

Abastecimiento de recursos estratégicos en salud

Abastecimiento de recursos estratégicos en salud

Documento de investigación

Abastecimiento de recursos estratégicos en salud



Tabla de contenido

Siglas y acrónimos	5
Glosario	7
I. Resumen	9
II. Diagnóstico	11
2.1. Macroproceso de abastecimiento	12
2.2. El efecto sobre la ciudadanía	14
2.2.1. El nivel de servicio	14
2.2.2. Problemática: disponibilidad y asequibilidad	14
2.3. La situación en Lima y Callao	18
III. Restricciones y recomendaciones	21
3.1. Nivel de servicio orientado al ciudadano	22
3.2. Programación alineada a la demanda sanitaria	22
3.3. Adquisición estratégica	23
3.4. Almacenamiento y distribución que faciliten la gestión de inventarios	24
3.5. Información al servicio de los gestores para lograr niveles de servicio excelentes	25
3.6. Tercerizar la operación logística	27
IV. Escenario COVID-19	29
Bibliografía	33
Anexos	35

Siglas y acrónimos

BPA	Buenas prácticas de almacenamiento
BPDyT	Buenas prácticas de distribución y transporte
Ceabe	Centro de Abastecimiento de Bienes Estratégicos
Cenares	Centro Nacional de Recursos Estratégicos en Salud
CUS	Cobertura universal en salud
DIRIS	Dirección de Redes Integradas de Salud
DL	Decreto legislativo
DS	Decreto supremo
DU	Decreto de urgencia
Ensalud	Encuesta de satisfacción a usuarios en salud
EPP	Equipos de protección personal
EsSalud	Seguro Social de Salud
FF.AA.	Fuerzas Armadas
GORE	Gobiernos regionales
INAP	Instituto Nacional de Administración Pública
Indeci	Instituto Nacional de Defensa Civil
INEN	Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas
INO	Instituto Nacional de Oftalmología
LCE	Ley de Contrataciones del Estado
Minsa	Ministerio de Salud
OSCE	Organismo Supervisor de Contrataciones del Estado

PAC	Plan Anual de Contrataciones
Padomi	Programa de Atención Domiciliaria
Perú Compras	Central de Compras Públicas
PNUDME	Petitorio Nacional Único de Dispositivos Médicos Esenciales
PNUME	Petitorio Nacional Único de Medicamentos Esenciales
RD	Resolución directoral
RM	Resolución ministerial
SEACE	Sistema Electrónico de Contrataciones del Estado
SIAF	Sistema Integrado de Administración Financiera
SICOVID-19	Sistema Integrado para COVID-19
SIGA	Sistema Integrado de Gestión Administrativa
SIS	Seguro Integral de Salud
Sismed	Sistema Integrado de Suministro de Medicamentos e Insumos Médico-Quirúrgicos
SNA	Sistema Nacional de Abastecimiento
SuSalud	Superintendencia Nacional de Salud
UE	Unidad ejecutora
UIT	Unidad impositiva tributaria

Glosario

Asequibilidad:

Acceso efectivo a los productos farmacéuticos, dispositivos médicos e insumos sanitarios sin comprometer las finanzas del hogar.

Buenas prácticas de almacenamiento (BPA):

Conjunto de normas que establecen los requisitos y actividades que se deben cumplir para garantizar el mantenimiento óptimo de los productos durante su almacenamiento.

Buenas prácticas de distribución y transporte (BPDyT):

Conjunto de normas que establecen los requisitos y actividades que se deben cumplir para garantizar la calidad e integridad de los productos durante su distribución y transporte.

Cuadro multianual de necesidades:

Insumo que muestra las necesidades de bienes, servicios y obras de las entidades públicas. Facilita el cumplimiento de sus metas.

Disponibilidad:

Condición de un producto farmacéutico, dispositivo médico o insumo sanitario de estar listo para atender las necesidades terapéuticas de las personas en la cantidad y calidad necesarios en un período de tiempo.

Dispositivo médico:

Instrumento, aparato, implemento, máquina, reactivo o calibrador in vitro, aplicativo informático, material u otro artículo similar o relacionado destinado para ser empleado en seres humanos con el objetivo de diagnosticar, prevenir, monitorear o tratar una enfermedad.

Economías de escala:

Se presenta cuando los costos medios se reducen conforme la producción aumenta.

Gasto de bolsillo (en salud):

Gasto que realizan las personas al momento de recibir un servicio sanitario debido, principalmente, a la ausencia de cobertura por parte de un seguro de salud.

Identificación de dato estándar en salud:

Clasifica, denomina, codifica y describe de manera estandarizada los procedimientos médicos.

Interoperabilidad:

Capacidad para compartir e intercambiar datos entre sistemas de información. Permite que sean accesibles y comprendidos desde distintos entornos.

Petitorio Nacional Único de Dispositivos Médicos Esenciales (PNUDME):

Lista de dispositivos médicos priorizados que se utilizan en la prevención, diagnóstico, tratamiento y control de

enfermedades prevalentes en el Perú. No incluye equipos biomédicos e instrumental médico.

Petitorio Nacional Único de Medicamentos Esenciales (PNUME):

Lista de medicamentos esenciales para satisfacer las necesidades sanitarias de una proporción significativa de la población. Deben estar disponibles en todo momento.

Plan anual de contrataciones (PAC):

Instrumento de gestión para planificar, ejecutar y evaluar las contrataciones. Se articula con el plan operativo institucional y el presupuesto institucional de la entidad.

Producto farmacéutico:

Producto de composición conocida, con envase uniforme y rotulado. Se usa para la prevención, diagnóstico, tratamiento y curación de una enfermedad, así como para la conservación, mantenimiento, recuperación y rehabilitación de la salud.

Producto sanitario:

Producto destinado a la limpieza, cuidado, modificación del aspecto, perfume y protección personal o doméstica.

Recursos estratégicos (en salud):

Productos farmacéuticos, productos sanitarios y dispositivos médicos que la autoridad sanitaria reconoce como esenciales en los petitorios nacionales respectivos.

Red prestacional:

Órgano desconcentrado de EsSalud, dependiente de la Gerencia General, que lo representa en un espacio geográfico asignado.

Sistema administrativo (sector público):

Conjunto de principios, normas, procedimientos, técnicas e instrumentos que regulan el uso de los recursos en las entidades públicas según criterios de eficacia y eficiencia.

Sistema Integrado de Suministro de Medicamentos e Insumos Médico-Quirúrgicos (Sismed):

Estrategia de salud pública que busca mejorar la accesibilidad a medicamentos esenciales.

Unidad ejecutora (UE):

Encargada de gestionar fondos y ejecutarlos, en conformidad con las normas y procedimientos del Sistema Nacional de Tesorería, responsable directo de sus ingresos y egresos.

I. Resumen

El aseguramiento en salud en el Perú aumentó de forma significativa en los últimos años. Además, fue reimpulsado por el Decreto de Urgencia (DU) N.º 017-2019, que establece medidas para alcanzar la cobertura universal en salud (CUS) afiliando al Seguro Integral de Salud (SIS) a la población que continúa desprotegida. A diciembre del 2020, 95.16% de los peruanos está asegurado.

No obstante, la fragmentación del sector salud genera distintas modalidades de gestión del financiamiento, de provisión de servicios y de abastecimiento de los recursos estratégicos sanitarios. Más aún, estos macroprocesos no están alineados para satisfacer adecuadamente las necesidades de los ciudadanos. Esto significa que no se enfocan en el resultado final, sino en etapas intermedias o, peor aún, en el cumplimiento de formalidades administrativas.

Este documento de investigación aborda la necesidad de mejorar la gestión del abastecimiento de recursos estratégicos en el sector salud. Presenta un diagnóstico de la situación actual y luego propone recomendaciones organizadas por

cada proceso involucrado. Para ello considera tanto la situación del Ministerio de Salud y Gobiernos regionales (Minsa-GORE), como del Seguro Social de Salud (EsSalud). Entre ambos, a diciembre de 2020, tienen asegurada al 93.4% de la población.

II. Diagnóstico

Cuando hablamos de abastecimiento, nos referimos a la gestión estratégica de los recursos para responder a las necesidades de los ciudadanos. En el año 2018, mediante el Decreto Legislativo (DL) N.º 1439, se creó el Sistema Nacional de Abastecimiento (SNA), cuya rectoría está a cargo de la Dirección General de Abastecimiento (DGA) del Ministerio de Economía y Finanzas (MEF). El SNA define el abastecimiento como el conjunto de procesos interrelacionados que proveen los bienes, servicios y obras necesarios para que las entidades públicas cumplan su misión con la ciudadanía.

2.1. Macroproceso de abastecimiento

De acuerdo al SNA, el abastecimiento es un macroproceso que implica la programación, adquisición y administración de bienes (muebles o inmuebles). Esta definición aplica para todos los sectores públicos, pero en el sector salud se acota a los bienes utilizados en las prestaciones sanitarias; es decir, a los recursos estratégicos en salud. Además, incluye también su distribución.

La programación identifica las necesidades de recursos estratégicos para el cuidado de los ciudadanos en los establecimientos de salud públicos¹. Se consolida en un cuadro de necesidades anual² que incluye bienes, servicios y obras requeridas y debe estar articulado con la planificación presupuestal del sector.

El segundo proceso, la adquisición, implica comprar los recursos estratégicos consignados en el plan anual de contrataciones (PAC). Este es elaborado a partir del cuadro de necesidades de cada establecimiento de salud y es consolidado por su respectiva unidad ejecutora (UE) o red asistencial en el caso de EsSalud. La adquisición se realiza de manera centralizada o descentralizada en el marco de la Ley N.º 30225, Ley de Contrataciones del Estado (LCE).

Esta ley regula las distintas modalidades de contratación pública que, a grandes rasgos, pueden ser divididas por montos según unidades impositivas tributarias (UIT). Toda contratación hasta 8 UIT

tendrá una modalidad de compra directa. Las que superen dicho monto deberán enfrentar algún tipo de proceso de selección³.

Lo anterior es monitoreado por el Organismo Supervisor de Contrataciones del Estado (OSCE), uno de los principales actores del proceso de adquisición. Otro actor importante es la Central de Compras Públicas (Perú Compras), que dispone de catálogos electrónicos para agilizar la adquisición de ciertos bienes. Esto permite omitir la realización de un estudio de mercado, pues se tiene proveedores preestablecidos.

El tercer proceso, el almacenamiento, consiste en gestionar inventarios para mantener un nivel adecuado de recursos en las redes de servicios de salud. Esto debe ser realizado cautelando las buenas prácticas de almacenamiento (BPA)⁴ en los almacenes especializados externos o internos a los establecimientos de salud, que garantizan su correcto mantenimiento.

El último proceso es la distribución, que organiza el transporte y entrega de los recursos estratégicos a los establecimientos de salud. Se da desde el almacén especializado (nacional o regional) o punto de provisión hacia los servicios de los establecimientos de salud. Debe ser realizada siguiendo las buenas prácticas de distribución y transporte (BPDyT)⁵, que garantizan la calidad e integridad de los recursos estratégicos.

1 En adelante se hará referencia solo a este tipo de establecimientos de salud.

2 Aunque según el SNA el cuadro es multianual, en la práctica se mantiene anual.

3 En el 2021, la UIT tiene un valor de S/. 4 400, por lo que las compras directas tienen un valor máximo de S/ 35 200.

4 Aprobado por la Resolución Ministerial (RM) N.º 132-2015-MINSA.

5 Aprobado por la RM N.º 933-2015-MINSA.

Todos los procesos anteriores requieren un sistema de información que recoja datos sobre consumo e inventario. Aunque existen distintos sistemas de información, ninguno ha logrado la interoperabilidad necesaria para articular los datos prestacionales y logísticos de los establecimientos de salud. Esto impide que la información sirva para la toma de decisiones a nivel nacional como, por ejemplo, estimar la demanda total de recursos estratégicos.

En Minsa-GORE se usa el Sistema Integrado de Suministro de Medicamentos e Insumos Médico-Quirúrgicos (Sismed), que no interactúa con los de índole administrativa: el Sistema Integrado de Gestión Administrativa (SIGA), el Sistema Electrónico de Contrataciones del Estado (SEACE) y el Sistema Integrado de Administración Financiera (SIAF). Aunque los anteriores son los principales sistemas con alcance nacional, los establecimientos

de salud de mayor complejidad también han desarrollado sus propias soluciones de gestión.

En EsSalud se utiliza el EsSi, implementado en 2019 para fines prestacionales. En materia logística emplea el SAP ERP, un software de planificación de recursos y gestión administrativa de clase mundial. Al estar en línea, permite acceder a información oportuna y dialogar con otros sistemas de manera segura y sencilla. Además, EsSalud usa el SOL Analytics, el sistema de información de Salog —su brazo logístico en Lima y Callao— para alcanzar la interoperabilidad. Desafortunadamente, este avance todavía no llega al resto del país; de darse permitiría mejorar el nivel de servicio para los establecimientos de salud y para los ciudadanos.

La siguiente ilustración muestra la expectativa sobre el abastecimiento en el sector salud. El

Ilustración N.º 1: Interacción entre los procesos del abastecimiento



Elaboración propia.

sentido antihorario de las flechas resalta que el centro del abastecimiento es el ciudadano. Por lo tanto, sus necesidades sanitarias configuran la demanda de recursos estratégicos (punto de partida) que serán satisfechas en su calidad de usuario final (punto de llegada).

2.2. El efecto sobre la ciudadanía

2.2.1. El nivel de servicio

El abastecimiento debe centrarse en la atención de los usuarios finales: los ciudadanos. Por eso es fundamental contar con un indicador de resultado alineado a este modelo de gestión. En logística, el principal es el nivel de servicio, entendido como la proporción de atenciones brindadas con éxito; es decir, medicamentos e insumos que el paciente recibe en relación a lo que su médico le recetó.

Lamentablemente, en el Perú no existe una definición consensuada del nivel de servicio entre los subsectores de salud. El Minsa-GORE lo mide basado en los usuarios intermedios. Se limita a cuantificar la disponibilidad de recursos estratégicos en el establecimiento de salud, principalmente farmacias, un dato incluso extemporáneo dada la debilidad de los sistemas de información.

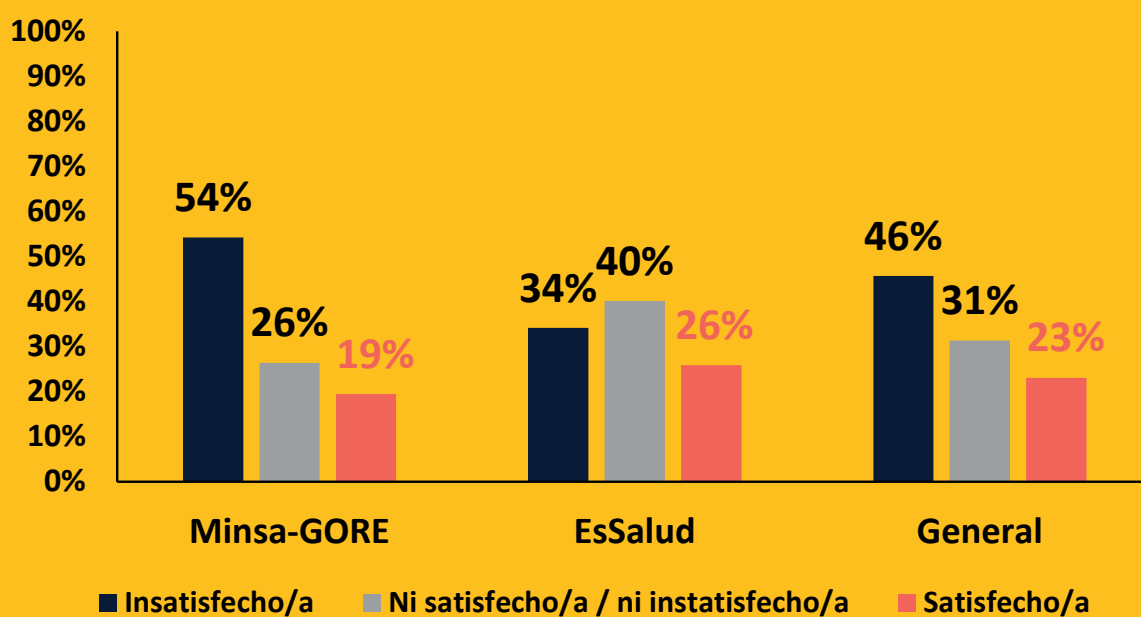
EsSalud sí mide el nivel de servicio considerando los usuarios finales, pero solo en Lima y Callao. Esto porque ahí Salog, operador logístico con quien tiene una alianza público-privada, vincula los datos prestacionales y logísticos (en la sección N.º 4.3 revisamos este caso de éxito). Las diferencias mencionadas impiden evaluar el desempeño del abastecimiento en el sector salud y estimar la demanda real de recursos estratégicos.

2.2.2. Problemática: disponibilidad y asequibilidad

No estimar adecuadamente la demanda real de recursos estratégicos genera una serie de distorsiones en los procesos de abastecimiento. Esto lleva a que muchos ciudadanos no accedan a las terapias prescritas, en perjuicio de su salud y de la economía familiar.

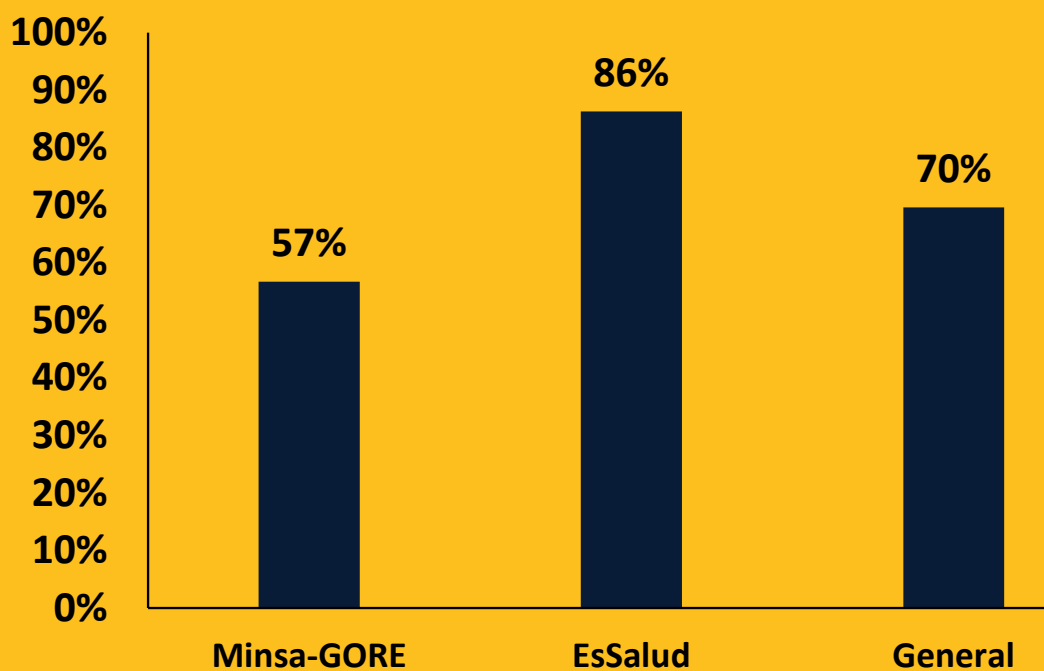
Según la última Encuesta de Satisfacción de Usuarios en Salud (Ensalud) realizada en 2016 a nivel nacional por la Superintendencia Nacional de Salud (SuSalud), el 46% de los usuarios finales del sistema de salud público reportó estar insatisfecho con la gestión de medicamentos en las farmacias de los establecimientos de salud. El subsector con resultados menos favorables fue Minsa-GORE, mientras que el subsector con resultados menos desfavorables fue EsSalud.

Ilustración N.º 2: Nivel de satisfacción respecto a la gestión de medicamentos en farmacias de establecimientos de salud



Lo anterior se sustenta en la proporción de usuarios finales que indicó recibir la totalidad de los medicamentos prescritos. Mientras el 57% de los usuarios finales Minsa-GORE recibió la totalidad de la prescripción, en EsSalud alcanzó el 86%.

Ilustración N.º 3: Usuarios finales que recibieron la totalidad de los medicamentos prescritos

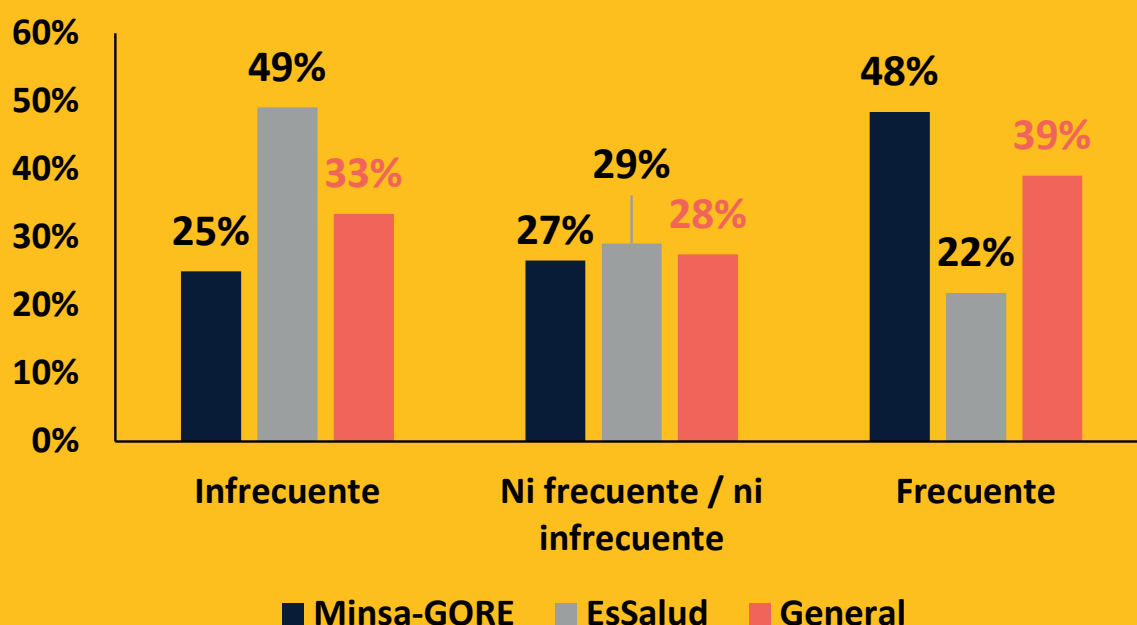


Fuente: Ensusalud (2016).

Elaboración propia.

Otro dato preocupante es que el 48% de los usuarios finales Minsa-GORE calificó este problema como frecuente. Igual porcentaje de usuarios finales de EsSalud lo calificó como infrecuente.

Ilustración N.º 4: Frecuencia de la escasez de recursos estratégicos (percepción)



La poca disponibilidad de recursos estratégicos obliga a los ciudadanos a adquirirlos en farmacias particulares. Esto significa incurrir en gasto de bolsillo y afectar negativamente la economía del hogar⁶. En el caso específico de los medicamentos, las cifras son bastante diferentes entre Minsa-GORE y EsSalud: 47.5% y 36.1%, respectivamente (Enaho, 2019).

Solo el 39% de los medicamentos esenciales tienen disponibilidad óptima en los establecimientos de salud del Minsa-GORE. Y la cifra varía según tipo de establecimiento.

Las regiones con peor situación son Ucayali, Madre de Dios y Loreto, que mantienen entre 53% y 89% de los medicamentos esenciales con un bajo nivel de disponibilidad (Digemid, 2020)⁷. La gravedad de esta situación coincide con las denuncias públicas realizadas por el personal sanitario y la ciudadanía durante la emergencia sanitaria actual. Y se explica, en parte, por la limitada gestión de inventarios, que no toma en cuenta criterios de eficacia, eficiencia y oportunidad para determinar las necesidades del almacén especializado y los establecimientos de salud.

6 Este gasto de bolsillo puede ser un gasto catastrófico o empobrecedor. El primero es aquel gasto de bolsillo que supera entre el 10% y 25% el gasto total del hogar. El segundo es el gasto que lleva al hogar por debajo de la línea de pobreza (OMS y Banco Mundial, 2015).

7 El Anexo N° 1 incluye la totalidad de regiones.

Cuadro N.º 1: Disponibilidad de medicamentos por tipo de establecimiento de salud

Tipo	Óptima	Regular	Baja
Puesto de salud	43%	43%	14%
Centro de salud	51%	41%	8%
Hospital	47%	51%	2%
Total	45%	42%	13%

Fuente: Digemid (2020).

Elaboración propia.

2.3. La situación en Lima y Callao

La alta concentración poblacional y de recursos en Lima y Callao lleva a que su gestión del abastecimiento sea distinta a la del resto del país. Dado que la información disponible no permite comparar estas diferencias⁸, abordaremos solo Lima y Callao.

Los principales actores del abastecimiento en Minsa-GORE y EsSalud son el Centro Nacional de Recursos Estratégicos en Salud (Cenares) y el Centro de Abastecimiento de Bienes Estratégicos (Ceabe). Estos trabajan con las Direcciones de Redes Integradas de Salud de Lima (DIRIS) del Minsa-GORE, las redes prestacionales de EsSalud y los hospitales que son UE.

En materia de programación no se dispone de información cuantitativa. Sin embargo, se conoce

que en Lima y Callao solo el 53% de los usuarios de Minsa-GORE y el 81% de los de EsSalud recibe la prescripción recetada completa en las farmacias de los establecimientos de salud (Ensusalud, 2016). Esta diferencia ilustra la falta de precisión al identificar la demanda sanitaria.

En Minsa-GORE, elaborar el cuadro de necesidades es responsabilidad del Cenares, las DIRIS o las UE, según se trate de recursos estratégicos en salud pública o salud individual. En EsSalud, la responsabilidad recae en el Ceabe, que usa distintas fuentes de información: consumo provisto por las redes prestacionales, información logística e información presupuestal. En ambos casos, se elabora el PAC, siempre dentro de los márgenes presupuestales establecidos.

Luego, la adquisición se puede realizar de manera centralizada o descentralizada. En ambos subsectores se identificó que el 64% de

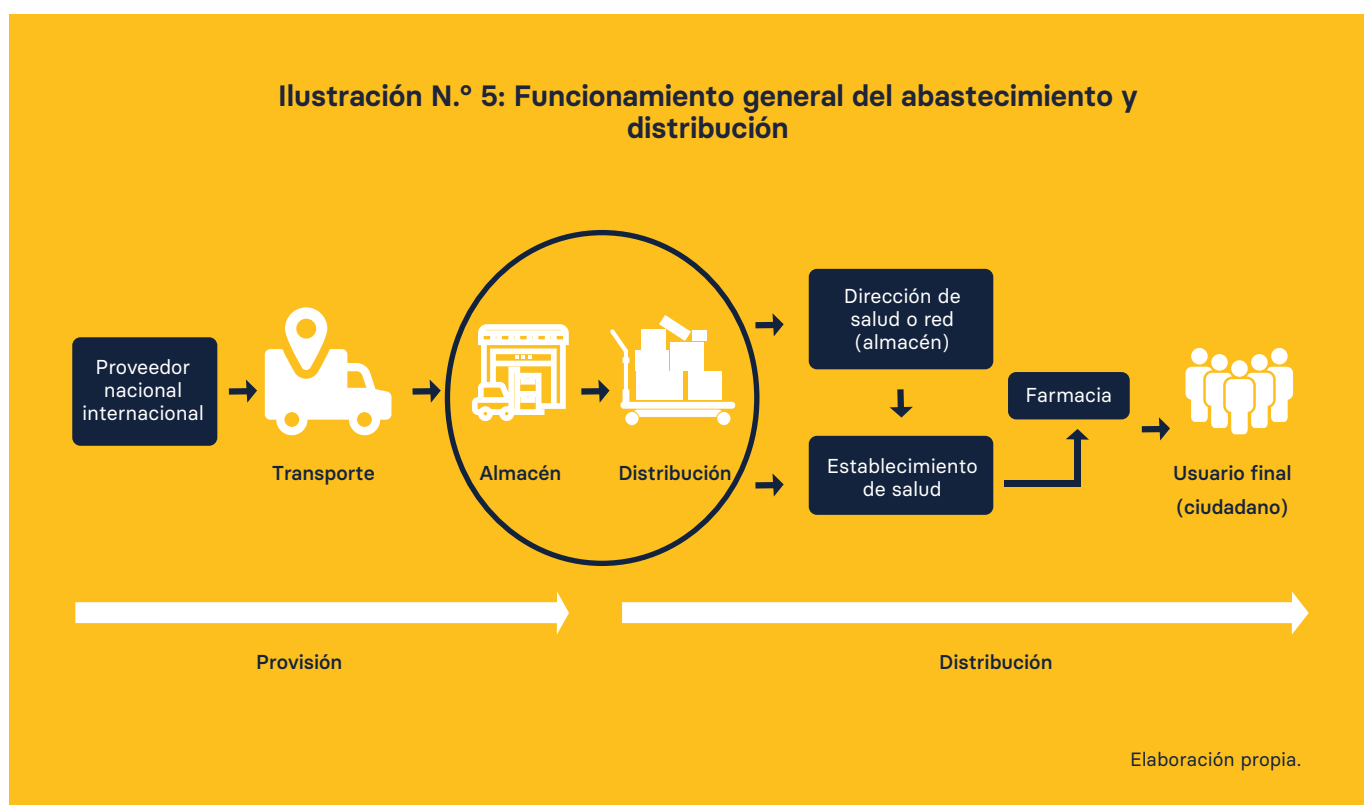
8 Para tener una idea del proceso en regiones, se puede revisar la RM N.º 507-2020-MINSA. Esta propone un flujo de 9 pasos para la entrega de medicamentos en Lima y Callao, cuando el flujo a nivel nacional contempla 14 pasos. Esto se agrava aún más si se considera la escasez de conectividad, de recursos humanos y de infraestructura de calidad en las regiones.

los procesos de adquisición están centrados en Lima (ConOSCE, 2020). No obstante, solo EsSalud tiene a disposición un sistema de alertas que es administrado por su operador logístico Salog y que permite identificar riesgos en la gestión contractual como, por ejemplo, la tardanza de un proveedor.

La adquisición está basada en el Petitorio Nacional Único de Medicamentos Esenciales (PNUME) y en el reciente Petitorio Nacional Único de Dispositivos Médicos Esenciales (PNUDME)⁹, recursos que reciben cobertura financiera por parte de las aseguradoras públicas¹⁰. No obstante, existen recursos estratégicos —en especial, medicamentos— que no están incluidos en estos listados y que son requeridos por establecimientos de salud de alta complejidad.

Por ejemplo, el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN) tiene más de un centenar de medicamentos de uso necesario que no están listados en el PNUME. En este tipo de casos, adquirirlos es más complicado porque se requieren autorizaciones especiales¹¹. La demora en estos trámites puede poner en riesgo la vida de los pacientes. Sin embargo, su uso desregulado puede afectar la sostenibilidad financiera del sistema de salud.

En materia de almacenamiento y distribución en Lima y Callao, ambos subsectores muestran importantes diferencias. EsSalud, a través de su APP con Salog, ha logrado realizar una adecuada gestión de inventarios y facilitar la disponibilidad de recursos estratégicos en sus establecimientos de salud. Los



9 El PNUME fue aprobada por la RM N.º 1381-2018 y su última modificación fue con la RM N.º 201-2020-MINSA. El PNUDME fue aprobado por la RM N.º 670-2019-MINSA.

10 En el Minsa-GORE la aseguradora pública es el SIS. Los demás subsectores de salud tienen su propia aseguradora pública y su propio listado esencial de medicamentos y dispositivos médicos basado en el PNUME y PNUDME.

11 Existe normativa para el uso de medicamentos no considerados en el PNUME: RM N.º 540-2011-MINSA, la cual fue modificada por la RM N.º 721-2016-MINSA y la RM N.º 862-2019-MINSA. Entre otros requisitos, se debe contar con un comité farmacoterapéutico que evalúe la tecnología sanitaria.

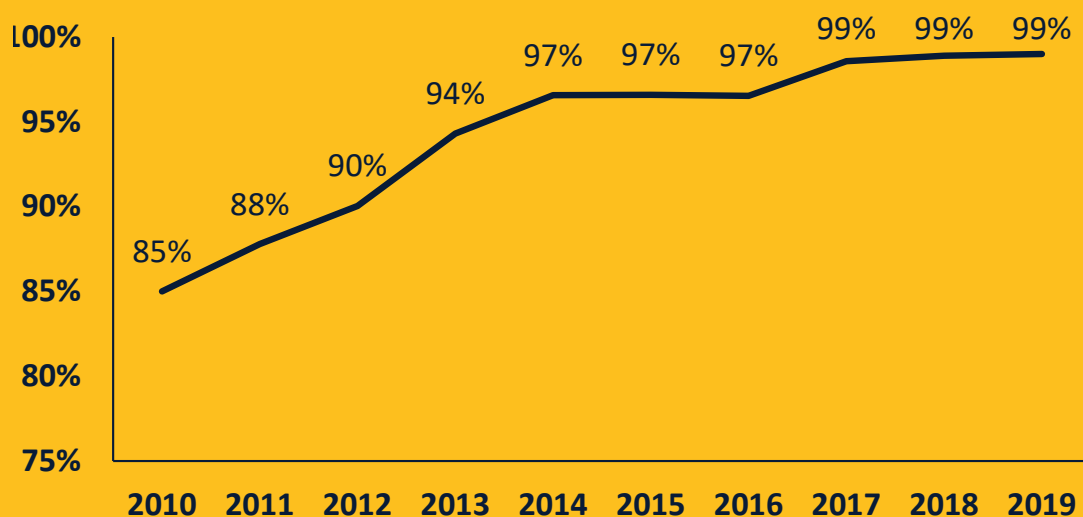
almacenes especializados operados por Salog están ubicados en el Callao y Punta Hermosa, y tienen la certificación BPA exigida por la autoridad sanitaria, así como la certificación BPDyT. Salog también ha fortalecido el Programa Farmacia Vecina¹² y el Programa de Atención Domiciliaria (Padomi)¹³, orientados al ciudadano (EsSalud & Salog, 2010).

El escenario es diferente en Minsa-GORE, donde el Cenares está a cargo de estos procesos. Al igual que EsSalud, opera almacenes especializados ubicados en el Callao y Lurín que tienen la certificación BPA, pero no la BPDyT. En el marco de la emergencia sanitaria contrató a IBT Group como operador logístico encargado de la distribución de recursos estratégicos para los establecimientos de salud de Lima. Esto permitirá cuantificar el nivel de servicio alcanzado en favor de los usuarios finales.

Aunque todavía es pronto para ver los efectos de la tercerización logística en el Minsa-GORE, sí existe evidencia disponible en EsSalud tras más de una década trabajando con Salog en Lima y Callao. Entre 2010 y 2019, el nivel de servicio orientado al ciudadano pasó de 85% a 99%, lo que se refleja en el nivel de servicio alcanzado en la entrega de medicamentos a las farmacias de EsSalud: 99.97% logrado en el último año.

Para manejar la información logística, EsSalud utiliza el software SAP ERP. Y en materia prestacional trabaja con el EsSi, implementado en 2019 para gestionar todos los datos de historia clínica de sus pacientes. Aunque ambos sistemas informáticos son operados por EsSalud, la interoperabilidad fue posible a partir del sistema de información desarrollado por Salog. Por eso, solo es posible conocer la demanda insatisfecha para las redes

Ilustración N.º 6: Evolución del nivel de servicio en redes prestacionales de EsSalud



Elaboración propia.

12 Permite a asegurados con enfermedades crónicas acceder a su medicación mensual recogéndola de farmacias cercanas a su domicilio.

13 Facilita a los asegurados mayores de 70 años la atención médica a domicilio: laboratorio, consulta, entrega de medicamentos, etc. Solo se despliega en Lima Metropolitana, Callao y en algunas otras pocas regiones.

prestacionales de Lima y Callao, información que aún no tiene el Minsa-GORE. Esta solución debe ser extendida a todo el sector público.

III. Restricciones y recomendaciones

Se requieren cambios que fortalezcan la gestión del abastecimiento, estandaricen la adquisición y definan una red de almacenamiento y distribución que gestione inventarios e implemente la interoperabilidad informática.

En las siguientes líneas analizaremos las principales restricciones que afectan el abastecimiento de recursos estratégicos. Para cada una presentaremos recomendaciones sobre cómo agilizar y articular los procesos involucrados.

3.1 Nivel de servicio orientado al ciudadano

Dado que el sector salud es fragmentado, sus macroprocesos, incluido el abastecimiento, se gestionan de manera independiente en cada subsector. Además, cada indicador de nivel de servicio es definido de distinta manera, lo que impide evaluar integralmente al sector.

Es clave entablar un diálogo concertado para estandarizar y emplear este indicador en todo el sector salud. Solo así los establecimientos de salud reportarán información uniforme que rinda cuenta sobre su desempeño en materia sanitaria y los resultados podrán ser comparables.

Esta nueva definición debe estar orientada a observar el abastecimiento de manera integral; considerar tanto al usuario intermedio como al usuario final. Por ello, proponemos definirlo como la proporción de atenciones brindadas con éxito hacia el usuario intermedio (disponibilidad en farmacias) y usuario final (ciudadanos con recetas completas) (USAID, 2011).

3.2 Programación alineada a la demanda sanitaria

El proceso de programación responde a datos de consumo histórico en lugar de centrarse en las necesidades del ciudadano. Esto se acentúa por los datos insuficientes y de baja calidad que impiden estimar la demanda sanitaria, incluyendo la desatendida.

Desconocer la demanda sanitaria genera imprecisiones en la gestión presupuestal del sector salud y deriva en insuficientes recursos financieros para atender las necesidades de los

establecimientos de salud. Esta desarticulación entre la planificación y presupuesto lleva a reprocesos de priorización y ajuste que vuelven ineficiente la gestión del tiempo.

Además, las UE del Minsa-GORE suelen demorar en elaborar y presentar requerimientos ante el Cenares¹⁴. Esto retrasa su validación, ajuste del techo presupuestal y consolidación final en el cuadro de necesidades. En el caso de EsSalud, su organización administrativa ha logrado evitar este tipo de dificultades, aunque no garantiza la calidad del cuadro de necesidades. En ambos casos, estas dificultades impactan en la elaboración del PAC, pieza principal del siguiente proceso.

Para agilizar el proceso de programación es necesario definir un único dueño del macroproceso. Este debe conducirlo sobre la base de criterios de programación anual y en línea con el plan multianual sectorial, pero ser flexible para ajustarlo en el tiempo. Para lograrlo es necesario conocer la demanda sanitaria. Esto alineará el plan multianual sectorial a la realidad para una gestión presupuestal suficiente y eficiente.

En este marco será útil promover la programación de paquetes de tratamiento o procedimientos estandarizados, en los casos en que sea posible. Si bien los kits existen para los programas presupuestales en salud, no están adaptados a la realidad de cada región. Deben poder obedecer a los distintos grados de incidencia y prevalencia de enfermedades, así como al perfil de demanda de servicios en cada localidad.

Todo lo anterior debe soportarse en un sistema de información integrado que permita identificar la demanda insatisfecha. Esto no necesariamente significa crear un nuevo sistema de información

14 Esto es válido para realizar requerimientos de recursos estratégicos de salud pública.

en el corto plazo, sino gestionar los existentes aplicándose la respectiva Identificación de dato estándar en salud¹⁵ para facilitar y promover la interoperabilidad. En ese sentido, migrar hacia una plataforma única es un objetivo ambicioso pero necesario en el mediano plazo.

3.3 Adquisición estratégica

Considerando que la programación no refleja la demanda sanitaria, la adquisición tiene limitaciones, pues se basa en un PAC no asociado a las necesidades de los ciudadanos. Tampoco existen mecanismos de contingencia que respondan rápidamente ante eventos de desabastecimiento, más aún dada la ineficiente gestión de inventarios.

Esta realidad ha generado una pérdida de confianza en el abastecimiento, sobre todo en materia de adquisición, donde se ejecutan los recursos financieros. No se gestionan con suficiente eficiencia ni transparencia, porque no responden a estrategias basadas en criterios que reduzcan la discrecionalidad en la toma de decisiones. Esto es particularmente cierto en las compras directas (aquellas menores a 8 UIT) que no siguen un proceso de selección o permitan su trazabilidad¹⁶.

Por un lado, la débil autoridad del dueño del macroproceso en cada subsector impide gestionar contratos y proveedores de manera adecuada. Por otro lado, es limitado el uso de los catálogos electrónicos de Perú Compras para la adquisición de recursos estratégicos, a pesar de que han demostrado reducir la discrecionalidad pues definen especificaciones técnicas de los bienes a comprar

y la selección de proveedores. Esto ha restado eficiencia a la ejecución de los recursos financieros, con el consecuente incremento del tiempo de los procesos.

Para hacer uso efectivo de las herramientas mencionadas es necesario homologar las especificaciones técnicas de los recursos estratégicos¹⁷. En el corto plazo se sugiere priorizar lo más utilizado o crítico para resguardar la vida de los ciudadanos. Esto debe basarse en las intervenciones estratégicas de salud pública, el perfil epidemiológico y la carga de enfermedad del país.

Los recursos estratégicos especializados¹⁸ no suelen estar incluidos en el PNUME o PNUDEME. Se requiere establecer mecanismos más ágiles para aprobar su uso, adquisición y cobertura financiera. Caso contrario, se pone en riesgo la salud del paciente y la sostenibilidad financiera de las UE. La actualización de las listas esenciales debe ser un proceso transparente y basarse en instrumentos que orientan la prestación de servicios de salud — protocolos sanitarios, guías de práctica clínica, entre otros—. De ese modo permitirá ofrecer adecuadas tecnologías sanitarias a los ciudadanos.

Lo anterior debe ser complementado con el uso institucional (estandarizado) de una herramienta importante: la matriz de Kraljic. Propone un análisis para la toma de decisiones basado en el riesgo financiero y la posibilidad de abastecimiento. Así, se aplicaría una estrategia según la naturaleza del producto a adquirir (ver la Ilustración N.º 7). Por ello, se debe permitir espacios de negociación con los proveedores de recursos estratégicos de escasa

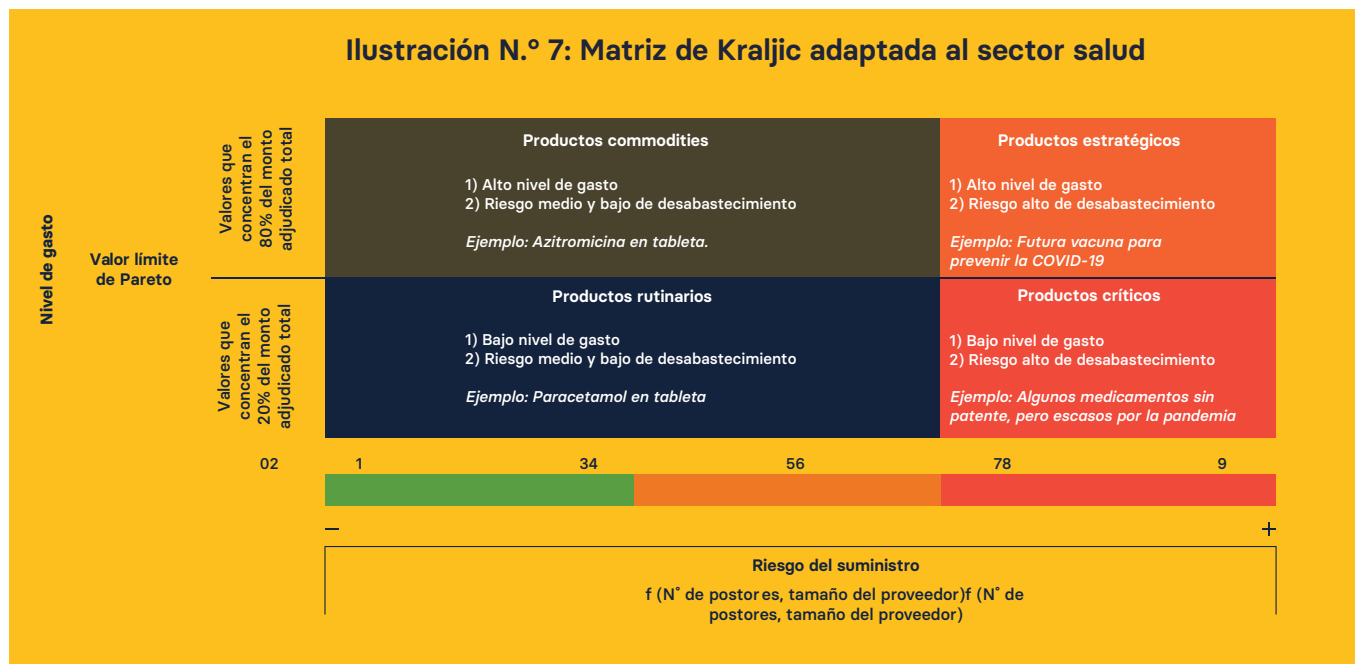
15 Aprobado por el Decreto Supremo (DS) N.º 024-2005-SA.

16 El 23% de los procesos de adquisición se realizan por compras directas.

17 A enero del 2021, Perú Compras registra solo 11 fichas de homologación aprobadas para el sector salud.

18 Se refiere a los recursos estratégicos necesarios para atender una patología específica o condición sustentada con evidencia.

oferta y alto impacto presupuestal, para obtener mejores resultados. Sin embargo, eso requiere modificar la LCE.



3.4 Almacenamiento y distribución que faciliten la gestión de inventarios

No existe una red apropiada de almacenamiento y distribución que considere puntos estratégicos de operación en el país. En su lugar, Minsa-GORE y EsSalud tienen 54 y 31 almacenes, respectivamente. Esta multiplicidad de almacenes es pobremente gestionada y dificulta los procesos mencionados, sobre todo —aunque no exclusivamente— en las zonas rurales.

La falta de mecanismos de trazabilidad de los recursos estratégicos tampoco permite mantener un estándar óptimo de la gestión de inventarios, realizar el monitoreo necesario del consumo ni responder rápido ante situaciones de contingencia.

Esto es más grave si se considera la precaria situación como los recursos estratégicos son almacenados y distribuidos en el territorio

nacional. Es preocupante la limitada fiscalización de las certificaciones BPA y BPDyT vigentes en los almacenes y distribuidores privados, pero muy escasas en los del sector público (Digemid, 2019). En el Estado, los almacenes o sistemas de distribución tercerizados o administrados por un operador logístico sí tienen estas certificaciones.

Para mejorar estos procesos, el Cenares y el Ceabe deben definir su rol como dueños del macroproceso y encargar aspectos de la operación logística a actores competentes. Aunque el Cenares ya lo hizo en 2019, aún hay oportunidades para mejorar la gestión. En principio, es necesario disponer de una red organizada de almacenamiento y distribución en el territorio nacional que permita organizar las actividades sobre la base de estándares óptimos para la gestión de inventarios que minimicen el quiebre de *stock*.

Por su ubicación estratégica, algunas regiones han sido identificadas como centro de operaciones para

este tipo de procesos: Lima, Chiclayo, Arequipa, Cusco y Junín. Asimismo, es necesario que las certificaciones BPA y BPDyT sean el estándar. Es clave impulsar el empleo de un catálogo único establecido en el marco del desarrollo del SNA y adoptar estándares de identificación que puedan ser capturados por medios digitales, como los códigos de barras o similares. Estas medidas facilitarán la aplicación de mecanismos de trazabilidad y contribuirán a un mejor desempeño.

Lo descrito, sobre todo en materia de trazabilidad, debe tener el soporte de un sistema de información que contenga los datos logísticos de los almacenes especializados, los recursos estratégicos en tránsito y las farmacias de los establecimientos de salud. La trazabilidad hasta el usuario intermedio (establecimiento de salud) debe ser priorizada en el corto plazo y avanzar hacia el usuario final en el mediano plazo.

3.5 Información al servicio de los gestores para lograr niveles de servicio excelentes

Es fundamental que el abastecimiento se sostenga en un solo sistema de información funcional. Actualmente, solo en Minsa-GORE hay alrededor de 30 sistemas prestacionales sin capacidad para compartir información entre sí. Esto también dificulta el proceso de digitalizar las historias clínicas de los pacientes, en perjuicio directo del ciudadano.

Los sistemas logísticos parecen no recibir la importancia debida. De hecho, la vasta mayoría de los establecimientos de salud sigue considerando la gestión de la información como un mero soporte técnico o como facilitador de información estadística de eventos pasados, y no como un proceso que provee sustento y evidencia para la toma de decisiones.

Una mala gestión de los sistemas de información puede generar distintas consecuencias negativas para el abastecimiento.

Cuadro N.º 2: Consecuencias de una mala gestión de los sistemas informáticos

Aspecto	Descripción
Demanda insatisfecha	Dificultades para estimar las prescripciones no atendidas y, por tanto, la demanda sanitaria total.
No existe trazabilidad	No se puede trazar el proceso logístico de los bienes, y menos el de los pacientes. Esto limita el monitoreo a distancia para asegurar el éxito de la farmacoterapia.
Pérdida de oportunidad en la adquisición y otros procesos	Se mina la oportunidad de acceder a bienes de calidad que estén a precios razonables (aplicación de economías de escala). El <i>timing</i> es importante para el éxito del tratamiento. La variable tiempo también es clave para lograr acciones y respuestas oportunas en logística, por lo dinámico de los movimientos de inventario en los distintos puntos.
Pérdida de recursos	Si se ignora información elemental como las existencias y consumos, el riesgo de vencimiento, sustracción u otras causas de pérdida es alto.

Elaboración propia.

En el corto plazo se sugiere mejorar la gestión de los sistemas de información existentes basándose en la interoperabilidad logístico-prestacional para cada UE o red de salud. Ello permitirá precisar la demanda sanitaria y avanzar hacia la trazabilidad deseada (usuario final).

Es necesario fortalecer las iniciativas conducentes a un gobierno y gestión digitales. Se debe sensibilizar y capacitar a los gestores, personal sanitario y administrativo en el uso y la importancia de la gestión de la información.

3.6 Tercerizar la operación logística

La siguiente ilustración sintetiza la problemática general del abastecimiento peruano. Como se observa, la falta de identificación de la demanda sanitaria impide que los procesos posteriores estén

alineados a las necesidades reales del ciudadano. Dado que los ajustes presupuestales son realizados hacia abajo, sin una adecuada gestión de inventarios, almacenamiento o distribución, el abastecimiento es ineficaz, ineficiente e inoportuno.



Esto se agrava al considerar que en el ámbito Minsa-GORE existe un doble proceso en el almacenamiento y la distribución a las regiones del país: desde el almacén centralizado del Cenares a las regiones y desde el almacén de las regiones hacia el establecimiento de salud. Solo en reclasificar los recursos que ingresan en el almacén para su próxima distribución se estima que se invierten 36,640 horas-hombre (Secretaría de Gestión Pública PCM, 2018). Esto lleva a que los ciudadanos no accedan a medicamentos, dispositivos o insumos sanitarios de manera oportuna.

Una opción para mejorar la gestión del abastecimiento es identificar y emplear las mejores prácticas existentes: colaboración público-privada empleando operadores logísticos es una alternativa. Estos actores tienen las competencias, tecnologías y flexibilidad organizacional para centrarse en el objetivo principal: mantener un alto nivel de servicio para sus usuarios. Como hemos visto, EsSalud es un caso de éxito trabajando con Salog como su brazo logístico. Logró redefinir el indicador de nivel de servicio e incrementarlo en 14 puntos porcentuales entre el 2010 (85%) y 2019 (99%) en las redes prestacionales de Lima y Callao¹⁹. Por los

19 Como se mencionó en la sección 4.2.1, este indicador no está disponible en otras regiones.

beneficios demostrados para el ciudadano es que sugerimos replicar este tipo de experiencias en otros subsectores y regiones. Para ello, el sector debe definir los estándares de calidad y desempeño a exigir, así como negociar las mejores condiciones para el Estado.

IV. Escenario COVID-19

La gestión poco funcional del abastecimiento ha sido puesta en evidencia desde el inicio de la pandemia COVID-19. La insuficiente capacidad de respuesta para proveer a los establecimientos de salud de recursos estratégicos afectó la capacidad de contener y controlar los contagios y muertes.

Se han presentado carencias de recursos para atender la pandemia acentuado por el inadecuado registro de existencias, insuficiente personal sanitario y múltiples sistemas de información desarticulados entre sí. La información organizada y recibida en plena crisis fue esencial para construir las bases de datos que sirven para la toma de decisiones de los gestores.

A pesar de estos esfuerzos, la toma de decisiones en diversos casos fue inoportuna. Así sucedió con la provisión de oxígeno. Aunque no se tiene información de la demanda por este bien, sí fue posible revisar la correlación entre la oferta de oxígeno y el número de fallecidos por COVID-19 por regiones²⁰. Este último se aproxima (imperfectamente) a la demanda real de oxígeno. Entre marzo y junio de 2020 se observó que Amazonas, Apurímac, Ayacucho, Cusco, Huancavelica, La Libertad, Madre de Dios, Piura y Puno fueron las regiones con peor desempeño: mientras el número de fallecidos incrementaba, la oferta de oxígeno caía abruptamente (Calero, 2020).

El siguiente cuadro sintetiza la problemática en cada proceso del abastecimiento y las medidas adoptadas para mitigarlas en el marco de la emergencia sanitaria.

²⁰ Un valor entre 0 y -1 significa que existe una relación inversa entre ambas variables, mientras que un valor entre 0 y 1 significa lo contrario.

Cuadro N° 3: El abastecimiento en el escenario COVID-19

Aspecto	Descripción	Medidas
Programación	<ul style="list-style-type: none"> - Programación poco oportuna y en un escenario de sobredemanda mundial. 	
	<ul style="list-style-type: none"> - Rigidez en el cuadro de necesidades: al inicio solo respondía a los hospitales COVID-19 ubicados en Lima Metropolitana. 	<ul style="list-style-type: none"> - Provisión de presupuesto para facilitar la programación y posterior adquisición de los recursos necesarios.
	<ul style="list-style-type: none"> - Dificultades en la planificación integral intersectorial. - Escasez de equipos de protección personal (EPP) para el personal en la primera línea de acción: médicos, policías, militares, etc. 	<ul style="list-style-type: none"> - No se conocen medidas que hayan mejorado la programación durante la pandemia.
Adquisición	<ul style="list-style-type: none"> - Adquisición inicial centrada en las necesidades de Lima Metropolitana y no en las regiones. 	<ul style="list-style-type: none"> - Aprobación del uso de catálogos electrónicos (Perú Compras) para contratar bienes y servicios esenciales frente a la COVID-19²¹.
	<ul style="list-style-type: none"> - Múltiples procesos de adquisición paralelos que pudieron ser centralizados para un uso más eficiente de los recursos financieros. 	<ul style="list-style-type: none"> - Flexibilización de criterios utilizados para importar recursos estratégicos para el tratamiento de la COVID-19²².

21 Aprobado por un comunicado de Perú Compras (2020).

22 Aprobado por el DS N.º 018-2020-SA.

Aspecto	Descripción	Medidas
Adquisición	<ul style="list-style-type: none"> - No se estableció una estrategia de compra para enfrentar la pandemia: sin homologación técnica básica o uso de matriz de Kraljic. - Uso discrecional de la contratación directa, que puede incentivar actos de corrupción. 	<ul style="list-style-type: none"> - Flexibilización para realizar contrataciones directas de recursos estratégicos en el marco de la pandemia.
Almacenamiento y distribución	<ul style="list-style-type: none"> - Ausencia de proveedores suficientes para abastecer rápidamente a las regiones. - Inadecuada gestión de inventarios que debilitó asignar los recursos estratégicos a los establecimientos de salud de mayor necesidad. - Ausencia de una red de almacenamiento y distribución que facilite los envíos desde ciudades principales hacia otras ciudades y zonas rurales. 	<ul style="list-style-type: none"> - Minsa-GORE: el Cenares ha establecido medidas para proveer EPP a través de una coordinación activa con el Instituto Nacional de Defensa Civil (Indeci)²³. Además, el Instituto Nacional de Oftalmología (INO), el INEN y el SIS han establecido servicios delivery de medicamentos. Ahora se ha extendido a los hospitales (pacientes crónicos). - EsSalud: refuerzo de Padomi y de Farmacia Vecina²⁴. Se implementó un nuevo almacén para atender Lima y Callao.
Sistemas de información	<ul style="list-style-type: none"> - Insuficiente información en los subsectores de salud. - Multiplicidad de sistemas de información que debilita la gestión. 	<ul style="list-style-type: none"> - Creación del Sistema Integrado para COVID-19 (SICOVID-19), un sistema paralelo necesario²⁵. Busca centralizar la información de recursos y también casos sospechosos y confirmados²⁶.

25 El sistema informático funcionó de modo aceptable a pesar de ser uno paralelo a los existentes antes de la pandemia. Se debió implementar sobre la marcha, por las limitaciones y desarticulación de las soluciones vigentes, pero solo será sostenible si se articula o integra con el resto de sistemas de información, tal que sea único relacionado a COVID-19.

26 Información del Manual del SICOVID-19 (Minsa, 2020).

Aspecto	Descripción	Medidas
Sistemas de información	- Ausencia de interoperabilidad logístico-prestacional que limita la posibilidad de atender mejor a los pacientes con enfermedades crónicas (historia clínica o registros de atención).	
Operadores logísticos	No se ha presentado como una restricción, sino como una oportunidad para ser replicada en las regiones.	<ul style="list-style-type: none"> - Minsa-GORE: contratación de IBT para atender la distribución de medicamentos en Lima Metropolitana. - EsSalud: refuerzo de las actividades de Salog mediante la implementación de un nuevo almacén especializado en Punta Hermosa para uso exclusivo del Padomi.

Elaboración propia

Bibliografía

Calero, C., 2020. Cuando lo abundante escasea, Lima: Videnza Consultores - Blog de Gestión.

Cenares, 2020. Almacén y Distribución. [En línea] Available at: <http://www.cenares.minsa.gob.pe/Procesos/Almac%C3%A9n-y-Distribuci%C3%B3n> [Último acceso: 06 08 2020].

Cenares, 2020. Cenares. [En línea] Available at: <http://sol.cenares.minsa.gob.pe:8080/covid19.xhtml>

ConOSCE, 2020. Estadísticas Generales de Contrataciones Públicas. [En línea] Available at: <https://portal.osce.gob.pe/osce/conosce/indicadores-del-mercado-estatal.html> [Último acceso: 18 agosto 2020].

Digemid, 2019. Control y vigilancia de establecimientos - certificaciones. [En línea] Available at: <http://www.digemid.minsa.gob.pe/Main.asp?Seccion=577>. [Último acceso: 06 08 2020].

Digemid, 2019. Control y vigilancia de establecimientos - certificaciones. [En línea] Available at: <http://www.digemid.minsa.gob.pe/Main.asp?Seccion=577> [Último acceso: 06 08 2020].

Digemid, 2020. Boletín de disponibilidad mensual (reportada). [En línea] Available at: shorturl.at/IMY45. [Último acceso: 28 12 2020].

Enaho, 2019. Encuesta Nacional de Hogares - Salud 2019. [En línea] Available at: <http://iinei.inei.gob.pe/microdatos/>

Ensusalud, 2016. Encuesta de Satisfacción de Susalud, Lima: Superintendencia Nacional de Salud.

EsSalud & Salog, 2010. Contrato entre EsSalud y Salog, Lima: EsSalud.

EsSalud, 2018. Resolución de Presidencia Ejecutiva N.º 125-PE-EsSalud-2018, s.l.: s.n.

Ferro, G. & Lentini, E., 2010. Economías de escala en los servicios de agua potable y alcantarillado. Cepal.

IBT, 2020. IBT GROUP PERÚ es el nuevo brazo logístico del Minsa en Lima. [En línea] Available at: <https://www.ibtgroup.com/es/noticias/ibt-group-peru-es-el-nuevo-brazo-logistico-del-minsa-en-lima-0> [Último acceso: 31 07 2020].

MEF, 2020. Unidad Ejecutora. [En línea] Available at: <https://www.mef.gob.pe/es/tesoro-publico-sp-9932/27-conceptos-basicos/375-atributos-definiciones#:~:text=Es%20la%20encargada%20de%20conducir,ingresos%20y%20egresos%20que%20administran.>

Minsa, 2014. Norma técnica de salud: "Categorías de establecimientos del sector salud", s.l.: s.n.

Minsa, 2020. Manual del SICOVID, Lima: Ministerio de Salud del Perú.

OMS y Banco Mundial, 2015. Tracking Universal Health Coverage. First Global Monitoring Report. Francia: s.n.

Perú Compras, 2020. COMUNICADO N.º 034-2020-PERÚ COMPRAS/DAM - PRECISIONES A LA OPERATIVIDAD DE LOS CATÁLOGOS ELECTRÓNICOS DE ACUERDOS MARCO DURANTE EL ESTADO DE EMERGENCIA NACIONAL. [En línea] Available at: https://www.perucompras.gob.pe/archivos/comunicados/COMUNICADO_N_034_2020_PERUCOMPRAS_DAM.pdf [Último acceso: 21 mayo 2020].

Secretaría de Gestión Pública PCM, 2018. Identificación de Ineficiencias del Gobierno Nacional respecto del territorio, Lima: Secretaría

de Gestión Pública de la Presidencia del Consejo de Ministros.

Susalud, 2020. Registro Nominal de Asegurados, Lima: Superintendencia Nacional de Salud.

USAID, 2011. Informe sobre la gestión de la cadena de suministro de productos farmacéuticos e insumos médicos en los gobiernos regionales del Perú, s.l.: s.n.

Anexo N° 1: Disponibilidad de medicamentos esenciales en las farmacias de los establecimientos de salud del Minsa-GORE²⁷

Ranking	Disa/Diresa/ Geresa	% Óptimo (>90%)	% alto (80%<x<90%)	% regular (70%<x<80%)	% bajo (<70%)	% de envío de información
1	Ayacucho	69%	24%	6%	1%	100%
2	Tacna	83%	17%	0%	0%	100%
3	Arequipa	48%	39%	11%	2%	100%
4	Cajamarca II - Chota	36%	40%	17%	7%	99%
5	Ica	21%	46%	25%	7%	99%
6	Junín	34%	49%	15%	2%	98%
7	Cajamarca IV- Jaen	10%	75%	13%	2%	100%
8	Cusco	21%	55%	19%	4%	100%
9	Cajamarca III - Cutervo	21%	65%	13%	1%	100%
10	Ucayali	2%	17%	27%	53%	100%
11	Cajamarca I	31%	38%	23%	7%	99%
12	Huánuco	5%	47%	37%	12%	99%
13	Apurímac II - Andahuaylas	6%	42%	39%	13%	100%
14	Lima sur	24%	54%	19%	3%	100%
15	Pasco	25%	47%	21%	7%	100%
16	Apurímac I - Abancay	10%	50%	30%	10%	100%
17	Lima centro	37%	57%	4%	1%	96%
18	Moquegua	22%	32%	25%	21%	100%
19	Puno	11%	45%	35%	9%	100%

²⁷ El nivel de servicio hacia el usuario intermedio, que no visibiliza la realidad que enfrenta la ciudadanía.

20	Lima norte	2%	88%	9%	1%	98%
21	Lima este	24%	76%	0%	0%	99%
22	Piura II - Sullana	2%	20%	41%	38%	100%
23	Ancash	3%	30%	34%	33%	99%
24	Amazonas	6%	30%	39%	25%	100%
25	Apurímac III - Chincheros	2%	33%	40%	24%	98%
26	Lima región	1%	25%	53%	21%	100%
27	San Martín	3%	23%	26%	49%	100%
28	Callao	4%	6%	42%	48%	100%
29	Loreto	4%	16%	21%	58%	100%
30	La Libertad	3%	36%	37%	25%	100%
31	Madre de Dios	0%	1%	10%	89%	98%
32	Lambayeque	0%	13%	50%	37%	100%
33	Piura I	1%	20%	52%	27%	99%
34	Huancavelica	26%	15%	14%	44%	100%
35	Tumbes	0%	33%	44%	23%	98%

Fuente: Fuente: Digemid (2020).

Elaboración propia.