



MINISTERIO DE
SALUD PÚBLICA



SISTEMA ÚNICO DE GESTIÓN
DE MEDICAMENTOS E INSUMOS



USAID
FROM THE AMERICAN PEOPLE



SIAPS
Systems for Improved Access
to Pharmaceuticals and Services

Informe de avance del ejercicio de estimación y programación de medicamentos antirretrovirales para el 2013, en el marco de la implementación del SUGEMI

Elaborado por:

Dirección de Desarrollo y Fortalecimiento de los Servicios Regionales de Salud

Con el apoyo de:

Dirección General de Control de Infecciones de Transmisión Sexual y SIDA –DIGECITSS
Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional –USAID
Systems for Improved Access to Pharmaceuticals and Services –SIAPS/MSH

INTRODUCCIÓN

El Ministerio de Salud Pública de República Dominicana –en el marco de la Reforma Sectorial– se encuentra implementando el Sistema Único de Gestión de Medicamentos e Insumos (SUGEMI) en la Red Pública de Servicios de Salud. Su objetivo es mejorar la accesibilidad de la población a medicamentos esenciales e insumos sanitarios de calidad, promoviendo a la vez una gestión descentralizada y el uso óptimo de los recursos existentes.

La estimación de necesidades y programación es uno de los componentes prioritarios dentro del ciclo de gestión del suministro de medicamentos, pues establece la cantidad de productos que se comprarán y entregarán. Cantidades insuficientes ocasionarán periodos de desabastecimiento que afectan la atención de los pacientes; cantidades excesivas producirán sobre existencias, vencimiento, deterioro y uso inadecuado de los recursos financieros disponibles¹. Una buena estimación y programación requiere de una información exacta y completa, un método lo suficientemente predictivo del consumo futuro y un personal entrenado y con experiencia en el suministro local de medicamentos e insumos sanitarios.

El SUGEMI establece que el proceso de estimación y programación de necesidades es una actividad que deberá realizarse anualmente y será responsabilidad de los Servicios Regionales

¹ *Manual de Estimación y Programación de medicamentos e insumos*. 2011. Serie de documentos del Sistema Único de Gestión de Medicamentos e Insumos (Santo Domingo: Ministerio de Salud Pública).

de Salud en coordinación con los Programas de Salud Colectiva². En julio de 2012, la Unidad Nacional de Gestión de Medicamentos e Insumos (UNGM) de la Dirección de Desarrollo y Fortalecimiento de los Servicios Regionales de Salud (DDF-SRS), coordinó un ejercicio para la estimación y programación de necesidades de medicamentos e insumos de VIH y tuberculosis (TB) para la compra en el año 2013. Esta programación incluyó medicamentos para el control de la TB, medicamentos antirretrovirales (ARV) de adultos y pediátricos, insumos para el control de la transmisión materno-infantil, pruebas de tamizaje e insumos diagnósticos de DNA-PCR.

Este informe de avance contiene los resultados de la estimación y programación de los medicamentos ARV de adultos (incluidos los de las embarazadas en ARV) para la compra en el 2013. Enfatiza en datos y análisis financieros debido a que era una prioridad para el Ministerio de Salud conocer los fondos nacionales que son requeridos para satisfacer la demanda nacional, considerando la reducción en los recursos de donación del Fondo Mundial de lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria (Fondo Mundial). Los resultados de la estimación y programación de los demás medicamentos e insumos de VIH y TB se incluirían en el informe técnico de la programación de medicamentos e insumos médicos para la compra del 2013³.

OBJETIVOS

- Estimar las necesidades y programar las adquisiciones de medicamentos ARV en el 2013 para adultos que acuden a los servicios de salud de la red pública en República Dominicana.
- Conocer la brecha financiera a ser cubierta con recursos nacionales para satisfacer la demanda nacional, considerando la reducción en los recursos de donación del Fondo Mundial.

METODOLOGÍA

El proceso se dividió en tres etapas:

- 1. Acopio de información.** Se obtuvo información sobre despachos y existencias en el almacén central de YOBEL⁴ y almacenes regionales; compras en progreso y fecha estimada de arribo; registro histórico de casos y casos esperados por esquemas para el año de programación; esquemas de tratamiento usado en los últimos tres años. Esta información fue suministrada por la Dirección General de Control de Infecciones de Transmisión Sexual y SIDA (DIGECITSS) y el Consejo Nacional del VIH y el SIDA (CONAVIHSIDA).

² *Procedimiento operativo de Estimación y Programación de medicamentos e insumos*. 2011. Serie de documentos del Sistema Único de Gestión de Medicamentos e Insumos (Santo Domingo: Ministerio de Salud Pública).

³ Se espera su publicación en octubre de 2013.

⁴ YOBEL Supply Chain Management es la empresa especializada en cadenas de suministros que realiza la gestión de almacén de los ARV a nivel central.

- 2. Taller de programación.** Con la asistencia técnica del programa Sistemas para Mejorar el Acceso a Productos y Servicios Farmacéuticos (SIAPS) y el apoyo financiero de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) y el Fondo Mundial/CONAVIHSIDA, la UNGM realizó un taller de estimación y programación de medicamentos e insumos de VIH a mediados del mes de julio del 2012. Durante el encuentro, técnicos o técnicas del Ministerio de Salud, CONAVIHSIDA y SIAPS revisaron la información disponible y completaron las matrices de estimación estandarizadas, siguiendo la metodología del SUGEMI⁵.

El método de estimación utilizado fue el de morbilidad o perfil epidemiológico. El manual de estimación y programación del SUGEMI orienta en el uso de este método para el cálculo medicamentos e insumos sanitarios de los programas de control de enfermedades como TB, malaria y VIH y SIDA⁶ a partir del número de casos que se espera atender. Para la proyección del número de casos por esquemas esperados para el 2013, se usó la información de los dos últimos años facilitada por la DIGECITSS. Con el número histórico de casos por cada uno de los esquemas se elaboró un gráfico que permitió identificar la línea de tendencia ascendente, descendente o lineal. Si el resultado de los gráficos mostraba un número de casos por esquema con una tendencia ascendente o descendente, se utilizó el método matemático de regresión lineal o ajuste lineal simple para proyectar el número de casos estimados para el periodo de programación. Si el comportamiento de los casos por esquema era lineal u horizontal se utilizó el promedio. Los resultados fueron comparados y ajustados con las estimaciones del informe de *Estimaciones y Proyecciones Nacionales de la Prevalencia y Carga de Enfermedad en República Dominicana del 2011*.

El número estimado de casos por esquema se multiplicó por la cantidad de medicamentos o insumos sanitarios necesarios para su tratamiento, obteniéndose la necesidad estimada. Para determinar las cantidades de medicamentos e insumos a ser adquiridos, se efectuaron ajustes a las estimaciones, considerando las existencias en los almacenes, las compras pendientes de ingreso, la capacidad de almacenamiento, el tiempo que tardan las compras y los niveles de stock de seguridad establecidos. La identificación de los esquemas y medicamentos prioritarios, según mayor consumo, se realizó a través del método de priorización del ABC o ley de Pareto. Para el cálculo de estimación y programación se emplearon las siguientes formulas:

Fórmula para estimar necesidades:

Estimación de necesidades =

Número de pacientes o atenciones × Cantidad de medicamentos por tratamiento

Fórmula programación:

Requerimiento final =

Necesidad estimada + Stock de seguridad – Stock al inicio del periodo de programación

⁵ *Manual de Estimación y Programación de medicamentos e insumos, op. cit.*

⁶ *Ibid.*

- 3. Validación y ajustes con actores claves.** Luego de concluir las matrices preliminares de programación con la necesidad nacional de ARV de adultos para la compra del 2013, la UNGM realizó una reunión de validación y ajustes con la presencia de la DIGECITSS, CONAVIHSIDA y el apoyo de SIAPS/MSH. Durante la reunión se presentaron los resultados de la programación y se incorporó a la matriz la información financiera para la adquisición de ARV de adultos para el 2013 con recursos del Fondo Mundial/CONAVIHSIDA. La diferencia entre los costos totales para la compra de ARV de acuerdo a la demanda proyectada y los recursos de donación del Fondo Mundial, permitió establecer la *brecha financiera* que debe ser cubierta con recursos nacionales.

El resultado de este análisis fue entregado a las autoridades para fines de la toma de decisión en el corto plazo.

RESULTADOS

El programa nacional reporta el uso de 72 esquemas terapéuticos en el 2012⁷. Para fines de la programación, se usaron los esquemas que reportaban al menos un caso en los 12 meses anteriores al ejercicio de programación. El total de esquemas incluidos fueron 54, incluyendo combinaciones de las diferentes líneas de tratamiento: primera línea, segunda línea y rescate. La cantidad de casos por esquemas reportados para los años 2011 y 2012 fueron suministrados por el Programa de Atención Integral de la DIGECITSS.

Para el 2013 se estima la necesidad total de ARV en adultos de 15 a 49 años en 23.000 casos⁸. El Programa Nacional para Prevención de la Transmisión Materna Infantil del VIH (PTMI) estima que 1.616 embarazadas seropositivas se captaran para el 2013, para un total de personas que viven con el VIH/SIDA (PVVS) que requerirán ARV de aproximadamente 24.616 casos. El PTMI establece que las embarazadas seropositivas reciban ARV en una etapa temprana de su embarazo. En función de esto, el PTMI estableció que un 15% (225) del total de embarazadas recibirán una dosis de nevirapina + 15 días de zidovudina/lamivudina (colita); mientras que el 50% (637) de las embarazadas restantes se incluirán en esquemas de zidovudina/lamivudina + lopinavir/ritonavir y 50% (695) con lamivudina/tenofovir + efavirenz.

El resultado de este ejercicio evidencia que aproximadamente 7.980 (33,36%) de los casos esperados usarán la primera opción terapéutica dentro de los esquemas de primera línea establecidos por la DIGECITSS: zidovudina 300 mg/lamivudina 150 mg/nevirapina 200 mg bajo la presentación de combinación a dosis fija (CDF). Unos 6.316 (26,40%) casos usarán la segunda opción terapéutica dentro de la primera línea de tratamiento: zidovudina/lamivudina 300 mg/150 mg en CDF + efavirenz 600 mg en mono-fármaco. Aproximadamente 5.160 (20,69%) usarán lamivudina 150 mg/tenofovir 300 mg en CDF + efavirenz 600 mg en mono-fármaco. El

⁷ Cuadro de asignación de medicamentos ARV bimestre junio-julio 2012. Unidad Nacional de Medicamentos/REDES, UCAI/DIGECITSS.

⁸ ONUSIDA, DIGECITSS, CONAVIHSIDA y Ministerio de Salud de la Republica Dominicana. *Informe de Estimaciones y Proyecciones Nacionales de Prevalencia de VIH y Carga de Enfermedad, República Dominicana, 2011.*

esquema con zidovudina 300 mg /lamivudina 150 mg en CDF + lopinavir 200 mg/ritonavir 50 mg en CDF presenta un total de 1.937 (7,77%) casos para el 2013. Un total de 19.456 (78,67%) de los casos esperados para el 2013, se encontrarán dentro de los esquemas de primera línea de tratamiento.

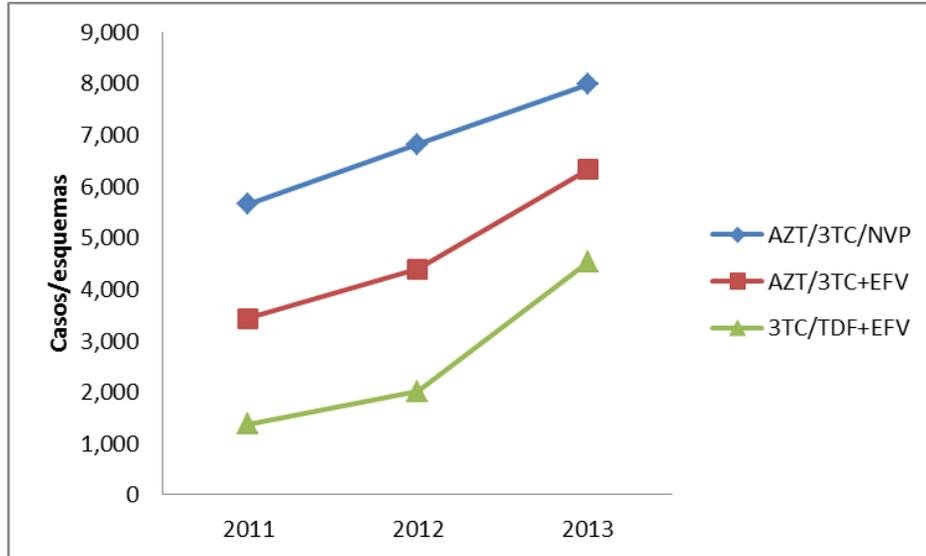


Gráfico 1. Tendencia proyectada de consumo para esquemas de primera línea en 2013

El análisis de ABC o Pareto, refleja que el 85% de los casos usarán los primeros cuatro esquemas de tratamiento, incluyendo primera y segunda línea, desagregándose en cinco medicamentos: zidovudina 300 mg/lamivudina 150mg/nevirapina 200 mg en CDF; zidovudina 300 mg/lamivudina 150 mg en CDF + efavirenz 600 mg en mono-fármaco; lamivudina 150 mg/tenofovir 300 mg en CDR + lopinavir 200 mg/ritonavir 50 mg en CDF. Mientras que el 97% de los casos usarán los primeros siete esquemas, incluyendo primera y segunda línea de tratamiento, desagregándose en ocho medicamentos.

La combinación de lamivudina/tenofovir presenta un incremento de un 61% en comparación con los casos reportados en el 2012, debido a que la DIGECITSS estableció que una proporción de embarazadas con VIH y todos los casos que se encuentran en esquemas con estavudina deberán migrar hacia combinaciones de tenofovir/lamivudina + efavirenz para finales del 2012 e inicios del 2013. El esquema de zidovudina/lamivudina + lopinavir/ritonavir presenta un incremento de 39% en comparación con el 2012, debido a que una proporción menor de embarazadas VIH usarán esta combinación.

Tabla 1. Requerimiento porcentual acumulado 2011-2013

| Esquemas | Número de casos junio 2011 | Número de casos junio 2012 | Número de casos junio 2013 | Pareto | Porcentaje de casos 2013 | |
|------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|--------|--------------------------|---|
| | 13,160 | 16,543 | 24,940 | | | |
| AZT/3TC/NVP | 5,648 | 6,814 | 7,980 | 32.00% | 32.00% | A |
| AZT/3TC+EFV | 3,421 | 4,386 | 6,316 | 25.32% | 57.32% | A |
| 3TC/TDF+EFV | 1,379 | 2,009 | 5,160 | 20.69% | 78.01% | A |
| AZT/3TC+LOP/RTV | 982 | 1,173 | 1,937 | 7.77% | 85.78% | A |
| 3TC/TDF+LOP/RTV | 556 | 832 | 1,470 | 5.89% | 91.67% | B |
| ABC+DDI+LOP/RTV | 530 | 508 | 486 | 1.95% | 93.62% | B |
| 3TC/TDF+NVP | 198 | 220 | 879 | 3.52% | 97.15% | C |
| 3TC/ABC+EFV | 116 | 146 | 176 | 0.71% | 97.85% | C |
| TDF+ABC+LOP/RTV | 94 | 127 | 160 | 0.64% | 98.49% | C |
| 3TC+ABC+LOP/RTV | 92 | 86 | 80 | 0.32% | 98.81% | C |
| 3TC/ABC+NVP | 33 | 49 | 65 | 0.26% | 99.07% | C |
| ABC+TDF+ EFV | 21 | 33 | 45 | 0.18% | 99.25% | C |
| 3TC+DDI+LOP/RTV | 14 | 17 | 23 | 0.09% | 99.35% | C |
| 3TC + ABC + TDF +LPV/r | 0 | 16 | 16 | 0.06% | 99.41% | C |
| 3TC + DDI + EFV | 18 | 15 | 15 | 0.06% | 99.47% | C |
| TDF+DDI+LOP/RTV | 11 | 13 | 15 | 0.06% | 99.53% | C |
| 3TC/TDF+ATV + RTV | 3 | 12 | 14 | 0.06% | 99.59% | C |
| 3TC+DDI+NVP | 3 | 12 | 21 | 0.08% | 99.67% | C |
| DDI+ABC+EFV | 9 | 12 | 15 | 0.06% | 99.73% | C |
| 3TC/TDF+ATV+ RTV | 3 | 7 | 11 | 0.04% | 99.78% | C |
| 3TC/TDF + DDI + LPV/r | 0 | 6 | 6 | 0.02% | 99.80% | C |
| 3TC/TDF+DRV | 0 | 5 | 5 | 0.02% | 99.82% | C |
| ABC + TDF + EFV + LPV/ | 0 | 5 | 5 | 0.02% | 99.84% | C |
| AZT/3TC+ATV + RTV | 8 | 9 | 9 | 0.04% | 99.88% | C |
| DDI+ABC+ATV + RTV | 4 | 4 | 4 | 0.02% | 99.89% | C |
| TDF+ABC+ATV+RTV | 1 | 4 | 4 | 0.02% | 99.91% | C |
| 3TC + ABC+DDI + LPV/r | 0 | 3 | 3 | 0.01% | 99.92% | C |
| EFV + LPV/r | 0 | 3 | 3 | 0.01% | 99.93% | C |
| TDF+ABC+NVP | 5 | 3 | 3 | 0.01% | 99.94% | C |
| 3TC/ABC+TDF | 2 | 2 | 2 | 0.01% | 99.95% | C |
| AZT+ABC +LOP/RTV | 0 | 2 | 2 | 0.01% | 99.96% | C |
| 3TC/ABC+ATV+RTV | 0 | 1 | 1 | 0.00% | 99.96% | C |
| 3TC/AZT + ABC + ATV+ R | 0 | 1 | 1 | 0.00% | 99.97% | C |
| 3TC/AZT + ABC + LPV/r | 0 | 1 | 1 | 0.00% | 99.97% | C |
| 3TC/AZT + ABC + RIT | 0 | 1 | 1 | 0.00% | 99.98% | C |
| 3TC/AZT + EFV + LPV/r | 0 | 1 | 1 | 0.00% | 99.98% | C |
| 3TC/AZT + TDF + LPV/r | 0 | 1 | 1 | 0.00% | 99.98% | C |
| 3TC+DDI+ATV+RTV | 2 | 1 | 1 | 0.00% | 99.99% | C |
| DDI + ABC + EFV +LPV/r | 0 | 1 | 1 | 0.00% | 99.99% | C |
| DDI+TDF/3TC | 0 | 1 | 1 | 0.00% | 100.00% | C |
| TDF+DDI+ATV + RTV | 1 | 1 | 1 | 0.00% | 100.00% | C |

Nota: ABC = abacavir; ATV = atazanavir; AZT = zidovudina; DDI = didanosina; EFV = efavirenz; LOP/RTV = loperamida/ritonavir; LPV/r = lopinavir/ritonavir; NVP = nevirapina; RTV = ritonavir; 3TC = lamivudina; TDF = tenofovir.

Para la obtención del total de frascos para cada uno de los ARV a ser utilizados, se tomaron los esquemas de mayor consumo proyectados al 2013 y se les desagregaron en los medicamentos que conforman las diferentes combinaciones, obteniéndose un total de 13 medicamentos. Se procedió a multiplicar el número de frascos que requiere un PVVS por un periodo de un año por el número de casos proyectados que consumirán ese fármaco para obtener el total de frascos estimados por cada uno de los medicamentos que se consumirán en el 2013.

Los ajustes a las necesidades estimadas de medicamentos, se realizaron considerando las existencias en almacén central, compras pendientes o en proceso, tiempo de entrega del proveedor y stock de seguridad. Se calculó la disponibilidad en meses de medicamentos en el almacén central⁹ y de los ingresos pendientes, en función del consumo proyectado al 2013, obteniéndose que el 38% (5/13) de los ARV se encontraban con stock cero o igual a un mes de consumo y 46% (6/13) con una disponibilidad mayor o igual a seis meses en el almacén central. El promedio de disponibilidad en meses de los medicamentos con ingresos pendientes fue de tres meses de consumo (tabla 2). Los meses de disponibilidad de lamivudina presentan un sobre-stock de más de 50 meses de consumo y se evidencia un stock de más de 7 meses de consumo de estavudina, la cual debería ir disminuyendo su uso.

Tabla 2. Disponibilidad de medicamentos en almacén central y en ingresos pendientes

| Producto | Ingresos pendientes | | Consumo promedio mensual proyectado 2013 | Disponibilidad en meses según almacén central | Disponibilidad en meses con ingresos pendientes |
|----------------------------------|--|----------------|--|---|---|
| | Stock almacenes centrales (21/09/2012) | Stock regiones | | | |
| Lamivudina/Zidovudina/Nevirapina | 124,224 | | 7,980 | 15.6 | 0.0 |
| Lamivudina | 14,262 | | 159 | 89.7 | 6.3 |
| Lamivudina/Abacavir | 427 | | 244 | 1.8 | 1.4 |
| Lamivudina/Zidovudina | 65,182 | | 8,267 | 7.9 | 0.0 |
| Lamivudina/Tenofovir | 6,098 | | 7,546 | 0.8 | 1.2 |
| Abacavir | 9,552 | | 827 | 11.6 | 3.4 |
| Atazanavir/ritonavir | 48 | | 46 | 1.0 | 6.8 |
| Zidovudina | 0 | | 2 | 0.0 | 0.0 |
| Estavudina | 809 | | 0 | 0.0 | 0.0 |
| Estavudina/Lamivudina | 9,782 | | 1,329 | 7.4 | 0.0 |
| Estavudina/Lamivudina/Nevirapina | 0 | | 1,254 | 0.0 | 0.0 |
| Didanosina | 8,461 | | 592 | 14.3 | 0.0 |
| Efavirenz | 12 | | 11,737 | 0.0 | 8.0 |
| Lopinavir/Ritonavir | 40,328 | | 4,210 | 9.6 | 0.0 |
| Nevirapina | 734 | | 968 | 0.8 | 0.0 |
| Ritonavir | 213 | | 47 | 4.5 | 6.7 |
| Tenofovir | 0 | | 252 | 0.0 | 9.9 |

⁹ De acuerdo al promedio de los despachos efectuados por el almacén central a las unidades de atención durante los 12 meses anteriores al ejercicio de programación.

Otras de las variables usadas en los ajustes de la programación, fue la inclusión de un stock de seguridad de 9 meses que considera la virtual ausencia de stock de seguridad al momento de la programación, la limitada predictibilidad en los flujos de recursos del Estado y los desembolsos de las agencias donantes, y las variaciones en los tiempos de entrega de los proveedores. La programación consideró entonces, 12 meses de consumo de acuerdo a la demanda proyectada + 9 meses de stock de seguridad, para un total de 21 meses. Siguiendo estos criterios, la tabla 3 muestra el requerimiento nacional de medicamentos ARV de adultos que deberán ser adquiridos para el 2013 por diferentes fuentes de financiamiento.

Con las cantidades de ARV obtenidas como requerimiento final, se procedió a realizar un análisis de las cantidades a ser financiadas por el Fondo Mundial en el 2013 y la *brecha* –financiera y en unidades– que debe ser cubierta con recursos nacionales. Al total de ARV requeridos para el 2013 se restó la cantidad de medicamentos que CONAVIHSIDA, a través del Fondo Mundial, deberá adquirir en el año 5 de la donación (junio 2013). La diferencia es la cantidad (*brecha*) que deberá ser gestionada por el Ministerio de Salud Pública u otra fuente de financiamiento.

El 46% (6/13) de los medicamentos ARV de mayor consumo, programados para ser adquiridos por el Fondo Mundial en el año 5, suplirán aproximadamente el 50% o menos de la necesidad nacional, mientras que el 38% (5/13) cubrirían el 80% al 100% de la necesidad nacional para el 2013. En la tabla 3, se muestra que el CONAVIHSIDA, a través de la donación del Fondo Mundial, programó el 22% de la necesidad nacional de lamivudina/tenofovir en CDF, siendo este la opción terapéutica a los que los PVVS en estavudina deberán migrar para finales del 2012 y principios del 2013, quedando una brecha de aproximadamente 78% de unidad sin cubrir. La tabla muestra que 25,100 frascos de la CDF de tenofovir/lamivudina/nevirapine (destacado en amarillo) fue programada para ser adquirido en el 2012 por el CONAVIHSIDA a través de la donación del Fondo Mundial; sin embargo el programa nacional solicitó –a mediados de este año– la exclusión del plan de compras de dicho fármaco por presentar datos de intolerancia en la población de PVVS.

Tabla 3. Unidades requeridas al 2013 por distintas fuentes de financiamiento

| Producto | Programación | | | | |
|----------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------------|--------------------|--------|--------------------------|
| | Requerimiento final 2013 nacional | Requerimientos-Unidades por donante | | | |
| Nombre del medicamento | | | MSP u otro donante | % | Fondo mundial para año 5 |
| Lamivudina/Zidovudina/Nevirapina | 99,216 | 19,188 | 19% | 80,028 | 81% |
| Lamivudina | 0 | 0 | 0% | 12,740 | 0% |
| Lamivudina/Abacavir | 5,124 | 2,458 | 48% | 2,666 | 52% |
| Lamivudina/Zidovudina | 158,027 | 94,223 | 60% | 63,804 | 40% |
| Lamivudina/Tenofovir | 158,466 | 124,006 | 78% | 34,460 | 22% |
| Abacavir | 9,941 | 0 | 0% | 11,293 | 114% |
| Atazanavir/ritonavir | 880 | 321 | 36% | 559 | 64% |
| Zidovudina | 42 | 0 | 0% | 71 | 169% |
| Estavudina | 0 | 0 | 0% | 0 | 0% |
| Estavudina/Lamivudina | 0 | 0 | 0% | 0 | 0% |
| Estavudina/Lamivudina/Nevirapina | 0 | 0 | 0% | 0 | 0% |
| Didanosina | 7,523 | 0 | 0% | 9,498 | 126% |
| Efavirenz | 222,962 | 142,018 | 64% | 80,944 | 36% |
| Lopinavir/Ritonavir | 73,342 | 32,363 | 44% | 40,979 | 56% |
| Nevirapina | 20,328 | 17,636 | 87% | 2,692 | 13% |
| Ritonavir | 742 | 183 | 25% | 559 | 75% |
| Tenofovir | 4,304 | 0 | 0% | 13,562 | 315% |
| Tenofovir/Lamivudina/Nevirapina | 0 | 0 | 0% | 25,100 | 0% |

Conforme a los criterios de programación descritos, el requerimiento valorizado de medicamentos ARV de adultos –incluyendo embarazadas– para la compra de 760,897 unidades en el 2013 es de USD 7,725,916. El 43% (378.955 unidades) fueron programadas por el CONAVIHSIDA para su adquisición con recursos del Fondo Mundial. Esta cantidad corresponde al 52% del presupuesto requerido para cubrir la compra del 2013. Por diferencia, el número de unidades a ser cubiertas con fondos nacionales (u otra fuente de financiamiento) es de 432.396 (57%), a un costo de USD 3,809,865. Esto corresponde al 48% del presupuesto requerido para la compra del 2013 (tabla 4).

Tabla 4. Requerimiento valorizado y fuente de financiamiento

| Producto | Programación | | | | | | Requerimiento nacional 2013 valorizado USD | Requerimiento MSP valorizado USD | Requerimiento Fondo Mundial valorizado USD |
|----------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------------|-----|--------------------------|------|-----------------|--|----------------------------------|--|
| | Requerimiento final 2013 nacional | Requerimientos-Unidades por donante | | | | Precio unitario | | | |
| Nombre del medicamento | | MSP u otro donante | % | Fondo Mundial para año 5 | % | | | | |
| Lamivudina/Zidovudina/Nevirapina | 99,216 | 19,188 | 19% | 80,028 | 81% | 10.20 | \$ 1,012,003.20 | \$ 195,717.60 | \$ 816,285.60 |
| Lamivudina | 0 | 0 | 0% | 12,740 | 0% | 2.03 | \$ 25,862.20 | \$ - | \$ 25,862.20 |
| Lamivudina/Abacavir | 5,124 | 2,458 | 48% | 2,666 | 52% | 22.00 | \$ 112,728.00 | \$ 54,076.00 | \$ 58,652.00 |
| Lamivudina/Zidovudina | 158,027 | 94,223 | 60% | 63,804 | 40% | 7.90 | \$ 1,248,413.30 | \$ 744,361.70 | \$ 504,051.60 |
| Lamivudina/Tenofovir | 158,466 | 124,006 | 78% | 34,460 | 22% | 7.45 | \$ 1,180,571.70 | \$ 923,844.70 | \$ 256,727.00 |
| Abacavir | 9,941 | 0 | 0% | 11,293 | 114% | 14.47 | \$ 143,846.27 | \$ - | \$ 163,409.71 |
| Atazanavir/ritonavir | 880 | 321 | 36% | 559 | 64% | 27.50 | \$ 24,200.00 | \$ 8,827.50 | \$ 15,372.50 |
| Zidovudina | 42 | 0 | 0% | 71 | 169% | 6.65 | \$ 279.30 | \$ - | \$ 472.15 |
| Estavudina | 0 | 0 | 0% | 0 | 0% | 0.00 | \$ - | \$ - | \$ - |
| Estavudina/Lamivudina | 0 | 0 | 0% | 0 | 0% | 0.00 | \$ - | \$ - | \$ - |
| Estavudina/Lamivudina/Nevirapina | 0 | 0 | 0% | 0 | 0% | 0.00 | \$ - | \$ - | \$ - |
| Didanosina | 7,523 | 0 | 0% | 9,498 | 126% | 20.00 | \$ 150,460.00 | \$ - | \$ 189,960.00 |
| Efavirenz | 222,962 | 142,018 | 64% | 80,944 | 36% | 5.50 | \$ 1,226,291.00 | \$ 781,099.00 | \$ 445,192.00 |
| Lopinavir/Ritonavir | 73,342 | 32,363 | 44% | 40,979 | 56% | 32.65 | \$ 2,394,616.30 | \$ 1,056,651.95 | \$ 1,337,964.35 |
| Nevirapina | 20,328 | 17,636 | 87% | 2,692 | 13% | 2.49 | \$ 50,616.72 | \$ 43,913.64 | \$ 6,703.08 |
| Ritonavir | 742 | 183 | 25% | 559 | 75% | 7.50 | \$ 5,565.00 | \$ 1,372.50 | \$ 4,192.50 |
| Tenofovir | 4,304 | 0 | 0% | 13,562 | 315% | 5.80 | \$ 24,963.20 | \$ - | \$ 78,659.60 |
| Tenofovir/Lamivudina/Nevirapina | 0 | 0 | 0% | 25,100 | 0% | 5.00 | \$ 125,500.00 | \$ - | \$ 125,500.00 |
| | 760,897 | 432,396 | 57% | 378,955 | 43% | USD \$ | 7,725,916.19 | \$ 3,809,864.59 | \$ 4,029,004.29 |
| | | | | | | RD\$ | 301,310,731.41 | RD\$ 148,584,719.01 | RD\$ 157,131,167.31 |

48%

52%

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

El SUGEMI ha establecido una metodología estandarizada de estimación y programación de la compra anual de medicamentos e insumos para los programas de control de enfermedades. Esta ha permitido analizar tendencias y obtener resultados importantes para la toma de decisión en el corto plazo, con base en las informaciones que reportaron los Servicios de Atención Integral al Programa Nacional y que actualmente están disponibles.

El requerimiento presupuestario para la compra de medicamentos ARV de adultos en el 2013 es de USD 7,725,916. Esta cifra incluye los recursos a ser aportados por el Fondo Mundial que ascienden a USD 4,029,004. La brecha financiera a ser cubierta con recursos nacionales (u otra fuente de donación) es de USD 3,809,865 para cubrir el 48% de los requerimientos de compra. Estos montos permitirían adquirir medicamentos ARV para los casos adultos, incluyendo embarazadas, proyectados para 12 meses y agregar un stock de seguridad (equivalente a 9 meses de consumo) que evite los desabastecimientos que se han presentado repetidamente hasta la fecha. La estimación considera un incremento significativo en el uso de medicamentos como el tenofovir/lamivudina, efavirenz y lopinavir/ritonavir en comparación con años anteriores. Estos dos últimos (efavirenz y lopinavir/ritonavir) debido a su alto costo contribuyen a un aumento considerable del presupuesto, en comparación al plan de compras del CONAVIHSIDA. Se recomienda establecer los controles, basados en criterios de uso racional y apego a los protocolos, para la prescripción de medicamentos de alto costo.

Las autoridades deberán de proceder a identificar mecanismos de financiamiento para cubrir la totalidad de la brecha financiera para el 2013. Se deberá proceder a adquirir con carácter de urgencia, los medicamentos ARV que posean stock cero o menor a tres meses de consumo en el almacén central y/o estén pendientes de ingreso. Se recomienda identificar el financiamiento para la adquisición –en las cantidades estimadas en la tabla 3– de los cinco medicamentos ARV de mayor consumo que serán usados por el 91% de los casos proyectados para el 2013. Esta alternativa –cuyo requerimiento financiero se estima en aproximadamente USD 1.9 millones– garantizaría el abastecimiento de ARV en la red de servicios por un mayor periodo de tiempo y contribuirá al acceso de la mayoría de las PVVS que reciben atención en la red pública de servicios.

Se recomienda ampliar el análisis de la brecha financiera, incluyendo en las estimaciones casos pediátricos, insumos para la trasmisión materna-infantil e insumos diagnósticos para el periodo de programación. La logística de almacenamiento y distribución de las compras de emergencia y las programadas para el 2013 deberá trasladarse a la UNGM de la DDF-SRS, como lo establece la reforma del sector salud y los procedimientos operativos del SUGEMI.

Se recomienda una revisión para el mes de marzo del 2013 de las proyecciones para dar seguimiento al comportamiento del incremento de la entrada de nuevos casos como se ha estimado en este ejercicio.

Adicionalmente, en vista de las implicaciones y el impacto al desarrollo de los planes de adquisiciones y la gestión de la sostenibilidad que ha presentado este informe, debemos resaltar la importancia de mejorar los procedimientos regulares de procesamiento y análisis de los reportes desde los centros de salud, así como realizar o eficientizar la auditoría de la calidad de los datos de dichos reportes, desde la DIGECITSS y el nivel intermedio desconcentrado, conjuntamente con la gerencia de los servicios de salud, hasta las fuentes primarias actualmente existentes en los Servicios de Atención Integral, desde donde se generan las informaciones que se requieren para poder proyectar las necesidades de medicamentos e insumos para la prestación de estos servicios. Esto permitiría asegurar la calidad de los reportes y mejorar la asertividad de las conclusiones y recomendaciones con base en este tipo análisis y proyecciones para el futuro.