrega gratuita (donde la totalidad del costo es asumida por el Gobierno Federal). El programa es implementado desde el 2004 por el Departamento de Asistencia Farmacéutica e Insumos Estratégicos del Ministerio de Salud (DAF-MS) y la Fundación Instituto Oswaldo Cruz (Fiocruz). En este modelo, el PFPB usa medicamentos diferenciados que en su mayoría son de producción pública<sup>6</sup>. Fiocruz es responsable por la compra, almacenamiento y distribución de los insumos, a través de acuerdos con instancias de gobierno a todo nivel y otras entidades financiadoras autorizadas<sup>7</sup>. El programa Farmacia Popular sufrió reformulaciones sucesivas. Comenzó a

<sup>6</sup>Brasil dispone de una red pública de laboratorios de especialidades medicinales que fabrican un amplio listado de medicamentos e insumos para la salud. Los mismos están bajo la esfera de los gobiernos estatales y municipales pero existe un ente colegiado que ejerce la coordinación nacional de la red.

<sup>7</sup> Para su implementación y sostenibilidad el programa usa recursos del presupuesto federal, estadual, municipal y distrito federal, y promueve la participación de otras instituciones sin fines de lucro, promotores de educación en farmacia, instituciones de otros sectores y privadas, etc.



operar en 2004 con una red propia de farmacias públicas. A partir del 2006 se expandió a farmacias privadas a través de asociaciones y cadenas de farmacias. La ampliación a la Red privada ATFP del programa no obedeció a un análisis especial de si la Red Propia podría o no seguir respondiendo a la demanda u otros criterios, sino más bien a una tendencia mundial de convocar a las capacidades del sector privado en beneficio de los usuarios, el cobro del copago se vio reforzado por una campaña publicitaria denominada “La Salud no tiene precio”. En la actualidad, la dispensa de los medicamentos a la población la efectúa tanto la red propia de farmacias públicas (PFPB) como la red privada conveniada que se adhiere al componente del programa denominado “Aquí Têm Farmacia Popular” (ATFP)<sup>8</sup>.

Por otro lado, el programa también fue reformulado para incorporar productos de entrega gratuita. A pesar de que todos los productos involucraban un copago a cargo del usuario, en 2011 se definió la entrega gratuita de medicamentos de Hipertensión y Diabetes. Hacia el 2015 la lista ATFP cuenta con 41 medicamentos y para la Red pública de PFPB 112. Todos ellos son parte de la lista de medicamentos esenciales que en Brasil adquirió el nombre de Relación Nacional de Medicamentos Esenciales (RENAME).

El Programa se expandió sobre el territorio de Brasil en forma gradual. En su inicio se priorizó a capitales de Estado como Salvador, Río de Janeiro y Sao Paulo. A mediano plazo, la expansión abarcó áreas urbanas y municipios de más de 100,000 habitantes en São Paulo o de más de 70,000 en otros Estados, donde se priorizó hospitales de caridad de más de 100 camas. El criterio de priorización era garantizar una farmacia cada cien mil habitantes. En la actualidad se ha incorporado al convenio a más de 30.000 farmacias.

Los usuarios acceden con la receta médica u odontológica prescrita según las normas del MS para los esquemas de tratamiento de Atención básica de salud dentro del Sistema Único de Salud SUS<sup>9</sup>. El Consejo de Administración del Programa define un listado de precios<sup>10</sup> que rigen en toda la red (Mendes da Silva R, 2015)<sup>11</sup>.

El programa tiene un modelo de control a través del sistema de información complementado con un esquema de auditoría. Las operaciones de farmacia se verifican mensualmente o cuando es necesario, según los datos procesados por el sistema de autorización de ventas para control y vigilancia del PFPB. Además, el MS audita las farmacias, sus operaciones incluyendo material publicitario de muestra y otros documentos de apoyo, así como las facturas, impuestos y cupones. La farmacia privada incluida al programa asume un contrato similar a una franquicia; recibe el insumo y acepta las normas de comercialización, y recauda directamente tanto de pacientes

<sup>8</sup>Las farmacias firman dos convenios, uno con Fiocruz y otro con el MS, para la transferencia de recursos de instalación y mantenimiento de las unidades del programa.

<sup>9</sup> Si requiere otro producto, se necesita un permiso especial del Consejo de Administración del programa.

<sup>10</sup> El valor considera el costo de producción o adquisición, distribución y un honorario por dispensación.

<sup>11</sup> En 2006 se inició el copago para los antihipertensivos y antidiabéticos. En el 2007 se incluyeron los anticonceptivos. En 2009 se incluyeron tres presentaciones de insulina NPH. Ante el contexto de la gripe AH<sup>1N1</sup>, se incluyó oseltamivir en febrero de 2010. Ese mismo año se agregaron cuatro presentaciones de insulina regular, tres de sinvastatina y otros fármacos para el asma, glaucoma, rinitis, Parkinson y osteoporosis; también se incluyó otro antihipertensivo y pañales. En 2011 se incluyó otro antidiabético



como del Programa. Para la Red ATFP, el MS paga hasta el 90% del menor precio en el momento de la venta, los pagos se efectúan un mes después que las autorizaciones de dispensación fueron validadas, y el usuario completa la diferencia en el momento de la atención.

### **Ventajas:**

- Mejora la accesibilidad de la población a medicamentos, por la implementación progresiva de farmacias propias conveniadas y la Red ATFP. El Estado asume un alto porcentaje del gasto, reduciendo su impacto en el presupuesto familiar.
- Economías de escala en la adquisición y provisión de medicamentos ya que se trata de una responsabilidad que permanece en manos del Estado, el cual concede una franquicia a las farmacias acreditadas que reciben un kit de medicamentos con los cuales atiende a los usuarios.
- El esquema cubre un amplio espectro de las necesidades sanitarias con 41 y 112 medicamentos en la Red propia y ATFP respectivamente. El copago ATFP fue asumido positivamente gracias a la campaña “La Salud no tiene precio”.

### **Desventajas:**

- El acceso de la población cubierta a los medicamentos permanece condicionado a su capacidad de pago al momento de la dispensa. Aunque el valor copago que afronta el usuario resulte menor al precio vigente en el mercado (ya que los medicamentos cubiertos por PFPB son subsidiados por el Gobierno Federal) aún el usuario requiere disponer de dinero en efectivo para adquirir el medicamento.
- Los costos de transacción aumentan porque las farmacias incluyen su margen de ganancia y sus costos operativos.

Desde enero del 2015 Ecuador implementa en forma progresiva, a nivel nacional, el Proyecto “Mi farmacia” para mejorar el acceso a tratamientos de pacientes con Hipertensión Arterial, Diabetes II y Dislipemias, enfermedades que se encuentran entre las 6 primeras causas de muerte en el país. Contempla la dispensación para todos los servicios de consulta externa de hospitales; pero se espera extender luego la cobertura a todos los centros de salud tipo B y C<sup>12</sup>. La Dirección de Medicamentos (del Ministerio de Salud Pública) seleccionó del Cuadro Nacional de Medicamentos Básicos 151 medicamentos a ser incluidos dentro de la cobertura del proyecto. La selección contempla: tipo de servicios, perfil epidemiológico, impacto terapéutico y económico en el paciente. No se incluye medicamentos específicos de Hospitales (hospitalización, emergencia o cirugía), psicotrópicos y controlados (porque su seguimiento y control son complicados), ni pediátricos (por necesitar fraccionarlos).

La Agencia Nacional de Regulación, Control y Vigilancia Sanitario (ARCSA) acredita y controla las farmacias privadas incluidas en el proyecto (Socio farmacia). Para ello genera un reporte de Farmacias autorizadas y la Dirección Nacional de Control Sanitario las visita, califica y controla. Además, para su ingreso, los establecimientos son controlados por su Registro Único de Contribuyente (RUC), teniendo así un Control total a nivel nacional de las entregas, datos y estadísticas de interés.

<sup>12</sup>En Ecuador, la taxonomía de Servicios de Salud la define el Acuerdo Ministerial <sup>5212</sup>, de enero <sup>2015</sup>. Los servicios Tipo B son urbanos o rurales con población adscrita de 10,001 a 50,000 mientras que los tipo C son solo urbanos, con una población adscrita de entre 25000 y 50,000 e incluyen servicios de emergencia y pediatría. Se piensa ampliar la cobertura a toda la Red de Centros de Salud tipo B y C.





Las farmacias privadas incorporadas (que son denominadas “Socio Farmacia”) dispensan productos de la lista cubierta los cuales son provistos a las farmacias por el Ministerio de Salud Pública. Para ello se fortaleció el proceso de adquisiciones de medicamentos y esto no solo benefició la provisión de la red de farmacias externas sino también mejoró el abastecimiento en las farmacias hospitalarias. Con el nuevo modelo de adquisiciones el Ministerio de Salud Pública compra los productos por subasta inversa y los vende a los “Socio farmacia” para atender a sus pacientes. Un equipo de externalización en Provisión de Servicios capacita y da seguimiento al proceso a través de un sistema informático.

La “Socio Farmacia” percibe cobros tanto de los pacientes como del Ministerio de Salud Pública y de la Seguridad Social. La autoridad sanitaria define para ello un precio a ser pago fijado en el Tarifario de Medicamentos. El paciente paga el 5% de valor de la receta por servicio de dispensación.

### **Ventajas:**

- Mejora el servicio farmacéutico al incorporar la dispensación del profesional, así como el cumplimiento de los requisitos técnicos de las farmacias privadas.
- El esquema es de amplio alcance pues aunque su implementación fue gradual, se involucró a todos los hospitales y servicios de salud a nivel nacional.
- El esquema cubre un amplio espectro de las necesidades sanitarias del primer nivel de atención con 151 medicamentos.
- Cubre economías de escala en la adquisición y provisión de medicamentos, ya que se trata de una responsabilidad que permanece en manos del Estado el cual actúa como proveedor de las Socio Farmacias.

### **Desventajas:**

- El pago del servicio es asumido por el usuario y por ello el acceso de la población cubierta a los medicamentos permanece condicionado a su capacidad de pago al momento de la dispensa. Aunque el valor pago por el paciente equivale a solo el 5% del precio definido en el Tarifario de Medicamentos, permanece la barrera económica de acceso que involucra la necesidad de disponer de dinero en efectivo al momento de adquirir el medicamento.
- Los costos de transacción aumentan porque las farmacias incluyen su margen de ganancia y sus costos operativos.
- El modelo ha presentado evidencia de tener dificultades de sustentabilidad. Después de su periodo piloto el año 2015, no ha podido mantener su operación y se desconoce cuándo reiniciará sus actividades.

El Programa Nacional de Asistencia Farmacéutica –ProNAF- de Honduras se inició en 2016 con una convocatoria pública de la Secretaría de Salud (SESAL) a farmacias privadas. Su misión es garantizar cobertura y acceso en medicamentos esenciales del Primer Nivel de Atención a la población que se atiende en la red pública de salud. Para ello, la SESAL y las farmacias externas firman un Contrato de Adherencia para brindar servicios de asistencia farmacéutica a la población que se atiende en los servicios de salud de SESAL. Los pacientes se adscriben por única vez a la Farmacia de su elección a la salida de la consulta, en un punto especialmente implementado. Se cubren 53 pro-



ductos seleccionados con el objetivo de dar respuesta al 80% de los motivos de consulta en el primer Nivel de Atención. Cuando el paciente concreta la consulta si se emite una receta que incluye un producto de la lista ProNAF puede retirarla gratuitamente en la farmacia externa a la cual se ha adscrito.

La farmacia autofinancia su propia operación (en forma independiente del ProNAF) pero debe presentar a éste un informe de sus prestaciones comerciales para su aprobación previa, puede dispensar cualquiera de los 53 productos cubiertos. A su vez, SESAL no remunera a la farmacia en función del precio del medicamento, sino que realiza un pago capitado mensual por tipo de paciente adscrito a la farmacia recibiendo asistencia farmacéutica de esta. Se han implementado tres tipos de capitales diferenciadas: a) pacientes agudos, b) pacientes crónicos y c) gestantes. Hasta abril de 2017 ProNAF registraba un total de alrededor 22 mil capitales en distribuidas en una red de alrededor de 20 farmacias que atienden a pacientes de cinco servicios de salud de la Secretaría de Salud en la ciudad de Tegucigalpa.

Para la gestión del ProNAF, se implementó un software que se alimenta con datos de adscripción de pacientes a farmacias externas, y también con las recetas emitidas y dispensadas. A través de ese sistema, la Unidad Coordinadora del Programa genera reportes operativos mensuales para seguimiento del programa y también emite un reporte de pagos a las farmacias. Las informaciones clave de este sistema se centran en la cantidad de pacientes cubiertos pero, como lo que se procesan son recetas, lo que permite obtener indicadores como: a) el número de nuevos pacientes (que puede ser desagregado según servicio, diagnóstico, tipo de medicamento, sexo y edad), b) la frecuencia de prescripción correspondiente a un determinado medicamento y/o diagnóstico, c) niveles de adherencia a los tratamientos.

Para garantizar estabilidad financiera del programa, la SESAL creó un fideicomiso en un banco privado (Banco de Occidente). El Banco recibe periódicamente los reportes del PRONAF en los cuales se determina montos a pagar a cada una de las farmacias. Para el gobierno del programa, además de la Unidad Coordinada se instituyó un Comité de Aseguramiento de Medicamentos (CAM) que sesiona mensualmente y es responsable por la veeduría del programa. El CAM es integrado por autoridades de SESAL, incluido responsables de áreas de medicamentos, por agencias de Naciones Unidas (UNFPA, OPS, UNOPS), por el Seguro Social, por el Banco de Occidente y por representantes de Transparencia Internacional.

En su diseño original se previó la realización de tres tipos de controles. Una auditoría social implementada a través de un Convenio SESAL y Transparencia Internacional TI por el cual miembros de esta última entidad entrevistan a los pacientes para identificar posibles barreras de acceso y generar reportes que retroalimenten el funcionamiento del programa. El segundo control es técnico-farmacéutico y sería realizado por un equipo calificado que realice visitas regulares y extraordinarias.

Finalmente, se contempló la realización del control de operaciones para sensibilizar actores, vigilar procesos administrativos y realizar retroalimentación de hallazgos y propuestas de mejora. Sin embargo, a mediados de 2016 ProNAF sólo implementó la auditoría social, aunque TI no realizó ningún reporte ante el CAM.



### **Ventajas:**

- Mejora el acceso de la población a medicamentos, a través de la entrega de éstos en farmacias públicas adscritas al programa superando la barrera económica que involucra la necesidad de disponer de dinero al momento de adquirir el medicamento.
- El criterio de selección de los medicamentos es claro y preciso. Su diseño busca garantizar la cobertura y acceso a medicamentos esenciales al menos al 80% de las atenciones del Primer Nivel de Atención en hospitales y unidades de salud de la SESAL e IHSS. En la actualidad se cubren 53 productos seleccionados.
- Previsibilidad del gasto. Como el pago es cálculo sobre base capitada en lugar de por receta dispensada, SESAL dispone de amplia previsibilidad de los gastos que involucra el programa en función de la cobertura poblacional que proyecte alcanzar.
- Estabilidad financiera. A través de la creación de un fideicomiso en un banco privado se garantizó la disponibilidad de los recursos esto otorga a las farmacias privadas seguridad del cobro.
- Incentivos centrados en la provisión de asistencia farmacéutica. La rentabilidad de las farmacias depende principalmente de en qué medida los pacientes estén satisfechos con el servicio recibido y no tanto de cuantos medicamentos son dispensados a ellos. Un paciente insatisfecho (porque no recibe el medicamento o no es tratado en forma adecuada) es un paciente que decidirá adscribir a otra farmacia y ello involucra una pérdida de ingresos para la farmacia. Esto transforma a la farmacia en un poderoso aliado de los cuidados de salud velando por el uso racional y la adherencia a los tratamientos.

### **Desventajas:**

- No capta economías de escala en las compras. Para firmar el contratado de adhesión al ProNAF la farmacia debe presentar el listado de las presentaciones comerciales que destinará a la provisión de los pacientes cubiertos, pero tiene autonomía operativa para realizar sus adquisiciones. A diferencia de otros modelos en este caso no hay adquisiciones centralizadas que permitan captar economías de escala en el abastecimiento.
- Resistencia al cambio por parte de los prescriptores. ProNAF opera con un formulario de receta especial porque si se utiliza una receta estándar se incrementan los riesgos de desvíos y que se termine cubriendo a pacientes que no se atienden en los servicios públicos de salud. Pero ProNAF enfrenta dificultades por gran resistencia de los médicos prescriptores a utilizar estos formularios o a hacerlo en forma correcta. Aún se incluyen prescripciones en papeles diferentes al que establece el programa (y que por lo tanto no generan dispensaciones cubiertas por el programa). También se emite una alta proporción de recetas sin diagnóstico, lo cual no solo antenta contra la calidad de la atención sino también contra el monitoreo del programa.
- Resistencia al cambio por parte de las farmacias. Las farmacias externas contratadas manifiestan su interés por que el pago sea vinculado a la receta puesto que es el modelo de explotación de farmacias que conocen y operan. Aunque reconocen la alta satisfacción de los pacientes del ProNAF y que ello repercute en un mayor flujo de pacientes para la farmacia, han demostrado poco interés en incorporar actividades que fortalezcan la asistencia farmacéutica aludiendo a que ello les puede ocasionar mayor carga de trabajo.



El mecanismo “Farmacias Inclusivas” de Perú, nace con el Decreto Legislativo 1165 (diciembre 2013) y el Decreto Supremo 019-SA (julio 2014) que lo reglamenta, en el marco de la reforma del sector<sup>13</sup>; con el objetivo de acercar el tratamiento sin costo a pacientes mayores afectados por enfermedades crónicas (Diabetes Mellitus e Hipertensión Arterial), inicialmente en Lima y Callao; también buscaba fortalecer el seguimiento fármaco terapéutico y dispensación, orientado a mejorar la atención al paciente, promoviendo el uso adecuado y el cumplimiento de los tratamientos.<sup>14</sup>

El mismo opera para los beneficiarios de responsabilidad del Seguro Integral de Salud (SIS), un seguro público que destina fondos estatales a garantizar cobertura a la población vulnerable del país. Farmacias Inclusivas fue integrado a la estrategia FarmaSIS que proponía tercerizar la entrega de insumos de salud para solucionar los continuos periodos de desabastecimiento que afectaban la entrega gratuita, completa y oportuna de estos productos a los pacientes SIS por parte de los hospitales y establecimientos públicos de salud. En consecuencia, se amplió su cobertura a todo el país y casi todas las patologías prevalentes que cubre, asumiendo su financiamiento y pasando a nombrarlo “Farmacias inclusivas - FarmaSIS”. En 2015, FarmaSIS atendió 25,538 recetas y actualmente opera en Lima Metropolitana, Callao, Ica y Arequipa. }

El asegurado SIS debe acercarse a farmacia del establecimiento de salud u hospital, mostrar su Documento Nacional de Identidad y la Receta Única Estandarizada (RUE) para verificar si se cuenta con los medicamentos solicitados. Si la farmacia pública no cuenta con ellos, el personal ingresará al aplicativo FarmaSIS y se digitarán las medicinas pendientes de entrega del hospital. Posteriormente, se da al asegurado el formato de entrega de medicamentos (FEM) con el listado de farmacias privadas donde podrá hacer efectivo el recojo de lo prescrito previa verificación de los datos personales del afiliado SIS en FarmaSIS. La dispensación privada de FarmaSIS solo se procede cuando la farmacia del centro de salud público que origina la receta, no dispone de la cantidad total o parcial prescrita.

El modelo de externalización desarrollado para Farmacias Inclusivas cubre 36 medicamentos del Petitorio Nacional Único de Medicamentos Esenciales PNUME<sup>15</sup>. La identificación de las farmacias se realizó a través de una convocatoria pública que captó en 2015, la expresión de interés de 21 las farmacias privadas y de cadenas. El Colegio Químico Farmacéutico Departamental de Lima apoyó al programa organizando capacitaciones para sus agremiados del sector privado para asumir las responsabilidades requeridas.

El pago se hace con fondos públicos a través del SIS. La farmacia firma un contrato, y el SIS le paga por medicamento entregado la mediana del tercio más bajo del precio de mercado, este precio es extraído del Observatorio Nacional de Precios de Medicamentos. El método se validó con los proveedores y se comparó el marginal respecto del sector público.

<sup>13</sup> Lineamientos y medidas de reforma del Sector Salud 2013 (Resolución suprema N° 001-2013-SA) y la aplicación de la ley 29459.

<sup>14</sup> Contribuir al cuidado de la salud individual y colectiva de la población (individuo, familia y comunidad) a través de la participación activa del personal farmacéutico en el equipo de salud y la comunidad. (Participación del farmacéutico en la Atención Primaria de la Salud APS. OMS).

<sup>15</sup> Resolución Ministerial N°676\_2014 /MINSA



### Ventajas:

- Busca mejorar el acceso a medicamentos esenciales de población beneficiaria SIS en el Primer Nivel de Atención en hospitales y establecimientos de salud (con énfasis en adulto mayor acercando la terapia de enfermedades crónicas Diabetes, Hipertensión Arterial, etc.) sin costo, fortaleciendo el seguimiento fármaco terapéutico y dispensación, orientado a mejorar la atención al paciente, promover el uso racional y el cumplimiento de los tratamientos.
- La farmacia privada auto financia sus procesos de abastecimiento inicial, SIS paga previa aprobación de las presentaciones comerciales.
- Cuenta con instrumentos legales detallados que dan soporte a la intervención y son de cumplimiento en el ámbito nacional.

### Desventajas:

- Los costos de transacción aumentan porque las farmacias cobran un precio de mercado equivalente la mediana del primer tercio del precio de mercado, el cual casi siempre es más alto que el logrado en las compras públicas.
- Al no desarrollar supervisiones del servicio farmacéutico, corre el riesgo de no recibir el servicio profesional de dispensación contratado.
- Encargar el proceso de implementación de Farmacias inclusivas al SIS, y su posterior inclusión a FarmaSIS significó la pérdida del impulso sanitario en beneficio de su valor e interés económico.
- Incorpora mayores trámites para el paciente ya que se trata de un modelo de provisión que es suplementario y no sustituye a la farmacia propia. De modo que el paciente primero debe recurrir a la farmacia propia del SIS y si no consigue el medicamento entonces puede recurrir a la farmacia contratada.

PAÍS	Productos que cubre		Financiamiento		Control	
	¿Cómo se eligen?	¿Cuántos son?	¿Quién paga?	Forma de pago	Sistema de Información	Auditorías
Argentina	Definida por el Plan Médico Obligatorio (PMO).	Lista de medicamentos de primera y segunda elección. (Más de 500)	-Usuarios -Entidades del Seguro Social (Obras Sociales) que reciben cotizaciones	Por producto dispensado, en función del Precio de Venta al Público (los precios son libres)	Software propio, registra datos del paciente cubierto, receta y producto dispensado	Las Obras Sociales auditan las rectas que pagan.
Brasil	Lo define el Consejo de Gestión del Programa, extraído de la Lista Nacional de Medicamentos Esenciales (RENAME) y otros según necesidad.	Red pública PFPB: 112.  Red privada ATFP: 41.	-Usuarios. - Ministerio de Salud (MS).	Por producto dispensado, en función de listado de precios definido por el programa.	Red ATFP: Sistema electrónico de permiso de Dispensación de Medicamentos y Afines (ADM).	PFPB: Control mensual del Sistema de Autorización de ventas.  MS audita farmacias, procesos y temas fiscales.



Ecuador	La Dirección de Medicamentos según tipo de servicios, perfil epidemiológico, impacto terapéutico y económico.	151 productos extraídos de la Lista Nacional de Medicamentos Esenciales (Cuadro Básico)	- Usuarios (5% del valor de la receta por servicio de dispensación). - Ministerio de Salud Pública e Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social.	Por producto dispensado, en función precio fijado en el tarifario elaborado por la autoridad sanitaria (los precios son regulados).	Aplicativo web propio. La Dirección de Tecnologías de la Información del MSP desarrolló un sistema para el control de stock y transacciones	ARCSA y el MSP (Dirección Nacional de Control Sanitario).  Se proyecta implementar auditoría médica.
Honduras	ProNAF cubre el 80% de las causas de consulta del Primer Nivel de atención.	53 productos seleccionados para dar respuesta al 80% de las prescripciones en el Primer Nivel de Atención	Secretaría de Estado de Salud (SESAL).	Cápita mensual (por paciente adscrito a la farmacia recibiendo asistencia farmacéutica)  Tipos de cápita: - Consulta externa. - Crónicos. - Madre gestante.	Software propio, que registra: a) paciente adscrito, b) receta emitida, y c) receta dispensada.	Contempla tres tipos de control aún no implementados: Social. Farmacéutico. Administrativo financiero
Perú	Ministerio de Salud (MINSA) extraídos del Petitorio Nacional (PNUME).	36 productos.	Seguro Integral de Salud (SIS).	Por producto dispensado con base en lista de precios de referencia. El precio equivale a la Mediana del primer tercio de los precios de venta al público del Observatorio de precios de medicamentos.	Software propio, que registra: a) paciente adscrito, b) receta dispensada.	Auditoría de recetas. Las áreas de control y auditoría médica del SIS evalúan las recetas atendidas y aprueba su pago.

Fuente: Elaboración propia. 2016.

## Identificación y análisis de buenas prácticas

Para identificación y análisis de buenas prácticas en aseguramiento de insumos de salud se elaboró un cuestionario semi estructurado que orientó la recopilación de información relevante de los países seleccionados (Anexo 1). Para completar el cuestionario se partió de la revisión bibliográfica de fuentes disponibles (secundarias) y entrevistas presenciales o telefónicas<sup>16</sup> a responsables de las experiencias en los países (fuentes primarias).

Se consideró cuatro elementos clave los modelos de externalización de servicios de farmacia: a) contexto, b) diseño, c) implementación y d) resultados.

<sup>16</sup>Personas entrevistadas: Argentina y Brasil, Federico Tobar, Ecuador, Patricio Jaigua Sinchi, Honduras, José Ventura, Perú, Jaime Villegas.

**Diagrama 1. Preguntas para análisis de las experiencias externalización de Servicios de Farmacia en países de Latinoamérica**



Fuente: Elaboración propia.

El diagrama 1 presenta los aspectos constitutivos de las Buenas Prácticas y las preguntas clave seleccionadas para su análisis. El esquema se relaciona con preguntas clave al momento de diseñar e implementar, e incluso evaluar, la externalización, cada pregunta aborda y valora elementos constitutivos. Se verifica si existen Políticas públicas que consideren la participación del capital privado en la resolución de problemas públicos, de salud especialmente, y cuál es su orientación; así mismo, verifica el nivel Regulatorio que existe y sus carencias. También debe asegurarse el financiamiento sostenido en todo el periodo de ejecución. El Cuadro N°3 muestra el esquema conceptual propuesto.



### Cuadro N° 03. Buenas Prácticas de diseño e implementación de procesos de externalización de Servicios de Farmacia en los países de Latinoamérica: Aspectos constitutivos.

Elemento	Pregunta clave	Elementos a verificar	
1	Contexto	¿Cuándo vale la pena tercerizar?	<ul style="list-style-type: none"><li>- Políticas públicas</li><li>- Regulación y vigilancia</li><li>- Financiamiento</li><li>- Transparencia</li></ul>
		¿Qué procesos y servicios farmacéuticos serán externalizados?	<ul style="list-style-type: none"><li>- En Primer Nivel de Atención</li><li>- En Consulta externa de Hospitales</li></ul>
2	Diseño	¿Cómo se financiarán?	<ul style="list-style-type: none"><li>- Recursos públicos</li><li>- Recursos privados</li></ul>
		¿Cómo seleccionar los insumos a incluir?	<ul style="list-style-type: none"><li>- LNME</li><li>- Nivel resolutivo</li></ul>
		¿Cuántas farmacias contratar y dónde?	<ul style="list-style-type: none"><li>- Número y tipo de unidades de salud incluidas</li><li>- Farmacias certificadas</li></ul>
3	Implementación	¿Cómo seleccionar y contratar el servicio externalizado?	<ul style="list-style-type: none"><li>- Convocatoria pública</li><li>- Contrato a proveedor definido</li><li>- Expresión de interés</li></ul>
		¿Cómo se paga el servicio?	<ul style="list-style-type: none"><li>- Capitado</li><li>- Cápita diferenciada</li><li>- Facturación por atención</li></ul>
		¿Qué incentivos se incorporan?	<ul style="list-style-type: none"><li>- De atención farmacéutica</li><li>- De uso racional</li><li>- De participación de farmacias</li></ul>
		¿Cómo operará el servicio?	Flujo de atención al paciente Flujo del proceso de pago



4	Resultados	¿Quién monitorea y controla el servicio?	- Autoridad sanitaria - Tercerizado - Vigilancia ciudadana
		¿Qué monitorea y audita?	- Procesos administrativos - Dispensación - Riesgo moral
		¿Cómo controlar los contratos?	Auditorías pre establecidas

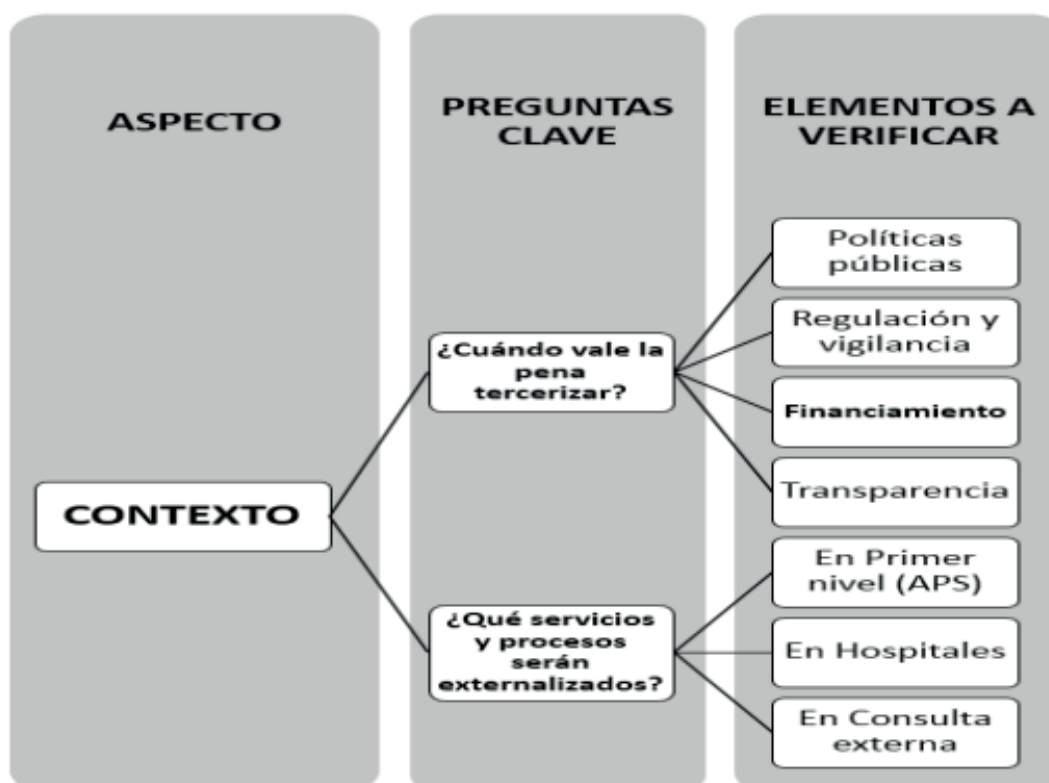
Fuente: Elaboración propia.

## Análisis

Siguiendo el cuestionario propuesto a continuación se analizan las experiencias de externalización de farmacias del sector público en los aspectos críticos identificados:

### A. Contexto país. ¿Cuándo vale la pena tercerizar?

Asegurar el acceso a insumos para la salud es un gran desafío para todo sistema de salud. En esta línea, los países del estudio se orientan a mejorar la disponibilidad y acceso de la población a insumos de calidad enmarcados en políticas y estrategias de salud pública y medicamentos; aunque Honduras no presenta una política pública explícita, su marco normativo tiene el mismo objetivo.



Fuente: Elaboración propia.



Como rasgo común antes de la decisión de externalización, todos los entrevistados admiten problemas de disponibilidad muy frecuentes por largos periodos de tiempo, así como la percepción que el sistema en su actual condición: desregulado, con débil vigilancia, desgastado y sin liderazgo, falta de capacidad técnica, desfinanciado y (algunas veces) corrupto, no es capaz de resolver esta situación. En este contexto, es pertinente incluir alternativas de externalización de servicios de farmacia sustentando su valor en el aseguramiento del acceso a medicamentos a los ciudadanos.

La tercerización posibilita una mayor gobernanza de la cadena de suministro cuando el sector público que lo opera en integración vertical no logra garantizar la disponibilidad y la dispensación en tiempo y forma.

Seguidamente, de manera informativa se resumen las razones de tercerización según los entrevistados (Cuadro N° 4):

#### **Cuadro N° 04. Razones para la implementación de procesos de externalización de Servicios de Farmacia en los países incluidos en el estudio. 2016.**

País	Razones (en palabras de los informantes clave)
Argentina	La desregulación del mercado de medicamentos originó el incremento de precios y problemas de suministro; la crisis económica redujo el empleo formal y los aportes a la Obra Social, por lo que no se dieron las atenciones y la demanda se desplazó hacia los servicios públicos de salud
Brasil	Los usuarios registran dificultades para comprar productos en farmacias comerciales por su alto costo, por ello interrumpen o incumplen la regularidad de su tratamiento.
Ecuador	Continuos desabastecimientos y conocimiento de la experiencia exitosa del Brasil
Honduras	Corrupción, falta de transparencia, continuos desabastecimientos, irrespeto a los derechos del usuario, ingobernabilidad y la percepción de estar ante un problema superior a las posibilidades de solución.
Perú	El paciente crónico, usualmente mayor que no puede valerse por sí sólo, su atención es compleja y es común la comorbilidad, se desplaza acompañado largos tramos, el tiempo de espera es largo, y si no hay insumos discontinúa el tratamiento. Desabastecimiento.

Perú	El paciente crónico, usualmente mayor que no puede valerse por sí sólo, su atención es compleja y es común la comorbilidad, se desplaza acompañado largos tramos, el tiempo de espera es largo, y si no hay insumos discontinúa el tratamiento. Desabastecimiento.
------	--

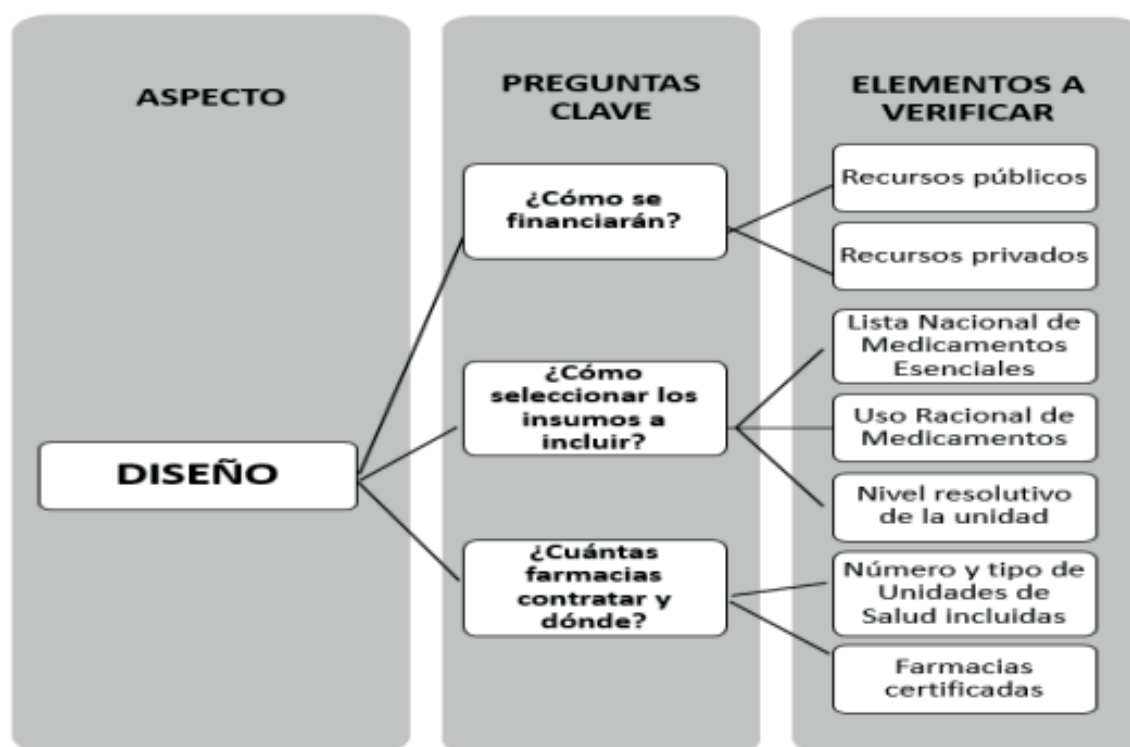
Fuente: Elaboración propia.

## ¿Qué servicios y procesos farmacéuticos serán externalizados?

El servicio farmacéutico más externalizado es la dispensación (incluido la entrega) de medicamentos e insumos para la salud de recetas originadas en los servicios de consulta externa de hospitales, así como en la atención primaria que se realiza en el primer nivel de atención.

### B. Diseño. ¿Cómo se financiará?

Las experiencias muestran que el financiamiento usualmente es mixto, en mayor parte los fondos tienen origen público y la otra parte es asumida por el paciente. Existen patologías y productos estratégicos financiados totalmente con fondos públicos; como los tratamientos de hipertensión y diabetes, que los países incluyeron comúnmente al inicio del programa.



Fuente: Elaboración propia.



Las OS en Argentina proveen servicios cuya financiación se forma con aportes de los trabajadores, los empleadores y el Estado. En el Ecuador el Ministerio de Salud Pública MSP impulsa una forma de externalización que paga producto posterior a la atención del paciente, el usuario asume el pago de la dispensación que equivalente al 5% del valor de la receta. En Perú, las Farmacias Inclusivas / FarmaSIS no asume el pago del servicio farmacéutico sólo del producto entregado que equivale a la mediana del precio del sector privado, extraído del Observatorio Nacional de Precios de Medicamentos y con fondos públicos.

El Programa Nacional de Asistencia Farmacéutica ProNAF SESAL de Honduras paga con fondos públicos la factura mensual emitida por la farmacia al Área de Servicios Descentralizados de Salud - SESAL, a un precio capitado por paciente adscrito al servicio (Farmacia); se distinguen tres tipos de precio capitado: para pacientes regulares de consulta externa, pacientes crónicos y madre gestante). Sólo Brasil asegura la atención al 100% de los productos que entrega, el financiamiento es público y viene del nivel Federal, Estadual, municipal y del Distrito Federal.

### ¿Cómo seleccionar los insumos a incluir?

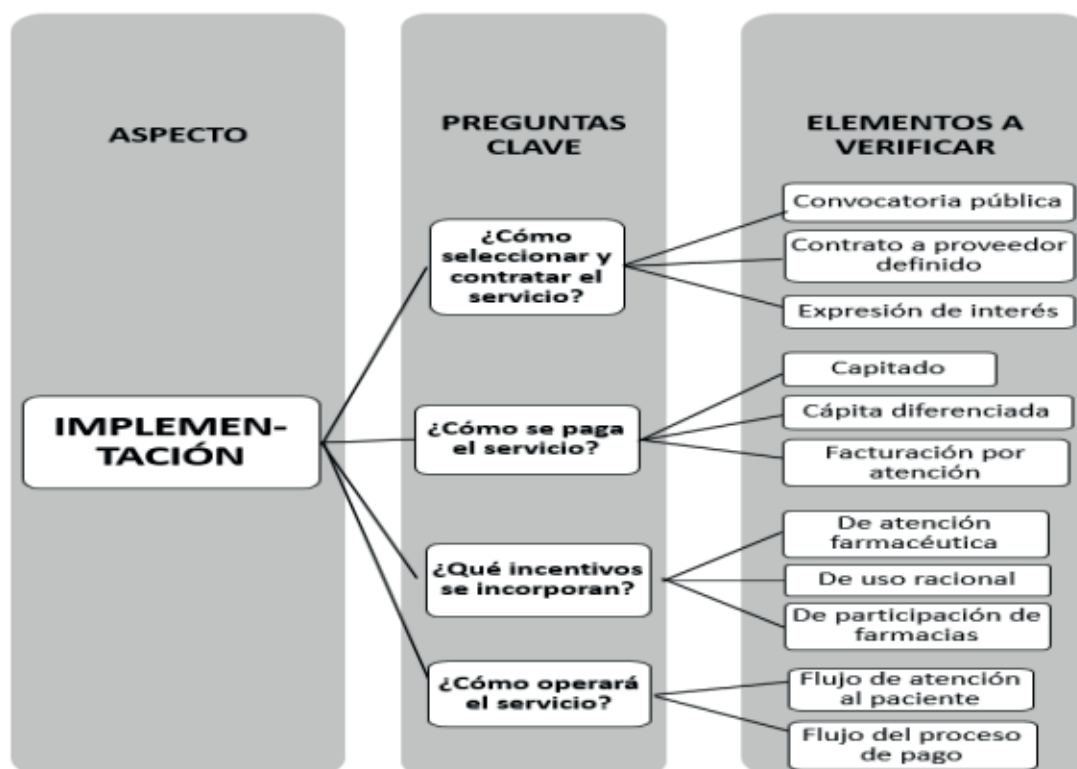
Los productos se organizan en listas aprobadas, extraídas de las Listas Nacionales de Medicamentos Esenciales LNME. Los criterios de selección son el perfil epidemiológico, el nivel resolutivo de las Unidades de Salud y las prestaciones definidas por el programa. Estos criterios permiten cubrir un amplio espectro del perfil epidemiológico de los casos vistos en el primer nivel de atención, se financian productos de alto consumo y costo relativamente bajo, por ejemplo: la lista ProNAF Honduras cubre el 80% del perfil de morbilidad atendido en el primer nivel de atención donde se implementa.

Otros productos fuera de LNME, de bajo consumo o costo elevado, pero necesarios para la atención, pueden incluirse y aprobarse a través de Listas especiales como en las Obras Sociales de Argentina, o aprobarse por procesos de autorización especial como en Brasil y Perú.

### ¿Cuántas farmacias contratar y dónde?

Este punto es clave en la implementación de este tipo de estrategia, pues si no se cuenta con la participación de las farmacias privadas el esfuerzo podría ser frustrado. Debe evaluarse la demanda esperada con base en las unidades de salud que ingresarán al programa. Es igual de importante tener la garantía que se tiene en el país o zona de implementación, un número adecuado de farmacias que cumplen todos los requisitos de ley para la dispensación de los medicamentos, un elemento crucial es comprometer la participación del farmacéutico que de valor agregado a la adherencia de la terapia.

Por lo general los contratos son definidos por las áreas administrativas con base en las normas locales (¿Cómo se definen los contratos?).



Fuente: Elaboración propia.

### C. Implementación. ¿Cómo seleccionar y contratar el servicio?

Con excepción de Brasil, todos los países seleccionaron el proveedor mediante una convocatoria pública abierta. Los servicios deben cumplir la norma establecida para farmacias y realizar la entrega del tratamiento por personal calificado, en Perú el colegio de farmacéuticos capacitó a sus agremiados para tal fin, en Honduras de comprobarse la falta de farmacéutico, podría ser razón de término del contrato.

#### ¿Cómo se paga el servicio?

Las experiencias muestran que todos los países pagan los productos dispensados con posterioridad a la atención, usualmente al mes siguiente previa evaluación de la factura o informe entregado por las farmacias al nivel correspondiente del administrador del programa según el caso, y a un precio de lista previamente calculado según diversas metodologías y acordado con las Farmacias. Argentina, Brasil y Ecuador reconocen en la conformación del precio de lista de los productos además del valor de compra y de distribución, el pago de la dispensación<sup>17</sup>. En Honduras el pago es capitado por usuario adscrito al servicio. En Argentina se aplican descuentos autorizados por cada receta. Si la atención involucra un copago asumido por el usuario, éste es un porcentaje del valor total de la receta.

#### ¿Qué incentivos se incorporan?

Cada país según sus prioridades y posibilidades implementaron programas, aunque no siempre es explícita la forma y tipo de incentivos incluidos. La literatura muestra

<sup>17</sup>En Ecuador el servicio farmacéutico se paga como un copago que el usuario asume en el momento de la atención y equivale al 5% del costo total de la receta.



el manejo de copagos, primas por número de pacientes atendidos adecuadamente y por seguimiento farmacéutico; en este punto el proceso debe poner en relevancia que el ingreso de clientes a la farmacia contribuye al éxito comercial de la misma. Cuando se pago por producto a precios diferenciados el incentivo es a dispensar los productos más caros. Cuando el pago es por producto, el incentivo es a dispensar más productos. Cuando el pago es per cápita, el incentivo es tener más capitas (de mayor precio) pero no siempre a dispensar más y mejor.

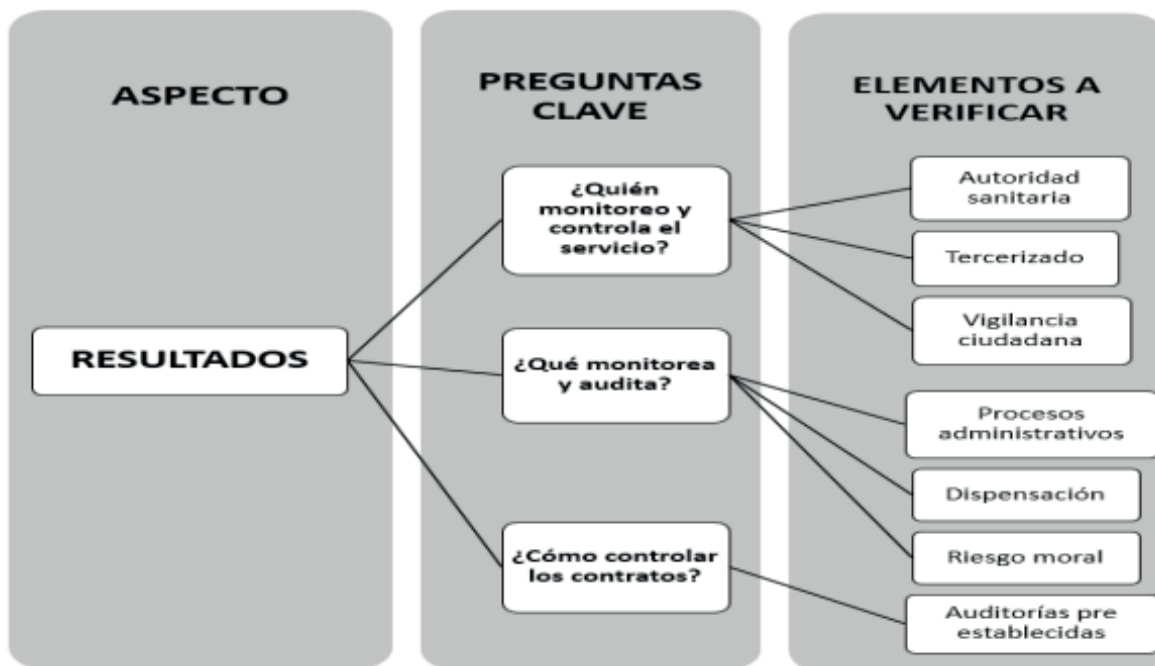
Así mismo se deben generar incentivos suficientes y convenientes para captar el interés del sector privado en participar del proceso de tercerización, la introducción de coaseguros o pagos menores por parte del usuario favorece la sostenibilidad programa cuando los recursos públicos son escasos. Finalmente; se debe diseñar e implementar estudios y evaluaciones pos implementación de la iniciativa de externalización de los servicios de farmacia, y considerar el impacto sobre la disponibilidad y acceso a medicamentos por las poblaciones que más los requieren y tienen restricciones para acceder a dichos productos, así como el impacto en la mejora de la calidad de los servicios prestados a la población y su contribución al proceso de institucionalización del sector salud.

La externalización puede encarecer, puede incorporar más costos de transacción, puede incorporar sobre prestación, y en la medida que incorpora incentivos económicos puede introducir riesgos de desvíos y estafas. Estos son los aspectos que me gustaría pudiéramos analizar y profundizar en el trabajo.

### ¿Cómo operará el servicio?

En todos los casos la atención del beneficiario se inicia con la receta elaborada por un prescriptor en un formato especial, en Perú, el formato de receta es la Receta Única Estandarizada RUE aprobada por la Directiva SISMED válida para todo tipo de atención. La receta es registrada por un sistema informático especial para el programa. Se atienden medicamentos definidos o por un paquete mínimo de prestaciones o unas listas de tratamientos por enfermedades reconocidas, siempre que los medicamentos se encuentren incluidos en la Lista nacional de medicamentos esenciales o justificados por evidencia científica.

## D. Resultados. ¿Quién monitorea y controla el servicio?



Los entrevistados refieren que las instituciones han fortalecido su capacidad de supervisión y control y ha mejorado el acceso a tratamientos. Se han favorecido acciones de promoción del uso racional y la Dispensación por parte del profesional farmacéutico, de modo que garantice la adherencia a la terapia. Además de la vigilancia de la autoridad se puede impulsar la auditoría de tercera parte y de la sociedad civil organizada.

### ¿Qué se monitorea y audita?

El principal proceso de control observado es el del proceso de pago encargado a diferentes dependencias públicas de la institución que lidera el proceso, sólo el ProNAF prevé la participación de auditorías técnicas y administrativas realizadas por un tercero y por la sociedad civil como la Asociación para una Sociedad más Justa ASJ - Transformemos Honduras.

Todos los programas de lograron estructurar mejor los precios de referencia de los medicamentos e insumos que pagan, así como transparentar los precios en apoyo la presupuestación y financiación de la intervención.

### ¿Cómo controlar los contratos?

Las auditorías pre definidas para el seguimiento del desempeño, definen claramente los procesos, espacios y actividades de control con el uso de formatos predeterminados. En tal sentido es común la auditoría administrativa a los procesos de dispensación y entrega de productos así como al pago de estas atenciones, ProNAF incorpora desde su inicio el control social y farmacéutico de la intervención.



Un aspecto a resaltar es la duración de estas intervenciones, en Argentina y Brasil es sostenible por su financiamiento y la implementación de acciones de reducción de costos en la compra de medicamentos y mejora del sistema de distribución (Remediar en Argentina). En Ecuador, la implementación ha sido en calidad de piloto, a la espera de la certificación de los hospitales en todo el país, se espera la expansión de la implementación en el 2016. Perú y Honduras aún implementan el proceso. En el Anexo N° 02, el cuadro N° 06 de Resultados de la externalización de farmacias, presenta un consolidado de los resultados de su implementación en los países del estudio.





## Fundamentación de la buena práctica

UNFPA propone cuatro categorías para Fundamentar la evidencia de una buena práctica: a) Relevancia, b) innovación, c) impacto y d) replicabilidad.

La relevancia de la externalización deriva de la urgencia que muchos países de la región experimentan de disponer de mecanismos para facilitar el acceso de la población a los medicamentos. El consumo de medicamentos se incrementa en forma sostenida medido tanto en cantidad de unidades por habitante al año como en términos del gasto en medicamentos. Ello incorpora presiones sobre los sistemas de logística de suministros que a menudo registran desabastecimiento (stock outs). En ese contexto la externalización de los servicios de farmacia adquiere relevancia creciente.

La innovación en este caso consiste en adaptar a los servicios de farmacia estrategias de outsourcing que se vienen empleando en otras áreas y sectores. Siguiendo Joseph Schumpeter es posible distinguir tres tipos de innovaciones: la invención, la adaptación y el scaling up (Ortún Rubio, 2005). En este caso se trata de una innovación por adaptación de prácticas ya existentes.

En términos de impacto la medición debería centrarse en cuanto los procesos de externalización han permitido mejorar el acceso de la población a los medicamentos. No se dispone de instrumentos como para brindar evidencias de ello. Sin embargo, aun considerando que hay precauciones a tener en consideración es posible afirmar que externalizar los servicios de farmacia puede constituir una buena práctica en función de:



### Contexto

Es válido considerar la alternativa de externalización de servicios de farmacia (incluso puede considerarse las actividades logísticas que esto implica) según contextos nacionales, lo crítico es asegurar el acceso a medicamentos a los ciudadanos poniendo especial cuidado en la calidad de los mismos y agregando valor sanitario a las intervenciones.



### Diseño

Debe partir definiendo patologías y productos a cubrir incluyendo los servicios de salud, un buen inicio es la Lista de medicamentos esenciales y los servicios hospitalarios de consulta externa y el primer nivel de atención. La sostenibilidad financiera del proyecto puede incluir la decisión de copagos por los servicios y asegurar un número óptimo de farmacias calificadas.



### Resultados

Las instituciones públicas fortalecen su capacidad de supervisión y control, mejora el acceso a terapias, favorece el uso racional y dispensación garantizando la adherencia al tratamiento. Se implementan: control operativo de procesos administrativos y de pago, control farmacéutico de los procesos técnicos de dispensación y control social, donde es clave la participación de la sociedad civil.

## BUENAS PRÁCTICAS



### Implementación

Selecciones proveedores por convocatoria pública abierta. Los servicios de farmacias deben cumplir la norma establecida y garantizar la dispensación con personal calificado. El pago puede hacerse con fondos públicos totalmente o en copago, por facturación posterior a la atención autoproducida considerando un cápita o precios estandarizados.



La replicabilidad de las experiencias es alta. Diversos proyectos están contemplando expandir cobertura y acceso a medicamentos en la región a través de farmacias externas y ello justifica este esfuerzo por obtener lecciones aprendidas y subsidiar la toma de decisiones de las autoridades gubernamentales que están o pueden llegar en el futuro a contemplar la decisión de delegar en terceros la dispensación farmacéutica.

## Conclusiones y recomendaciones

A partir de la revisión bibliográfica y el análisis realizado es posible identificar factores de éxito y desafíos en la implementación de un proceso de externalización de servicios de farmacia en el sector público:

Factores de éxito

- Decisión política, financiamiento y apoyo sostenido para implementar el proceso
- La clara definición de la instancia pública que lidere el proceso
- Los estímulos (financieros) que promuevan la participación privada
- La disponibilidad de sistemas de información adecuados
- La adherencia de las farmacias a las exigencias regulatorias sanitarias

## Desafíos

- Asegurar el financiamiento sostenido del programa, los descuentos obligatorios y la oportunidad del pago a la farmacia a cargo de su administración.
- Asegurar la confidencialidad y seguridad de la información de las operaciones en farmacias sin afectar los derechos de los usuarios.
- La adherencia de la farmacia a las exigencias y normas de los órganos reguladores, en especial en zonas donde se encuentra la población objetivo.
- Asegurar la calidad de los productos y del proceso de dispensación
- Prescripción racional y la aplicación de protocolos de tratamiento

## Lecciones aprendidas

Es importante considerar que:

1) Las experiencias revisadas demuestran que no existen ni políticas ni soluciones universales, los países no deben optar por ideas del sector privado u otros gobiernos sin tener en cuenta su propio contexto o las limitaciones y debilidades de las nuevas ideas. Las políticas públicas efectivas necesitan un diagnóstico claro, que no sobre dimensione su potencial ni subestimar sus limitaciones.

2) La tercerización posibilita una mayor gobernanza del sistema de suministro cuando el sector público que lo opera en integración vertical no logra garantizar la disponibilidad y dispensación en tiempo y forma.

3) En su implementación son clave: la decisión política y apoyo sostenido de las más



altas autoridades, contar con el financiamiento necesario, la definición de la instancia pública que lidera el proceso, así como el desarrollo de mecanismos de coordinación con los actores claves, para reducir el número de canales de comunicación, evitar la distorsión de mensajes y acelerar el proceso.

4) Un organismo de vigilancia fortalecido es crítico para definir apropiadamente las características del servicio a tercerizar, y para realizar mecanismos de control y verificación del cumplimiento del contrato y asegurar los beneficios del programa.

El reto no es externalizar los servicios, sino que cuando sea pertinente hacerlo porque puede lograrse mayores ventajas en aseguramiento de insumos para la salud, su implementación debe ser regulada apropiadamente y supervisarse en detalle el cumplimiento de los requerimientos establecidas, no solo por razones de eficiencia y salubridad, sino también para que los servicios lleguen a los grupos más pobres, en riesgo y vulnerables de la población. La supervisión, en especial en sectores donde no existe competencia, ayuda a prever la generación de mercados monopólicos.

## Recomendaciones

En esta línea, para que un país pueda avanzar en la externalización de los servicios de farmacia recomendamos considerar que:

1) El diseño de un proceso de externalización de servicios de farmacia debe partir de una perspectiva de política pública ligada a procesos de modernización y reforma que los Estados experimentan. La Administración pública debe adecuarse a fin de facilitar la atención de las demandas y necesidades sociales sin perder coherencia con su estrategia global y valores de gobernanza.

2) Intervenciones efectivas de externalización de servicios de farmacia necesitan un diagnóstico claro que evalúe el contexto abordando aspectos socio económicos y de mercado sin sobredimensionar su potencial ni subestimar sus limitaciones.

3) La externalización puede encarecer los servicios farmacéuticos al incorporar más costos de transacción, y en la medida que incluye incentivos económicos puede introducir riesgos de sobre prestación, desvíos y estafas.

4) Los servicios farmacéuticos pueden externalizarse en su totalidad o en parte, ser entregados a empresas públicas o privadas, e implementarse progresivamente con base en criterios que prioricen zonas de alta densidad poblacional, pobres, rurales y en riesgo; lo central es mantener el carácter público de su entrega y gestión.

5) Para garantizar la apropiada entrega de los servicios externalizados, es preciso que el sector público desarrolle capacidades e instancias propias o por terceros, para realizar acciones de monitoreo, supervisión y control de las operaciones.

6) Es clave el diseño e implementación de un sistema de información apropiado que recoja datos de calidad y proporcionen oportunamente información de apoyo para la



toma de decisiones. Debe precisarse técnicamente las características del servicio externalizado a fin de conseguir la adquisición de productos y servicios de calidad y no sólo la entrega de productos.

7) La inclusión de copagos es una alternativa para aliviar el financiamiento público, responsabiliza al usuario y desalienta el mal uso del sistema. Su aceptación puede ser positiva si se incorporan campañas de sensibilización y publicidad.

8) Tanto para diseñar y facilitar la implementación de un proceso de externalización es mejor definir claramente una instancia pública (o privada) que lidere el proceso a fin de conservar su valor e interés sanitario, sin perder de vista el económico.



## Socios

Prisma – ONG peruana cuyas líneas de intervención son dar asistencia técnica, capacitación e investigación en sistemas de administración logística de salud.

UNFPA LACRO. Oficina Regional para América Latina y el Caribe del Fondo de Población de las Naciones Unidas.

## Siglas Utilizadas

IESS: Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social

LNME: Lista Nacional de Medicamentos Esenciales

LACRO: Oficina Regional para América Latina y el Caribe

ONG: Organización No Gubernamental

PNUME: Petitorio Nacional único de Medicamentos Esenciales (Perú)

SESAL: Secretaría de Salud (de Honduras)

SIAL: Sistema de Información para la Administración Logística

UNFPA: Fondo de Población de las Naciones Unidas

## Referencias

Aalders, R. (2002). IT Outsourcing: making it work. (infraCare, Ed.) Retrieved Diciembre 08, 2015, from [http://www.fujitsu.com/downloads/WWW2/whitepaper\\_IT-outsourcing.pdf](http://www.fujitsu.com/downloads/WWW2/whitepaper_IT-outsourcing.pdf)

Abuelafia, & Berlinski S., C. M. (2002). El funcionamiento del sistema de salud argentino en un contexto federal. Buenos Aires: Banco Mundial. Retrieved Febrero 17, 2016, from <http://faculty.udesa.edu.ar/tommasi/cedi/dts/dt77.pdf>

Bautista, Oscar. “La Ética en la Gestión Pública. Fundamentos, Estado de la Cuestión y Proceso para la Implementación de un Sistema Ético Integral en los Gobiernos”. Madrid, 2007. pp. 76-84. Consulta: 29 de Junio de 2011. <<http://www.ucm.es/BUCM/tesis/cps/ucm-t29799.pdf>>

Becerril-Montekio V, M. G. (2011). Sistema de salud de Brasil. Salud Publica Mex 2011, 53 supl 2:S120-S131.

Belló M, B.-M. V. (2011). Sistema de salud de Argentina. Salud Publica Mex, 53 supl 2:S96-S108.

Benites, O. (2004). Gestión de Outsourcing Logístico para almacén de productos farmacéuticos. Tesis Digitales UNMSM. Retrieved diciembre 09, 2015, from [http://sis-bib.unmsm.edu.pe/bibvirtualdata/tesis/ingenie/benites\\_le/cap2.pdf](http://sis-bib.unmsm.edu.pe/bibvirtualdata/tesis/ingenie/benites_le/cap2.pdf)

Bermúdez-Madriz JL, S. M. (2011). Sistema de salud de Honduras. Salud Publica Mex ;(53 supl 2), S209-S219. Retrieved febrero 24, 2016, from <http://www.scielosp.org/pdf/s-pm/v53s2/16.pdf>



Cetrángolo O, B. F. (2013). El sistema de salud del Perú: situación actual y estrategias para orientar la extensión de la cobertura contributiva. OIT. Lima: Oficina de la OIT para los países andinos.

Chong Alberto, López de-Silanes, Florencio (2005). Privatization in Latin America: myths and reality; from: <http://documents.worldbank.org/curated/en/743601468143979746/pdf/344280PAPERoLA101officialouseonly1.pdf>

Granda, M. (2015). Medicamentos para pacientes del sistema público de salud: las farmacias privadas entran a la cancha. *Gestión*(256), from <http://www.revistages-tion.ec/wp-content/uploads/2015/10/64-Salud-256.pdf>

Halvey, J., & Murphy, B. (2007). *Business Process Outsourcing: Process, Strategies, and Contracts* (Segunda ed.). New Jersey: John Wiley & Sons, Inc. Retrieved diciembre 08, 2015, from [http://tradeinservices.mofcom.gov.cn/upload/2009/02/11/1234313550734\\_4256766.pdf](http://tradeinservices.mofcom.gov.cn/upload/2009/02/11/1234313550734_4256766.pdf)

Lucio R, V. N. (2011). Sistema de salud de Ecuador. *Salud Publica Mex*, 53 supl 2, S177-S187. Retrieved febrero 10, 2016, from <http://www.scielosp.org/pdf/spm/v53s2/13.pdf>

Mendes da Silva R, C. R. (2015). Programa "Farmácia Popular do Brasil": caracterização e evolução entre 2004-2012. *Ciênc. saúde coletiva*, 20(10), p. 2943-2956. Retrieved febrero 12, 2016, from [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232015001002943&lang=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015001002943&lang=pt)

MSH. La gestión del suministro de medicamentos. OMS. 2002.

Ministério da Saúde - Fundação Oswaldo Cruz. (2005). Programa Farmácia Popular do Brasil: manual básico. Brasília: Editora do Ministério da Saúde. Ortún Rubio, Vicente (2005). "Innovación en Sanidad". En Meneu, Ricard. *Innovaciones en gestión clínica y sanitaria*. Barcelona. Masson.

OSPIC. (n.d.). Obra Social del Personal de la Industria Cinematográfica. Retrieved Febrero 19, 2016, from <http://www.ospic.org.ar/que-es-ospic/>

Plasencia Cano, M. (2008). Externalización de la atención farmacéutica. *OFFARM*, 27(7), 64-67. Retrieved diciembre 08, 2015, from [http://apps.elsevier.es/watermark/ctl\\_servilet?\\_f=10&pidient\\_articulo=13124841&pidient\\_usuario=0&pcontactid=&pidient\\_revista=4&ty=78&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=4v27no7a13124841pdf001.pdf](http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servilet?_f=10&pidient_articulo=13124841&pidient_usuario=0&pcontactid=&pidient_revista=4&ty=78&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=4v27no7a13124841pdf001.pdf)

Real Academia Española. (n.d.). *Diccionario de la Lengua Española* (23a. Edición. Versión electrónica. ed.). Retrieved 12 08, 1025, from <http://dle.rae.es/>

Seguro Integral de Salud. (2015). Bases Administrativas. Contratación del Servicio de Dispensación o Expendio de Medicamentos en Oficinas Farmacéuticas (Farmacias o Boticas) Privadas para los Asegurados del Seguro Integral de Salud. Lima, Perú.



## ANEXO N° 01.

# Externalización de los servicios de farmacia en el sector público

## CUESTIONARIO

1) ¿En qué contexto se consideró la posibilidad de externalizar servicios de farmacia en el sector público? Por favor, detalle.

.....

2) ¿Qué necesidades y/o razones motivaron considerar la externalización de servicios de farmacia en el sector público como una alternativa de solución? Por favor, detalle.

.....

3) ¿Qué mecanismo de decisión se utilizó para la implementación de la externalización de servicios de farmacia y cómo se desarrolló? Por favor, detalle.

.....

4) ¿Cómo es el financiamiento del proceso de externalización y de operación de los servicios de farmacia? Por favor, detalle.

.....

5) ¿Cómo se realizó la selección de los procesos, insumos y/o servicios de farmacia a ser externalizados? Por favor, detalle.

5.1) ¿Servicios ambulatorios vs servicios de hospitalización?

5.2) ¿Servicios estratégicos vs servicios de soporte?

5.3) ¿Personal técnico vs personal de apoyo?

5.4) Otros

.....

6) ¿Cómo se realizó el planeamiento de la implementación de la externalización de los servicios de farmacia y qué aspectos fueron considerados por éste? Por favor, detalle.

.....

7) ¿Cómo se desarrolló la implementación de la externalización? Por favor, detalle.

7.1) ¿Cómo se llevó a cabo el proceso de selección del proveedor o de los proveedores de servicios y/o bienes? Por favor, detalle.

.....



7.2) ¿Cómo fue el proceso de contratación del proveedor o de los proveedores de bienes y servicios en la externalización de servicios de farmacia, incluyendo condiciones contractuales? detalle.

.....

7.3) ¿Cómo se puso en marcha la externalización de estos servicios? Por favor, detalle.

.....

7.4) ¿De qué manera se da la operación del servicio externalizado? Por favor, detalle.

.....

7.5) ¿Cómo se realiza el monitoreo y control del servicio externalizado?, detalle.

.....

8) ¿Qué resultados han sido obtenidos con la externalización del servicio de farmacia:

8.1) ¿En lo económico? Por favor, detalle.

.....

8.2) ¿En lo organizacional? Por favor, detalle.

.....

8.3) ¿En la calidad del servicio? Por favor, detalle.

.....

8.4) ¿En la satisfacción del usuario? Por favor, detalle.

.....

8.5) ¿Otros? Por favor, detalle.

.....

9) ¿Qué ventajas han sido obtenidas de la externalización del servicio de farmacia? Por favor, detalle.

.....

10) ¿Qué desventajas o inconvenientes o restricciones se han obtenido de la externalización del servicio de farmacia? Por favor, detalle.

.....

11) ¿Cuáles son los factores críticos de éxito en la externalización del servicio de farmacia en el sector público? Por favor, detalle.

.....







Seguro Integral de Salud. (2016, febrero 16). Mundo IPRESS. Retrieved from Contratación de Servicios de Salud N° 006-2015-SIS: <http://www.sis.gob.pe/ipresspublicas/serviciossalud.html>

Stang, S. (2013, Julio 14). La Nación | Economía. Retrieved Febrero 20, 2016, from Descuentos de medicamentos en el eje de una controversia: <http://www.lanacion.com.ar/1600771-descuentos-en-medicamentos-en-el-eje-de-una-controversia>