



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE CHIAPAS
CENTRO DE ESTUDIOS SOBRE LA UNIVERSIDAD



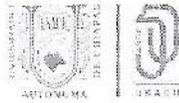
**PROYECTO DE INTERVENCIÓN PARA LA MEJORA DEL ABASTO DE
MEDICAMENTOS EN EL HOSPITAL DEL ISSTECH.**

TESIS QUE PARA OBTENER EL GRADO DE MAESTRA EN GESTIÓN DE SISTEMAS DE SALUD
PRESENTA

ANA KARINA TOVILLA MIJANGOS PS1453

DIRECTORA DE TESIS: DRA. MARÍA DEL SOCORRO DE LA CRUZ ESTRADA

TUXTLA GUTIÉRREZ, CHIAPAS, A 31 DE MAYO DE 2024.



Tuxtla Gutiérrez, Chiapas
Mayo 27 de 2024
Oficio No. CESU/CG/314/2024

C. Ana Karina Tovilla Mijangos
Candidata al Grado de Maestra en Gestión
de Sistemas de Salud
Presente.

Por medio del presente informo a Usted, que una vez recibidos los votos aprobatorios de los miembros del Comité Tutorial de la tesis intitulada:

Proyecto de intervención para la mejora del abasto de medicamentos en el hospital del ISSTECH.

Se le AUTORIZA que lleve a cabo la impresión definitiva de cinco ejemplares de la tesis y dos ejemplares en formato disco compacto, los cuales deberá entregar:

- Un ejemplar de la tesis en formato disco compacto: anexar oficio de autorización de impresión de tesis Dirección de Desarrollo Bibliotecario de la Universidad Autónoma de Chiapas
- Cinco tesis impresas y un ejemplar en formato de disco compacto Área de Titulación del CESU para ser entregadas a los Sinodales.

Asimismo, se le informa que podrá consultar los requisitos de entrega de tesis en la página web de la Dirección de Desarrollo Bibliotecario en www.biblioteca.unach.mx

Sin otro particular, reciba un cordial saludo.

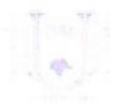
Atentamente

"Por la conciencia de la necesidad de servir"

Mtro. Jordan Corzo Mancilla
Coordinador General



C.c.p. Expediente/archivo
MJCM/eaga.



Código: FO-113-05-05

Revisión: 0

CARTA DE AUTORIZACIÓN PARA LA PUBLICACIÓN ELECTRÓNICA DE LA TESIS DE TÍTULO Y/O GRADO.

El (la) suscrito (a) Ana Karina Tovilla Mijangos

Autor (a) de la tesis bajo el título de "Proyecto de intervención para la mejora del abasto de medicamentos en el hospital de ISSTECH"

presentada y aprobada en el año 2024 como requisito para obtener el título o grado de Maestra en Gestión de Sistemas de Salud, autorizo licencia a la Dirección del Sistema de Bibliotecas Universidad Autónoma de Chiapas (SIBI-UNACH), para que realice la difusión de la creación intelectual mencionada, con fines académicos para su consulta, reproducción parcial y/o total, citando la fuente, que contribuya a la divulgación del conocimiento humanístico, científico, tecnológico y de innovación que se produce en la Universidad, mediante la visibilidad de su contenido de la siguiente manera:

- Consulta del trabajo de título o de grado a través de la Biblioteca Digital de Tesis (BIDITE) del Sistema de Bibliotecas de la Universidad Autónoma de Chiapas (SIBI-UNACH) que incluye tesis de pregrado de todos los programas educativos de la Universidad, así como de los posgrados no registrados ni reconocidos en el Programa Nacional de Posgrados de Calidad del CONACYT.
- En el caso de tratarse de tesis de maestría y/o doctorado de programas educativos que sí se encuentren registrados y reconocidos en el Programa Nacional de Posgrados de Calidad (PNPC) del Consejo Nacional del Ciencia y Tecnología (CONACYT), podrán consultarse en el Repositorio Institucional de la Universidad Autónoma de Chiapas (RIUNACH).

Tuxtla Gutiérrez, Chiapas; a los 27 días del mes de mayo del año 2024.

Ana Karina Tovilla Mijangos

Nombre y firma del Tesista o Tesistas

AGRADECIMIENTOS

Mi gratitud eterna a mi Alma mater, Universidad Autónoma de Chiapas, por formarme como persona, alumna y profesionista, proporcionándome las herramientas necesarias para afrontar los desafíos de la vida.

A los docentes y asistentes técnicos y administrativos de la Maestría en Gestión de Sistemas de Salud, por compartir sus invaluable conocimientos que han modificado mi visión sobre el Sistema de Salud y fortalecido mi quehacer laboral.

A mi Directora de Tesis, Dra. María del Socorro de la Cruz Estrada y a mis asesores, Dra. Hilda María Jiménez Acevedo y Dr. Néstor Rodolfo García Chong, así como al Dr. Carlos Ignacio López Bravo y a la Dra. Claudia Olivia Ichin Gómez, Docentes del Programa Institucional para la obtención del Grado Académico, por su inestimable guía, sus observaciones y constructivos comentarios que han llevado a la consolidación de este proyecto.

Al Instituto de Seguridad Social de los Trabajadores del Estado de Chiapas, por abrir sus puertas para la construcción de este estudio.

A cada uno de ustedes, mi más profundo agradecimiento.

DEDICATORIAS

A mis padres, Belisario de Jesús (q.e.p.d.) y María Inés del Socorro,
que siempre han estado para mí,
me han apoyado en cada paso
y son el motor de mi vida.

A mi hijo, Ángel Gabriel,
que ha dado un giro a mi vida
y que, con su inocencia y curiosidad,
me obliga a seguir capacitándome
y tratar de contribuir a un mundo mejor para él.

A mis hermanos y sobrinos,
que comparten mis penas y alegrías
y me motivan a seguir.

ÍNDICE GENERAL

AGRADECIMIENTOS	4
DEDICATORIAS	5
ÍNDICE GENERAL	6
ÍNDICE DE TABLAS	7
ÍNDICE DE FIGURAS	8
ÍNDICE DE ANEXOS	9
RESUMEN	10
INTRODUCCIÓN	12
CAPÍTULO 1, MARCO TEÓRICO	18
1.1 Abasto de Medicamentos.	18
1.2 Planeación de la Demanda de Medicamentos.	23
1.3 Guías de Práctica Clínica.	25
CAPÍTULO 2, METODOLOGÍA	28
2.1 Método.	28
2.2 Localización del Estudio de Caso.	32
2.3 Limitantes Encontradas en la Investigación.	36
CAPÍTULO 3, ANÁLISIS DE RESULTADOS	38
PROYECTO DE INTERVENCIÓN Y DISCUSIÓN	38
3.1 Diagnóstico del abasto de medicamentos en el HVM.	38
3.2 Análisis de los Actores Involucrados en la Cadena de Abasto.	47
3.3. Análisis de Problemas.	49
3.4. Análisis de Objetivos.	52
CAPÍTULO 4, CONCLUSIONES	64
REFERENCIAS	66
ANEXOS	70

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Objetivo de Desarrollo Sostenible 3.....	19
Tabla 2. Perfil de Personal del Hospital de Especialidades Vida Mejor.....	35
Tabla 3. Indicadores Objetivamente Verificables.	60
Tabla 4. Supuestos.	61
Tabla 5. Matriz del Marco Lógico.	62

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Etapas y herramientas metodológicas.	28
Figura 2. Momentos y herramientas para el diseño de proyectos de la Metodología del Marco Lógico. ..	31
Figura 3. Unidades Médicas del ISSTECH.	32
Figura 4. Redes integrales de Servicios Médicos del ISSTECH.	33
Figura 5. Especialidades y Servicios del Hospital de Especialidades Vida Mejor.	34
Figura 6. Cadena de Abasto de Medicamentos del ISSTECH.	38
Figura 7. Pantalla Sistema COINFA v.2.1.	39
Figura 8. Tendencia del abasto de medicamentos en el HEVM, en el período 2018 – 2021.	41
Figura 9. Surtimiento de recetas en el HEVM, durante el período 2019 – 2023.	42
Figura 10. Reporte de disponibilidad de medicamentos en el HEVM, 26 de febrero de 2021.	43
Figura 11. Factores Internos y Externos que condicionan el Abasto de Medicamentos en el HEVM, entre 2018-2023.	44
Figura 12. Actores Participantes en la Cadena de Abasto de Medicamentos del ISSTECH.	47
Figura 13. Árbol de Problemas sobre el Desabasto de Medicamentos en el HEVM.	50
Figura 14. Árbol de Objetivos para el Fortalecimiento del Abasto de Medicamentos en el HEVM.	52
Figura 15. Cronograma de actividades del proyecto de intervención.	58

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1. Lista de abreviaturas o siglas.....	70
Anexo 2. Presupuesto.	71

RESUMEN

Es incuestionable que la salud es un requisito primordial para el bienestar del individuo, la familia y la sociedad. Sin embargo, alcanzarla requiere encarar múltiples factores, dentro de los que destacan: los económicos, sociales, culturales, entre otros.

Todos los países han evolucionado y todos los gobiernos buscan alcanzar ese estado de Bienestar, sin embargo, los logros han sido muy variados.

En México, el panorama general muestra que actualmente se encuentra en un período de transición epidemiológica, contamos con un envejecimiento poblacional acelerado, nos enfrentamos a la peor pandemia ocurrida en 100 años y la capacidad resolutive de nuestro sector salud se encuentra rebasado.

Esto último, se ve reflejado en una de las aristas más sensibles de la atención de la salud, el abasto de medicamentos, que ocasiona frecuentemente, insatisfacción de los usuarios que no logran tener acceso a los fármacos necesarios para su tratamiento.

El Hospital de Especialidades Vida Mejor, unidad médica de concentración del Instituto de Seguridad Social de los Trabajadores del Estado de Chiapas (ISSTECH), no es ajeno a este problema; a pesar de haberse implementado numerosas estrategias, no logra el abasto óptimo de medicamentos que le permita obtener la satisfacción de sus usuarios en este tema.

Por ello, se planteó un proyecto de intervención, teniendo como objetivos los siguientes:

- Identificar los factores que condicionan el abasto insuficiente de medicamentos en el Hospital de Especialidades Vida Mejor del ISSTECH.
- Integrar un análisis de priorización de los factores condicionantes a intervenir y las estrategias a desarrollar.

- Diseñar una propuesta de intervención que permita mejorar el abasto de medicamentos en el Hospital de Especialidades Vida Mejor del ISSTECH.

Las acciones desarrolladas bajo la Metodología del Marco Lógico, permitieron identificar tres principales factores que pueden condicionar el abasto insuficiente en el Hospital de Especialidades Vida Mejor: el primero, la falta de apego a las Guías de Práctica Clínica del personal responsable de la prescripción de medicamento; el segundo, la planeación de la demanda sin apego a una metodología; y, por último, la prescripción en polifarmacia.

INTRODUCCIÓN

Gozar de buena salud es un elemento fundamental para el bienestar de las personas, de las familias y de las comunidades, pero también, es un requisito para el pleno desarrollo humano tal y como lo señalan la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL); una buena salud sin embargo, está sujeta o condicionada multifactorialmente por la biología, la sociedad, la cultura, la economía, el ambiente y la epidemiología, por mencionar algunos (Arriagada y Miranda, 2005).

En México, en los últimos años, gracias a los avances tecnológicos mundiales, estos factores se han modificado mejorando las condiciones de vida; de acuerdo con el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), por ejemplo, se ha logrado incrementar la esperanza de vida, pasando de 34 años en promedio en 1930 a 75 años en 2022 (INEGI, 2024).

De acuerdo con la Organización para el Comercio y el Desarrollo (OCDE, 2019), México es uno de los pocos países en la organización donde las ganancias en la esperanza de vida no se han desacelerado en los últimos años. “Sin embargo, la esperanza de vida permanece aproximadamente cinco años por debajo del promedio de la OCDE (75.4 y 80.7 años, respectivamente)”.

Pero, así como se ha logrado incrementar la esperanza de vida, el análisis de tendencias muestra que la pirámide poblacional va cambiando, se está invirtiendo. Según resultados del INEGI, en el 2020, el 10% de la población eran adultos mayores, con un índice de envejecimiento de 47.7 adultos mayores por cada 100 niños y jóvenes, en comparación con el índice de 16 que se tenía en 1990 (INEGI, 2024), es decir, que una mayor cantidad de población alcanza más años de vida, conduciendo al país a un proceso de envejecimiento poblacional.

El Estudio Nacional Longitudinal sobre Salud y Envejecimiento en México (ENASEM), realizado por el INEGI en 2021, destaca como peculiaridades del envejecimiento en México que, los adultos mayores tienen un bajo nivel de desarrollo económico, educativo y social; son ancianos que sobrevivieron a elevados niveles de enfermedades infecciosas, pero también presentan padecimientos crónicos; la mayoría son dependientes del apoyo de algún familiar; y, que les es más difícil alcanzar la buena salud, conforme pasan los años.

Sumado a lo anterior, la pandemia originada por el virus SARS-COV-2 (COVID19), afectó la salud de la población dejándola más comprometida que antes, entre otras causas por: el difícil acceso a los servicios de salud durante ese período, los cambios de estilo de vida ocasionados por el confinamiento de las familias, como el sedentarismo, las dietas hipercalóricas, el estrés familiar y laboral, el mal uso o uso excesivo de la tecnología. El efecto se refleja en cambios epidemiológicos importantes como el incremento de enfermedades crónico degenerativas y oncológicas, así como su aparición a edades cada vez más tempranas, el aumento de adicciones y enfermedades mentales o psicológicas, la elevación de enfermedades infecciosas como la tuberculosis y el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), entre otras.

Estos hechos han llevado al incremento en la demanda de atención médica en las unidades de salud, comprometiendo su capacidad resolutoria e impactando en una de las aristas más sensibles en la atención a los usuarios de los servicios de salud, como es el abasto de medicamentos.

El abasto de medicamentos, desde hace muchos años, en todo el mundo ha venido enfrentando grandes retos; por ello se han implementado diversas estrategias internacionales como visibilizar el tema en la Agenda 2030 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) de

la Organización de las Naciones Unidas (ONU), en el objetivo 3 Salud y Bienestar, meta 3.b *Proporcionar acceso a los medicamentos para todos* (ONU, 2018).

A nivel nacional, en México, se ha transitado desde la descentralización de los servicios de salud en 1983 (Soberón y Martínez, 1995); a la creación del Seguro Popular en 2004 (Secretaría de Salud, 2004); la implementación de compras consolidadas nacionales anuales en 2022 (Instituto de Salud para el Bienestar, 2022); y hasta la creación de una megafarmacia nacional en 2023 (Instituto de Salud para el Bienestar, 2023).

Desafortunadamente, diversos estudios muestran que, en el país estas medidas no han logrado garantizar un acceso razonable a los medicamentos para la población. Un estudio realizado en México, en 2008, por Granados et al. (2011), en instituciones públicas de 12 entidades federativas, identificó que se existían tres modelos operativos de abasto: el convencional, el híbrido (parcialmente tercerizado) y el tercerizado. Los autores señalan que, independiente del modelo, se presentaban problemas similares como heterogeneidad en los procesos de planeación, los cuadros básicos restringidos, los problemas en la disponibilidad de recursos, los largos procesos licitatorios y las prácticas irregulares de proveedores, entre otros. En el mismo año, López Moreno et al. (2011), realizaron un estudio similar, en el que constataron que las instituciones avanzaron hacia modelos de abasto tercerizados o bien, tenían una mezcla de abasto público-privada; sin embargo, identificaron que continuaban sufriendo inconvenientes como la subordinación de los criterios médicos a los criterios administrativos, la ineficiente planeación de la demanda, el desconocimiento de la normatividad y la falta de regulación y controles.

Aunque no se encontraron estudios más recientes publicados sobre el abasto de medicamentos en México, cada vez es más frecuente que instituciones públicas de salud, sean expuestas públicamente por los usuarios de los servicios por el desabasto.

Abordando la situación del Hospital de Especialidades Vida Mejor (HEVM), principal unidad médica del Instituto de Seguridad Social de los Trabajadores del Estado de Chiapas (ISSTECH), en los últimos años, se han realizado múltiples esfuerzos por satisfacer la demanda de medicamentos necesitada para la atención de los derechohabientes, obteniendo una mejoría en los resultados alcanzados, sin embargo, no se ha logrado sostener el porcentaje mínimo establecido como satisfactorio, que es de 85%, siendo fluctuante durante estos años.

El abasto de medicamentos es un aspecto fundamental de los servicios de salud y la atención a los pacientes, ya que en ocasiones es un asunto de vida o muerte pues acelera la presentación de complicaciones o retarda el proceso de curación. La salud pública atiende a un alto porcentaje de población de bajos recursos para quienes un gasto en la adquisición de medicamentos puede ser imposible de realizar; puede llevar al endeudamiento o a la pérdida de bienes.

Ante esta situación, se plantearon diversas interrogantes con respecto al abasto de medicamentos en el Hospital Vida Mejor (HVM), como punto de partida para la elaboración de la presente tesis y obtener el Grado de Maestra en Gestión de los Sistemas de Salud: ¿Se ha realizado realmente un diagnóstico sobre el abasto-desabasto de medicamentos antes de diseñar y ejecutar las estrategias de mejora? ¿Se han identificado y analizado todas las posibles causas del problema? ¿Se han atendido todas las causas del problema en las estrategias de mejora implementadas en el Sistema de Abasto de Medicamentos (SAM)? ¿Qué se puede hacer para mejorar el SAM?

A partir de estos cuestionamientos se determinó el objetivo general de tesis: “Conocer la problemática del Abasto de medicamentos en el Hospital Vida Mejor del ISSSTECH en Tuxtla Gutiérrez Chiapas, para integrar una propuesta de intervención que ayude a su fortalecimiento”.

Como objetivos específicos se tienen: Primero identificar y analizar las causas que determinan el abasto-desabasto de medicamentos en el HVM comprendiendo así mejor la problemática. Segundo, identificar y analizar las estrategias a desarrollar para seleccionar la o las más factibles de realizar. Tercero, diseñar un proyecto de intervención como propuesta para ayudar a mejorar el abasto de medicamentos que aborde los diferentes factores condicionantes del problema.

La importancia de la tesis y la propuesta de intervención radica en que se trata de una alternativa que busca mejorar el abasto de medicamentos que beneficie tanto a la institución como a los usuarios al reducir: a) el incremento en el pago de reembolsos, b) el daño al erario público, c) el alto gasto de bolsillo de pacientes y familias, d) la insatisfacción de los usuarios con los servicios médicos, e) los tiempos de estancia, f) los tratamientos inconclusos, g) las complicaciones en la salud de los derechohabientes, pero, sobre todo, h) **reducir el riesgo de NO contar con los medicamentos esenciales para mantener la vida de la población derechohabiente.**

La presente tesis está conformada por tres capítulos y dos apartados:

El capítulo 1, es el **Marco Teórico**, integrado por las definiciones conceptuales de: Abasto de medicamentos, Planeación de la demanda y Guías de Práctica Clínica, que permitieron abordar el tema y determinar la línea de investigación. Así también, incluye el análisis de los estudios y estrategias que se han realizado para solventar el problema del abasto-desabasto de medicamentos en otras partes.

El capítulo 2 es la **Metodología**. Para la elaboración de la tesis se utilizó la Metodología del Marco Lógico, se describen sus etapas así como las técnicas, materiales y herramientas utilizadas en la recopilación de la información que sirvió para elaborar el diagnóstico del abasto-

desabasto de medicamentos; hacer el análisis del problema y el análisis de los involucrados; así como para la integración del proyecto de intervención.

El capítulo 3, contiene el **Análisis de Resultados y la Discusión**. Incluye: el diagnóstico, el análisis del problema y la propuesta de intervención (propósito del proyecto, componentes, estrategias, actividades, responsables o participantes, recursos proyectados, indicadores objetivamente verificables, medios de verificación y supuestos) y la discusión teórica.

En seguida viene el apartado de las **Conclusiones y las Recomendaciones**, del proceso de integración de la tesis y la propuesta del proyecto de intervención; las inconsistencias observadas, los aspectos más relevantes y hallazgos, así como las posibles ventanas de oportunidad susceptibles de abordarse para seguir avanzando en este delicado tema del abasto de medicamentos en el sector público de la salud en Chiapas.

Finalmente están las **Referencias Bibliográficas** y los Anexos, que dan soporte documental al proyecto de intervención.

CAPÍTULO 1, MARCO TEÓRICO

La propuesta de intervención que se presenta busca apoyar al mejoramiento del abasto de medicamentos en el Hospital de Especialidades Vida Mejor; por ello se analizaron los factores que lo condicionan, a partir de los cuales se determinó incidir en dos variables: 1. la determinación de la demanda de medicamentos y 2. el apego a las guías de práctica clínica por parte del personal médico.

En concordancia con lo anterior, se consideró necesario explicar los tres conceptos fundamentales: el abasto de medicamentos, la planeación de la demanda de medicamentos y las guías de práctica clínica. Adicionalmente se presentan los resultados de la búsqueda y el análisis de algunas estrategias o buenas prácticas aplicadas en otros Hospitales y que han ayudado a mejorar problemas de abasto de medicamentos.

1.1 Abasto de Medicamentos.

Lograr que la población tenga acceso a los servicios de salud, va más allá de contar con una Unidad Médica cercana; es necesario también que esta unidad tenga la capacidad resolutive para atender la demanda de salud, mediante la infraestructura adecuada, el personal capacitado y el abasto de medicamentos pertinente.

El abasto de medicamentos en concreto, consiste en que la Unidad Médica debe tener existencia suficiente de medicamentos para cubrir las necesidades de atención a la salud que requiere la población atendida (ISSSTE, 2023); no solamente durante su estadía en la Unidad Médica sino, también para continuar su tratamiento a domicilio hasta su conclusión.

Conseguir el abasto de medicamentos óptimo, es un reto a nivel mundial para los Sistemas de Salud. En septiembre del 2015, en Nueva York, se reunieron los 193 estados

miembros de la Organización de las Naciones Unidas (ONU), donde signaron una Resolución en Asamblea General y entre los compromisos determinados se estableció abordar la prevención en salud y el tratamiento, para acelerar la lucha contra enfermedades transmisibles y no transmisibles que impiden el desarrollo sostenible de las familias (ONU, 2015). Este acuerdo fue considerado de alta prioridad por lo que en la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible; se definió el Objetivo número 3, Salud y Bienestar, en el que la meta 3.b y el indicador 3.b.3, señalan que se debe garantizar el acceso a medicamentos asequibles para todos, como se describen a continuación en la Tabla 1:

Tabla 1. *Objetivo de Desarrollo Sostenible 3.*

Objetivo	Meta	Indicadores
3 Salud y bienestar	3.b Apoyar las actividades de investigación y desarrollo de vacunas y medicamentos contra las enfermedades transmisibles y no transmisibles que afectan primordialmente a los países en desarrollo y facilitar el acceso a medicamentos y vacunas esenciales asequibles de conformidad con la Declaración relativa al Acuerdo sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual Relacionados con el Comercio y la Salud Pública, en la que se afirma el derecho de los países en desarrollo a utilizar al máximo las disposiciones del Acuerdo sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual Relacionados con el Comercio respecto a la flexibilidad para proteger la salud pública y, en particular, proporcionar acceso a los medicamentos para todos	3.b.1 Proporción de la población inmunizada con todas las vacunas incluidas en cada programa nacional
		3.b.2 Total neto de asistencia oficial para el desarrollo destinado a los sectores de la investigación médica y la atención sanitaria básica
		3.b.3 Proporción de centros de salud que disponen de un conjunto básico de medicamentos esenciales asequibles de manera sostenible

Fuente: Elaboración propia a partir de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible.

En México, el proceso del abasto de medicamentos se ha documentado desde 1945, en ese año el Instituto Mexicano del Seguro Social integró el primer Cuadro Básico de Medicamentos que se podían prescribir en las Unidades Médicas del IMSS (IMSS, s. f.). Posteriormente, el Consejo de Salubridad General como cabeza rectora del Sector Salud, publicó en 1977, un Acuerdo mediante el cual se emite el Cuadro Básico y el Catálogo de Medicamentos (CBCM), al que debían apegarse todas las instituciones de salud pública del país, para atender los problemas de salud de la población mexicana (Gómez, Garrido, Tirado, Ramírez y Macías, 2001). Dichos documentos, han sido actualizados periódicamente, siendo el último, el publicado en el Diario Oficial de la Federación el 23 de noviembre de 2018 (Secretaría de Gobernación, 2018). Esta fue la primera estrategia sectorial implementada para estandarizar y racionalizar el uso de medicamentos y garantizar el acceso a los mismos a los usuarios de los servicios de salud.

Para 1983, se realiza la descentralización de los Servicios de Salud, otorgando facultades para la toma de decisiones a las entidades federativas. Sin embargo, no se implementó adecuadamente la estrategia por: 1. la falta de consideración a los municipios; 2. la falta de definición de procesos, que resultó en su heterogeneidad; 3. la falta de conclusión de algunas actividades y 4. las dificultades en la liberación presupuestal (Soberón y Martínez, 1995). Al final la estrategia no ayudó a mejorar la adquisición y distribución de medicamentos como se esperaba, las debilidades en la descentralización de los servicios, pesó y se reflejó en el desabasto de medicamentos de las Unidades Médicas.

En el año de 1998, se da a conocer el “Programa de Medicamentos Genéricos Intercambiables”, con el objetivo de reducir las barreras financieras para la compra de diversos medicamentos y permitir una mayor oferta de proveedores. De acuerdo con diversos estudios, tanto la descentralización como el Programa contribuyeron a mejorar algunos aspectos de los

servicios de salud, pero no contribuyeron, a resolver el serio problema de desabasto existente en las Unidades Médicas dependientes de la Secretaría de Salud. Entre los errores que señalan estos estudios, están las debilidades en la planeación y en los procesos de licitación y compra de medicamentos e insumos médicos (Reséndez, Garrido y Gómez, 2000 y Gómez, Garrido, Tirado, Ramírez y Macías, 2001).

Un estudio más profundo fue desarrollado entre julio del 2002 y diciembre del 2004, promovido y financiado por la Secretaría de Salud bajo el liderazgo del Dr. Julio Frenk Mora, entonces Secretario. Se publicaron los resultados en el documento “Satisfacer la demanda de medicamentos en el Sector Salud, una iniciativa en progreso”, donde incluye el diagnóstico realizado que mostró con detalle la complejidad del problema del desabasto de medicamentos y ayudó a la mejor comprensión del mismo. En el documento se identifican tres causas principales del problema, que son: la insuficiencia presupuestal, la ineficiencia en los principales procesos de abasto y la falta de transparencia en los procesos de abasto. Del diagnóstico, el grupo de expertos pasó a las propuestas de mejoras para lograr el abasto de medicamentos entre las que estaban: una adecuada planeación de la demanda, cambios a la normatividad en materia de adquisiciones, la administración de los inventarios, la compra coordinada anticipada y la tercerización de los servicios de farmacia (SA, 2004).

Como complemento, en el 2004, la Presidencia de la República decretó la creación del “Sistema de Protección Social en Salud”, cuyo brazo operativo era el “Seguro Popular de Salud”. Con el Seguro Popular se buscaba asegurar el acceso a los servicios de salud para la población no derechohabiente en el país, mediante un seguro público, voluntario y gratuito (Gómez y Ortíz, 2004). Esta Política Pública modificó toda la estructura operativa de la Secretaría de Salud Federal y de los Estados, ya que estableció un aseguramiento con financiamiento tripartita (del

gobierno federal, del gobierno estatal y del aporte familiar). Entre sus características estaban: la existencia de un catálogo de servicios adecuado a cada nivel de atención y la presupuestación por acción. Según analizaron Garrido, Hernández y Gómez (2008), este reordenamiento, inicialmente, permitió mejorar el acceso a los servicios de salud, incluyendo los medicamentos esenciales para la atención de la salud a la población, antes desprotegida en varios estados de la República.

En el año 2018, el Consejo Nacional de Evaluación de la Política Social (CONEVAL), evaluó al Seguro Popular señalando que logró una eficiencia total en la cobertura de atención en salud a la población y que la ampliación de asegurados generó un aumento en la demanda de los servicios de salud; pero que sin embargo, no priorizó la calidad de los servicios brindados ni la capacidad resolutive de los servicios de salud estatales, los cuales no crecieron a la par, generando dilación en los tiempos de espera de atención, así como una insuficiencia de recursos para brindar los servicios (entre estos se incluyen los medicamentos y los insumos médicos). (CONEVAL, 2018).

En vez de atender estas debilidades, en el 2020 se determina la disolución del Seguro Popular y se crea el Instituto de Salud para el Bienestar INSABI, para “*otorgar atención y medicamentos a las personas sin seguridad social*”; esta iniciativa no logró concretarse. En 2023, la Cámara de Diputados aprueba la extinción del INSABI y da paso a la decisión de que el IMSS Bienestar se conforme como Sistema de Salud Único.

En los últimos 4 años, no ha habido una política nacional integral de abasto de medicamentos, lo que se refleja en que las diversas dependencias estatales tienen procesos heterogéneos; que van desde la prescripción hasta el suministro de los medicamentos e insumos médicos.

No se pudo identificar algún estudio específico publicado en años recientes sobre el tema, sin embargo, es cada vez es más frecuente que instituciones de salud, sean expuestas al escrutinio público, por el desabasto de medicamentos en todo el país.

1.2 Planeación de la Demanda de Medicamentos.

Para brindar una atención médica que permita prevenir y/o restaurar la salud de la población, es necesario contar con herramientas, medicamentos e insumos suficientes en las Unidades de Salud. En el sector público, se trata de las necesidades más sentidas, pero también, más difíciles de solventar, considerando que, en las últimas décadas, gracias a los avances tecnológico entre otros factores, se han ido aumentando los años de vida de la población mexicana; sin embargo, la calidad en la vida de los adultos que han ganado años se pone en tela de juicio debido a los cambios en paralelo del perfil epidemiológico. La aparición de enfermedades crónicas degenerativas es cada vez más frecuente y a edades más tempranas, mismas que relacionadas con una mayor longevidad conllevan al deterioro de los órganos y eso hace posible que se presenten diversas enfermedades simultáneamente.

En los últimos años, el incremento de la demanda de atención médica y de medicamentos ha rebasado la capacidad que tiene el Sector Salud, por esa razón es necesario revisar y replantear los mecanismos implementados para el ejercicio del gasto, que conlleve a realizar un buen uso de los recursos disponibles. Para cualquier empresa de logística, “la planeación o planificación de la demanda es un proceso mediante el cual se proyecta la demanda futura de un servicio o producto” y, partiendo de esta base, se puede determinar cuáles son los insumos que se necesitan para cubrir las proyecciones y trazar el curso de acción para el alcanzar los objetivos (Elitelogist, s. f.). En el Sector Salud, este aprendizaje se ha tenido a partir de los errores y debilidades en la planeación.

Antes del 2002, las instituciones estimaban las necesidades de medicamentos, de acuerdo a los históricos que tenían, sin embargo, los cálculos se establecían solamente a partir de los datos registrados en la entrega de medicamentos e insumos, pero no se contemplaba la demanda no satisfecha; esta situación generaba un continuo déficit en el abasto. Por ello, a partir del año 2004, en que se impulsa la estrategia “Satisfacer la demanda de medicamentos en el Sector Salud, una iniciativa en progreso”, se inicia el establecimiento de un nuevo modelo en la cadena de abasto, que iba desde la planeación hasta la entrega de medicamentos (Secretaría de salud, 2004).

A partir de esta estrategia, la planeación de la demanda se basaba en el análisis de la serie de tiempos y parámetros; así como, se acompañaba de un sistema de administración de inventarios bajo el esquema Jalar, en el que los requerimientos se solicitaban y se entregaban según el consumo real. A lo anterior, se sumaba la tercerización del abasto, la entrega en puntos de consumo, compras consolidadas, mejoramiento de almacenamiento, y distribución, manejo de inventarios y prescripción de recetas, entre otros.

Pese a estos esfuerzos, los resultados en diversos estados, no han sido completos, ya que no se lograron concretar todas las estrategias planeadas, como lo demuestran diversos estudios realizados para conocer el impacto de esta iniciativa.

Aunque se ha avanzado, según López, Martínez, Jaramillo y Castro (2011), aún se definen las necesidades de medicamentos con históricos y no con el

análisis de parámetros y GPC, existen dificultad para realizar compras consolidadas, deficiencias en los sistemas de información, falta de capacitación del personal responsable y resistencia a transparentar los procesos.

Pese a estos esfuerzos realizados, en diversos Estados los resultados no alcanzaron a completar, ya que no todas las estrategias planeadas se concretaron, como lo demuestra el estudio realizado para conocer el impacto de esta iniciativa de López, Martínez, Jaramillo y Castro, 2011. Los autores señalan que, aunque hubo avances, aún se definen las necesidades de medicamentos con históricos y no con el análisis de parámetros y Guías Prácticas Clínicas; además, se detectaron dificultades para realizar compras consolidadas, deficiencias en los sistemas de información, falta de capacitación del personal responsable y una resistencia para transparentar los procesos.

1.3 Guías de Práctica Clínica.

De acuerdo con el Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud (CENETEC), las Guías de Práctica Clínica (GPC) son documentos de referencia, que conjuntan los criterios clínico-médicos necesarios para brindar atención médica, basados en la mejor evidencia científica (CENETEC, 2023).

No se logró identificar que existan GPC integradas por Organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud (OMS), Organización Panamericana de la Salud (OPS) u otras, pero si, que algunos países como Chile, España, Colombia y Bolivia, cuentan con estas herramientas de apoyo para la toma de decisiones médicas.

En México, la elaboración de GPC inició en 2007, en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), donde analizaron las principales enfermedades atendidas y establecieron una intervención para los tres niveles de atención y promovieron la interrelación entre diversas disciplinas involucradas en su atención (López et al., 2013).

Posteriormente, en 2008, la Secretaría de Salud emitió el Acuerdo por el que se creó el Comité Nacional de Guía de Prácticas Clínicas; mediante el cual se determinó que la constitución del Comité se haría con la participación de diversas instituciones del Sistema Nacional de Salud como la Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA), la Secretaría de Marina (SEMAR), Petróleos Mexicanos (PEMEX), la Secretaría de Salud, el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el Instituto de Seguridad Social para las Trabajadores del Estado (ISSSTE) e instituciones de investigación públicas y privadas. Su objetivo sería “*debatir las mejores opciones y determinar el procedimiento a seguir para atender el padecimiento en estudio, de una forma efectiva y segura para el paciente, estandarizando así, la toma de decisiones y el actuar médico*”. Posteriormente, se emitirían y difundirían las GPC integradas o actualizadas hacia todo el Sector de la Salud (Secretaría de Salud, 2008).

Estas Guías, al ser resultado del consenso de expertos y estar basadas en evidencia científica, deberían fungir como uno de los ejes rectores para la atención médica; sin embargo, Alva et al. (2017), han identificado limitaciones en su uso, por ejemplo: que no se ajustan a las necesidades del paciente individual, que el grupo experto enfoca imparcialmente las estrategias para dirigirlas por costos y que se proponen intervenciones no disponibles a toda la población, entre otros.

Otra evaluación realizada en México, por la Secretaría de Salud en 2012, refirió que el proceso de elaboración de las GPC había sido un éxito, pero que aún existían oportunidades de mejora en la difusión y para la capacitación del personal de salud en su correcto uso (Secretaría de Salud, 2012). Otros autores como Gutiérrez, González y Reyes (2015), encontraron que existen deficiencias del órgano rector para estandarizar los trabajos en el Sector Salud a nivel

nacional, situación que dificulta la implantación homogénea de las GPC, con lineamientos sólidos e involucrando a los diversos programas institucionales.

Posteriormente, en 2017 hubo otro estudio realizado en Unidades del primer nivel de atención, el cual encontró que había: falta de apego a las Guías debido principalmente al desconocimiento del personal de salud sobre su existencia, falta de adaptación de las GPC al contexto local y elevados costos de las intervenciones recomendadas (Varástegui et al., 2017).

Actualmente en México, existe un Catálogo Maestro que cuenta con 818 Guías de Práctica Clínica, las que se encuentran disponibles a todo el público, en el portal del CENETEC, (CENETEC, 2023).

Después de revisar esta información documental sobre las tres variables principales vinculadas al abasto de medicamentos, se puede concluir que, las debilidades identificadas en los diversos estudios tienen coincidencias y complementariedades en sus resultados similares. Estos factores que condicionan el abasto de medicamentos en el Sistema de Salud en México, son los mismos que se analizarán en el Hospital de Especialidades Vida Mejor para dar sustento a la propuesta de un proyecto de intervención buscando su fortalecimiento.

Es importante mencionar que, no se lograron identificar estudios realizados o publicados en el tema del abasto/desabasto de medicamentos en los últimos seis años; sin embargo, los estudios encontrados presentaron congruencia entre sí.

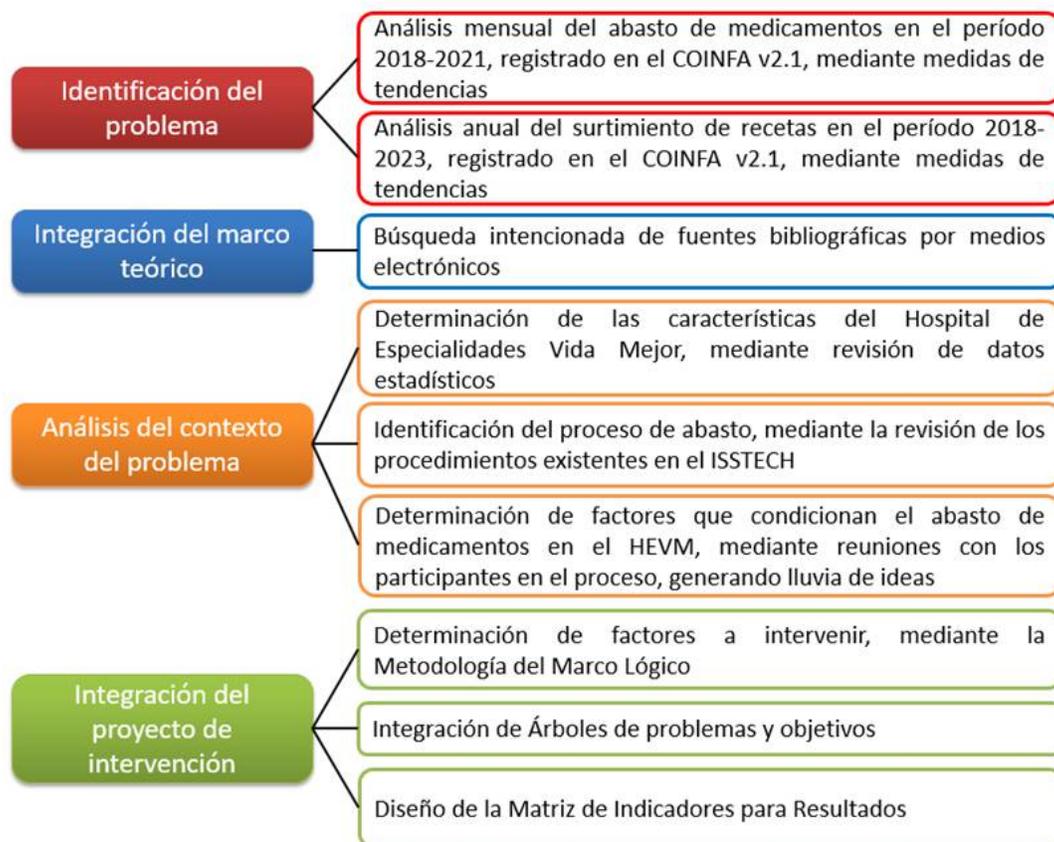
CAPÍTULO 2, METODOLOGÍA

Para llevar a cabo la intervención fue necesario determinar los pasos y herramientas metodológicas a utilizar, identificar a los participantes en el proceso de abasto, así como conocer el contexto de la unidad y el procedimiento de abasto en la misma.

2.1 Método.

A lo largo del proyecto se utilizaron diversas herramientas metodológicas en 4 etapas, tal y como se presentan en la siguiente Figura 1:

Figura 1. *Etapas y herramientas metodológicas.*



Fuente: Elaboración propia.

En la etapa 1, se realizó el diagnóstico del abasto/desabasto de medicamentos en el Hospital de Especialidades Vida Mejor del ISSTECH correspondiente al periodo del 2018 al 2021, considerando los datos registrados en el sistema automatizado COINFA v.2.1. Así como, se analizaron las medidas de tendencia del abasto mensual de medicamentos y el surtimiento de recetas, a partir del abasto de medicamentos promedio y máximo alcanzado de 2022 al 2023, con lo que se elaboraron gráficas de tendencias.

El trabajo se realizó en dos fases temporales, debido a que se presentó la contingencia ocasionada por la pandemia del SARS-COV2, e impidió el acceso a la información y retrasó la investigación, aunque se habían revisado datos del período del 2018 al 2020. Una vez pasadas las restricciones, se reinició el trabajo en la fase 2, con el análisis de la información mensual del abasto de medicamentos para el período 2020-2021 en el sistema COINFA v.2. Sin embargo, se encontró que se habían realizado cambios como el del contrato del proveedor, lo que impidió tener acceso a datos de 2022 y 2023, por lo que, para complementar el análisis de la información se consideraron las recetas surtidas en el periodo del 2019 a 2023.

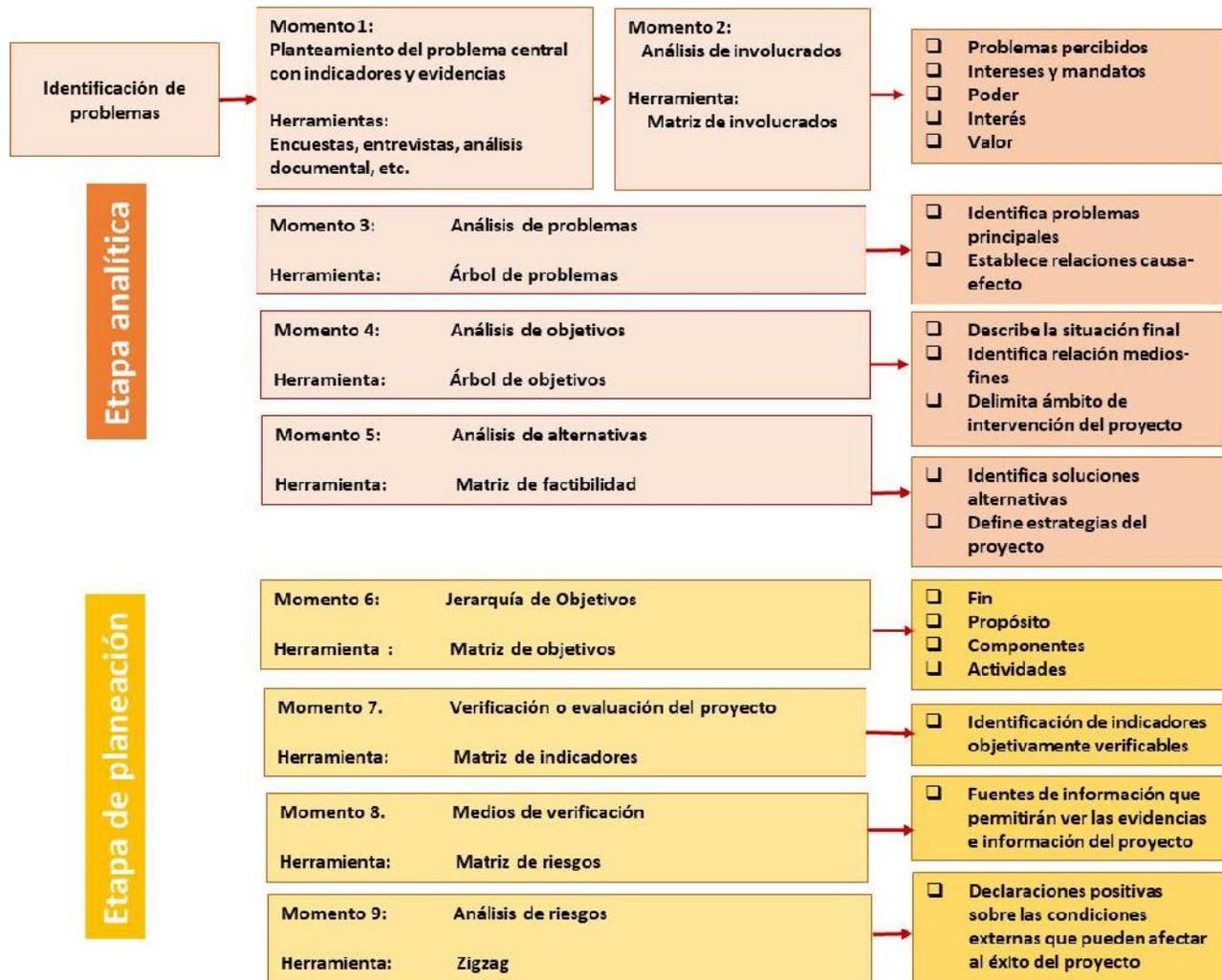
En la etapa 2, se realizó una revisión de fuentes secundarias a partir de documentos académicos y oficiales con respecto a los Sistemas de Salud. Posterior, se realizó la búsqueda intencionada de fuentes bibliográficas por medios electrónicos sobre la situación del abasto/desabasto de medicamentos en el mundo y con énfasis en México, para dar sustento a la línea de investigación y al proyecto de intervención. Esto permitió integrar el marco teórico y describir el estado del arte sobre el abasto/desabasto de medicamentos, identificando los factores relevantes que influyen en este proceso.

En la etapa 3, se hizo la descripción del Hospital de Especialidades Vida Mejor del ISSTECH, sus características, su proceso y procedimientos para el abasto de medicamentos, así como la identificación de los factores que lo influyen operativamente. Se utilizaron fuentes documentales proporcionadas por la institución.

En esta etapa se pudieron identificar a los actores involucrados en los distintos niveles de la cadena de abasto, lo que permitió definir a los participantes para las fases posteriores y conformar con ellos un grupo focal. Con este grupo, se realizaron reuniones utilizando las herramientas de la lluvia de ideas, para determinar las posibles causas que condicionaban el problema del desabasto de medicamentos; y el esquema de Ishikawa, que fue utilizado para facilitar la reflexión, el análisis y la participación dinámica del grupo.

Finalmente, en la etapa 4, se diseñó un proyecto de intervención para el fortalecimiento del proceso de abasto de medicamentos para el HEVM, utilizando la Metodología del Marco Lógico (MML) con sus 2 etapas, sus 9 momentos y herramientas que permitieron integrar el proyecto de intervención. A continuación, se presentan las etapas, momentos y herramientas que forman parte de la MML:

Figura 2. Momentos y herramientas para el diseño de proyectos de la Metodología del Marco Lógico.



Fuente: Jiménez, H.M. (2019). Material de apoyo didáctico del Seminario IV, Proyectos de Intervención, de la Maestría en Gestión de los Sistemas de Salud.

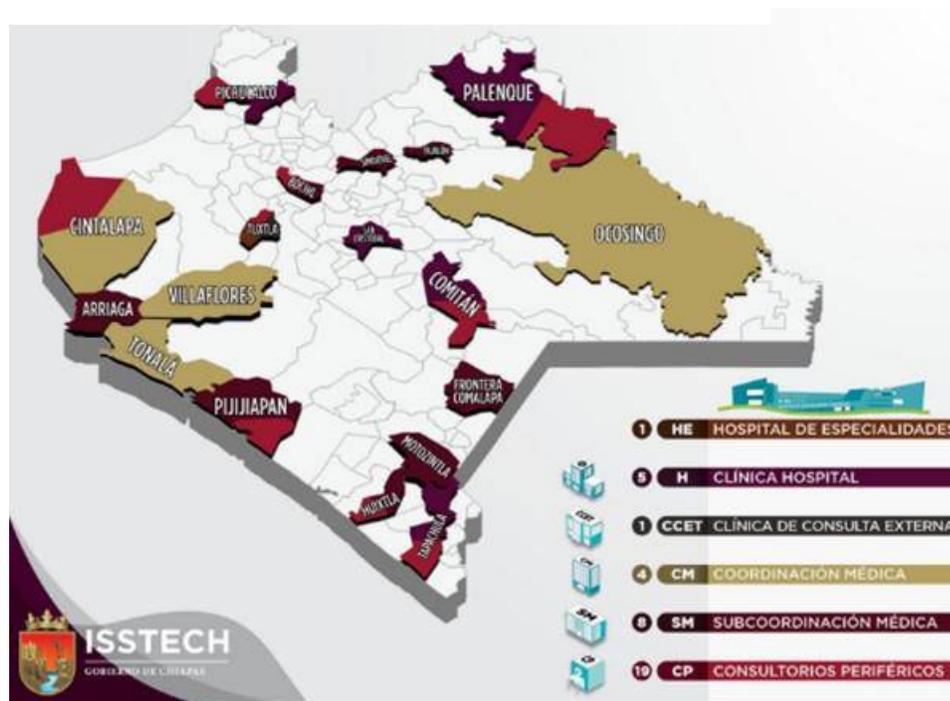
Bajo esta metodología, el desarrollo de actividades en cada etapa, llevó a la reflexión de las etapas anteriores y en algunos momentos, a la corrección, redirección o fortalecimiento de lo ya estructurado, siendo esto, un beneficio para el diseño del proyecto de intervención, ya que tenía una base real.

2.2 Localización del Estudio de Caso.

Como se ha mencionado antes, el estudio se realizó en el Hospital de Especialidades Vida Mejor del Instituto de Seguridad Social de los Trabajadores del Estado de Chiapas (HEVM/ISSTECH).

El Instituto de Seguridad Social de los Trabajadores del Estado de Chiapas (ISSTECH), dependencia del Gobierno del Estado de Chiapas, cuenta con una infraestructura de 38 unidades médicas: 1 Hospital de Especialidades Médicas, 5 Clínicas Hospitalares, 1 Clínica de Consulta Externa, 4 Coordinaciones Médicas, 8 Sub-coordinaciones y 19 Puestos Periféricos; ubicados en 37 municipios del estado de Chiapas.

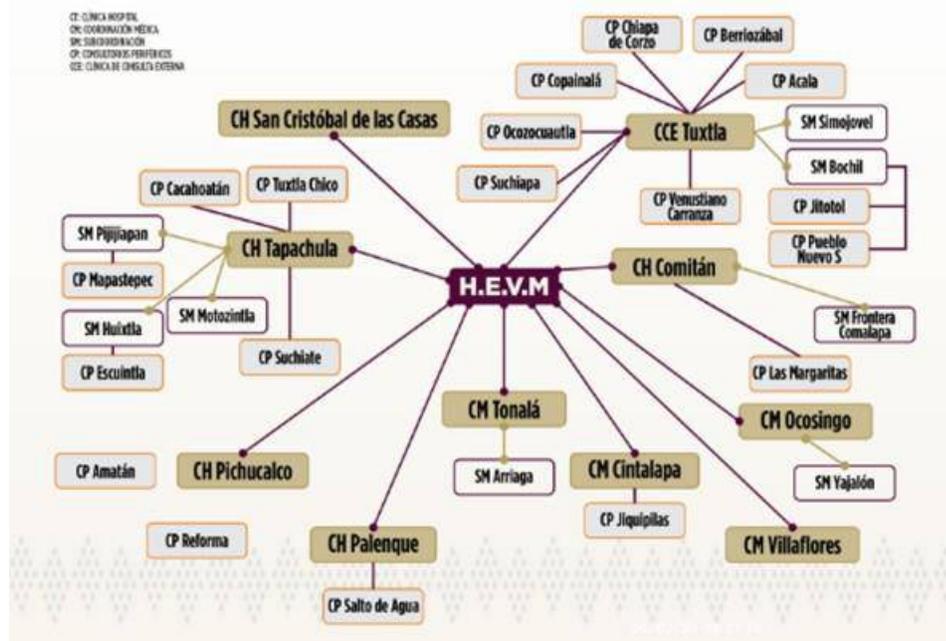
Figura 3. *Unidades Médicas del ISSTECH.*



Fuente: Subdirección de Servicios Médicos del ISSTECH.

El Hospital de Especialidades Vida Mejor (HEVM), es la unidad médica de concentración estatal que tiene mayor capacidad resolutoria, condición que lo constituye como el Hospital de referencia de las redes integrales de servicios médicos del ISSTECH, para la atención médica a usuarios con padecimientos de alta complejidad, que requieren atención especializada y/o del servicio de hospitalización. A continuación, se presenta una imagen con la red integral de servicios en Chiapas:

Figura 4. *Redes integrales de Servicios Médicos del ISSTECH.*



Fuente: Subdirección de Servicios Médicos del ISSTECH.

Como se puede apreciar en la imagen el HEVM se encuentra en el centro de la Red ya que recibe pacientes referidos desde las otras Unidades Médicas. Eso hace que tenga una fuerte demanda de servicios. Esta unidad hospitalaria, según la información proporcionada por la Subdirección de Prestaciones Socioeconómicas del ISSTECH, brinda atención médica especializada a 85,762 derechohabientes (dato del año 2023), de los cuales el 67.78% pertenece

al magisterio estatal, el 8.26% a la burocracia estatal y el 27.98% a propios trabajadores del ISSTECH.

El HEVM, cuenta con 72 camas censables y 73 no censables. Tiene una cartera de 36 especialidades y 16 servicios de apoyo diagnóstico y terapéutico, entre las que destacan las siguientes:

Figura 5. Especialidades y Servicios del Hospital de Especialidades Vida Mejor.

ESPECIALIDADES MÉDICAS Y/O LICENCIATURA DE RAMAS AFINES A LA SALUD	APOYOS DIAGNÓSTICOS Y TERAPEÚTICOS
<ol style="list-style-type: none"> 1. Alergología 2. <u>Algología</u> 3. Angiología 4. Audiología y foniatría 5. Cardiología 6. Cirugía general 7. Cirugía maxilofacial 8. Cirugía pediátrica 9. Cirugía plástica 10. Climaterio y menopausia 11. <u>Coloproctología</u> 12. Dermatología 13. Gastroenterología 14. Ginecología y obstetricia 15. Hematología 16. Hematología pediátrica 17. Medicina física y rehabilitación 18. Medicina interna 19. Nefrología 20. Neumología 21. Neumología pediátrica 22. Neurocirugía 23. Neurología 24. Neurología pediátrica 25. Nutrición 26. Oftalmología 27. Oncología médica 28. Oncología quirúrgica 29. Otorrinolaringología 30. Pediatría 31. Psicología 32. Psiquiatría 33. Reumatología 34. SAIH 35. Traumatología y ortopedia 36. Urología 	<ol style="list-style-type: none"> 1. <u>Artroscopia</u> 2. Campimetría y refracciones 3. Clínica de heridas 4. Colposcopia 5. Densitometría ósea 6. Electrocardiograma 7. Encefalografía 8. Endoscopia 9. Hemodiálisis y diálisis peritoneal 10. <u>Hemodinamia</u> 11. Laboratorio de análisis clínicos 12. <u>Litotripsia intra y extracorpórea</u> 13. Patología 14. Rayos X 15. Ultrasonido 16. Terapia física

Fuente: Jefatura de la Consulta Externa de Especialidades del HEVM.

Esta cartera se brinda a través de servicios propios, pero también por la subrogación de personal o de servicios, a lo largo de los 365 días del año.

Para ofrecer sus servicios, el HEVM, cuenta con una plantilla de 572 trabajadores, los cuales cuentan con los siguientes perfiles:

Tabla 2. Perfil de Personal del Hospital de Especialidades Vida Mejor.

PERFIL	CANTIDAD
Médicos generales	44
Médicos especialistas	114
Enfermería	177
Personal de ramas afines a la salud (trabajo social, psicología, nutrición y terapia)	42
Personal de apoyo de diagnóstico (laboratorio, imagenología y patología)	24
Personal administrativo	171
Total	572

Fuente: Jefatura de Recursos Humanos de HEVM.

Como se puede apreciar en la tabla el mayor número de personal lo componen médicos especialistas, médicos generales y de enfermería que suman 375 siendo el 58.7% del personal. El siguiente grupo son los trabajadores administrativos y finalmente personal de apoyo a los servicios médicos. De esta plantilla, únicamente el personal médico está autorizado y es responsable directo de la prescripción de medicamentos a través de recetas.

Entre las 10 principales causas de muerte observadas en el año 2021, se encontraron las siguientes: 1. síndrome de dificultad respiratoria del adulto, 2. acidosis (metabólica y respiratoria), 3. falla orgánica múltiple, 4. insuficiencia respiratoria no especificada, 5. choque séptico, 6. paro cardíaco, 7. infarto agudo al miocardio, 8. insuficiencia renal crónica no especificada, 9. choque cardiogénico, 10. encefalopatía no especificada. Destacándose, que las enfermedades crónico-degenerativas están en las principales causas de mortalidad.

Por otro lado, cuando el Instituto de Seguridad Social de los Trabajadores del Estado de Chiapas no cuenta con capacidad resolutive propia para atender a los usuarios del servicio que presentan padecimientos de alta complejidad médica o quirúrgica, la dependencia ha establecido convenios con Instituciones de Alta Especialidad ubicadas en Chiapas y en la Ciudad de México. En estos casos, es el Hospital de Especialidades Vida Mejor la unidad médica encargada de realizar las referencias de los pacientes a unidades como: el Hospital San Lucas “Cardiología del Sureste”; el Centro Médico Metropolitano (Hemodinamia), el Hospital de Especialidades Pediátricas y el Hospital Ciudad Salud, estos dos últimos pertenecientes al Centro Regional de Alta Especialidad (CRAE). Así también hay convenios con el Instituto Nacional de Cardiología “Dr. Ignacio Chávez”, el Instituto Nacional de Cancerología (INCAN), el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía “Dr. Manuel Velasco Suárez”, el Instituto Nacional de Pediatría (INP), el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias “Dr. Ismael Cossio Villegas” (INER), el Instituto Nacional de Rehabilitación, Hospital Infantil de México “Dr. Federico Gómez”, el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición “Dr. Salvador Zubirán” y el Instituto de Oftalmología F. A. P. Conde de Valenciana I. A. P. En estos casos el ISSTECH absorbe los costos por el otorgamiento de medicamentos (por ser de vanguardia y muchas veces de largo tiempo de uso).

2.3 Limitantes Encontradas en la Investigación.

La principal limitante para la integración del proyecto de intervención fue la ocasionada por la pandemia originada por COVID 19, que vino a trastocar la vida cotidiana de toda la población, al establecerse medidas de aislamiento; además de modificar el accionar de las instituciones de salud.

Este hecho ocasionó que, si bien el análisis se iniciase en el período 2018 – 2019, el desarrollo de la propuesta de intervención se prolongara en el período 2020 – 2023.

CAPÍTULO 3, ANÁLISIS DE RESULTADOS

PROYECTO DE INTERVENCIÓN Y DISCUSIÓN

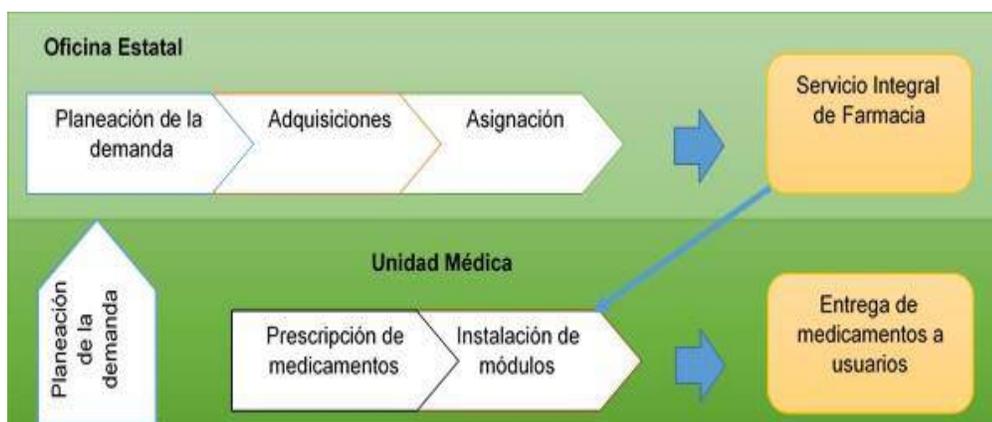
3.1 Diagnóstico del abasto de medicamentos en el HVM.

3.1.1. Procedimiento de Abasto

Sabedores de la complejidad operativa de una unidad médica y de la alta susceptibilidad que el abasto de medicamentos ocasiona en la derechohabiencia, en el Instituto de Seguridad Social de los Trabajadores del Estado de Chiapas (ISSTECH) se han implementado diversas estrategias que permitan alcanzar los porcentajes óptimos de este.

Para comprender como ha sido el proceso llevado para la implementación de sus estrategias, es necesario resaltar lo señalado antes, que el abasto de medicamentos se realiza a través de una subrogación con un proveedor externo. Los procesos principales de la cadena de abasto de medicamentos establecidos son los mostrados en la siguiente Figura 6:

Figura 6. Cadena de Abasto de Medicamentos del ISSTECH.



Fuente: Elaboración propia a partir de datos proporcionados por la Subdirección de Servicios Médicos del ISSTECH.

En el diagrama se puede ver que la unidad médica realiza la planeación de la demanda plasmándola en el Programa Operativo Anual (POA) del ejercicio fiscal, con el acompañamiento de la Subdirección de Servicios Médicos, la Unidad de Planeación y la Subdirección de Administración. Posterior a ello, la Subdirección de Servicios Médicos gestiona la adquisición de los insumos ante la Subdirección de Administración y se realizan los procesos licitatorios normativos, mediante los cuales se adjudica el servicio integral de farmacia.

El proveedor asignado instala un módulo de dispensación en la unidad y a través de este, inicia el surtimiento de recetas prescritas por los médicos tratantes.

Para hacer funcionales estos procesos, existe toda una logística aparejada:

- Se han establecido catálogos de medicamentos por especialidad, que contienen 565 claves de medicamentos.
- Se cuenta con la contratación del servicio integral de farmacia, a cargo de la empresa Comercializadora Médica MS, S. A. de C. V., además del apoyo con otras tres empresas alternas para la adquisición de los medicamentos que esta no pudiese surtir.
- Se cuenta con un sistema automatizado propio para el seguimiento, el COINFA v.2.1, del cual se aprecia una impresión de pantalla en la Figura 7:

Figura 7. Pantalla Sistema COINFA v.2.1.



Fuente: Subdirección de Servicios Médicos del ISSTECH.

- Tanto los médicos como el personal involucrado a lo largo de la cadena en el proceso de abasto de medicamentos, han sido capacitados, cuentan con una clave y utilizan el sistema COINFA v.2.1 para la prescripción de medicamentos.

- Existe un área de almacén, que depende de la Subdirección Administrativa, esta área es la encargada de dar seguimiento al ingreso, la distribución, el registro de consumos promedios mensuales, las caducidades, las garantías, la gerencia y la gestión del medicamento dentro de la institución en forma coordinada con la Subdirección de Servicios Médicos.

- Cada mes, el ISSTECH integra un censo de los pacientes crónico degenerativos, con la finalidad de hacer una búsqueda de los medicamentos que se van a necesitar para tratar de garantizar su abasto sin afectar a los pacientes y alcanzar el correcto manejo de los padecimientos.

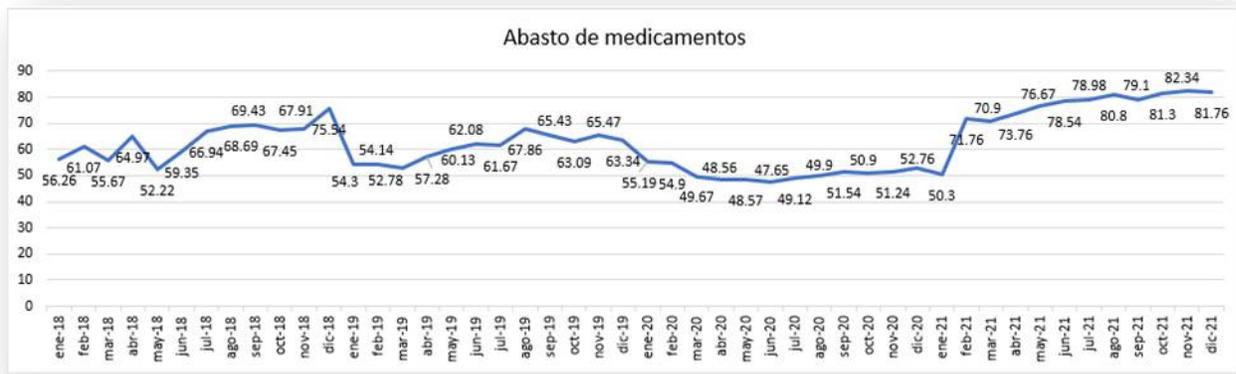
- La institución cuenta con la estrategia de Subrogación de Medicamentos de Alta Especialidad y Uso Hospitalario, mediante la cual, el médico tratante justifica y solicita la subrogación de medicamentos que NO están contemplados en el Cuadro Básico Institucional, con la finalidad de salvaguardar la salud de algunos pacientes delicados. Esas solicitudes son sometidas a la evaluación del Comité de Farmacovigilancia y en caso de ser procedente, se solicita su adquisición a la Subdirección de Administración, quien se encargará de realizar la compra y entregar el medicamento al paciente.

- Existe adicionalmente otra estrategia implementada que es el Reembolso a los derechohabientes de los gastos de bolsillo que hayan realizado por la adquisición de medicamentos.

3.1.2. Condiciones del desabasto/abasto de medicamentos

En los últimos años, en el Hospital de Especialidades Vida Mejor (HEVM), se desarrollaron múltiples estrategias para mejorar el abasto de medicamentos e insumos médicos para los usuarios y el personal de salud: desde la implementación de un sistema automatizado para los usuarios y el personal de salud: desde la implementación de un sistema automatizado para la gestión de medicamentos e insumos médicos hasta la subrogación del servicio a través de farmacias con varios proveedores. A pesar de estos esfuerzos, la tendencia del abasto de medicamentos ha sido fluctuante, como se aprecia en la Figura 8, donde se refleja el porcentaje de abasto por mes, durante el período 2018 – 2021.

Figura 8. Tendencia del abasto de medicamentos en el HEVM, en el período 2018 – 2021.



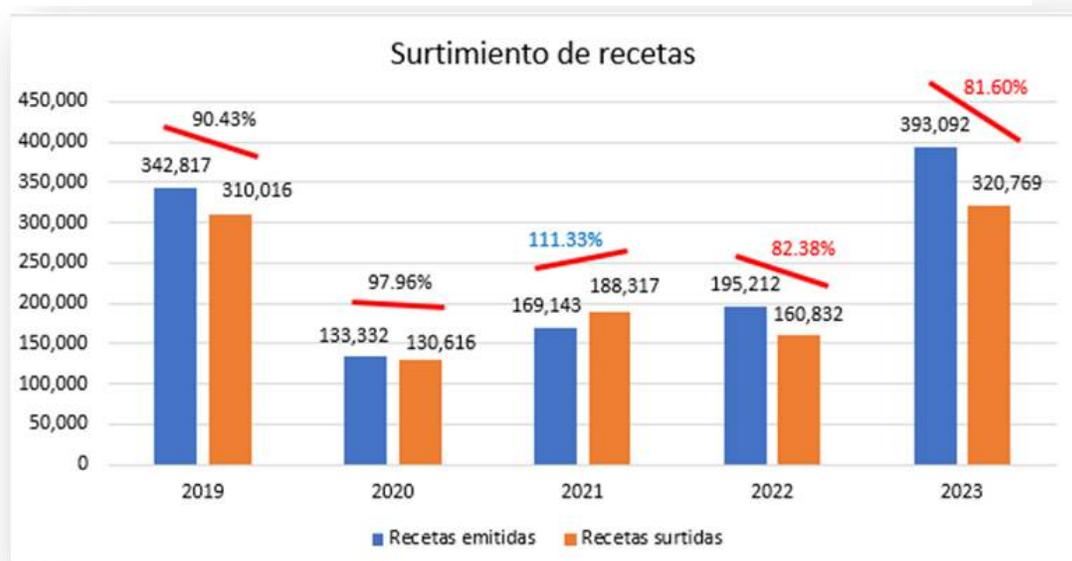
Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Sistema COINFA v2.1.

En la gráfica se observa que, si bien el promedio del abasto de medicamentos se incrementó, durante el período, no se logró alcanzar el porcentaje mínimo establecido como satisfactorio, que es de 85%. El mayor porcentaje de abasto alcanzado fue del 82.34% en el mes de noviembre 2021 y el menor del 48.56% en marzo 2020. Es importante observar, que el

descenso observado concuerda con la aparición de la pandemia por SARS COV 2 y la recuperación paulatina de las actividades cotidianas con el leve incremento de abasto percibido.

Desafortunadamente, no se pudieron obtener datos de 2022 y 2023 debido a cambios en el contrato del proveedor, que restringen el acceso al sistema automatizado para el control de medicamentos, COINFA v2.1. Sin embargo, se completó el panorama con un análisis de las recetas surtidas entre el 2019 y el 2023, cuyos datos se presentan en la Figura 9:

Figura 9. Surtimiento de recetas en el HEVM, durante el período 2019 – 2023.



Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Sistema COINFA v2.1.

Los datos plasmados muestran que, durante los años 2019 y 2020, el surtimiento de recetas fue óptimo, pero presentan un descenso porcentual entre 2022 y 2023. Entre los problemas detectados están las inconsistencias en la información que permite dar seguimiento o tomar las decisiones adecuadas, tal y como se reflejó en los datos del 2021, donde se observó un 11.33% más de recetas surtidas contra las emitidas.

Se pudo apreciar que un análisis general del abasto puede no reflejar si realmente las necesidades de medicamentos se encuentran cubiertas o no, ya que puede existir disponibilidad de claves de lento movimiento, pero no contarse con los medicamentos esenciales para la vida o los de mayor prescripción, como se muestra en la Figura 10.

Figura 10. Reporte de disponibilidad de medicamentos en el HEVM, 26 de febrero de 2021.

#	Clave ISSTE	Clave SSA	Sal Activa	CPM (P)	Existencia Gra	% Poi	Recetado del Mes	Total Recetado	Total Despachados	% Despachados del CPM
1	0502516601	010.000.5166.00	ACARBOSA COMPRIMIDOS CAJA CON 30 COMPRIMIDO(S) DE 50 MG	58	148	100%	9	9	9	15.52%
2	1001062451	010.000.0624.01	ACENOCUMAROL (ACENOCUMARINA) TABLETA RANURADA CAJA CON 30 TABLETA(S) DE 4 MG	10	33	100%	1	1	1	10%
3	03022302H5	010.000.2302.00	ACETAZOLAMIDA TABLETA, ENVASE CON 20 TABLETA(S) DE 250 MG	14	37	100%	9	9	9	64.29%
4	0602212605	010.000.2126.00	ACICLOVIR COMPRIMIDO O TABLETA, ENVASE CON 35 COMPRIMIDO(S) DE 400 MG	31	119	100%	39	39	6	19.35%
5	0602000004	000.000.0000.00	ACICLOVIR SUSP. PED. 200 MG/5ML FRASCO CON 30 MILILITRO(S) DE 200/5 MG/ML	1	1	100%	0	0	0	0%
6	1602283008	010.000.2830.00	ACICLOVIR UNGÜENTO OFTÁLMICO, ENVASE CON 4.5 GRAMO(S) DE 3 GR	17	37	100%	0	0	0	0%
7	0102010397	010.000.0103.00	ACIDO ACETILSALICILICO TABLETA SOLUBLE O EFERVESCENTE, CAJA CON 20 TABLETA(S) DE 300 MG	97	207	100%	44	44	19	19.59%
8	1002000001	010.000.5229.00	ACIDO ASCORBICO SOL. INY. CAJA CON 6 AMPULA(S) DE 1 GR	3	3	100%	0	0	0	0%
9	1501170608	010.000.1706.00	ACIDO FOLICO TABLETA, ENVASE CON 20 TABLETA(S) DE 5 MG	125	311	100%	45	45	43	34.40%
10	0402000004	010.000.5306.00	ACIDO MICOFENOLICO, COMPRIMIDO, ENVASE CON 50 COMPRIMIDO(S) DE 500 MG	15	36	100%	0	0	0	0%
11	04020904F1	010.000.0904.00	ACIDO RETINOICO CREMA, ENVASE CON 20 GRAMO(S) DE 0.005 GR	20	21	100%	1	1	0	0%

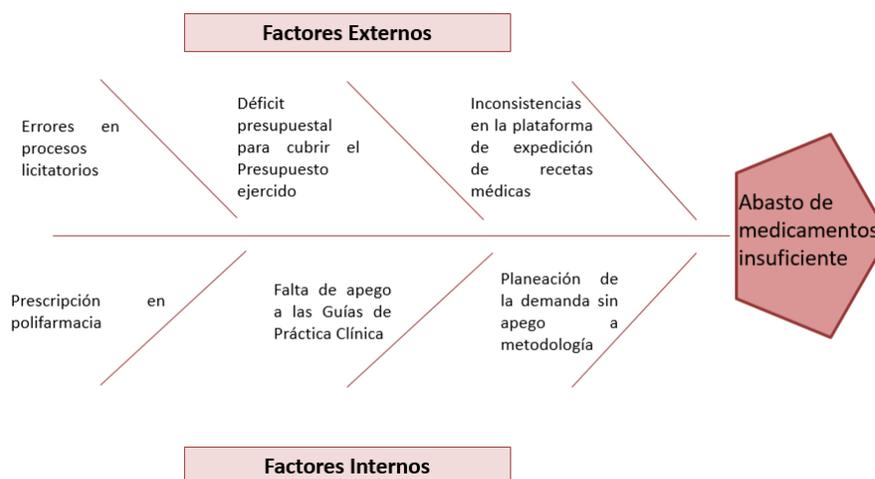
Fuente: Reporte del Sistema COINFA v2.1.

De acuerdo con los datos analizados se puede ver que, durante este período, el abasto de medicamentos mejoró, sin embargo, no se logró alcanzar el porcentaje óptimo de surtimiento de recetas, el cual fue fluctuante con un descenso hacia los últimos años, existiendo medicamentos de nulo o lento movimiento.

3.1.3. Factores Condicionantes del desabasto/abasto de medicamentos

Con el soporte de la información del sistema se realizaron reuniones con el staff directivo de la unidad médica, en las que, se identificaron los posibles factores que estaban condicionando el desabasto de medicamentos en el Hospital de Especialidades Vida Mejor, siendo estos factores los siguientes:

Figura 11. Factores Internos y Externos que condicionan el Abasto de Medicamentos en el HEVM



Fuente: Elaboración propia a partir de las reuniones llevadas a cabo con actores de la CAM.

Como se muestra en el esquema de Ishikawa, durante el periodo 2018-2023 estudiado, se identificaron y analizaron tres factores externos y tres internos que condicionaban el abasto de medicamentos.

El resultado obtenido entre los **factores externos** fue que:

1) Existían inconsistencias en la plataforma de expedición de recetas médicas, debido principalmente a las limitaciones en el número de envases autorizados para prescribir algunos medicamentos, así como a los errores en la asignación de ciertas claves de medicamentos para algunas especialidades.

2) Se producían errores en los procesos licitatorios de compra, que iban desde el retraso en el inicio del proceso licitatorio hasta la falta de aplicación de sanciones administrativas por incumplimiento en el surtido de los pedidos especificados en las condiciones de la licitación.

3) Había insuficiencia presupuestal, debido a que la programación operativa anual debía sujetarse a un monto predeterminado, el cual se definía y ajustaba de acuerdo con la asignación

presupuestal etiquetada hecha por la Secretaría de Hacienda, misma que por lo general no cubría las necesidades de compra de medicamentos estimada por el Hospital.

Entre los **factores internos** se encontró que:

1) La existencia de prescripción en polifarmacia, ocasionada por que los derechohabientes que se atendían por dos, tres o más padecimientos simultáneamente, consultaban a varios especialistas que emitían tratamientos complementarios sobre la misma enfermedad, lo que ocurría por falta de atención integral y multidisciplinaria para incidir en los diversos factores condicionantes de una determinada patología crónica.

2) Hay una falta de apego y uso de las Guías de práctica clínica, debido a problemas en acceso a las Guías de cada especialidad, el desconocimiento de las mismas por parte de médicos especialistas y la no aceptación del uso de las Guías como parte de la práctica médica cotidiana.

3) Se hacía la planeación de la demanda sin una metodología de apoyo, que se sumaba a la preasignación presupuestal no correspondiente con las necesidades, tomando en consideración el presupuesto ejercido en compra de medicamentos del año anterior, ajustándolo al techo financiero asignado.

Es importante mencionar que, estos factores fueron identificados por el staff directivo y los actores institucionales participantes en el proceso de abasto de medicamentos en la unidad. Estos resultados, coinciden parcialmente con los obtenidos en los estudios realizados por la Secretaría de Salud durante el período 2002-2004 y que fueron publicados en el documento *Satisfacer la demanda de medicamentos en el Sector Salud, una iniciativa en progreso*: la insuficiencia presupuestal, la ineficiencia en los principales procesos de abasto y la falta de transparencia en los procesos de abasto.

Los especialistas consideran que la insuficiencia presupuestal, ha sido un factor determinante el desabasto de medicamentos en diversas dependencias públicas de salud, debido a los cambios en el perfil epidemiológico y demográfico de las poblacionales, han generado mayor demanda, superando la capacidad de cobertura en el Sistema Nacional de Salud. En el caso del Hospital de Especialidades Vida Mejor, se observó que, en el periodo estudiado, hubo un presupuesto limitado desde su asignación inicial, determinada por la Secretaría de Hacienda, lo que ha obligado al ajuste de los requerimientos programados. Así como también, se observó que al término del año fiscal se generó un déficit presupuestal y contable.

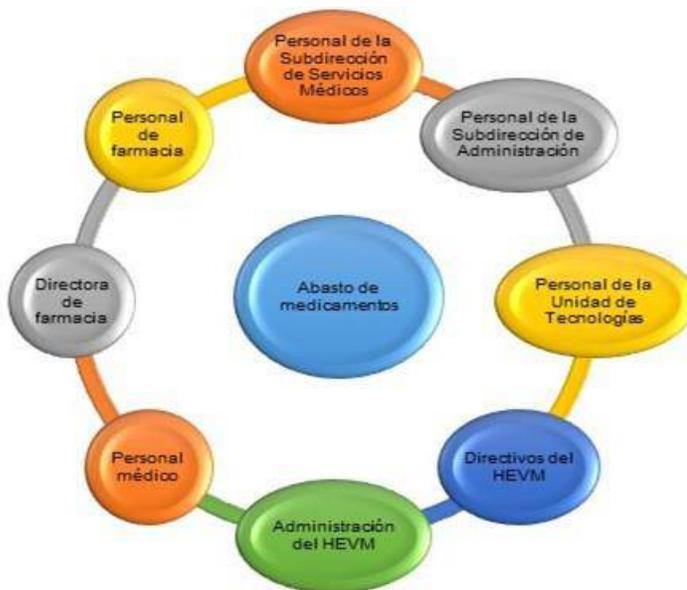
En cuanto al factor de transparencia en los procesos de abasto, se pudo ver que se trata de un aspecto mencionado y considerado por la Subdirección de Servicios Médicos del ISSTECH. La información sobre las convocatorias y sesiones correspondientes al proceso licitatorio para la compra de medicamentos, se encuentra disponible en la página, es de acceso libre al público en general y no se observó ninguna anomalía en la documentación soporte. Sin embargo, al ser un procedimiento externo a la Unidad Hospitalaria no se analizó minuciosamente.

Durante las sesiones de trabajo con el grupo focal, se decidió priorizar las causas del desabasto de medicamento, en donde ellos pudieran incidir con acciones correctivas o de fortalecimiento, para el proyecto de intervención en el HEVM. De esta manera se decidió, concentrarse en la tercera causa señalada por la Secretaría de Salud, la ineficiencia en los principales procesos de abasto, donde ya en taller se había identificado una deficiencia en la planeación de la demanda por falta de una metodología adecuada.

3.2 Análisis de los Actores Involucrados en la Cadena de Abasto.

Como parte de la investigación se identificaron quienes eran los actores que intervenían en el proceso de abasto de medicamentos en el Hospital y posibles participantes en el análisis y diseño participativo del proyecto de intervención. El resultado se muestra en la siguiente figura:

Figura 12. *Actores Participantes en la Cadena de Abasto de Medicamentos del ISSTECH.*



Fuente: Elaboración propia

Como se puede apreciar en el proceso hay actores tanto de las oficinas centrales del ISSTECH como del HEVM que intervenían y que se describen enseguida:

A. Oficinas centrales ISSTECH.

1) Personal de la Subdirección de Administración, un equipo técnico conformado por seis personas en el Departamento de Adquisiciones; su intervención principal era en el proceso de

contratación del servicio integral de farmacia, la gestión de sanciones por incumplimiento y la gestión en el abasto a través de otros proveedores alternos.

2) Personal de la Subdirección de Servicios Médicos, a través de la Oficina de Administración de Insumos Médicos, donde tres personas se coordinaban para analizar y realizar la gerencia de los Consumos Promedios Mensuales, dar seguimiento a las alertas de medicamentos y validar los requerimientos de la unidad.

3) Personal de la Unidad de Tecnologías, dos personas, con la principal tarea de garantizar el funcionamiento de la plataforma del COINFA v.2.1, así como la de apoyar en las dudas, problemas y/o inconsistencias que se fueran presentando haciendo las aclaraciones y las mejoras necesarias.

B. Hospital de Especialidades Vida Mejor.

4) Personal directivo del Hospital, específicamente el cuerpo directivo, conformado en ese momento por el Director de la Unidad, el Subdirector Médico y los Jefes de Servicios, quienes estaban encargados de la revisión y el análisis de los Catálogos de medicamentos para su abasto, en sesiones mensuales colegiadas; además de ser los responsables de determinar la asignación de claves de medicamentos autorizadas por cada especialidad.

5) Personal administrativo, en concreto participaban, el Administrador, el Jefe de Almacén, dos trabajadores adscritos al área de almacén y dos empleados de la farmacia interna; ellos eran los responsables del almacenamiento, el inventario y la distribución de los medicamentos e insumos médicos entregados por los proveedores, además eran los responsables directos del seguimiento para el abasto de la unidad.

6) Personal médico, había 158 médicos (generales y especialistas), quienes eran los responsables de la prescripción de los medicamentos, de acuerdo con el padecimiento que presentasen los usuarios del servicio.

C. Empresa proveedora.

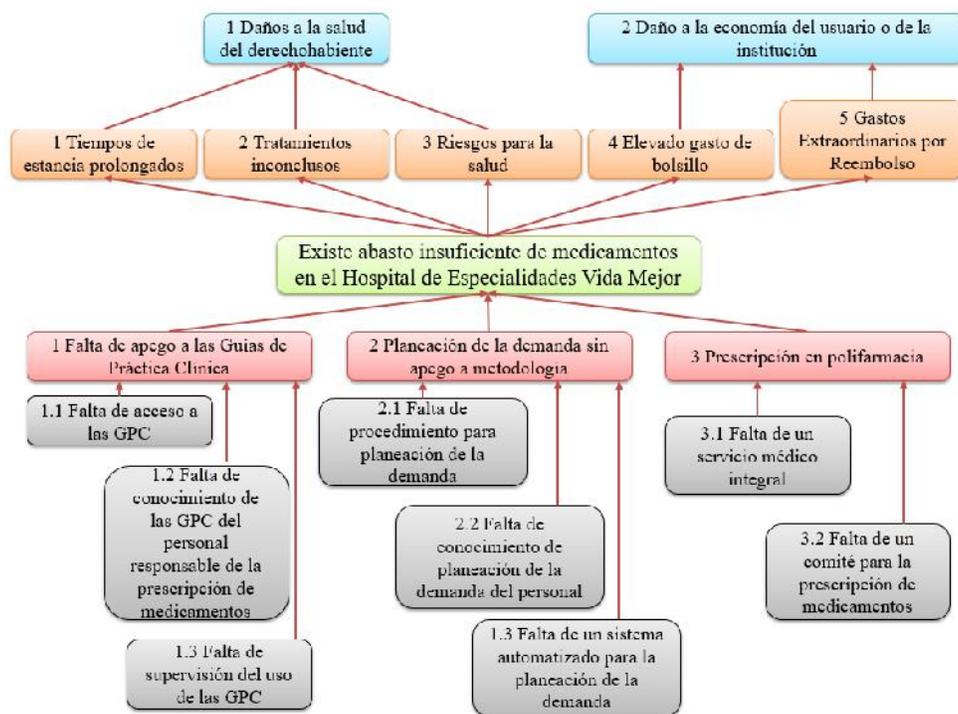
7) Gerente de la farmacia, integrado por la persona encargada de la administrar el servicio y el enlace principal con el personal directivo y administrativo del Hospital, que entre sus actividades daba seguimiento a la solventación de las necesidades de insumos y medicamentos.

8) También el personal de la farmacia, integrado por una plantilla de catorce personas, quienes brindaban el servicio de farmacia durante las 24 horas del día y los 365 días del año, se encargaban de surtir las recetas y entregar los medicamentos a los usuarios, además, había dos validadores de colectivos quienes verificaban y daban seguimiento al surtimiento de los medicamentos para los pacientes hospitalizados.

3.3. Análisis de Problemas.

A continuación, se presenta el análisis del problema del desabasto de medicamentos en el Hospital de Especialidades Vida Mejor. Una vez realizado el diagnóstico fue más fácil identificar las causas principales y las causas raíz, así como sus efectos. Enseguida se presenta la imagen y luego su descripción:

Figura 13. *Árbol de Problemas sobre el Desabasto de Medicamentos en el HEVM.*



Fuente: Elaboración propia

Como se puede apreciar en el Árbol de problemas, se identificó como problema central: la existencia de abasto insuficiente de medicamentos en el Hospital de Especialidades Vida Mejor. Partiendo de esto, se desglosaron las tres causas que pueden ocasionarla, siendo estas las siguientes:

1. Falta de apego a las Guías de Práctica Clínica.
2. Planeación de la demanda sin apego a metodología.
3. Prescripción en polifarmacia.

Cabe mencionar que solamente se consideraron las causas que pueden ser intervenidas por el grupo de trabajo.

Cada una de estas causas fueron sujetas nuevamente a revisión para lograr determinar la causa raíz y así, integrar propuestas para su resolución. Quedando de la siguiente forma:

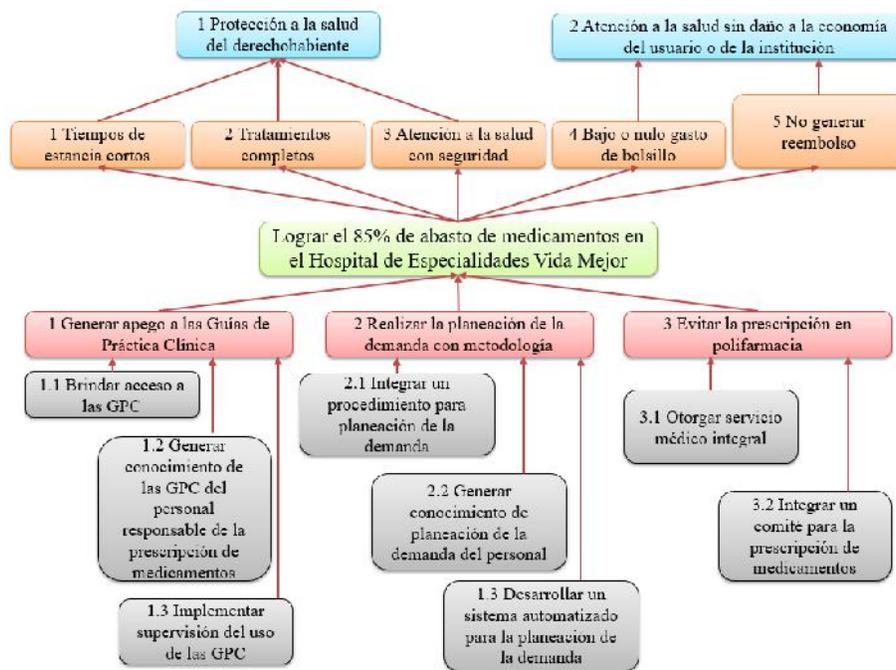
1. Falta de apego a las Guías de Práctica Clínica.
 - 1.1. Falta de acceso a las GPC.
 - 1.2. Falta de conocimiento de las GPC del personal responsable de la prescripción de medicamentos.
 - 1.3. Falta de supervisión del uso de las GPC.
2. Planeación de la demanda sin apego a metodología.
 - 2.1. Falta de procedimiento para planeación de la demanda.
 - 2.2. Falta de conocimiento de planeación de la demanda del personal.
 - 2.3. Falta de un sistema automatizado para la planeación de la demanda.
3. Prescripción en polifarmacia.
 - 3.1. Falta de un servicio médico integral.
 - 3.2. Falta de un comité para la prescripción de medicamentos.

Además, se concluyó que la existencia de abasto insuficiencia generaba los siguientes efectos: 1 Tiempos de estancia prolongados, 2 Tratamientos inconclusos, 3 Riesgos para la salud, 4 Elevado gasto de bolsillo y 5 Gastos Extraordinarios por Reembolso, que conllevaban a ocasionar Daños a la salud del derechohabiente, Insatisfacción del usuario y Daño al erario público.

3.4. Análisis de Objetivos.

Posteriormente, se hizo un Árbol de objetivos, con la finalidad de definir cuál debía ser el fin, el propósito, los componentes y las actividades del proyecto de intervención, con lo que se concluye la primera etapa que es la analítica según como lo marca la MML, para pasar a la parte de la planeación propiamente del proyecto. Adicionalmente y para ser más puntuales en la intervención se analizaron las alternativas o estrategias por cada componente, buscando mayor precisión en la intervención. El resultado del análisis de objetivos se presenta en seguida, en imagen y posteriormente su descripción:

Figura 14. Árbol de Objetivos para el Fortalecimiento del Abasto de Medicamentos en el HEVM.



Fuente: Elaboración propia

Como se puede apreciar en la imagen, resultado del análisis de objetivos se definieron el Fin o propósito superior del proyecto, el propósito u objetivo del proyecto, sus componentes o estrategias y sus actividades, mismas que se describen a continuación:

3.4.1. El Fin.

Con la información obtenida se construyó el siguiente Fin: Lograr la satisfacción del usuario por el cumplimiento de la dotación de los medicamentos prescritos

3.4.2. El Propósito.

Después de analizar el problema del desabasto de medicamentos y sus causas se definió como propósito del proyecto el siguiente: Lograr el 85% de abasto de medicamentos en el Hospital de Especialidades Vida Mejor del Instituto de Seguridad Social de los Trabajadores del Estado de Chiapas (ISSTECH).

Planteándose así, la meta de alcanzar el porcentaje de abasto mínimo satisfactorio que permita dar continuidad a los diversos tratamientos de los usuarios de los servicios.

3.4.3. Componente, estrategias y actividades.

Los componentes son los bienes y servicios que debe producir el ejecutor del programa para poder lograr el propósito. Son también conocidos como objetivos específicos. Pueden ser uno o varios, dependiendo de la naturaleza del proyecto, en este caso se determinaron tres componentes (C); para cada componente se le definió adicionalmente una estrategia (E) como apoyo y guía, luego se describen las actividades que deben desarrollarse para alcanzar los componentes y que permiten la planeación más detallada del proyecto:

Componente 1. Lograr que el 20% del personal médico responsable de la prescripción de medicamentos tenga apego a las Guías de Práctica Clínica, mediante la capacitación del personal en el uso de las GPC.

Estrategia 1.1. Difusión y acceso a las Guías de Práctica Clínica. Para ello, se dotará en formato digital, de 74 GPC detallando los padecimientos más frecuentes atendidos en la unidad.

Actividad 1.1.1. Brindar acceso a las GPC

1.1.1.1. Compilación de GPC

1.1.1.2. Entrega de GPC al personal médico

Para ello, el Jefe del Servicio de la Consulta Externa de Especialidades realizará la compilación de las Guías de Práctica Clínica y se dotará en formato digital al personal médico que realiza la prescripción de medicamentos. Para su ejecución se consideró un presupuesto de \$2,096.00 (Dos mil noventa y seis pesos 00/100 M. N.).

Estrategia 1.2. Diseñar un programa de capacitación de personal para sensibilizarlos y fortalecerlos en la adecuada prescripción de medicamentos en el ISSTECH. El contenido temático será por tipo de personal y actividad, se enfocará en un curso taller para el análisis, uso y aplicación de las Guías de Práctica Clínica.

Actividad 1.2.1. Diseñar e implementar un Curso taller del uso y aplicación de las GPC para el personal responsable de la prescripción de medicamentos.

1.2.1.1. Diseño del Curso taller del uso y aplicación de las GPC

1.2.1.2. Formulación de convenios de colaboración con el Instituto de Salud de Chiapas para la realización del Curso taller del uso y aplicación de las GPC.

1.2.1.3. Desarrollo del Curso taller del uso y aplicación de las GPC.

1.2.1.4. Evaluación de los conocimientos alcanzados en el Curso taller del uso y aplicación de las GPC.

Esto se realizará con el apoyo del personal de las Subdirecciones de Servicios Médicos y Jurídica y depende estrictamente de la celebración de un convenio de colaboración con la Secretaría de Salud del Estado de Chiapas. Se consideró que se requiere un monto aproximado de \$188,121.25 (Ciento ochenta y ocho mil ciento veintiún pesos 25/100 M. N.)

Estrategia 1.3. Supervisión del uso de Guías de Práctica Clínica.

Actividad 1.3.1. Establecer los mecanismos de supervisión de uso de las Guías de Práctica Clínica a través de Comité de Vigilancia de prescripción y uso de fármacos.

1.3.1.1. Integrar el Comité de Vigilancia de prescripción y uso de fármacos.

1.3.1.2. Establecer las Guías de supervisión del uso de las GPC.

Esta actividad será responsabilidad del Comité de Vigilancia de prescripción y uso de fármacos y se requerirá de un monto aproximado de \$22,450.00 (Veintidós mil cuatrocientos cincuenta pesos 00/100 M. N.).

Componente 2. Mejorar el proceso de planeación del abasto de medicamentos, basada en el análisis de la información del comportamiento de la demanda, la definición precisa de los recursos necesarios y los tiempos para facilitar el desarrollo de las actividades, el seguimiento y la evaluación.

Estrategia 2.1. Diseño y establecimiento de un procedimiento administrativo que permita planear correctamente la demanda de medicamentos, mediante una metodología específica y

estableciendo objetivos, metas, acciones; funciones, responsables, tiempos y recursos; indicadores de seguimiento y evaluación de resultados, procesos, desempeño e impacto.

Actividad 2.1.1. Elaborar el procedimiento para la Planeación de la demanda de medicamentos.

2.1.1.1. Integrar un grupo de actores en el proceso de planeación de la demanda de medicamentos.

2.1.1.2. Integrar el procedimiento para la planeación de la demanda de medicamentos.

2.1.1.3. Publicar el procedimiento para la planeación de la demanda de medicamentos.

Se consideró que, está actividad será responsabilidad del staff directivo del HEVM y que se requerirá de un monto aproximado de \$2,524.00 (Dos mil quinientos veinticuatro pesos 00/100 M. N.).

Estrategia 2.2. Diseñar un programa de capacitación de personal administrativo para sensibilizarlos y fortalecerlos en el proceso del abasto de medicamentos en el ISSTECH. El contenido temático será por tipo de personal y actividad, se enfocará en un diplomado sobre planeación de la demanda de medicamentos.

Actividad 2.2.1. Diseñar e implementar un Diplomado de planeación de la demanda de medicamentos para el personal responsable de la solicitud de medicamentos.

2.2.1.1. Diseño del Diplomado de planeación de la demanda de medicamentos

2.2.1.2. Contratación del servicio de capacitación (Diplomado de planeación de la demanda de medicamentos).

2.2.1.3. Desarrollo del Diplomado de planeación de la demanda de medicamentos.

2.2.1.4. Evaluación de los conocimientos alcanzados en el Diplomado de planeación de la demanda de medicamentos.

Para esta actividad, se requiere también de la intervención de la Subdirección de Servicios médicos, así como de la Subdirección de Administración.

En cuanto al recurso, se requiere de un monto aproximado de \$2,889,180.00 (Dos millones ochocientos ochenta y nueve mil, ciento ochenta pesos 00/100 M. N.).

Componente 3. Disminuir en un 10% la prescripción de medicamentos en polifarmacia, mediante la vigilancia continua de casos de usuarios multitratados.

Estrategia 3.1. Supervisión de prescripción de medicamentos en polifarmacia de usuarios multitratados.

Actividad 3.1.1. Establecer los mecanismos de supervisión de la prescripción en polifarmacia a través de Comité de Vigilancia de prescripción y uso de fármacos.

3.1.1.1. Integrar el Comité de Vigilancia de prescripción y uso de fármacos.

3.1.1.2. Establecer las Guías de supervisión para la identificación de usuarios con prescripción en polifarmacia.

Esta actividad será responsabilidad del Comité de Vigilancia de prescripción y uso de fármacos y se requerirá de un monto aproximado de \$25,650.00 (Veintidós mil cuatrocientos cincuenta pesos 00/100 M. N.).

El costo total del proyecto es de aproximadamente \$3,130,021.25 (Tres millones ciento treinta mil veinte un peso 25/100 M. N.).

Las actividades se han programado de acuerdo a la siguiente propuesta de cronograma:

Figura 15. Cronograma de actividades del proyecto de intervención.

ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN	FECHA DE INICIO	FECHA DE TÉRMINO	jul-24	ago-24	sep-24	oct-24	nov-24	dic-24	ene-25	feb-25	mar-25
Actividad 1.1	Brindar acceso a las GPC	Julio 2024	Agosto 2024									
1.1.1	Compilación de GPC	Julio 2024	Julio 2024									
1.1.2	Entrega de GPC al personal médico	Agosto 2024	Agosto 2024									
Actividad 1.2	Diseñar e implementar un Curso taller del uso y aplicación de las GPC para el personal responsable de la prescripción de medicamentos.	Julio 2024	Enero 2025									
1.2.1	Diseño del Curso taller del uso y aplicación de las GPC	Julio 2024	Julio 2024									
1.2.2	Formulación de convenios de colaboración con el Instituto de Salud de Chiapas para la realización del Curso taller del uso y aplicación de las GPC	Agosto 2024	Septiembre 2024									
1.2.3	Desarrollo del Curso taller del uso y aplicación de las GPC	Octubre 2024	Enero 2025									
1.2.4	Evaluación de los conocimientos alcanzados en el Curso taller del uso y aplicación de las GPC	Enero 2025	Enero 2025									
Actividad 1.3	Establecer los mecanismos de supervisión de uso de las Guías de Práctica Clínica a través de Comité de Vigilancia de prescripción y uso de fármacos.	Octubre 2024	Noviembre 2024									
1.3.1	Integrar el Comité de Vigilancia de prescripción y uso de fármacos.	Octubre 2024	Octubre 2024									
1.3.2	Establecer las Guías de supervisión del uso de las GPC.	Noviembre	Noviembre									
Actividad 2.1	Diseñar e implementar un Diplomado de planeación de la demanda de medicamentos.	Julio 2024	Marzo 2025									
2.1.1	Diseño del Diplomado de planeación de la demanda de	Julio 2024	Julio 2024									
2.1.2	Contratación del servicio de capacitación (Diplomado de planeación de la demanda de medicamentos).	Agosto 2024	Septiembre 2024									
2.1.3	Desarrollo del Diplomado de planeación de la demanda de	Octubre 2024	Marzo 2025									
2.1.4	Evaluación de los conocimientos alcanzados en el Diplomado de planeación de la demanda de medicamentos	Marzo 2025	Marzo 2025									
Actividad 2.2	Elaborar el procedimiento para la Planeación de la demanda de medicamentos.	Enero 2025	Marzo 2025									
2.2.1	Integrar un grupo de actores en el proceso de planeación de la demanda de medicamentos.	Enero 2025	Enero 2025									
2.2.2	Integrar el procedimiento para la planeación de la demanda de medicamentos.	Febrero 2025	Marzo 2025									
2.2.3	Publicar el procedimiento para la planeación de la demanda de medicamentos.	Marzo 2025	Marzo 2025									
Actividad 3.1	Establecer los mecanismos de supervisión de la prescripción en polifarmacia a través de Comité de Vigilancia de prescripción y uso de fármacos.	Octubre 2024	Noviembre 2024									
3.1.1	Integrar el Comité de Vigilancia de prescripción y uso de fármacos.	Octubre 2024	Octubre 2024									
3.1.2	Establecer las Guías de supervisión para la identificación de usuarios con prescripción en polifarmacia.	Noviembre 2024	Noviembre 2024									

Fuente: Elaboración propia

El desarrollo de las actividades se realizará de julio de 2024 a febrero de 2025.

Mediante estas estrategias se definieron las posibles alternativas de solución y se estructuró el proyecto de intervención, determinándose cronogramas de actividades a desarrollar y diseñándose una Matriz de indicadores para Resultados que permitieran tener un control de los avances y plantear una evaluación final de los resultados.

3.4.4 Indicadores objetivamente verificables y supuestos.

Como parte de esta metodología, se integró la Matriz de Indicadores para Resultados (MIR), que es el esqueleto de todo proyecto.

Como primera acción para la integración de la MIR, se identificaron los indicadores Objetivamente Verificables, considerando los siguientes:

- Indicadores de Fin: Identifican el cambio o impacto generado por el proyecto (su contribución). También evidencian la necesidad de tener componentes o productos adicionales.
- Indicadores de Propósito: Evidencian la repercusión del proyecto. Pero se diferencian de los indicadores de fin en que son un efecto directo sobre la situación o población del proyecto.
- Indicadores de Componentes: Son descripciones de los bienes o servicios (resultados del proyecto) en términos de calidad, cantidad y tiempo.
- Indicadores de Actividades: Son el seguimiento de las actividades en términos de recursos, tiempos, costos, presupuesto, cumplimiento o personal. Evidencian la gestión y el esfuerzo para construcción y entrega de los bienes y servicios.

De acuerdo a esto, se diseñaron indicadores para cada uno de los niveles de la Matriz, siendo en total ocho (8), de los cuales cinco (5) indicadores son compuestos y tres (3) simples o absolutos.

Cabe destacar que los ocho indicadores se caracterizan por ser realizables, medibles, relevantes e independientes.

Los indicadores determinados son los siguientes:

Tabla 3. Indicadores Objetivamente Verificables.

NIVEL	RESUMEN NARRATIVO	INDICADORES OBJETIVAMENTE VERIFICABLES	INDICADOR DEFINIDO
FIN	Lograr la satisfacción del usuario por el cumplimiento de la dotación de los medicamentos prescritos	Porcentaje de usuarios satisfechos con la dotación de insumos prescritos en el HEVM	Incrementar a 65% los usuarios satisfechos con la dotación de insumos prescritos en el HEVM, al término del año de implementación del proyecto
PROPÓSITO	Lograr el abasto de medicamentos en un 85% durante un año	Porcentaje de abasto de medicamentos en el HEVM	Al término de la implementación del proyecto, haber alcanzado el 85% del abasto de medicamentos en el HEVM
COMPONENTE 1	Lograr que el 20% del personal médico responsable de la prescripción de medicamentos tenga apego a las Guías de Práctica Clínica, mediante la capacitación del personal en el uso de las GPC	Porcentaje de personal médico con apego a las Guías de Práctica Clínica	Al término de la capacitación del uso de las GPC, contar con el 20% del personal médico capacitado
ACTIVIDAD 1.1	Brindar acceso a las GPC al 100% del personal médico responsable de la prescripción de medicamentos	Porcentaje de personal médico con acceso a las Guías de Práctica Clínica	Al término del año de la implementación del proyecto, brindar acceso a las GPC al 100% del personal médico responsable de la prescripción de medicamentos
ACTIVIDAD 1.2	Diseñar e implementar un curso taller del uso de las GPC para el personal responsable de la prescripción de medicamentos	Curso taller del uso de las GPC para el personal responsable de la prescripción de medicamentos realizado	Al término de año de la implementación del proyecto, haber realizado un curso taller del uso de las GPC para el personal responsable de la prescripción de medicamentos
ACTIVIDAD 1.3	Establecer los mecanismos de supervisión de uso de las Guías de Práctica Clínica a través de Comité de Vigilancia de prescripción y uso de fármacos.	Guías de supervisión del uso de las GPC integradas	Al término de año de la implementación del proyecto, haber diseñado e implementado guías de supervisión del uso de las GPC
COMPONENTE 2	Lograr que el 85% del personal responsable de la solicitud de medicamentos realice adecuadamente la Planeación de la Demanda de medicamentos, después de haber asistido a un diplomado de planeación de la demanda de medicamentos	Porcentaje de personal responsable de la solicitud de medicamentos que realiza adecuadamente la Planeación de la Demanda de medicamentos	Al término del diplomado de planeación de la demanda de medicamentos, contar con el 85% el personal responsable de la solicitud de medicamentos capacitado
ACTIVIDAD 2.1	Diseñar e implementar un diplomado de planeación de la demanda de medicamentos para el personal responsable de la solicitud de medicamentos	Diplomado de planeación de la demanda de medicamentos para el personal responsable de la solicitud de medicamentos realizado	Al término de la implementación del proyecto, haber realizado un diplomado de planeación de la demanda de medicamentos para el personal responsable de la solicitud de medicamentos
ACTIVIDAD 2.2	Elaborar el procedimiento para la planeación de la demanda de medicamentos.	Procedimiento para la planeación de la demanda de medicamentos elaborado	Al término de la implementación del proyecto, haber integrado un procedimiento para la planeación de la demanda de medicamentos
COMPONENTE 3	Disminuir en un 10% la prescripción de medicamentos en polifarmacia, mediante la vigilancia continua de casos de usuarios multitratados.	Porcentaje de casos con prescripción polifarmacia	Al término de la implementación del proyecto, haber disminuido en un 10% la prescripción en polifarmacia de los casos evaluados.
ACTIVIDAD 3.1	Establecer los mecanismos de supervisión de la prescripción en polifarmacia a través de Comité de Vigilancia de prescripción y uso de fármacos.	Guías de supervisión para la identificación de usuarios con prescripción en polifarmacia.	Al término de año de la implementación del proyecto, haber diseñado e implementado guías de supervisión para la identificación de usuarios con prescripción en polifarmacia.

Fuente: Elaboración propia

Posteriormente, se integraron los supuestos, que corresponden a los riesgos que enfrenta el proyecto y que están más allá del control directo de la gerencia de este, identificándose once (11) supuestos importantes y con una ocurrencia probable o media; siendo estos, los siguientes:

Tabla 4. Supuestos.

NIVEL	RESUMEN NARRATIVO	FUENTES DE RIESGO	RIESGO	SUPUESTO
FIN	Lograr la satisfacción del usuario por el cumplimiento de la dotación de los medicamentos prescritos	Inestabilidad política, económica y/o social	Qué por una crisis económica, los precios de los medicamentos se eleven	Los costos de los medicamentos se mantienen estables
PROPÓSITO	Lograr el abasto de medicamentos en un 85% durante un año, a través de la adecuada planeación de la demanda de medicamentos	Falta de acción de la empresa subrogada	Qué la empresa subrogada de farmacia no cuente con la capacidad de atender la demanda de medicamentos	La empresa subrogada cuenta con la capacidad para la atención de la demanda de medicamentos
COMPONENTE 1	Lograr que el 20% del personal médico responsable de la prescripción de medicamentos tenga apego a las Guías de Práctica Clínica, mediante la capacitación del personal en el uso de las GPC	Falta de aceptación del personal beneficiado	Qué el personal beneficiado del Curso Taller del Uso de las GPC no asista al mismo	El personal beneficiado asiste al Curso Taller del Uso de las GPC
ACTIVIDAD 1.1	Brindar acceso a las GPC al 100% del personal médico responsable de la prescripción de medicamentos	Falta de internet e intranet	Qué la unidad hospitalaria no cuente con internet e intranet	La unidad hospitalaria cuenta con internet e intranet
ACTIVIDAD 1.2	Diseñar e implementar un curso taller del uso de las GPC para el personal responsable de la prescripción de medicamentos	Falta de acción de otras instituciones	Qué la Institución educativa no cumpla con el convenio de capacitación para realizar el Curso Taller del Uso de las GPC	La Institución educativa cumple en tiempo y forma con el convenio de capacitación para realizar el Curso Taller del Uso de las GPC
ACTIVIDAD 1.3	Establecer los mecanismos de supervisión de uso de las Guías de Práctica Clínica a través de Comité de Vigilancia de prescripción y uso de fármacos.	Falta de integración del Comité de Vigilancia de prescripción y uso de fármacos	Que no se conforme el Comité de Vigilancia de prescripción y uso de fármacos normativamente.	Se conforma el Comité de Vigilancia de prescripción y uso de fármacos.
COMPONENTE 2	Lograr que el 85% del personal responsable de la solicitud de medicamentos realice adecuadamente la Planeación de la Demanda de medicamentos, después de haber asistido a un diplomado de planeación de la demanda de medicamentos	Falta de aceptación del personal beneficiado	Qué el personal beneficiado del Diplomado de Planeación de la Demanda de Medicamentos no asista al mismo	El personal beneficiado asiste al Diplomado de Planeación de la Demanda de Medicamentos
ACTIVIDAD 2.1	Diseñar e implementar un diplomado de planeación de la demanda de medicamentos para el personal responsable de la solicitud de medicamentos	Falta de acción de la empresa subrogada	Qué la empresa subrogada no cumpla con el contrato establecido para realizar el Diplomado de Planeación de la Demanda de Medicamentos	La empresa subrogada cumple en tiempo y forma con el contrato establecido para realizar el Diplomado de Planeación de la Demanda de Medicamentos
ACTIVIDAD 2.2	Elaborar el procedimiento para la planeación de la demanda de medicamentos	Falta de acción de otras Subdirecciones del ISSTECH	Qué las Subdirecciones de Administración y Planeación no validen el Procedimiento para la planeación de la demanda de medicamentos	Las Subdirecciones de Administración y Planeación validan el Procedimiento para la planeación de la demanda de medicamentos
COMPONENTE 3	Disminuir en un 10% la prescripción de medicamentos en polifarmacia, mediante la vigilancia continua de casos de usuarios multitratados.	Falta de integración del Comité de Vigilancia de prescripción y uso de fármacos	Que no se conforme el Comité de Vigilancia de prescripción y uso de fármacos normativamente.	Se conforma el Comité de Vigilancia de prescripción y uso de fármacos.

ACTIVIDAD 3.1	Establecer los mecanismos de supervisión de la prescripción en polifarmacia a través de Comité de Vigilancia de prescripción y uso de fármacos.	Falta de integración del Comité de Vigilancia de prescripción y uso de fármacos	Que no se conforme el Comité de Vigilancia de prescripción y uso de fármacos normativamente.	Se conforma el Comité de Vigilancia de prescripción y uso de fármacos.
----------------------	---	---	--	--

Fuente: Elaboración propia

Los supuestos identificados son explícitos y específicos, por lo que, durante la ejecución el equipo responsable del proyecto deberá estar pendiente de los supuestos para influir todo lo posible para que se cumplan.

Posterior a ello, se integró la Matriz de Indicadores para Resultados (MIR), quedando de esta forma:

Tabla 5. Matriz del Marco Lógico.

NIVEL	RESUMEN NARRATIVO	INDICADORES OBJETIVAMENTE VERIFICABLES	MÉTODO DE VERIFICACIÓN	SUPUESTOS
FIN	Lograr la satisfacción del usuario por el cumplimiento de la dotación de los medicamentos prescritos	Porcentaje de usuarios satisfechos con la dotación de insumos prescritos en el HEVM	Estudio de satisfacción del derechohabiente realizado por personal de la Unidad de Atención y Orientación al Derechohabiente	Los costos de los medicamentos se mantienen estables
PROPÓSITO	Lograr el abasto de medicamentos en un 85% durante un año, a través de la adecuada planeación de la demanda de medicamentos	Porcentaje de abasto de medicamentos en el HEVM	Resultado porcentual establecido en el COINFA v.2.1 del registro de existencia de medicamentos en las farmacias del HEVM	La empresa subrogada cuenta con la capacidad para la atención de la demanda de medicamentos
COMPONENTE 1	Lograr que el 20% del personal médico responsable de la prescripción de medicamentos tenga apego a las Guías de Práctica Clínica, mediante la capacitación del personal en el uso de las GPC	Porcentaje de personal médico con apego a las Guías de Práctica Clínica	Exámenes realizados y calificados del Curso Taller del Uso de las Guías de Práctica Clínica	El personal beneficiado asiste al Curso Taller del Uso de las GPC
ACTIVIDAD 1.1	Brindar acceso a las GPC al 100% del personal médico responsable de la prescripción de medicamentos	Porcentaje de personal médico con acceso a las Guías de Práctica Clínica	Listas de recepción de personal médico que recibe dotación de GPC requisitadas	La unidad hospitalaria cuenta con internet e intranet
ACTIVIDAD 1.2	Diseñar e implementar un curso taller del uso de las GPC para el personal responsable de la prescripción de medicamentos	Curso taller del uso de las GPC para el personal responsable de la prescripción de medicamentos realizado	Cartas descriptivas y listas de asistencias requisitadas al término de cada capacitación del Curso Taller del uso de las GPC	La Institución educativa cumple en tiempo y forma con el convenio de capacitación para realizar el Curso Taller del Uso de las GPC
ACTIVIDAD 1.3	Establecer los mecanismos de supervisión de uso de las Guías de Práctica Clínica a través de Comité de Vigilancia de prescripción y uso de fármacos.	Guías de supervisión del uso de las GPC integradas	Guías de supervisión del uso de las GPC integradas	Se conforma el Comité de Vigilancia de prescripción y uso de fármacos.
COMPONENTE 2	Lograr que el 85% del personal responsable de la solicitud de medicamentos realice	Porcentaje de personal responsable de la solicitud de medicamentos que	Exámenes realizados y calificados del Diplomado Planeación de la Demanda	El personal beneficiado asiste al Diplomado de Planeación de la Demanda de

	adecuadamente la Planeación de la Demanda de medicamentos, después de haber asistido a un diplomado de planeación de la demanda de medicamentos	realiza adecuadamente la Planeación de la Demanda de medicamentos	de Medicamentos	Medicamentos
ACTIVIDAD 2.1	Diseñar e implementar un diplomado de planeación de la demanda de medicamentos para el personal responsable de la solicitud de medicamentos	Diplomado de planeación de la demanda de medicamentos para el personal responsable de la solicitud de medicamentos realizado	Cartas descriptivas y listas de asistencias requisitadas al término de cada unidad del Diplomado Planeación de la Demanda de Medicamentos	La empresa subrogada cumple en tiempo y forma con el contrato establecido para realizar el Diplomado de Planeación de la Demanda de Medicamentos
ACTIVIDAD 2.2	Elaborar el procedimiento para la planeación de la demanda de medicamentos	Procedimiento para la planeación de la demanda de medicamentos elaborado	Procedimiento para la Planeación de la Demanda de Medicamentos registrado en la Plataforma de Calidad	Las Subdirecciones de Administración y Planeación validan el Procedimiento para la planeación de la demanda de medicamentos
COMPONENTE 3	Disminuir en un 10% la prescripción de medicamentos en polifarmacia, mediante la vigilancia continua de casos de usuarios multitratados.	Porcentaje de casos con prescripción en polifarmacia	Guías de supervisión para la identificación de usuarios con prescripción en polifarmacia evaluadas.	Se conforma el Comité de Vigilancia de prescripción y uso de fármacos.
ACTIVIDAD 3.1	Establecer los mecanismos de supervisión de la prescripción en polifarmacia a través de Comité de Vigilancia de prescripción y uso de fármacos.	Guías de supervisión para la identificación de usuarios con prescripción en polifarmacia integradas.	Guías de supervisión para la identificación de usuarios con prescripción en polifarmacia integradas.	Se conforma el Comité de Vigilancia de prescripción y uso de fármacos.

Fuente: Elaboración propia

CAPÍTULO 4, CONCLUSIONES

El tema de abasto de medicamentos, es muy importante, ya que pega a una arista muy sensible, la salud de la población.

A pesar que es frecuente escuchar comentarios en los medios de comunicación y de usuarios de los servicios, sobre la falta de medicamentos en las instituciones públicas y los problemas existentes para acceder a estos, existen pocos estudios de investigación realizados actualmente sobre ello y una casi nula documentación de proyectos o intervenciones para mejorar sus condiciones.

Generalmente, las intervenciones “no documentadas” sobre este tema, se enfocan a establecer controles para la prescripción de las recetas o la selección de medicamentos a incluir en los catálogos anuales.

El proyecto presentado se desarrolló de una forma diferente a la cotidiana, basada en un método de enfoque cualitativo, la Metodología del Marco Lógico, involucró a la mayor parte de los actores del proceso de abasto y permitió cumplir los objetivos planteados.

El primero de ellos, identificar los factores que condicionan el abasto insuficiente de medicamentos, se logró mediante el consenso de los involucrados, determinando seis posibles causas, tres externas: insuficiencia presupuestal, errores en procesos licitatorios e inconsistencias en la plataforma de expedición de recetas médicas; y tres internas: prescripción en polifarmacia, falta de apego a GPC, planeación de demanda sin apego a metodología.

El segundo objetivo, analizar los factores condicionantes a intervenir y las estrategias a desarrollar, se llevó a cabo mediante la integración de la Matriz de Resultados y permitió determinar los factores que eran posibles intervenir desde la unidad médica.

Esto dio como resultado el poder diseñar un proyecto de intervención que incidiera desde el momento en que se genera la necesidad de otorgar un medicamento y en la otra vertiente, el momento en que esté disponible el medicamento requerido, ambos por una buena acción: el bien prescribir y el bien planear. Y con ello, abatir de raíz, problemas importantes como la polifarmacia, resistencia bacteriana, insatisfacción para los usuarios; para la empresa proveedora, disminución de pérdidas por medicamentos de nulo movimiento, suspensión de sanciones de no cumplimiento por no contar con todas las claves, entre otros; y disminución del gasto para la unidad hospitalaria.

La dimensión del proyecto es muy amplia para el abordaje en una institución pública y puede existir la posibilidad de etapificar o reducir las estrategias a implementar, para poder focalizar el esfuerzo a realizar y obtener los resultados óptimos. Si bien, lograr su implementación total, generaría múltiples beneficios para la unidad médica y para la institución.

REFERENCIAS

- Arriagada, I., Aranda, V., y Miranda, F. (2005, diciembre). Políticas y programas de Salud en América Latina. Problemas y propuestas. *Serie Políticas sociales*. Comisión Económica para la América Latina y el Caribe (CEPAL) de la Organización de las Naciones Unidas (ONU). <https://repositorio.cepal.org/server/api/core/bitstreams/5976bdbc-5460-4ae7-8b5c-09fce6b37b54/content>
- Carranco, M., Del Ángel, R. M., Pompa, M., De Agüero, M. (2022). *Caja de herramientas número 4. m-APA 7. Claves para citar como experto. Prontuario de citas y referencias según las normas del Manual para publicación de la Asociación de Psicología Americana* (APA). UNAM. https://cuaieed.unam.mx/descargas/CajaHerramientas4_V07.pdf.
- Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (2018). Sistema de Protección Social en Salud: Seguro Popular y Seguro Médico Siglo XXI. https://www.coneval.org.mx/EvaluacionDS/PP/CEIPP/IEPSM/Documents/Seguro_Popular_Seguro_Medico_Siglo_XXI.pdf
- Edición 2018 del Cuadro Básico y Catálogo de Medicamentos. (2018, 23 de noviembre). Diario Oficial de la Federación. https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5544613&fecha=23/11/2018
- Garduño, M. A., Jarillo, E. C., Castro, J. M., y Garrido, F. (2009). Cadena de abasto de medicamentos en México: Evaluación cualitativa. *XXVII Congreso de la Asociación Latinoamericana de Sociología. VIII Jornadas de Sociología de la Universidad de*

Buenos Aires. Asociación Latinoamericana de Sociología, Buenos Aires.

<https://www.aacademica.org/000-062/1543>

Garrido, F., Hernández, H., y Gómez, O. (2008). Surtimiento de recetas a los afiliados al Seguro

Popular de Salud de México. *Salud Pública México*.

https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-

[36342008001000003](https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342008001000003)

Gómez, O., Garrido, F., Tirado, L., Ramírez, D., y Macías C. (2001). Abastecimiento de

medicamentos en unidades de primer nivel de atención de la Secretaría de Salud de

México. *Salud Pública México*, 43.

https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-

[36342001000300008](https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342001000300008)

Gómez, O., Ortíz, M. (2004). Seguro Popular de Salud. Siete Perspectivas. *Salud Pública*

México, 46. https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-

[36342004000600013](https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342004000600013)

Granados, J. A., Tetelboin, C., Garduño, M. A., Rivera, J. A, y Martínez, R. H. (2011, enero).

Análisis cualitativo del abasto de medicamentos en México, Evaluación de los servicios a

población no asegurada. *Salud Pública de México*, 53(4).

https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342011001000009

Instituto de Salud para el Bienestar. (2022, 21 de agosto). *Compra nacional de medicamentos y*

material de curación 2022. Instituto de Salud para el Bienestar.

<https://www.gob.mx/insabi/acciones-y-programas/compra-consolidada-de-medicamentos->

[y-material-de-curacion-2022](https://www.gob.mx/insabi/acciones-y-programas/compra-consolidada-de-medicamentos-y-material-de-curacion-2022)

Instituto de Salud para el Bienestar. (2023, 29 de diciembre). 458. *Megafarmacia del Bienestar inicia operaciones*. Instituto de Salud para el Bienestar.

<https://www.gob.mx/salud/prensa/458-megafarmacia-del-bienestar-inicia-operaciones?idiom=es>

Instituto Mexicano del Seguro Social. (s. f.). Medicamentos. *Acercando el IMSS al Ciudadano*.

<https://www.imss.gob.mx/profesionales-salud/cuadros-basicos/medicamentos>

Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2024). INEGI.

<https://www.inegi.org.mx/temas/estructura/>

Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2024). Cuéntame de México/Población.

<https://cuentame.inegi.org.mx/poblacion/esperanza.aspx?tema=P>

Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2024). *Estudio nacional longitudinal sobre salud y envejecimiento en México (ENASEM) 2021*. Subsistema de Información Demográfica y social, INEGI.

<https://www.inegi.org.mx/programas/enasem/2021/>

López, S., Martínez, R. H., López, O., Jarillo, E., Castro, J. M. (2011, enero). Organización del abasto de medicamentos en los servicios estatales de salud. Potenciales consecuencias de la mezcla público-privada. *Salud Pública de México*, 53(4), p. 445-S457.

https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342011001000008

Organización de las Naciones Unidas (2015, 25 de septiembre). Objetivos de Desarrollo Sostenible. *Organización de las Naciones Unidas*.

<https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/2015/09/la-asamblea-general-adopta-la-agenda-2030-para-el-desarrollo-sostenible/>

Organización de las Naciones Unidas (2015). Transformar nuestro mundo: la agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. *Resolución aprobada por la Asamblea General el 25 de septiembre de 2015*, 15 y 116. https://unctad.org/system/files/official-document/ares70d1_es.pdf

Organización de las Naciones Unidas (2018, diciembre). *La agenda 2030 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible. Una oportunidad para América Latina y el Caribe*. Naciones Unidas. <https://repositorio.cepal.org/server/api/core/bitstreams/cb30a4de-7d87-4e79-8e7a-ad5279038718/content>

Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) (2019). Health at a Glance 2019: OECD Indicators. www.oecd.org/health/health-at-a-glance.htm

Resendez, C., Garrido, F., y Gómez, O. (2000). *Disponibilidad de medicamentos esenciales de primer nivel de la Secretaría de Salud de Tamaulipas, México*. Salud Pública México. <https://www.saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/6243/7443>

Secretaría de Salud. (2002-2004). *Satisfacer la demanda de medicamentos en el Sector Salud, una iniciativa en progreso*. Salud. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/304666/Folleto_Abasto.pdf

Soberón, G., y Martínez, G. (1996). La descentralización de los Servicios de Salud en México en la década de los ochenta. *Salud Pública de México*. <https://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/5947/6754>

ANEXOS

Anexo 1. Lista de abreviaturas o siglas.

Abreviatura / Sigla	Definición
CEPAL	Comisión Económica para América Latina y el Caribe
HEVM	Hospital de Especialidades Vida Mejor
ENASEM	Estudio Nacional Longitudinal sobre Salud y Envejecimiento en México
INEGI	Instituto Nacional de Estadística y Geografía
ISSTECH	Instituto de Seguridad Social de los Trabajadores del Estado de Chiapas
ODS	Objetivos de Desarrollo Sustentable
ONU	Organización de las Naciones Unidas
SIDA	Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida

Anexo 2. Presupuesto.

ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	TOTAL DEL PRESUPUESTO
Actividad 1.1.1.	Brindar acceso a las GPC.	\$2,096.00
Actividad 1.2.1.	Diseñar e implementar un Curso taller del uso y aplicación de las GPC para el personal responsable de la prescripción de medicamentos.	\$188,121.25
Actividad 1.3.1.	Establecer los mecanismos de supervisión de uso de las Guías de Práctica Clínica a través de Comité de Vigilancia de prescripción y uso de fármacos.	\$22,450.00
Actividad 2.1.1.	Elaborar el procedimiento para la Planeación de la demanda de medicamentos.	\$2,524.00
Actividad 2.2.1.	Diseñar e implementar un Diplomado de planeación de la demanda de medicamentos para el personal responsable de la solicitud de medicamentos.	\$2,889,180.00
Actividad 3.1.1.	Establecer los mecanismos de supervisión de la prescripción en polifarmacia a través de Comité de Vigilancia de prescripción y uso de fármacos.	\$25,650.00
TOTAL		\$3,130,021.25