Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

Dirección General de Estudios de Posgrado
Facultad de Farmacia y Bioquímica
Unidad de Posgrado

Acceso a medicamentos a través de la implementación de las boticas públicas Farmaminsa, 2024

TRABAJO ACADÉMICO

Para optar el Título de Segunda Especialidad Profesional en Políticas y Regulación Farmacéutica

AUTOR

Carlita Sonia CLAUDIO ROJAS

ASESOR

Mg. Alfredo Alonzo CASTILLO CALLE
Moisés Eliseo MENDOCILLA RISCO (Coasesor)

Lima - Perú

2026



Reconocimiento - No Comercial - Compartir Igual - Sin restricciones adicionales

https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/

Usted puede distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir del documento original de modo no comercial, siempre y cuando se dé crédito al autor del documento y se licencien las nuevas creaciones bajo las mismas condiciones. No se permite aplicar términos legales o medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otros a hacer cualquier cosa que permita esta licencia.

Referencia bibliográfica

Claudio C. Acceso a medicamentos a través de la implementación de las boticas públicas Farmaminsa, 2024 [Trabajo académico de segunda especialidad]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Farmacia y Bioquímica, Unidad de Posgrado; 2026.

Metadatos complementarios

Datos de autor	
Nombres y apellidos	Carlita Sonia Claudio Rojas
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	42207856
URL de ORCID	https://orcid.org/0000-0002-9054-6968
Datos de asesor	
Nombres y apellidos	Alfredo Alonzo Castillo Calle
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	09137475
URL de ORCID	https://orcid.org/0000-0001-9423-1464
Datos de coasesor	
Nombres y apellidos	Moisés Eliseo Mendocilla Risco
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	18078877
URL de ORCID	https://orcid.org/0000-0003-4729-9022
Datos del jurado	
Presidente del jurado	
Nombres y apellidos	Mario Carhuapoma Yance
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	28297248
Miembro del jurado 1	
Nombres y apellidos	Alfredo Alonzo Castillo Calle

Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	09137475
Miembro del jurado 2	
Nombres y apellidos	Erica Yukiko Nishihara
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	07296058
Miembro del jurado 3	
Nombres y apellidos	José Fidel Jáuregui Maldonado
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	06960780
Datos de investigación	
Línea de investigación	No aplica
Grupo de investigación	No aplica
Agencia de financiamiento	Sin financiamiento.
Ubicación geográfica de la investigación	País: Perú Departamento: Lima Provincia: Lima Distrito: Lima Latitud: -12.056445 Longitud: -77.085994 Latitud: -11.77453 Longitud: -76.98543
Año o rango de años en que se realizó la investigación	2025
URL de disciplinas OCDE	Farmacología, Farmacia https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.01.05 Políticas de salud, Servicios de salud https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.03.02 Administración pública https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#5.06.02

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América
Facultad de Farmacia y Bioquímica
Unidad de Posgrado

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TRABAJO ACADÉMICO PARA OPTAR AL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN POLÍTICAS Y REGULACIÓN FARMACÉUTICA

Siendo las **08:30 hrs. del 14 de julio de 2026** se reunieron en el auditorio de la Unidad de Posgrado de la Facultad de Farmacia y Bioquímica de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, el Jurado de trabajo académico, presidido por el Dr. Mario Carhuapoma Yance e integrado por los siguientes miembros: Mg. Alfredo Alonzo Castillo Calle (asesor), Mg. Erica Yukiko Nishihara y el Mg. José Fidel Jáuregui Maldonado; para la sustentación oral y pública del trabajo académico intitulada: **"ACCESO A MEDICAMENTOS A TRAVÉS DE LA IMPLEMENTACIÓN DE LAS BOTICAS PÚBLICAS FARMAMINSA, 2024"**, presentado por la Q.F. **Carlita Sonia Claudio Rojas.**

Acto seguido se procedió a la exposición del trabajo académico, con el fin de optar al Título de Segunda Especialidad Profesional en **Políticas y Regulación Farmacéutica.** Formuladas las preguntas, éstas fueron absueltas por la graduanda.

A continuación, el Jurado de trabajo académico procedió a la calificación, la que dio como resultado el siguiente calificativo:

18 (dieciocho) Muy bueno

Luego, el Presidente del Jurado recomienda que la Facultad proponga que se le otorgue a la Q.F. **Carlita Sonia Claudio Rojas**, el título de la Segunda Especialidad Profesional en **Políticas y Regulación Farmacéutica.**

Se extiende el acta en Lima, a las 09:40 hrs. del 14 de julio de 2026

Dr. Mario Carhuapoma Yance (P. P. T.C.)
Presidente

Mg. Alfredo Alonzo Castillo Calle (P. Aux, T.P.)
Miembro - Asesor

Mg. Erica Yukiko Nishihara (P. Aux, T.C.)
Miembro

Mg. José Fidel Jáuregui Maldonado (P. Asoc, T.C.)
Miembro

Observaciones:

.....

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE
SAN MARCOS
Universidad del Perú, Decana de América

Anexo 1

CERTIFICADO DE SIMILITUD

Yo, Mg. Alfredo Alonzo Castillo Calle, en mi condición de asesor acreditado con el Dictamen N° 00007/FFB-UPG/2025 de la tesis, cuyo título es: **ACCESO A MEDICAMENTOS A TRAVÉS DE LA IMPLEMENTACIÓN DE LAS BOTICAS PÚBLICAS FARMAMINSA, 2024**, presentado por la Q.F. **Carlita Sonia Claudio Rojas**, para optar al Título de la Segunda Especialidad Profesional en Políticas y Regulación Farmacéutica, CERTIFICO que se ha cumplido con lo establecido en la Directiva de Originalidad y de Similitud de Trabajos Académicos, de Investigación y Producción Intelectual. Según la revisión, análisis y evaluación mediante la plataforma PIDS, el documento evaluado cuenta con el **09 %** de similitud, nivel PERMITIDO para continuar con los trámites correspondientes y para su **publicación en el repositorio institucional.**

Se emite el presente certificado en cumplimiento de lo establecido en las normas vigentes, como uno de los requisitos para la obtención del Título de la Segunda Especialidad Profesional en Políticas y Regulación Farmacéutica de la Unidad de Posgrado de la Facultad de Farmacia y Bioquímica.

Lima, 19 de julio de 2026



Firma del asesor
Mg. Alfredo Alonzo Castillo Calle
DNI: 09137475

* Según corresponda: bachiller, magíster, doctor; título profesional o título de segunda especialidad

La vigencia del presente certificado corresponde a un período de noventa (90) días desde la fecha de su emisión; siempre que no haya observaciones en el texto durante el proceso de revisión por el jurado informante o surja alguna contingencia.

Dedicatoria

A Dios, por darme la vida, un poco de salud y bendecirme con un trabajo y una familia.

A mi mamá, porque sin ella no sería nada. Gracias a su exigencia y a todo el sacrificio que ha hecho por mí, hoy puedo ser alguien en la vida.

A los profesionales de la salud, que día a día hacen lo posible por brindar una atención adecuada y oportuna a los pacientes, muchas veces sin contar con los recursos necesarios, especialmente en el sector público.

A todas las endoguerreras, que luchan día a día contra el dolor de una enfermedad invisible, pero profundamente real, que afecta su calidad de vida, su fertilidad y su salud. Muchas veces incomprendidas, pero siempre fuertes, con la esperanza de que pronto exista un tratamiento definitivo.

Agradecimiento

Un agradecimiento muy especial al Dr. Moisés Eliseo Mendocilla Risco, mi coasesor, por su permanente disposición, orientación y apoyo incondicional a lo largo del desarrollo de este trabajo. Asimismo, por su constante motivación, ya que en momentos en los que no tenía la intención de continuar, sus palabras me impulsaron a seguir adelante.

Al Dr. Alfredo Alonzo Castillo Calle, por su paciencia, guía y valioso apoyo durante la elaboración del presente estudio.

A los colegas Químicos Farmacéuticos del nivel central (DIGEMID) y de las ejecutoras (DIRIS), por su disposición y colaboración en el desarrollo de las entrevistas, así como por dedicar parte de su tiempo para atender esta investigación.

A todos los entrevistados y validadores, por su valioso tiempo, aportes y contribución al enriquecimiento del presente trabajo.

índice

Dedicatoria ii
Agradecimiento iii
Índice de tablas vii
Índice de figuras viii
RESUMEN ix
ABSTRACT x
CAPÍTULO I. INTRODUCCIÓN 1
CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO 3
2.1. Antecedentes: 3
2.1.1. Antecedentes internacionales 3
2.1.2. Antecedentes nacionales 5
2.2. Aspectos teóricos 8
2.2.1. Definiciones 8
2.2.2. Acceso a los medicamentos 11
2.2.3. Implementación de las Boticas Públicas FARMAMINSA 13
2.2.4. Boticas Públicas FARMAMINSA como componente del Sistema de Salud 17
2.2.5. Política Nacional de Medicamentos 18
2.2.6. Rol del Químico Farmacéutico 18
2.2.7. Abastecimiento de medicamentos en el sistema público del MINSA 18
2.2.8. Intervenciones del estado para facilitar el acceso a medicamentos esenciales 19
CAPÍTULO III. METODOLOGÍA 22
3.1. Enfoque de investigación 22
3.2. Tipo de investigación 22
3.3. Diseño de investigación 22
3.4. Consideraciones éticas 23
3.5. Unidad de análisis 23
3.5.1. Unidad de análisis de datos cuantitativos: 23
3.5.2. Unidad de análisis de datos cualitativos 23
3.6. Tamaño de muestra 24
3.6.1. Tamaño de datos cuantitativos: 24
3.6.2. Tamaño de datos cualitativos 24
3.7. Criterios de selección 24
3.7.1. Criterio de inclusión 24
3.7.1.1. Inclusión de datos cuantitativos: 24
3.7.1.2. Inclusión de datos cualitativos: 25
3.7.2. Criterio de exclusión 26
3.7.2.1. Exclusión de datos cuantitativos: 26
3.7.2.2. Exclusión de datos cualitativos: 26
3.8. Recolección de datos 26
3.8.1. Recolección de los datos cuantitativos 26
3.8.2. Recolección de los datos cualitativos 28
3.9. Análisis de datos 29
3.9.1. Análisis datos cuantitativos 29

3.9.2. Análisis de datos cualitativos 30
CAPÍTULO IV. RESULTADOS 32
4.1. Resultados de los datos cuantitativos 32
4.1.1. Distribución geográfica de las BPFM por entidad implementadora 32
4.1.2. Distribución distrital de las BPFM en Lima Metropolitana y Callao 33
4.1.3. Cronología de la implementación de las oficinas farmacéuticas públicas y marco normativo 34
4.1.4. Horarios de funcionamiento y disponibilidad de acceso 35
4.1.5. Promedio del precio del tratamiento estándar, asequibilidad y disponibilidad de medicamentos en las Boticas Públicas FARMAMINSA y comparación intersectorial 35
4.1.5.1. Precio de tratamiento estándar 37
4.1.5.2. Asequibilidad económica de las BPFM 38
4.1.5.3. Disponibilidad de los medicamentos 39
4.1.6. Brecha de precios entre las BPFM y las oficinas farmacéuticas privadas 40
4.2. Resultados de los datos cualitativos 41
4.2.1. Pregunta libre - Respecto al origen y justificación de la implementación de las BPFM41
4.2.1.1. Análisis de frecuencias 41
4.2.1.2. Hallazgos cualitativos por dimensión 41
4.2.1.2.1. Aspectos fundamentales para la creación de las Boticas Públicas FARMAMINSA 43
4.2.1.2.2. Estudios de factibilidad y viabilidad considerados en la etapa inicial 44
4.2.1.2.3. Análisis de contexto previo a la implementación 45
4.2.2. OE2 Identificar la factibilidad y viabilidad de la implementación de las Boticas Públicas FARMAMINSA 46
4.2.2.1. Análisis de Frecuencias 46
4.2.2.2. Hallazgos cualitativos por dimensión 46
4.2.2.2.1. Factibilidad percibida de la implementación 49
4.2.2.2.2. Facilitadores de la implementación 49
4.2.2.2.3. Barreras y limitaciones para la implementación y sostenibilidad de las BPFM 50
4.2.2.2.4. Recursos necesarios para la implementación 50
4.2.2.2.5. Sostenibilidad inicial del modelo 51
4.2.3. OE3 Conocer funciones para el suministro de medicamentos en las BPFM .. 51
4.2.3.1. Análisis de frecuencias 51
4.2.3.2. Hallazgos cualitativos por dimensión 52
4.2.3.2.1. Criterios técnicos y administrativos para la selección y estimación de necesidades anuales 55
4.2.3.2.2. Necesidad de medicamento fuera del PNUME 55
4.2.3.2.3. Financiamiento previo a la Ley N.º 32176 55
4.2.3.2.4. Promoción y verificación del uso racional de los medicamentos 56
4.2.3.2.5. Rol del Químico Farmacéutico 56

4.2.3.2.6. Control de calidad y trazabilidad 56
4.2.4. OE4 Conocer el nivel de protección financiera que ofrecen las Boticas Públicas FARMAMINSA 57
4.2.4.1. Análisis de frecuencias 57
4.2.4.2. Hallazgos cualitativos por dimensión 57
4.2.4.2.1. Restricción por seguro u origen de receta 60
4.2.4.2.2. Asequibilidad/ precio accesible 60
4.2.4.2.3. Comparación de BPFM frente a oficia farmacéutica privada 61
4.2.4.2.4. Reducción de gasto de bolsillo 61
4.2.4.2.5. Visión futura sobre gratuidad de tratamiento para ECNT 61
4.2.4.2.6. Convenios con aseguradoras públicas (SIS, EsSalud, Saludpol) 61
4.2.5. OE5 Analizar los factores normativos y operativos que influyen en la sostenibilidad de las BPFM 62
4.2.5.1. Análisis de Frecuencias 62
4.2.5.2. Hallazgos cualitativos por dimensión 63
4.2.5.2.1. Estrategias de difusión 68
4.2.5.2.2. Mejora del acceso a zonas vulnerable 69
4.2.5.2.3. Canales de opinión del usuario 69
4.2.5.2.4. Brechas de sostenibilidad 69
4.2.5.2.5. Modelo actual de sostenibilidad 69
4.2.5.2.6. Costos operativos (personal, mantenimiento, reaprovisionamiento) 70
4.2.5.2.7. Desafíos a mediano y largo plazo 70
4.2.5.2.8. Impacto de la Ley 32176 70
CAPÍTULO V. DISCUSIÓN 72
CAPÍTULO VI. CONCLUSIONES 79
CAPÍTULO VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS 80
CAPÍTULO VIII. ANEXOS 87
ANEXO 1: Respuesta de la DIGEMID – SAIP web. 25-008004 87
ANEXO 2: Certificado de validez por juicio de experto N.° 1 89
ANEXO 3: Certificado de validez por juicio de experto N.° 2 95
ANEXO 4: Certificado de validez por juicio de experto N.° 3 101
ANEXO 5: Consentimiento informado verbal 107
ANEXO 6: Boleta de pago de un trabajador que percibe una RMV 108
ANEXO 7: Matriz de codificación del análisis cualitativo según objetivos específicos 109

Índice de tablas

Tabla 1. Número de BPFM implementadas hasta el 31.12.2024. 24

Tabla 2. BPFM consideradas para el análisis de precio, asequibilidad y disponibilidad de los medicamentos globales usados en el tratamiento estándar de diferentes patologías. 25

Tabla 3. Relación de participantes convocados y entrevistados en el estudio. 25

Tabla 4. Lista de medicamentos esenciales incluidos en el análisis. 27

Tabla 5. Distribución de las oficinas farmacéuticas que participaron en el estudio 28

Tabla 6. Precios promedio, días de salario mínimo requeridos y disponibilidad del tratamiento estándar en boticas públicas y privadas. 36

Tabla 7. Citas textuales representativas de la pregunta libre sobre la implementación de las BPFM. 42

Tabla 8. Citas textuales representativas correspondientes al OE2: factibilidad y viabilidad de la implementación de las BPFM. 47

Tabla 9. Citas textuales representativas correspondientes al OE3: Funciones para el suministro de medicamentos en las BPFM. 52

Tabla 10. Citas textuales representativas correspondientes al OE4: protección financiera que ofrece las BPFM. 58

Tabla 11. Citas textuales representativas correspondientes al OE5: Factores normativos y operativos que influyen en la sostenibilidad de las BPFM. 63

Índice de figuras

Figura 1. Componentes del acceso a medicamentos. 13
Figura 2. Comparación de dos cadenas de adquisición y distribución de medicamentos: una del sector público (CENARES) y otra del sector privado (boticas y farmacias privadas). 17
Figura 3. Evolución del marco normativo que facilita el acceso a medicamentos esenciales en las oficinas farmacéuticas privadas. 20
Figura 4. Implementación de las BPFM al 31 de diciembre de 2024. 32
Figura 5. BPFM implementadas por el MINSA y sus unidades ejecutoras al 31 de diciembre de 2024 33
Figura 6. BPFM implementadas por distrito de Lima y Callao. 33
Figura 7. BPFM implementadas por año hasta 2024. 34
Figura 8. Horario de funcionamiento de las BPFM. 35
Figura 9. Asequibilidad del tratamiento estándar según promedio de días de salario mínimo requeridos en BPFM y oficinas farmacéuticas privadas. 38
Figura 10. Disponibilidad de medicamentos (%) en BPFM y oficinas farmacéuticas privadas. 39
Figura 1. Sistema de códigos del origen y la justificación de las BPFM. 41
Figura 12. Sistema de codificación de la factibilidad y viabilidad de la implamentación de las BPFM. 46
Figura 13. Sistema de codificación de las funciones para el suministro de medicamentos en las BPFM. 51
Figura 14. Sistema de codificación del nivel de protección que ofrece las BPFM. 57
Figura 15. Sistemas de codificación de los factores normativos y operativos que influyen en la sostenibilidad de las BPFM. 62

RESUMEN

El objetivo del presente trabajo fue evaluar si la implementación de las Boticas Públicas FARMAMINSA (BPFM) garantiza el acceso a medicamentos esenciales en la población. Se desarrolló un estudio no experimental, transversal, con enfoque descriptivo y analítico. Se evaluaron los precios, la disponibilidad y la asequibilidad de 14 medicamentos esenciales usando la metodología de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y Health Action International (HAI), adaptada al contexto peruano. Asimismo, el componente cualitativo incluyó entrevistas semiestructuradas a actores clave involucrados en la implementación de las BPFM. Los resultados mostraron que, al cierre de 2024, las BPFM se concentraron principalmente en Lima Metropolitana y operaron en horarios administrativos. Su implementación fue heterogénea y, según la percepción de los actores clave, estuvo influenciada por la voluntad política de los gobiernos locales. En relación con la asequibilidad, las BPFM brindaron protección financiera, debido a que los tratamientos estándar de los medicamentos evaluados demandaron menos de un día de Remuneración Mínima Vital. Sin embargo, solo seis de los catorce medicamentos analizados superaron el 80 % de disponibilidad, evidenciándose limitaciones para garantizar un acceso continuo. En conclusión, las BPFM garantizaron parcialmente el acceso a medicamentos esenciales en los distritos de Lima Metropolitana y el Callao. Aunque el modelo ofreció protección financiera, persistieron limitaciones relacionadas con la disponibilidad de medicamentos y la sostenibilidad de su implementación, la cual dependió del compromiso y a la capacidad de gestión de los gobiernos locales. En ese sentido, se requiere fortalecer los aspectos normativos y operativos para asegurar la sostenibilidad del modelo.

Palabras clave: Medicamentos; Medicamentos Esenciales; Establecimiento Dispensador de Medicamentos; Precio de Medicamento; Acceso a Medicamentos Esenciales; FARMAMINSA; Accesibilidad a los Servicios de Salud; disponibilidad; asequibilidad.

ABSTRACT

The objective of this work was to evaluate whether the implementation of the FARMAMINSA Public Pharmacies (BPFM) ensured access to essential medicines for the population. A non-experimental, cross-sectional study with a descriptive and analytical approach was conducted. The prices, availability, and affordability of 14 essential medicines were assessed using the methodology developed by the World Health Organization (WHO) and Health Action International (HAI), adapted to the Peruvian context. In addition, the qualitative component included semi-structured interviews with key stakeholders involved in the implementation of the BPFM. The results showed that, by the end of 2024, the BPFM were mainly concentrated in Metropolitan Lima and operated with limited office hours. Their implementation was heterogeneous and, according to the perceptions of key stakeholders, was influenced by the political will of local governments. Regarding affordability, the BPFM provided financial protection, as standard treatments for the medicines evaluated required less than one day's minimum wage. However, only six of the fourteen medicines analyzed exceeded 80% availability, highlighting limitations in ensuring continuous access. In conclusion, the BPFM partially guaranteed access to essential medicines in the districts of Metropolitan Lima and Callao. Although the model provided financial protection, limitations related to medicine availability and the sustainability of its implementation persisted. Sustainability depended on the commitment and management capacity of local governments. Therefore, strengthening the regulatory and operational aspects is necessary to ensure the sustainability of the model.

Keywords: Medicines, Essential Medicines; Medicine-Dispensing Establishments; Drug Price; Access to Essential Medicines; FARMAMINSA; Health Services Accessibility; Availability; Affordability.

CAPÍTULO I. INTRODUCCIÓN

El acceso oportuno a medicamentos esenciales constituye un componente central de las políticas de salud pública, en la medida en que permite prevenir complicaciones asociadas a las enfermedades y garantizar la continuidad de los tratamientos. Dicho acceso comprende no solo la disponibilidad física de los medicamentos, sino también condiciones de asequibilidad económica, accesibilidad geográfica, provisión en cantidades suficientes y el cumplimiento de estándares de calidad que resguarden la seguridad del usuario.

En el marco de la política farmacéutica nacional el Ministerio de Salud (MINSA) ha venido implementando Boticas Públicas FARMAMINSA (BPFM) en el marco de la Directiva Administrativa N°351-MINSA/DIGEMID-2024 que establece la administración mixta de este modelo donde interviene el MINSA y una institución pública del gobierno regional o local orientado a ampliar el acceso a medicamentos esenciales a la población peruana.

Desde una perspectiva de política y regulación farmacéutica, resulta importante analizar el funcionamiento de las BPFM implementadas bajo este modelo; considerando que, el acceso a medicamentos está relacionado -entre otros- con los mecanismos de estimación de necesidades de medicamentos, la disponibilidad, abastecimiento, cobertura, así como la organización operativa y dotación de recursos. Estos elementos permiten examinar el alcance de la política pública en términos de acceso efectivo a medicamentos esenciales

En ese sentido, la presente investigación tiene como propósito explorar en qué medida la implementación de las BPFM, dentro del marco de una política pública a través de un enfoque analítico y regulatorio, contribuye al acceso de la población peruana a medicamentos esenciales.

En función de lo expuesto, se plantea como **objetivo general** evaluar si la implementación de las Boticas Públicas FARMAMINSA garantiza el acceso a medicamentos esenciales a la población peruana, así como los **objetivos específicos** que orientan el desarrollo del presente estudio: i) Caracterizar la cobertura y distribución de las Boticas Públicas FARMAMINSA implementadas a nivel nacional en 2024, ii) Identificar la factibilidad y viabilidad de la implementación de las Boticas Públicas

FARMAMINSA., iii) Conocer las principales funciones para el suministro de medicamentos en las Boticas Públicas FARMAMINSA, iv) Conocer el nivel de protección financiera que ofrecen las Boticas Públicas FARMAMINSA a través del análisis de acceso y asequibilidad de sus medicamentos en comparación con las oficinas farmacéuticas privadas , y finalmente v) Analizar los factores normativos y operativos que influyen en la sostenibilidad de las Boticas Públicas FARMAMINSA.

CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO

La Constitución Política del Perú 1993, reconoce la salud como un derecho fundamental y establece la responsabilidad del Estado de fomentar mecanismos para garantizar el acceso a los servicios de salud integrales. Entre estos, se encuentran el acceso oportuno y equitativo a medicamentos. En este contexto, el Estado peruano viene implementado BPFM, las cuales podría contribuir a mejorar el acceso a medicamentos esenciales en los próximos años.

2.1. Antecedentes:

2.1.1. Antecedentes internacionales

Sisay *et al.* (2021), evaluaron la disponibilidad, los precios y la asequibilidad de medicamentos esenciales en establecimientos de salud de los sectores público y privado en el este de Etiopía. El estudio se desarrolló siguiendo la metodología establecida por la OMS y Health Action International (HAI). Para ello, evaluaron tres listas de medicamentos que, en conjunto incluyeron 50 medicamentes, y se seleccionaron 60 puntos de dispensación. Los autores reportaron que la disponibilidad promedio de medicamentos genéricos de menor precio en los establecimientos públicos fue de 42,5 %, con una mayor presencia en hospitales (53,11 %) comparado con los centros de salud (37,47 %). En el sector privado, la disponibilidad alcanzó el 50,8 %. En términos generales, la disponibilidad media de medicamentos genéricos fue de 46,97 %, destacando la amoxicilina (93,3 %) y el omeprazol (90 %) como medicamentos de mayor disponibilidad. en relación a los precios, el estudio encontró que, en el sector privado, el 94 % de los medicamentos genéricos presentaban precios aproximadamente tres veces superiores a los observados en el sector público. Respecto a la asequibilidad, los hallazgos indicaron importantes limitaciones económicas, dado que el 72,09 % de los medicamentos en el sector público y el 91,84 % en el sector privado superaban el costo equivalente a un día de salario del trabajador estatal de menor ingreso. Estos resultados ponen de manifiesto deficiencias en el abastecimiento de medicamentos y la existencia de barreras económicas significativas para la población. Si bien el consumo se basa principalmente en medicamentos genéricos, estos, a pesar de presentar mayor disponibilidad que las marcas, mantienen precios elevados en comparación con los estándares internacionales y con el poder adquisitivo de los usuarios (1).

El 2021, Atal realizó un informe para el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) sobre el papel de las farmacias municipales chilenas implementadas desde el 2015. El informe señala que el 80% de farmacias chilenas se concentran en la capital, donde la densidad poblacional, el nivel de ingreso económico y el número de farmacias privadas son mayores; sin embargo, las farmacias municipales están dirigidas exclusivamente a residentes, trabajadores y estudiantes de la comuna. Asimismo, presentan horarios limitados y el tiempo de entrega no es inmediato en comparación con las farmacias privadas. Es estudio concluye que, aunque no han mejorado el acceso geográfico a medicamentos, sí han favorecido la accesibilidad económica, beneficiando principalmente a poblaciones de menores recursos económicos (2).

Por otro lado, Paschoalino *et al*. (2021), analizaron los factores determinantes del uso del Programa de Farmacia Popular de Brasil (PFPB), mediante una encuesta aplicada a 9 257 personas. Los resultados evidenciaron que a una mayor edad promedio (53.4 años) y un bajo nivel educativo, incrementan la probabilidad de adquirir medicamentos a través del programa. En contraste, tener educación superior, pertenecer a una clase social alta y disponer de un seguro médico reduce esta posibilidad. Además, observó que la autopercepción del estado de salud no modifica la posibilidad de utilizar el PFPB; sin embargo, el diagnóstico de enfermedades crónicas es un factor importante para el uso de medicamentos. El estudio concluyó que el uso del programa está relacionada a factores socioeconómicos y de morbilidad, demostrando la importancia de las políticas de asistencia farmacéutica en el proceso salud-enfermedad, especialmente para individuos de bajos ingresos y que padecen enfermedades crónicas no transmisibles. (3).

Entre marzo y octubre de 2019, Nievas *et al*. realizaron un estudio en Argentina mediante una encuesta aplicada a usuarios del sistema público de salud, con el objetivo de identificar las principales barreras de acceso a medicamentos y la presencia de gasto de bolsillo asociado a su adquisición. Los resultados evidenciaron que la probabilidad de no acceder a medicamentos se incrementaba en 1,7 veces cuando el usuario era de sexo femenino y en 2,8 veces cuando era necesario realizar un desembolso económico para obtenerlos. Asimismo, el estudio reportó que la probabilidad de incurrir en gasto de bolsillo aumentaba significativamente en determinados grupos poblacionales, siendo 3,26 veces mayor en mujeres mayores de 50 años y 3,59 veces mayor cuando la prescripción médica superaba un año. En este contexto, el 80,51 % de los participantes indicó que el

gasto mínimo indispensable para acceder a sus medicamentos ascendía, en promedio a 34,72 dólares, evidenciando una carga económica relevante para los hogares dependientes del sistema público de salud (4).

El análisis realizado por Trindade (2018), evidenció que el número de farmacias y de municipios participantes del PFPB experimentó un crecimiento sostenido desde su implementación en 2004 hasta 2012. No obstante, la autora identificó en 2013 un periodo de estancamiento, seguido de una reducción en la cobertura del programa, reflejada en la disminución de farmacias afiliadas como de municipios atendidos. En consecuencia, aumentó el gasto de las familias brasileñas para adquisición de tratamiento farmacológicos. El estudio concluyó que el cierre de la red propia del PFPB por parte del Gobierno brasileño aumentó significativamente en gasto de bolsillo de las familias brasileñas, además denota un retroceso en la protección social previamente alcanzada. Desde esta perspectiva, el análisis describe cómo las decisiones gubernamentales asociadas a la reducción del financiamiento público condujeron al debilitamiento de la red pública de provisión farmacéutica y a una mayor vulnerabilidad económica de los sectores dependientes del sistema (5).

2.1.2. Antecedentes nacionales

Gonzales (2024) desarrolló un estudio cuantitativo, aplicado y de diseño correlacional no experimental, con el objetivo de examinar la relación entre los factores que restringen el acceso a medicamentos y su afectación al derecho fundamental a la salud en la ciudad de Juliaca. La muestra fue no probabilística de 269 ciudadanos, a quienes se le aplicó un cuestionario estructurado orientado a evaluar percepciones sobre barreras económicas, desabastecimiento de medicamentos, desigualdades territoriales y regulaciones vinculadas al mercado farmacéutico. Los resultados mostraron una correlación positiva muy alta entre las limitaciones de acceso a medicamentos y la afectación del derecho a la salud (Rho de Spearman = 0,998; $p < 0,05$), lo que indica que influencias directas de los factores económicos, estructurales y normativos en la disponibilidad y el acceso oportuno a los tratamientos. De manera específica, se identificaron asociaciones significativas entre la escasez de recursos, el desabastecimiento de medicamentos, las desigualdades territoriales y las regulaciones y patentes, con coeficientes de correlación superiores a 0,99. Asimismo, el 36,4 % (n = 98) de los encuestados señaló que la falta de recursos económicos constituye el principal obstáculo para acceder a medicamentos esenciales,

destacando además insuficiente cobertura del Seguro Integral de Salud (SIS) y de EsSalud para garantizar el acceso a medicamentos en personas económicamente desfavorecidas. En correspondencia, el 45,0 % (n = 121) señaló que el sistema de salud en Perú carece de mecanismos adecuados para asegurar el acceso a medicamentos a la población de bajos recursos. Adicionalmente, el 33,1 % de los participantes indicó que las regulaciones actuales no son suficientes para garantizar un suministro constante de medicamentos, mientras que el 49,4 % manifestó que no existe transparencia en la gestión estatal de compra y distribución de medicamentos. Finalmente, el 37,5 % (n = 101) expresó desconfianza respecto a la calidad de los medicamentos adquiridos en el sector público en comparación con el sector privado, y el 55,8 % consideró que los precios del mercado privado no son justos ni accesibles para la población (6).

Olivera *et al.* (2024) realizaron una encuesta a 10 386 usuarios tras recibir atención sanitaria en los sectores público y privado, encontrando que el 56,7% de los encuestados padecían de -al menos- una enfermedad crónica. Los resultados evidenciaron que el 73,6% de los usuarios tuvo acceso completo a los medicamentos prescritos, mientras que el 19,6% tuvo acceso parcial y un 6,8% no tuvo acceso. El estudio evidenció fallas relevantes en la regulación del suministro de medicamentos asociados al tipo de institución prestadora de salud. Es así que, los usuarios de EsSalud reportaron mayores niveles de acceso a medicamentos (87,2%) en comparación con los atendidos en el MINSA, quienes registraron niveles más bajos de acceso (59,6%). En cuanto a la satisfacción del usuario, los niveles más altos se obtuvieron en el sistema privado (91,4%) y la más baja correspondieron a los servicios del MINSA. Asimismo, corroboró que la insatisfacción se incrementa conforme disminuía el acceso; los usuarios sin acceso a medicamentos presentaron un 10,3% de insatisfacción frente al 4,5% de quienes recibieron el tratamiento completo. El estudio concluyó, que la falta de acceso a medicamentos constituye un factor decisivo en la percepción negativa del servicio, con un impacto particularmente significativo en los establecimientos de salud del MINSA (7).

El estudio realizado por Espinoza *et al.* (2021) evidenció que ningún establecimiento de salud evaluado alcanzó una disponibilidad del 100 % de los medicamentos analizados. Asimismo, los autores reportaron que 46 % de los pacientes afiliados al SIS recibió todos los medicamentos prescritos, lo que, según el estudio, refleja limitaciones en el acceso efectivo a los tratamientos. En relación con los precios de medicamentos, el estudio

mostró diferencias marcadas entre los sectores público y privado. En las farmacias privadas, la mediana de precios fue 7,7 veces mayor que el precio de referencia, con variaciones extremas que alcanzaron hasta 43 veces dicho valor. En contraste, en los establecimientos públicos la mediana de precios fue 1,5 veces el valor de referencia, aunque se identificaron ratios superiores (1,8) en establecimientos de mayor categoría (III-1). En términos de asequibilidad, el estudio reporto que los tratamientos orales resultaron más asequibles en el manejo de Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT). Medicamentos antihipertensivos como enalapril 10 mg y losartán 50 mg requirieron un gasto menor o igual a un día de trabajo con RMV, tanto en el sector público como en el privado. No obstante, los autores identificaron excepciones, como la metformina 850 mg en Cajamarca (sector privado) y la enalapril 10 mg en el sector público de La Libertad, cuyos costos alcanzaron 1,2 días de salario con RMV, evidenciando variaciones relevantes entre medicamentos. Los autores determinaron que los tratamientos orales fueron más asequibles que los medicamentos parenterales, como la insulina. En cuanto a la accesibilidad geográfica, señalaron que el 30 % de los usuarios demoró más de 30 minutos en llegar a un establecimiento de salud público y asumió un gasto promedio de 13,45 nuevos soles por desplazamiento. El estudio concluyó que los pacientes afiliados al SIS con diagnóstico de diabetes mellitus y/o hipertensión arterial enfrentaron múltiples obstáculos que limitaron su acceso a medicamentos, tanto en los establecimientos de salud públicos como en las oficinas farmacéuticas privadas (8).

Tenorio *et al.* (2019) realizaron un estudio orientado a evaluar el precio, la disponibilidad y la asequibilidad de la insulina humana (regular e isófana–NPH) y de la metformina de 850 mg en farmacias del sector público y privado de seis regiones del país. Los resultados evidenciaron que la disponibilidad de insulina en las farmacias privadas fue inferior al 11 %, aunque con mayor diversidad de presentaciones; a diferencia, en las Farmacias de Establecimientos de Salud (FARES) públicas, donde la disponibilidad de insulina regular e isófana–NPH alcanzó el 63,2 % y el 68,4 % respectivamente, llegando al 100 % en los establecimientos de salud de tercer nivel de atención. Los autores observaron diferencias importantes en la disponibilidad de estos medicamentos según el nivel de atención y la región geográfica. En relación con los precios, encontraron que la mediana de precios de la insulina humana en el sector privado fue entre tres y cuatro veces superior a la registrada en los establecimientos públicos. Con respecto a metformina 850 mg, constataron alta disponibilidad en el sector público (89,5 %) en comparación con el sector

privado (77,7 %), aunque con marcadas disparidades regionales, en Lima la disponibilidad alcanzó el 71,4 %, mientras que en regiones como Ayacucho, La Libertad y San Martín reportaron una disponibilidad del 100 %. En términos de asequibilidad, el estudio determinó que la metformina resultó asequible en el sector público como en el privado. No obstante, los autores concluyeron que, si bien los medicamentos genéricos evaluados eran asequibles en las FARES públicas, persistían desafíos relevantes para garantizar una disponibilidad sostenida, lo que evidencia la necesidad de fortalecer los mecanismos de abastecimiento que aseguren un acceso efectivo y continuo a estos tratamientos (9).

Torres (2017) realizó una investigación orientada a conocer la disponibilidad y la accesibilidad de medicamentos en función de sus precios en el distrito de Nuevo Chimbote. El estudio determinó que la disponibilidad de medicamentos esenciales en Denominación Común Internacional (DCI) fue mayor en las oficinas farmacéuticas privadas, alcanzando el 79,79 %, mientras que en las FARES del sector público la disponibilidad fue del 66,1 %; sin embargo, esta mayor disponibilidad en el sector privado se acompañó de precios promedio extremadamente altos (317 veces más). Respecto a la capacidad de pago de los usuarios, evaluada en función de la RMV, el estudio determinó que el tratamiento de una infección respiratoria aguda implicaba una carga económica variable según el tipo de medicamento utilizado. Cuando el tratamiento se realizaba con medicamentos de marca innovadora, el gasto requerido equivalía a ocho días de salario con RMV; en el caso de medicamentos genéricos o genéricos de marca propia, el gasto se reducía a 4,5 días de salario. En contraste, cuando el tratamiento se efectuaba con medicamentos genéricos en DCI, el costo se aproximaba a un día de RMV. El estudio concluyó que estas diferencias de precios y de capacidad de pago constituían una barrera importante para el acceso a medicamentos por parte de los usuarios (10).

2.2. Aspectos teóricos

2.2.1. Definiciones

Acceso a los medicamentos: Se refiere a la posibilidad de que las personas dispongan de medicamentos de calidad, en cantidades adecuadas y a un precio asequible cuando los necesiten (11)

Abastecimiento: Es un proceso que incluye diversos procedimientos secuenciales como: la programación, selección, adquisición, almacenamiento y distribución y transporte de Productos Farmacéuticos (PF), Dispositivos Médicos (DM) y Productos Sanitarios (PS).

Boticas Públicas FARMAMINSA (BPFM): Red de boticas públicas del MINSA, que funcionan fuera de una IPRESS, creados con la finalidad de garantizar el acceso a medicamentos esenciales y dispositivos médicos de calidad a precios asequibles. Es un modelo de administración mixta entre el MINSA y gobierno regional, local y otras instituciones (12).

Comité farmacoterapéutico: Conjunto de profesionales de la salud que se encargan de evaluar y seleccionar medicamentos seguros y efectivos para un sistema de salud. El objetivo del comité es promover el uso racional de los medicamentos y mejorar la calidad de atención al paciente (13).

Disponibilidad: Es la existencia física de medicamentos en los puntos de venta del sistema de salud en general, ya sea en el sector público o privado**.** Según la Ficha N° 31 del 2023, "Es un indicador de desempeño que mide la disponibilidad de medicamentos esenciales con un stock mayor o igual a dos meses de existencia del consumo promedio mensual ajustado (CPMA), en los establecimientos de salud del Ministerio de salud (MINSA) y de los Gobiernos Regionales. Se mide en Meses el Stock Disponible (MSD)" (14). Considerándose una disponibilidad optima el MSDS = $\geq$ 2 hasta $\leq$ 6 (Normo stock).

Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas (DIGEMID): Autoridad Nacional del Ministerio de Salud de Perú encargada de garantizar la calidad, seguridad y eficacia de los productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios, además de velar por su acceso y uso racional (15).

Dirección de Redes Integradas de Salud (DIRIS): Órganos desconcentrados del Ministerio de Salud, dependen y ejercen por desconcentración las funciones de la Dirección General de Operaciones en Salud, en el ámbito de Lima Metropolitana (15).

Fares: Farmacias de establecimientos de salud ya sea de sector público o privado, que operan dentro de ella (16) .

Gasto de bolsillo: Es el dinero que una persona o familia paga de su bolsillo al momento de recibir atención médica o compra de medicamentos, sin que un tercero (aseguradora, Estado) cubra el costo total o reembolse o lo gastado (17).

Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS): Son establecimientos de salud públicos, privados o mixtos debidamente identificados, registrados y autorizados en Superintendencia Nacional de Salud (SUSALUD) y brindan servicios de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud de la población (16) (18).

Medicamentos esenciales: Son aquellos que satisfacen las necesidades prioritarias de salud de la población, cuentan con eficacia terapéutica comprobada y son aceptablemente seguros; por ello, deben estar disponibles de manera continua y accesibles para la población que los requiere (19).

Ministerio de Salud (MINSA): Es máxima autoridad de salud a nivel nacional. Como organismo del Poder Ejecutivo, tiene a su cargo la formulación, dirección y gestión de la política de salud y actúa como la máxima autoridad en materia de salud (15).

Oficinas Farmacéuticas Privadas: Compuesto por boticas y farmacias privadas.

Petitorio Nacional Único de Medicamentos Esenciales (PNUME): Es un documento técnico que contiene un listado de medicamentos esenciales que cumplen con estándares de seguridad, eficacia, costo y necesidad (80 % de la carga de enfermedades) (20) (21).

El PNUME del 2023, contiene un listado de 796 medicamentos esenciales agrupados en 32 grupos farmacoterapéuticos, que deben cubrir por todos los subsectores públicos (19).

Política Nacional de Medicamentos (PNM): Es un documento que constituye un compromiso político y una guía de acción gubernamental para el desarrollo del sector farmacéutico, con la finalidad de garantizar el acceso equitativo a medicamentos seguros, eficaces, de calidad asegurada y asequibles para la población, además de promover su uso racional (22).

Política Pública Farmacéutica: Conjunto de normas, acciones y estrategias del Estado, lideradas por la DIGEMID, orientadas a garantizar el acceso universal, la calidad, la seguridad y el uso racional de los medicamentos esenciales (23)

Remuneración Mínimo Vital: Es la remuneración que percibe un trabajador como parte de una compensación por 30 días de trabajo, desde el 01 de enero de 2025, la Remuneración Mínima Vital es de S/ 1,130.00 (24).

Tratamiento Estándar: Tratamiento aceptado por expertos médicos como apropiado para una determinada condición de salud y ampliamente utilizado por los profesionales de la salud para su manejo (25). Para los fines del presente estudio, el tratamiento estándar corresponde a la terapia farmacológica.

Uso Racional de los Medicamentos (URM): "El uso racional de medicamentos (URM) requiere que los pacientes reciban las medicaciones apropiadas a sus necesidades clínicas, a una dosificación que satisfaga sus requerimientos individuales por un periodo adecuado de tiempo y al costo más bajo para ellos y para su comunidad". Es un término establecido en Nairobi 1985, durante la conferencia de Expertos convocada por la OMS sobre el uso URM, según lo citado por Ramírez en 2024 (26).

2.2.2. Acceso a los medicamentos

Según la OMS, los medicamentos esenciales satisfacen las necesidades prioritarias de salud de la población y deben estar disponibles en todo momento, en cantidades suficientes, con calidad garantizada y a precios asequibles. Su adecuada utilización contribuye a mejorar el acceso, promover el uso racional y ofrecer respuestas eficaces y costo-efectivas para numerosos problemas de salud (27) .

Mientras que la Organización Panamericana de la Salud (OPS), señala que la implementación de políticas públicas, marcos normativos y regulatorios coherentes constituyen la base fundamental para asegurar el acceso pleno de la población a medicamentos y otras tecnologías sanitarias. Este acceso integral debe entenderse no solo en su dimensión de disponibilidad física, sino también la asequibilidad económica, la accesibilidad geográfica, la aceptabilidad cultural y, crucialmente, el uso racional por parte de los profesionales y los pacientes (28) .

Esta definición se operativiza a través de cuatro dimensiones interrelacionadas entre sí, teniendo como característica transversal la calidad, pero de aplicación a productos en términos de seguridad, eficacia y relación de costo beneficio (29), que constituyen la base para cualquier análisis sobre el tema:

1. **La Disponibilidad**
   Se refiere a la existencia física de medicamentos en los puntos de venta (farmacias, boticas, establecimientos de salud) y en el sistema de salud en general, ya sea en el sector público o privado. Implica que la selección y adquisición de medicamentos respondan a las necesidades epidemiológicas de la población (29).

2. **La Accesibilidad**
   Comprende la capacidad de la población para obtener los servicios de salud y medicamentos. Incluye:

   - **Accesibilidad Geográfica:** Distancia física y tiempo de desplazamiento a los puntos de venta.
   - **Accesibilidad Económica:** Relacionada directamente con la capacidad de pago, pero se distingue de la asequibilidad. Se refiere a la existencia de mecanismos de financiamiento (seguro, subsidios, etc.) que faciliten la obtención sin que el pago sea una barrera inmediata.
   - **Accesibilidad Cultural:** Ausencia de barreras culturales o de discriminación que impidan a ciertos grupos buscar o recibir atención.

3. **La Asequibilidad**
   Se define como la capacidad del individuo, familia y comunidades para pagar por los medicamentos sin que ello comprometa su bienestar financiero (29).

4. **La Aceptabilidad del servicio farmacéutico**
   Se encuentra relacionado a la conformidad de los medicamentos con los estándares de calidad, seguridad y eficacia. Además, implica que los medicamentos y los servicios farmacéuticos sean respetuosos con la cultura y las normas de la población, generando confianza en el usuario (29). La mala calidad o la desconfianza en los medicamentos genéricos, por ejemplo, son barreras de aceptabilidad. No basta con que un servicio exista (disponibilidad) y sea físicamente y económicamente accesible; también debe ser aceptado por la comunidad a la que sirve, respetando sus creencias, costumbres y dignidad de la persona (30).

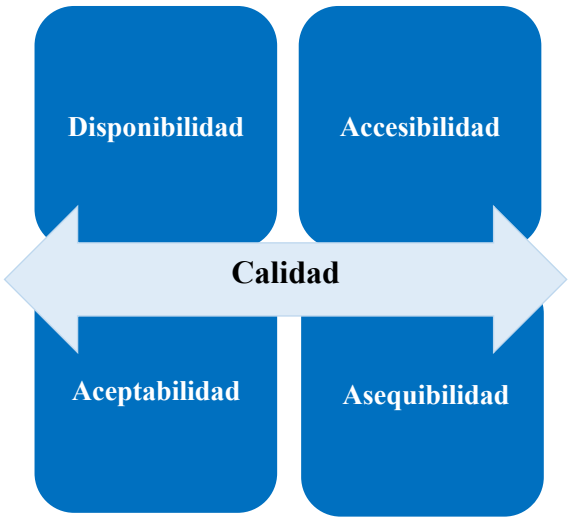


Figura 1. Componentes del acceso a medicamentos.
Fuente: Elaboración propia basada en *Management Sciences for Health (MSH), Managing Access to Medicines and Health Technologies (2012).*

2.2.3. Implementación de las Boticas Públicas FARMAMINSA

Bullock *et al.* sostienen que la implementación de políticas públicas no constituye un proceso lineal, sino dinámico y multidireccional, condicionado por la interacción de diversos actores, relaciones de poder, instituciones y contextos políticos, cuyos efectos influyen en los resultados de implementación (31).

Las BPFM funcionan fuera del ámbito de una IPRESS, su implementación se realiza mediante convenio interinstitucional entre el MINSA con las DIRIS, DIRESAS o GERESAS y las municipalidades u otras instituciones públicas del gobierno nacional, regional o local interesadas en participar de esta iniciativa (12). Las BPFM, por lo tanto, más que establecimientos farmacéuticos de dispensación de medicamentos, representa una política pública farmacéutica orientada a mejorar una o más dimensiones del acceso a medicamentos esenciales.

Para efectos del presente estudio, se analiza las dimensiones de: cobertura, factibilidad y viabilidad, suministro, Asequibilidad y protección financiera y normatividad y sostenibilidad en la implementación de las BPFM.

1. **Cobertura**

   Para la OMS, la cobertura en salud es la condición en la cual todas las personas tienen acceso a los servicios de salud que necesitan, incluidos medicamentos esenciales con calidad y sin dificultades económicas. En esa misma línea, Darville *et al*., la definen como el conjunto de programas o instituciones que efectivamente otorgadas a la población y evaluados en un marco temporal específico; el universo total de aquellos susceptibles de evaluación durante el mismo intervalo de tiempo (32).

   Aplicado a la presente investigación, la cobertura es el alcance que tienen las BPFM en relación con el territorio y la población objetivo. Esto implica analizar cuántas boticas fueron implementadas respecto de las proyectadas, en que distritos o regiones se encuentran, que segmentos poblacionales logran atender y hasta qué punto contribuyen a ampliar el acceso a medicamentos en una zona donde previamente existían barreras geográficas, económicas o de disponibilidad.

2. **Factibilidad y viabilidad**

   Según el Banco Mundial, la factibilidad es la evaluación de si una estrategia o proyecto puede realizarse desde el punto de vista técnico, económico, legal y operativo, con los recursos disponibles (33).

   Por su parte, Rubio define a la viabilidad como la posibilidad real de ejecutar un programa con los recursos disponibles, mediante el análisis de dimensiones interrelacionadas de carácter técnico, económico, institucional, social y logístico, lo que permite identificar posibles obstáculos antes de su implementación. (34).

   La factibilidad y la viabilidad aluden a la capacidad real de poner en marcha y sostener una política pública considerando los recursos disponibles, las capacidades institucionales, el marco normativo y las condiciones del contexto.

   En el caso de las BPFM, estas dimensiones incluyen elementos como la disponibilidad de financiamiento, la existencia de acuerdos interinstitucionales, la adecuación de la infraestructura física, la contratación oportuna del profesional farmacéutico responsable y el cumplimiento de los requisitos regulatorios establecidos por la autoridad sanitaria.

3. **Suministro**

Según Management Sciences for Health (MSH), la gestión del suministro farmacéutico se estructura en torno a cuatro funciones fundamentales: la selección, la adquisición, la distribución y el uso de medicamentos. Estas funciones, apoyadas por sistemas de gestión y planificación, buscan mejorar el acceso y promover el uso racional de los medicamentos en los sistemas de salud (29). Para efectos del presente estudio, nos enfocaremos sólo en la selección, programación, financiamiento y el uso racional de medicamentos, puesto que las otras etapas del suministro no se modifican con la implementación de las BPFM.

En el caso de las BPFM, esta dimensión permite analizar cómo se eligieron los medicamentos del PNUME que se dispensan en estas boticas, que criterios o métodos se emplearon para estimar las necesidades anuales de medicamentos y, además, identificar cuál es la principal fuente de financiamiento que sostiene el abastecimiento de estos establecimientos.

4. **Asequibilidad y protección financiera**

De acuerdo con la OMS, el financiamiento de la salud constituye una función esencial dentro de los sistemas de salud, ya que puede promover el logro de la cobertura sanitaria universal al mejorar tanto la cobertura efectiva de los servicios como la protección financiera de los usuarios. Asimismo, una política de financiamiento bien diseñada e implementada permite que las personas accedan de manera efectiva a los servicios de salud mediante mecanismos como la recaudación de ingresos (incluyendo pagos directos de bolsillos), sin que estos gastos conlleven a gasto catastrófico. Del mismo modo, la asignación suficiente y oportuna de recursos a los proveedores favorece la disponibilidad de personal capacitado y de medicamentos adecuados para el tratamiento de las enfermedades (35).

En el contexto de las BPFM, la asequibilidad y protección financiera implica que los usuarios puedan acceder a medicamentos esenciales y servicios farmacéuticos sin que el costo de adquisición represente una carga económica excesiva ni los exponga a gasto catastrófico o empobrecedor. Las BPFM aseguran la disponibilidad de personal capacitado y medicamentos adecuados, garantizando así un acceso oportuno y sostenible, mediante precios regulados, subsidios y políticas de financiamiento público, contribuyendo al logro de una cobertura sanitaria efectiva y equitativa.

5. **Barrera de acceso**

Las barreras de acceso incluyen factores de carácter económico, de disponibilidad, geográficas, administrativas y culturales, como altos costos, la escasez, la distancia, los horarios limitados, los trámites y la desinformación, que restringen la obtención de medicamentos y afectan el acceso real de la población (8) (36).

6. **Normatividad y Sostenibilidad.**

Gostin *et al.* (37) sostienen que los marcos legales permiten establecer, estructurar y supervisar las instituciones responsables de una política pública, definiendo sus funciones, responsabilidades y mecanismos de control para el cumplimiento de sus objetivos.

Asimismo, Moore *et al.* sostienen que la sostenibilidad implica que los programas, intervenciones o estrategias de implementación puedan adaptarse o evolucionar para seguir generando beneficios a las personas (38)

En el caso de las BPFM, el marco de la política farmacéutica, expresado a través de una Ley, normas técnicas y lineamientos operativos buscan asegurar la implementación mediante de alianzas interinstitucionales (DIRESAS y gobiernos locales), asi como la continuidad operativa, calidad del servicio, estabilidad de los recursos financieros y adecuado abastecimiento.

La evidencia reciente sobre el fortalecimiento de sistemas farmacéuticos señala que el acceso sostenible a medicamentos esenciales depende de la articulación entre marcos regulatorios sólidos, mecanismos de financiamiento estable y capacidades institucionales adecuadas. Organismos internacionales destacan que la gobernanza regulatoria, la planificación financiera y la capacidad operativa del sistema de salud son determinantes críticos para la sostenibilidad y la capacidad de expansión de las intervenciones farmacéuticas (39) (40) (41). Estos elementos resultan particularmente relevantes para el caso de las BPFM, en tanto su consolidación requiere coherencia normativa y respaldo financiero sostenido.

En conjunto, la articulación entre normatividad y sostenibilidad configura un marco regulatorio que debe integrar solidez institucional y flexibilidad operativa, garantizando la continuidad del funcionamiento y la capacidad de adaptación ante los desafíos políticos, económicos y sanitarios.

2.2.4. Boticas Públicas FARMAMINSA como componente del Sistema de Salud

Creada e implementada para ofrecer medicamentos esenciales de calidad, a precio social, a la población a nivel nacional (12).Surge como una alternativa a la política de intervención estatal para corregir las fallas del mercado farmacéutico en pro de garantizar el derecho a la salud en el componente de acceso a medicamentos. Su modelo operativo se basa en:

- **Compras corporativas y estratégicas:** Al comprar grandes volúmenes, se obtiene -por economía de escala- precios significativamente más bajos como producto de negociaciones con los laboratorios y droguería. Este poder de compra es una importante estrategia para el abastecimiento de las BPFM.

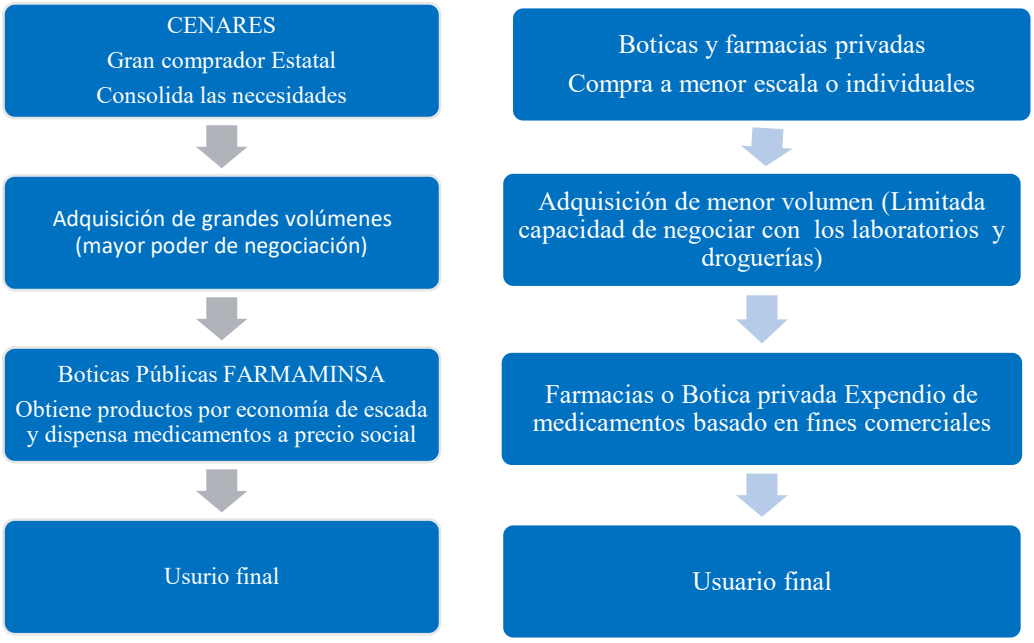


Figura 2. Comparación de dos cadenas de adquisición y distribución de medicamentos: una del sector público (CENARES) y otra del sector privado (boticas y farmacias privadas).
Fuente: Elaboración propia.

- **Margen de Utilidad Regulado:** A diferencia de las oficinas farmacéuticas privadas, cuyo margen de ganancia puede ser alto, las BPFM opera con un margen reducido y regulado por el Estado, enfocándose en la cobertura social más que en el lucro.

- **Enfoque en el Petitorio Nacional Único de Medicamentos Esenciales (PNUME):** Se prioriza la dispensación de medicamentos esenciales incluidos en el PNUME, que son aquellos considerados esenciales para atender los principales

problemas de salud de la población. No se dispensa medicamentos fuera del PNUME.

2.2.5. Política Nacional de Medicamentos

La Política Nacional de Medicamentos (PNM) Es un documento que constituye un compromiso político y una guía de acción gubernamental para el desarrollo del sector farmacéutico, con la finalidad de garantizar el acceso equitativo a medicamentos seguros, eficaces, de calidad asegurada y asequibles para la población, además de promover su uso racional (22).

El Estado peruano, desde el 24 de diciembre de 2004, cuenta con una PNM, aprobada mediante RM N°1240-2004-MINSA, la cual tiene como objetivo, el de garantizar el acceso universal a los medicamentos y promocionar su uso racional (42).

2.2.6. Rol del Químico Farmacéutico

La Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (ACNUDH), destaca la importancia de contar con profesionales altamente competitivos y capacitados en los establecimientos de salud para garantizar el acceso a los servicios de salud (43). En particular, en el ámbito de la cadena de abastecimiento de medicamentos, el Químico Farmacéutico (experto en medicamentos) juega un rol importante; sin embargo, en el Decreto Supremo N° 019-2020 no los describe de manera explícita dentro del equipo multidisciplinario de salud que conforman la gestión de las Redes Integradas de Salud (44).

2.2.7. Abastecimiento de medicamentos en el sistema público del MINSA

Dentro de la cadena de suministro de medicamentos en el Perú, el abastecimiento constituye un proceso complejo que requiere una comprensión integral del funcionamiento del sistema de salud y de los mecanismos de adquisición, distribución y dispensación vigentes en el sector público.

El abastecimiento de medicamentos esenciales en el sistema público, particularmente en el ámbito del MINSA, se realiza a través de compras centralizadas. Esta función está principalmente delegada al Centro Nacional de Abastecimiento de Recursos Estratégicos en Salud (Cenares), así como a través de mecanismos descentralizados ejecutados por las unidades ejecutoras. Las BPFM se abastecen a partir de este sistema existente, en

concordancia con lo establecido en la Directiva Administrativa N°351-MINSA/DIGEMID-2024, que regula su implementación y funcionamiento (12).

2.2.8. Intervenciones del estado para facilitar el acceso a medicamentos esenciales

En el sector privado, antes de 2019, las oficinas farmacéuticas privadas expendían medicamentos genéricos esenciales de manera muy limitada, ofertando -en mayor proporción- medicamentos de marca o con nombres de fantasía. Sin embargo, esta situación cambió con la promulgación del Decreto de Urgencia N°007-2019, norma que promueve el uso de medicamentos genéricos, en Denominación Común Internación (DCI) y biosimilares facilitando el acceso a medicamentos esenciales para la población económicamente desfavorecida (45).

Un hito importante fue la aprobación de la RM N° 1097-2019/MINSA en noviembre de 2019, que estableció un listado de 31 medicamentos esenciales genéricos en DCI, contenidos en el PNUME, que debían ser comercializados en boticas y farmacias privadas (46). Con la llegada de la pandemia de COVID-19, este listado se amplió a 34 ítems (47).

Posteriormente, en marzo de 2024, el gobierno emitió el Decreto de Urgencia Nº 005-2024, que dispuso la obligatoriedad para las oficinas farmacéuticas privadas de ofertar y mantener un stock mínimo del 30% de la oferta total de cada uno de los medicamentos incluidos en el listado aprobado (48).

Finalmente, en mayo de 2024, se aprobó la Ley N° 32033, ley que garantiza y promueve el acceso a medicamentos genéricos en DCI, consolidando así los esfuerzos del gobierno para mejorar la accesibilidad y asequibilidad de los medicamentos esenciales para la población peruana (49).

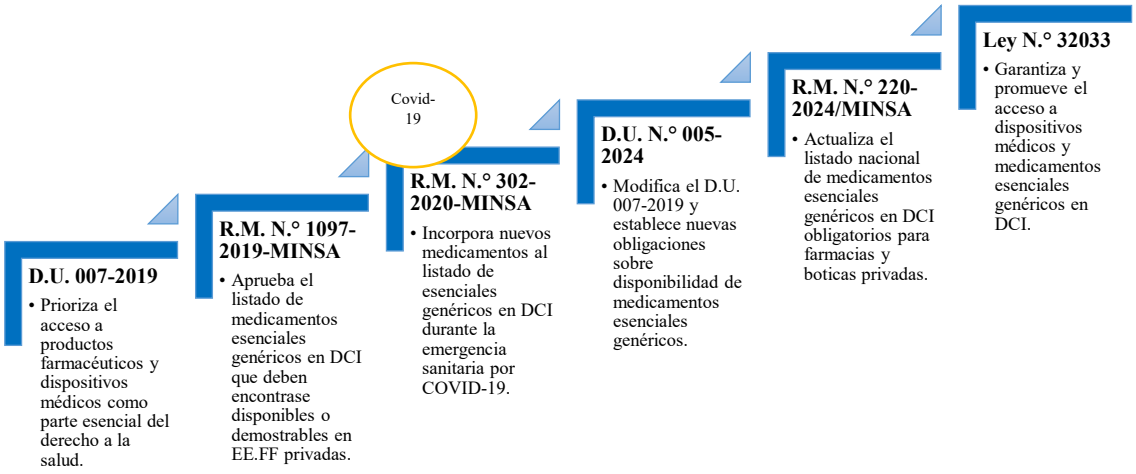


Figura 3. Evolución del marco normativo que facilita el acceso a medicamentos esenciales en las oficinas farmacéuticas privadas.

A nivel estatal, desde la aprobación del PNM en 2004, el Gobierno peruano ha impulsado de manera sostenida diversas estrategias orientadas a garantizar a la población el acceso a medicamentos esenciales. En ese marco, la DIGEMID y otras instituciones públicas han venido implementado diversas acciones para fortalecer la disponibilidad y mejorar el acceso oportuno a estos productos en todo el país.

Una de estas estrategias ha sido la consolidación del PNUME, constituyéndose en una norma de aplicación multisectorial, para la gestión del suministro y atención de medicamentos en todas las entidades públicas. La revisión y actualización es cada dos años; sin embargo, se observó dicha actualización se vio interrumpida por la pandemia y desde el 2018 en proceso actualización se dio en el 2023 (50).

La DIGEMID, en su calidad de ente regulador de los PF, DM y PS ha implementado el Observatorio de Precios de Productos Farmacéuticos y Dispositivos Médicos como parte del Sistema Nacional de Información de Precios de Productos Farmacéuticos. Este sistema permite a los usuarios consultar los precios de venta de medicamentos en los diferentes establecimientos farmacéuticos tanto del sector privado como público, tal como se establece en el Decreto Supremo N° 014-2011-SA (51). Además, el sistema proporciona información sobre la ubicación geográfica, teléfono, horario, categoría y tipo de establecimiento que ofrece los medicamentos, lo que facilita a los usuarios la toma de decisiones informadas sobre la adquisición de los medicamentos.

En 2013, mediante el Decreto Legislativo N° 1165, estableció el mecanismo de "farmacias inclusivas" para mejorar el acceso a medicamentos esenciales a favor de los

afiliados del SIS, este programa estaba dirigido a pacientes afiliados al SIS con diagnóstico de hipertensión arterial y diabetes. Este programa permitió a los pacientes recibir tratamiento para un período de tres meses en oficinas farmacéuticas privadas afiliadas al sistema cerca de su lugar de residencia. Para este fin, el MINSA, a través de la DIGEMID, generó un listado de 36 medicamentos esenciales (52) (53).

La Directiva Administrativa N° 351-MINSA/DIGEMID-2024, aprobada por el MINSA en febrero de 2024, establece directrices para la implementación de las BPFM con el objetivo de garantizar el acceso oportuno a servicios farmacéuticos de calidad a precios económicos a la población económicamente desfavorecida (12).

Posteriormente, se promulgó la Ley N° 32176, ley de Fortalecimiento e Implementación de las Boticas Públicas FARMAMINSA a nivel nacional. Esta norma establece la obligación del MINSA, en coordinación con los gobiernos regionales, municipalidades y otras instituciones públicas involucradas, de poner en funcionamiento boticas estatales a nivel nacional. Además, crea un fondo rotario para la adquisición de PF y DM para las BPFM, con el objetivo de asegurar la disponibilidad de medicamentos esenciales para la población (54).

CAPÍTULO III. METODOLOGÍA

3.1. Enfoque de investigación

Esta investigación adoptó un enfoque mixto, la cual se caracteriza por integrar de manera complementaria las perspectivas cualitativa y cuantitativa, tanto en la recolección como en el análisis de datos.

El componente cuantitativo permitió medir y describir las variables relacionadas con el acceso a medicamentos mediante el uso de la estadística descriptiva para el procesamiento y análisis de la información. Por su parte, el componente cualitativo facilitó la comprensión e interpretación de las percepciones y experiencias de los actores involucrados, empleándose como instrumento la guía de entrevista, previamente validada por juicios de tres expertos, para garantizar su pertinencia, claridad y coherencia.

La integración de ambos enfoques permitió una comprensión más amplia y profunda del tema de estudio, fortaleciendo el análisis y consistencia de los resultados obtenidos (55).

3.2. Tipo de investigación

De acuerdo con la finalidad, el estudio se enmarca en una investigación de tipo aplicada, ya que utiliza fundamentos teóricos y conocimientos científicos previamente desarrollados, conforme al postulado de Kerlinger (1975) y lo citado por Arias *et al.* (2021), con el propósito de resolver un problema vinculado al acceso a medicamentos mediante la implementación de las BPFM, centrándose en responder la pregunta específica de investigación.

La investigación aplicada se orienta a generar evidencia útil para la toma de decisiones y la mejora de procesos en contextos reales, especialmente en el ámbito sanitario. En ese sentido, el estudio no solo busca explicar las relaciones entre las variables involucradas, contribuyendo a la comprensión del fenómeno y formulación de propuestas de mejora en el sistema de salud (56) (57).

3.3. Diseño de investigación

El diseño metodológico que guío esta investigación fue de tipo no experimental, de corte transversal, alcance descriptivo y analítico. Su naturaleza no experimental se fundamentó en que las variables fueron examinadas en su entorno real, sin manipulación deliberada por parte del investigador. En ese sentido, la variable independiente -implementación de las BPFM-, fue analizada en su contexto natural, sin intervención alguna, observando su relación con la variable dependiente, el acceso a medicamentos. El carácter transversal

del se definió por la recolección sincrónica de los datos (cualitativos y cuantitativos), desarrollada en un único momento temporal, lo que permitió obtener una descripción y análisis puntual, integra, contextualizada de la situación durante el año 2024.

Finalmente, su alcance descriptivo permitió caracterizar las condiciones y dimensiones del acceso a medicamentos, mientras que el componente analítico permitió examinar la relación entre las variables de estudio proporcionando una comprensión más profunda del fenómeno investigado. (56) (57) (58).

3.4. Consideraciones éticas

A pesar de que la investigación no implicó intervenciones que requirieran la aprobación de un comité de ética institucional, se tuvo observancia rigurosa de los principios éticos de la investigación. En ese sentido, se garantizó la confidencialidad de los datos personales mediante la sustitución de los nombres reales por códigos, y la información proporcionada por los participantes en las entrevistas fue almacenada y codificada de manera segura. Asimismo, se obtuvo el consentimiento verbal previo de los participantes, asegurando su participación voluntaria e informada (59). También, se obtuvo el consentimiento verbal previo a la grabación de las entrevistas, respetando en todo momento la autonomía, privacidad y participación voluntaria, conforme a las normativas nacionales e internacionales de ética en investigación.

3.5. Unidad de análisis

3.5.1. Unidad de análisis de datos cuantitativos:

Constituida por las BPFM que habían sido implementadas e iniciado hasta el 31 de diciembre de 2024, en el marco de la Política Nacional Farmacéutica y la Directiva Administrativa N° 351-MINSA/DIGEMID-2024, que fue aprobada con Resolución Ministerial N° 100-2024/MINSA.

3.5.2. Unidad de análisis de datos cualitativos

Conformada por los profesionales de la salud seleccionados de manera intencional, tanto de la DIGEMID como de las unidades ejecutoras, con responsabilidad directa en la implementación y operación de las BPFM durante el periodo señalado.

3.6. Tamaño de muestra

3.6.1. Tamaño de datos cuantitativos:

Se incluyó la totalidad de las BPFM registradas en la sede digital de la DIGEMID, cuyos datos fueron obtenidos mediante Solicitud de Acceso a Información Pública (SAIP), y que se encontraban implementadas y operativas hasta antes del 31 de diciembre de 2024.

Para determinar la asequibilidad y la disponibilidad de medicamentos se consideró únicamente aquellas BPFM implementadas en el marco de la Directiva Administrativa N° 351-MINSA/DIGEMID-2024, que comprende desde el 8 de febrero hasta 31 de diciembre de 2024, en total ocho (8) BPFM.

3.6.2. Tamaño de datos cualitativos

Constituido por los responsables de formular e impulsar la Resolución Ministerial N° 100-2024/MINSA y Ley 32176; y, actores o informantes clave, involucrados en la implementación de las BPFM en cada unidad ejecutora.

3.7. Criterios de selección

3.7.1. Criterio de inclusión

3.7.1.1. Inclusión de datos cuantitativos:

Para cuantificar el número total de las boticas implementadas, se consideró todas las BPFM, es decir, aquellas que habían iniciado sus actividades hasta el 31 de diciembre de 2024 y que no se encontraban en situación de cierre al momento de recolectar datos.

Tabla 1. Número de BPFM implementadas hasta el 31.12.2024.

Boticas públicas implementadas (MINSA y Unidades ejecutoras)	Total	Excluido	Con inicio de actividad
MINSA	6	–	6
DIRIS Lima Norte	5	–	5
DIRIS Lima Sur	3	–	3
DIRIS Lima Centro	3	–	3
DIRIS Lima Este	4	1	3
DIRESA Callao	1	–	1
Total	22	1	21

Para determinar la asequibilidad y disponibilidad de los medicamentos en las BPFM, solo se consideraron las implementadas e iniciado sus actividades entre el 8 de febrero y 31

de diciembre de 2024, en el marco de la Directiva Administrativa N° 351-MINSA/DIGEMID-2024.

Tabla 2. BPFM consideradas para el análisis de precio, asequibilidad y disponibilidad de los medicamentos globales usados en el tratamiento estándar de diferentes patologías.

Inicio de actividad	Razón Social	Nombre Comercial	Excluido	Incluido
26/08/2024	DIRIS Lima Norte	FARMAMINSA Los Olivos	–	Sí
28/08/2024	DIRIS Lima Norte	FARMAMINSA Ancón	–	Sí
28/11/2024	DIRESA Callao	FARMAMINSA	–	Sí
21/11/2024	MINSA	FARMAMINSA Lince	–	Sí
08/03/2024	MINSA	FARMAMINSA	–	Sí
09/05/2024	MINSA	FARMAMINSA UNMSM	–	Sí
11/06/2024	DIRIS Lima Sur	FARMAMINSA San Juan de Miraflores	–	Sí
15/01/2024	DIRIS Lima Sur	FARMAMINSA Pucusana	Sí	No
20/02/2024	DIRIS Lima Sur	FARMAMINSA Lurín	–	Sí
	Total		1	8

3.7.1.2. Inclusión de datos cualitativos:

Se incluyó a los responsables de formular e impulsar la Resolución Ministerial N° 100-2024/MINSA, mediante la cual se aprobó la Aprueba Directiva Administrativa N° 351-MINSA/DIGEMID-2024, Directiva Administrativa para la implementación de las Boticas Públicas "FARMAMINSA", así como en el proceso de formulación de la Ley 32176, Ley de fortalecimiento e implementación de las Boticas Públicas FARMAMINSA a nivel nacional.

Asimismo, se incluyó a los actores clave involucrados en la implementación de las BPFM tanto del nivel central (DIGEMID), DIRIS y del gobierno local con participación directa en el proceso de implementación de las BPFM en el gobierno regional.

Tabla 3. Relación de participantes convocados y entrevistados en el estudio.

Institución	Número de participantes	Excluidos	Participantes finales
DIGEMID	3	0	3
DIRIS Lima Norte	1	0	1
DIRIS Lima Sur	1	0	1
DIRIS Lima Centro	1	0	1
DIRIS Lima Este	1	0	1
Gobierno local Mi Perú (Callao)	1	1	0
Total	8	1	7

3.7.2. Criterio de exclusión

3.7.2.1. Exclusión de datos cuantitativos:

Se excluyeron las BPFM que iniciaron actividades con posterioridad al 31 de diciembre de 2024 o que se encontraban en situación de cierre al momento de recolección de datos.

Para determinar el precios, disponibilidad y asequibilidad de los medicamentos en las BPFM, se excluyeron las implementados antes del 08 de febrero de 2024 y aquellas implementadas con posterioridad al 31 de diciembre de 2024.

3.7.2.2. Exclusión de datos cualitativos:

Se excluyeron los Químicos farmacéuticos involucrados en la implementación de las BPFM que no otorgaron su consentimiento verbal para participar en la entrevista, así como los actores clave que no contaban con información pertinente para los objetivos específicos del estudio.

3.8. Recolección de datos

3.8.1. Recolección de los datos cuantitativos

Para determinar el número total de las BPFM implementadas a nivel nacional hasta el 31 de diciembre del 2024, se consultó la sede digital de la DIGEMID, identificándose inicialmente veinte (20) BPFM implementadas en Lima Metropolitana y una (1) en la provincia constitucional de Callao. Con la finalidad de validar esta información, se realizó una SAIP a través de la sede digital del MINSA, generándose el expediente SAIP WEB 25-008004 (ver anexo 1). La DIGEMID, vía correo electrónico, brindó respuesta del número total de las BPFM implementadas hasta la fecha indicada. En el presente estudio se consideraron únicamente aquellas BPFM que habían iniciado sus actividades hasta el 31 de diciembre del 2024 y que no se encontraba con situación de cierre.

Para el análisis de precios, disponibilidad y asequibilidad de los medicamentos en las BPFM, se consideró una lista de 14 (catorce) medicamentos globales usados en tratamiento estándar de diferentes patologías, seleccionados conforme a la metodología propuesta por la OMS y Health Action International (HAI), dicha lista se encuentra descrita en el manual "*Medir precios, disponibilidad, asequibilidad y componentes de los precios de los medicamentos"*, segunda edición, el cual fue adecuado de acuerdo a las recomendaciones del manual para el contexto del estudio (60).

Tabla 4. Lista de medicamentos esenciales incluidos en el análisis.

N.º	Nombre de medicamento (genérico)	Cantidad para tratamiento estándar	Forma farmacéutica y concentración
1	Salbutamol	1	Inhalador 100 µg/dosis
2	Glibenclamida	60	Tableta, 5 mg
3	Atenolol	30	Tableta, 100 mg
4	Captopril	60	Tableta, 25 mg
5	Atorvastatina	30	Tableta, 20 mg
6	Amitriptilina	90	Tableta, 25 mg
7	Ciprofloxacino	14	Tableta, 500 mg
8	Cotrimoxazol	1	Líquido oral, 40mg + 200 mg/5 mL
9	Amoxicilina	21	Tableta, 500 mg
10	Ceftriaxona	1	Inyección 1 g/vial
11	Diazepam	7	Tableta, 10 mg
12	Ibuprofeno	90	Tableta, 400 mg
13	Paracetamol	1	Liquido oral 120 mg/5 mL
14	Omeprazol	30	Tableta de liberación modificada, 20 mg

Fuente: Adaptado del manual *Medir precios, disponibilidad, asequibilidad y componentes de los precios de los medicamentos*, 2.ª ed. (OMS/HAI), con adecuaciones para el presente estudio.

Para la obtención de precios, se utilizó el Observatorio de Precios de Productos Farmacéuticos de la DIGEMID, reportadas por las BPFM. Luego, se acudió a las BPFM para corroborar el precio y la disponibilidad de los medicamentos. Finalmente, se visitó a oficinas farmacéuticas privadas más cercanas a las BPFM con la finalidad de consultar el precio y verificar la disponibilidad del medicamento genérico de menor precio. Para el presente estudio.

En total, se consideraron 23 oficinas farmacéuticas, de las cuales 8 (34,8%) correspondieron a BPFM y 15 (65,2%) a oficinas farmacéuticas privadas, tal como se detalla en la Tabla 5.

Tabla 5. Distribución de las oficinas farmacéuticas que participaron en el estudio

Tipo de oficina farmacéutica	Cantidad	%
Boticas públicas FARMAMINSA	8	34.8 %
Privadas	15	65.2 %
Total	23	100 %

3.8.2. Recolección de los datos cualitativos

Para el desarrollo de los Objetivos Específicos (OE2, OE3, OE4 y OE5), se elaboró una guía de entrevista semiestructurada compuesta por veinticinco (25) preguntas abiertas, orientadas a explorar de manera profunda las percepciones, experiencias y opiniones de los participantes respecto a la implementación de las BPFM.

La guía fue revisada y validada por tres expertos con experiencia en gestión de la salud, farmacia hospitalaria, farmacia clínica, acceso a medicamentos, SISMED e implementación de las BPFM, asegurando su pertinencia y claridad (ver Anexo 2, Anexo 3, Anexo 4).

Con el fin de garantizar el rigor metodológico del estudio, se consideraron los criterios de credibilidad y trazabilidad propios de la investigación cualitativa. La credibilidad se aseguró mediante la participación de actores clave directamente involucrados en la formulación de la Resolución Ministerial N° 100-2024/MINSA y la Ley 32176, asimismo en la implementación de las BPFM en distintas unidades ejecutoras y en el gobierno local, cuyas experiencias y conocimientos permitieron obtener información consistente y pertinente. La codificación de la información se realizó de manera sistemática, permitiendo que las categorías emergieran a partir de los discursos de los participantes.

La recolección de datos cualitativos se realizó mediante entrevistas virtuales a través de Google Meet, utilizando el muestreo intencional. Se seleccionó a participantes de la DIGEMID y de las DIRIS.

El estudio contó con participación de siete informantes clave; de ellos, cuatro correspondieron a representantes de distintas unidades ejecutoras y tres a funcionarios de la DIGEMID. El participante del Gobierno Local Mi Perú fue excluido, debido a que no cumplió con los criterios de inclusión.

El contacto inicial se realizó mediante mensaje de WhatsApp, en el cual se explicó el propósito del estudio y se solicitó su colaboración, manteniendo un enfoque de respeto y profesionalismo.

Todos los participantes otorgaron su consentimiento verbal y manifestaron su preferencia por mantener su identidad completamente anónimo (ver anexo 5). No se recopilaron datos que permitieran su identificación directa. Las entrevistas combinaron una estructura básica que garantizó la cobertura de los temas centrales con la flexibilidad suficiente para profundizar en aspectos específicos según las respuestas obtenidas.

Cada entrevista tuvo una duración promedio de 40 minutos y fue grabada con autorización verbal de los participantes, respetando los principios éticos y la confidencialidad. Las respuestas fueron transcritas y codificadas mediante identificadores genéricos (Ent. 1 DIRIS LC – UE, Ent.2 DIGEMID, Ent. 3 DIRIS LE – UE, Ent. 4 DIRIS LS– UE, Ent. 5 DIRIS LN– UE, Ent.6 DIGEMID y Ent.7 DIGEMID), conforme se detalla en el anexo 5, asegurando la protección de la identidad de los entrevistados. Las grabaciones fueron almacenadas en archivos protegidos, con acceso exclusivo a la investigadora, y serán eliminados una vez concluido el análisis.

Todo el procedimiento garantizó el cumplimiento de los principios éticos de voluntariedad, confidencialidad y respeto a los derechos de los participantes, permitiendo recoger información rica y significativa para el desarrollo del estudio.

3.9. Análisis de datos

3.9.1. Análisis datos cuantitativos

Para el tratamiento de los datos cuantitativos, provenientes del archivo Excel “SAIP 25-008004.xlsx” proporcionado por la DIGEMID, se usó Microsoft Excel para organización de una tabla dinámica. Esta herramienta permitió la sistematización, el análisis, filtrado y agrupación de la información de las BPFM implementadas y con inicio de actividad hasta el 31 de diciembre de 2024.

Del mismo modo, se usó Microsoft Excel para el procesamiento y análisis de precios, disponibilidad y asequibilidad de los medicamentos en las BPFM.

Para el cálculo del costo del tratamiento estándar, se consideraron la dosis diaria y la frecuencia de administración recomendadas por la OMS-HAI, el análisis se realizó por

separado para cada presentación farmacéutica disponible, a fin de preservar la comparabilidad y reflejar escenarios reales de prescripción.

En el caso de los medicamentos de forma farmacéutica sólida y aquellos que requieren múltiples dosis, el costo diario del tratamiento se estimó multiplicando el precio promedio unitario del medicamento por el número de unidades requeridas, de acuerdo con la dosis y la frecuencia establecidas. A partir de ello, el costo mensual del tratamiento estándar se calculó considerando el periodo definido en la guía OMS–HAI.

Para las formas farmacéuticas que no se ajustan a un esquema mensual, como inhaladores, suspensiones e inyectables, el cálculo se realizó considerando el precio unitario del medicamento, en función de la presentación utilizada para el tratamiento estándar.

La asequibilidad se expresó como el número de días de salario necesarios para cubrir el costo del tratamiento estándar, utilizando como referencia la RMV vigente durante el periodo de estudio y posterior a las deducciones de ley, equivalente a S/ 33,40 por día. (ver anexo 6). Para efectos de interpretación, se consideró asequible un tratamiento cuando el costo correspondía a un día de salario o menos, y no asequible cuando superaba a un día de salario. El cálculo se realizó con base en el RMV en Perú, S/ 1,130.00 (24).

La disponibilidad de medicamentos se calculó como el porcentaje de BPFM en las que se registró el medicamento durante el periodo de recolección del precio unitario de los medicamentos, de acuerdo con la metodología OMS-HAI, interpretándose como disponible cuando el valor fue igual o mayor 80%, y como no disponible cuando fue menor al 80%.

Para el análisis comparativo entre sectores, se estimó la brecha de precios como la diferencia porcentual entre el precio del tratamiento estándar en el sector privado y el sector público.

3.9.2. Análisis de datos cualitativos

Para el análisis de los datos obtenidos a través de las entrevistas semiestructuradas a informantes clave, se empleó el software MAXQDA Analytics Pro (versión 26.0.0), herramienta especializada en Análisis de Datos Cualitativos (Qualitative Data Analysis, QDA). Este software permitió importar y organizar los documentos de las entrevistas,

generar códigos y subcódigos para la identificación de patrones y categorías emergentes, los cuales fueron construidas a partir del análisis inductivo de entrevistas a informantes clave (ver anexo 7).

Cabe precisar que, si bien las BPFM consideradas en el análisis iniciaron actividades durante el año 2024, la recolección de información cuantitativa sobre precios y disponibilidad de medicamentos se realizó durante el año 2025, a fin de evaluar el comportamiento del suministro una vez superada la fase inicial de la implementación.

CAPÍTULO IV. RESULTADOS

4.1. Resultados de los datos cuantitativos

4.1.1. Distribución geográfica de las BPFM por entidad implementadora

La implementación de las BPFM hasta el 31 de diciembre de 2024 muestra una marcada concentración geográfica en Lima Metropolitana. De acuerdo con la información procesada a partir de la respuesta de la SAIP a la DIGEMID, se verifica la implementación de 20 BPFM en esta área, en contraste en la provincia constitucional del Callao solo se ha implementado una BPFM. Los datos que se presentan a en la Figura 4.

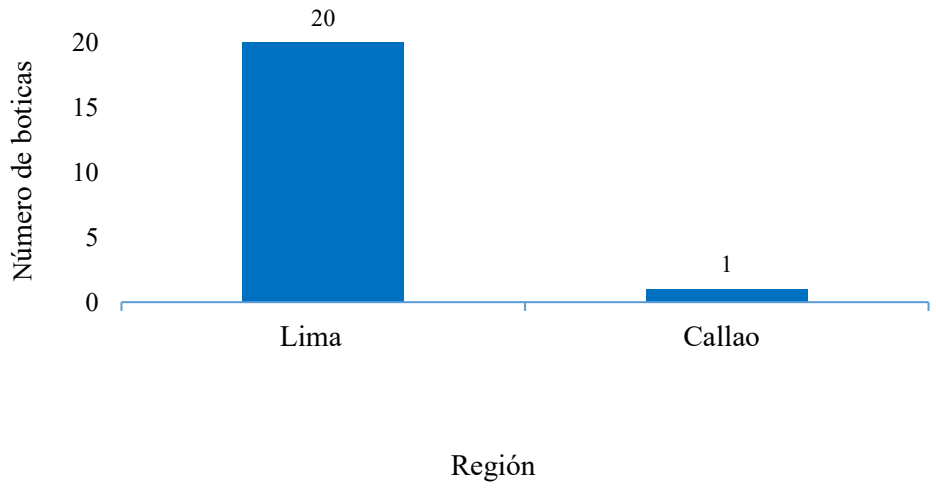


Figura 4. Implementación de las BPFM al 31 de diciembre de 2024.
Fuente: DIGEMID; elaboración propia.

El MINSA y la DIRIS Lima Norte registran el mayor número de BPFM implementadas, con seis y cinco respectivamente. A diferencia, la DIRIS Lima Sur, DIRIS Lima Centro y DIRIS Lima Este implementaron tres BPFM cada una. Finalmente, la Dirección Regional de Salud (DIRESA) del Callao solamente implementó una, tal como se muestra en la Figura 5.

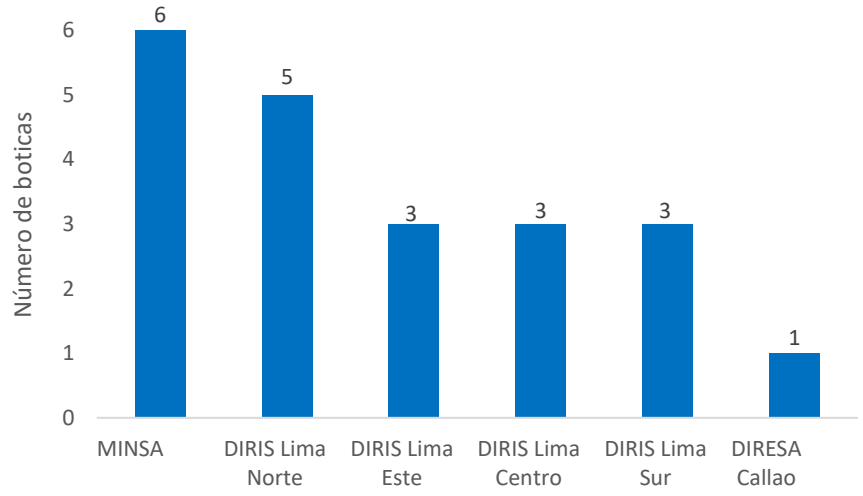


Figura 5. BPFM implementadas por el MINSA y sus unidades ejecutoras al 31 de diciembre de 2024.
Fuente: DIGEMID; elaboración propia.

4.1.2. Distribución distrital de las BPFM en Lima Metropolitana y Callao

A un nivel más granular, la distribución de las BPFM se concentra en distritos específicos. Los distritos de Santiago de Surco y Jesús María registraron la mayor cantidad de establecimientos, con dos BPFM cada uno. Cabe destacar que ambas oficinas farmacéuticas públicas ubicadas en Santiago de Surco fueron implementadas directamente por el MINSA.

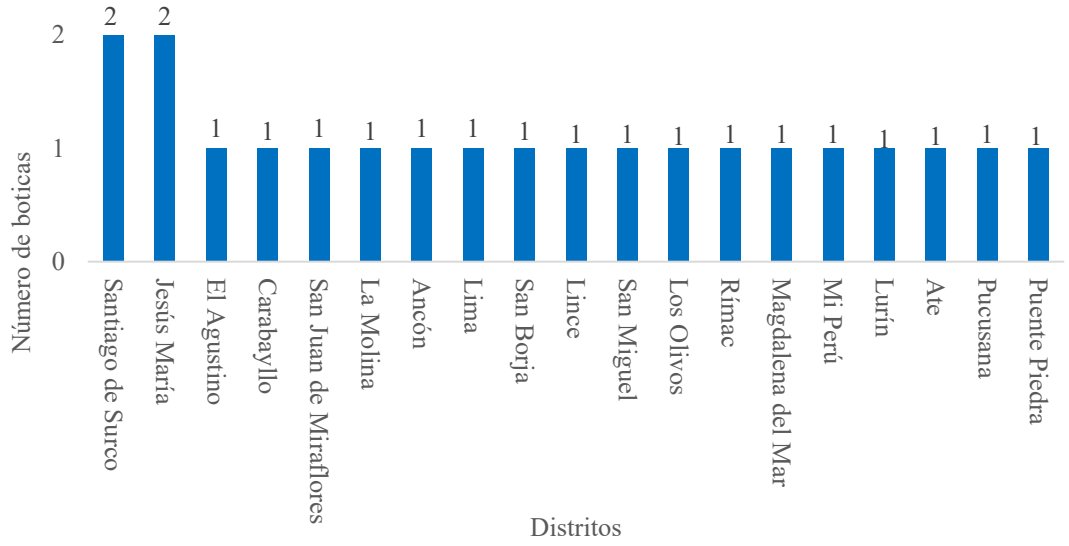


Figura 6. BPFM implementadas por distrito de Lima y Callao.
Fuente: DIGEMID; elaboración propia.

4.1.3. Cronología de la implementación de las oficinas farmacéuticas públicas y marco normativo

El análisis temporal de la implementación muestra que una parte significativa de los establecimientos farmacéuticos fueron implementados antes de la existencia de un marco regulatorio específico. Es así que, de las 21 oficinas farmacéuticas públicas, 13 (61,9%) se implementaron antes del 2024, es decir dentro del marco de la PNM. Las ocho boticas restantes (38,1%) fueron implementadas posterior a la aprobación de la Directiva Administrativa N° 351-MINSA/DIGEMID-2024.

La Figura 7 muestra la distribución de oficinas farmacéuticos públicas según el año de implementación. Se observa que, antes del 2024, estos establecimientos eran denominados Farmacias o Farmacias institucionales. No obstante, a partir de 8 de febrero de 2024 se adopta oficialmente la denominación de "Boticas Públicas FARMAMINSA", en concordancia con el marco normativo vigente, el cual establece que el término "Farmacia" corresponde únicamente a los establecimientos cuya titularidad recae a un profesional Químico Farmacéutico (51).

Asimismo, se evidencia que el mayor número de implementaciones se ha registrado el 2024, superando a los años precedentes. Asimismo, las farmacias institucionales preexistentes vienen realizando las adecuaciones para adoptar la denominación oficial de Botica Pública FARMAMINSA.

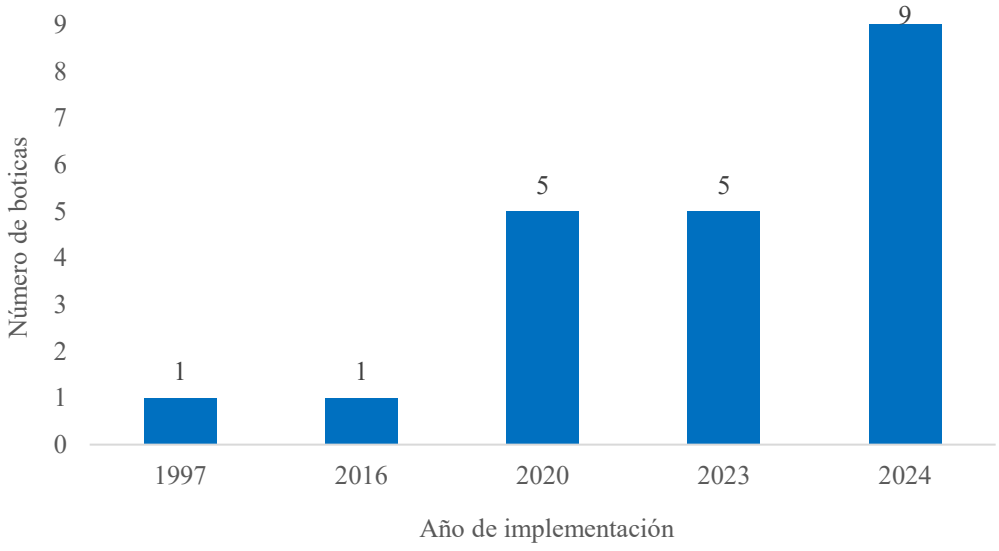


Figura 7. BPFM implementadas por año hasta 2024.
Fuente: DIGEMID; elaboración propia.

4.1.4. Horarios de funcionamiento y disponibilidad de acceso

Tal como se observa en la Figura 8 , la mayoría de las BPFM 12 (57 %) de establecimientos; brinda atención de lunes a viernes en el horario de 8:00 a. m. a 4:30 p. m.

Un segundo grupo, conformado por tres boticas (14 %), atiende de lunes a viernes hasta las 5:00 p. m., mientras que otras tres (14 %) extienden su atención hasta los sábados, aunque con un horario de cierre a las 4:00 p. m.

Asimismo, dos boticas (10 %) presentan un horario de atención ampliado, de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 7:00 p. m., incluyendo atención los días sábados. Finalmente, se identifica que una botica (5 %) ofrece atención de lunes a sábado desde las 8:00 a. m. a 8: p. m., siendo este el esquema con mayor amplitud horaria registrado entre las BPFM evaluadas.

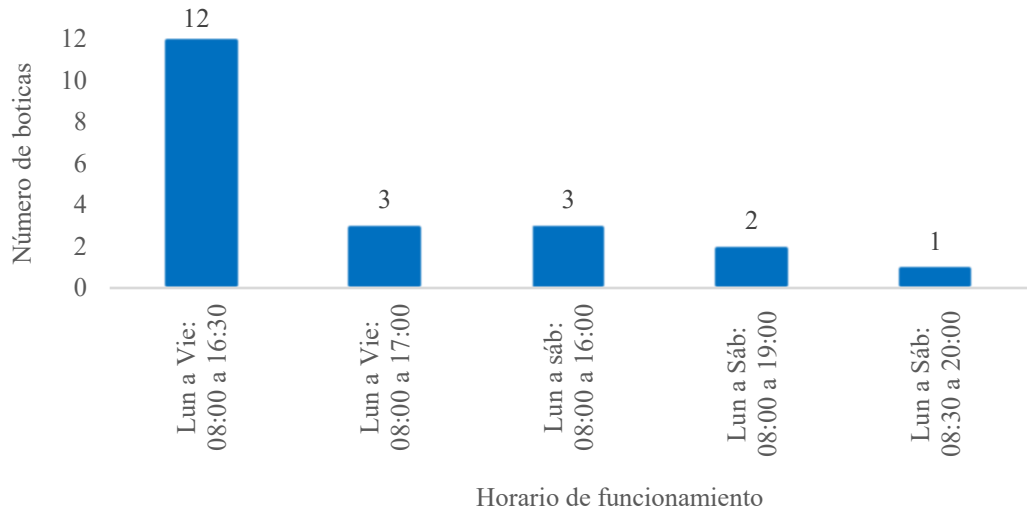


Figura 8. Horario de funcionamiento de las BPFM.
Fuente: DIGEMID; elaboración propia.

4.1.5. Promedio del precio del tratamiento estándar, asequibilidad y disponibilidad de medicamentos en las Boticas Públicas FARMAMINSA y comparación intersectorial

Tabla 6. Precios promedio, días de salario mínimo requeridos y disponibilidad del tratamiento estándar en boticas públicas y privadas.

Nombre de medicamento (genérico)	Boticas públicas FARMAMINSA			Oficinas farmacéuticas privadas			Comparación intersectorial		
	Precio promedio de tratamiento estándar (S/)	Promedio de días de salario mínimo requeridos para el tratamiento estándar	Disponibilidad (%)	Precio promedio de tratamiento estándar (S/)	Promedio de días de salario mínimo requeridos para el tratamiento estándar	Disponibilidad (%)	Diferencia absoluta de precio	diferencia porcentual de precio	Razón de precio (privado/ BPFM)
Salbutamol 100 µg/dosis, 1 inhador de 200 dosis	S/ 5.62	0.17	75%	S/ 9.49	0.28	93%	S/ 3.87	41%	1.7
Glibenclamida 5 mg, 2 tab. x día x 30 días	S/ 2.40	0.07	50%	S/ 9.64	0.29	93%	S/ 7.24	75%	4.0
Atenolol 100 mg, 1 tab. x día x 30 días	S/ 3.48	0.10	62.5%	S/ 32.38	0.97	93%	S/ 28.90	89%	9.3
Captopril 25 mg, 2 tab. x día x 30 días	S/ 3.15	0.09	100%	S/ 32.96	0.99	93%	S/ 29.81	90%	10.5
Atorvastatina 20 mg, 1 tab. x día x 30 días	S/ 2.57	0.08	87.5%	S/ 10.72	0.32	100%	S/ 8.15	76%	4.2
Amitriptilina 25 mg, 3 tab. x día x 30 días	S/ 19.20	0.57	37.5%	S/ 22.05	0.66	66.7%	S/ 2.85	13%	1.1
Ciprofloxacino 500 mg, 2 tab. x día x 7 días	S/ 1.87	0.06	100%	S/ 7.49	0.22	100%	S/ 5.62	75%	4.0
Cotrimoxazol 40+200/5 mL, 10 mL/día x 7 días	S/ 2.78	0.08	75%	S/ 13.64	0.41	80%	S/ 10.86	80%	4.9
Amoxicilina 500 mg, 3 tab. x día x 7 días	S/ 3.44	0.10	100%	S/ 8.01	0.24	100%	S/ 4.57	57%	2.3
Ceftriaxona 1g/vial, 1 inyección	S/ 1.50	0.04	87.5%	S/ 6.87	0.21	86.7%	S/ 5.38	78%	4.6
Diazepam 10 mg, 1 tab. x día x 7 días	S/ 0.00	0.00	0.0%	S/ 0.63	0.02	26.7%	S/ 0.63	100%	0.0
Ibuprofeno 400 mg, 3 tab. x día x 30 días	S/ 8.66	0.26	100%	S/ 30.06	0.90	100%	S/ 21.40	71%	3.5
Paracetamol 120 mg/5 mL, 15 mLx día x 3 días.	S/ 2.30	0.07	62.5%	S/ 4.65	0.14	93%	S/ 2.35	51%	2.0
Omeprazol 20 mg, 1 comp. X 30días	S/ 1.67	0.05	77.8%	S/ 7.34	0.22	100%	S/ 5.67	77%	4.4

Nota: La Remuneración Mínimo Vital neto percibido por el trabajador, una vez aplicadas las deducciones establecidas por la normativa vigente, asciende a S/ 1 001,52; en consecuencia, el ingreso diario equivale a S/ 33,40.

4.1.5.1. Precio de tratamiento estándar

El análisis del precio promedio para el tratamiento estándar evidencia diferencias claras entre las BPFM y las oficinas farmacéuticas privadas. En las BPFM, el precio del tratamiento estándar se mantuvo relativamente bajo para la mayoría de los medicamentos evaluados, con valores que oscilaron entre S/ 1.67 y S/ 19.20 para omeprazol 20 mg y amitriptilina 25 mg respectivamente.

La **Tabla 6** muestra que la mayor parte de los medicamentos utilizados en el tratamiento de enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) presentó precios inferiores a S/ 10.00, destacando fármacos de uso frecuente como glibenclamida 5 mg, atenolol 100 mg, captopril 25 mg, atorvastatina 20 mg e ibuprofeno 400 mg. De manera similar, los medicamentos empleados en el tratamiento de enfermedades agudas transmisibles mostraron precios del tratamiento estándar generalmente inferiores a S/ 5.00 en las BPFM.

Al comparar ambos sectores, se observa que esta diferencia de precios se acentúa en medicamentos antibióticos y de uso crónico. El promedio del precio del tratamiento estándar de ciprofloxacino 500 mg y amoxicilina 500 mg en las BPFM fue marcadamente menor que en las oficinas farmacéuticas privadas, donde los valores superaron ampliamente a los del sector público. Un patrón similar se identificó en ibuprofeno 400 mg y omeprazol 20 mg, cuyos precios promedio en el sector privado multiplicaron los registrados en las BPFM.

Es necesario precisar que el medicamento diazepam 10 mg no estaba disponible; por lo que, para efectos del estudio se estableció como precio el valor de S/ 0.00 en las BPFM, al momento de la recolección de datos, por lo que no fue posible calcular el precio efectivo del tratamiento estándar en dicho sector.

4.1.5.2. Asequibilidad económica de las BPFM

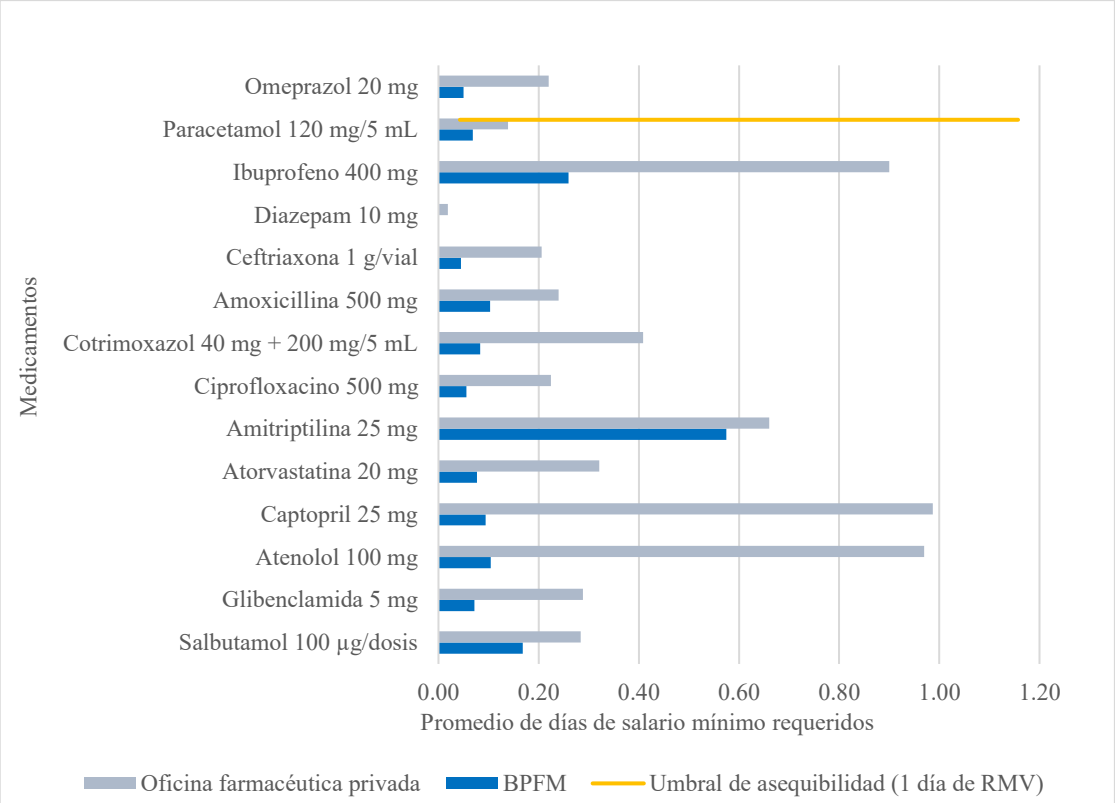


Figura 9. Asequibilidad del tratamiento estándar según promedio de días de salario mínimo requeridos en BPFM y oficinas farmacéuticas privadas.
Nota: La línea horizontal representa el umbral de asequibilidad definido como ≤ 1 día de Remuneración Mínimo Vital (RMV).

En términos generales, los medicamentos disponibles en las BPFM presentaron niveles adecuados de asequibilidad económica, al requerir menos de un día de salario para cubrir un tratamiento estándar. De acuerdo a la Figura 9. y Tabla 6, la totalidad de los medicamentos analizados en las BPFM se clasificó como asequible, al requerir menos de un día de RMV.

En contraste, en las oficinas farmacéuticas privadas se identificaron medicamentos cuyo tratamiento estándar se aproximó al umbral de un día de salario mínimo, clasificándose como no asequibles. En particular, fármacos como atenolol 100 mg, captopril 25 mg e ibuprofeno requirieron valores cercanos a un día de salario mínimo. En el resto de los medicamentos analizados, el promedio de días de salario mínimo requeridos se mantuvo por debajo del límite de asequibilidad definido.

Estos resultados muestran diferencias en la asequibilidad económica de los medicamentos entre ambos sectores, de acuerdo con el indicador aplicado.

En el caso de los medicamentos del sistema nervioso central, como amitriptilina 25 mg y diazepam 10 mg, se observó que, si bien el promedio del precio del tratamiento estándar en las BPFM fue bajo, la adquisición en el sector privado implicó un mayor esfuerzo económico, reflejando una menor asequibilidad en dicho sector.

4.1.5.3. Disponibilidad de los medicamentos

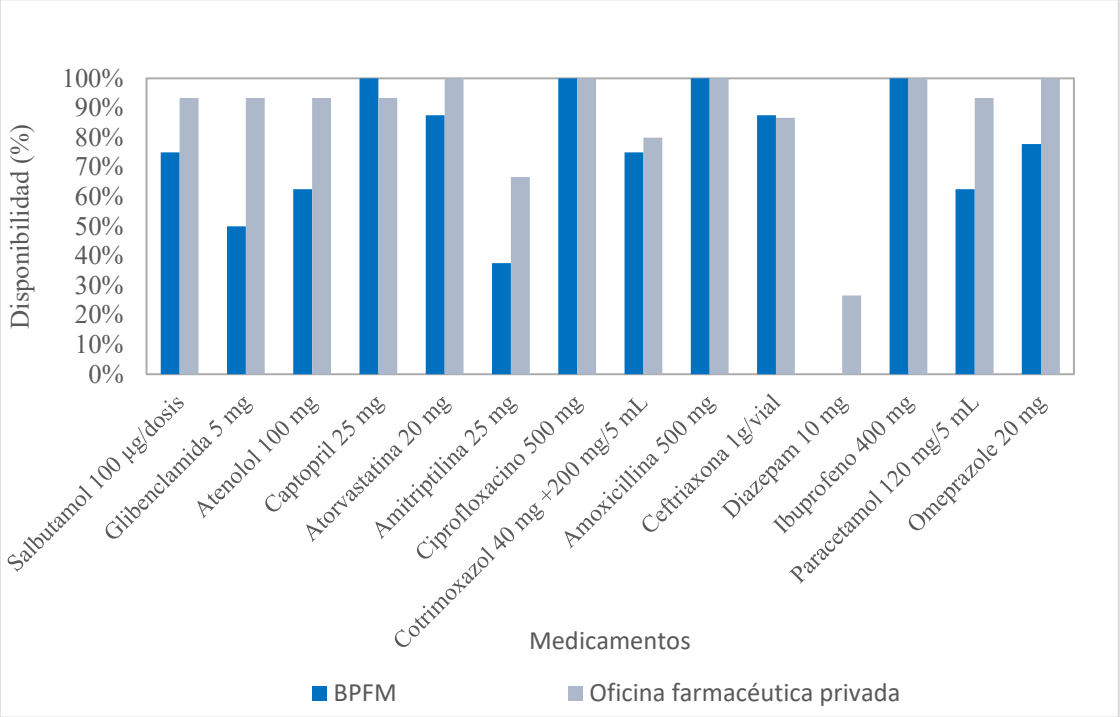


Figura 10. Disponibilidad de medicamentos (%) en BPFM y oficinas farmacéuticas privadas.

La **Figura 10** y la **Tabla 6** muestran que la disponibilidad de los medicamentos en las BPFM presentó un comportamiento heterogéneo, con porcentajes que oscilaron entre 0 % y 100 %. De acuerdo con el criterio establecido para su análisis, considerándose como disponibles aquellos con una disponibilidad igual o superior al 80 %, y como no disponibles los que registraron valores inferiores a dicho umbral. Bajo este criterio, se observó que varios medicamentos no alcanzaron el nivel definido de disponibilidad. En particular, salbutamol 100 mcg, glibenclamida 5 mg, atenolol 100 mg, amitriptilina 25 mg, cotrimoxazol 40+200/5 mL, ceftriaxona 1 g/vial, paracetamol 120 mg/5 mL y omeprazol 20 mg fueron clasificados como no disponibles, al presentar niveles inferiores al 80 %.

Por el contrario, medicamentos como captopril 25 mg, atorvastatina 20 mg, amitriptilina 25 mg, ciprofloxacino 500 mg, amoxicilina 500 mg e ibuprofeno 400 mg alcanzaron una

disponibilidad mayor igual a 80%, clasificándose como disponibles según el indicador aplicado.

En el caso de las oficinas farmacéuticas privadas, la mayoría de los medicamentos analizados superó el umbral de disponibilidad del 80 %, observándose un mayor número de fármacos clasificados como disponibles en comparación con las BPFM.

Finalmente, en ambos sectores se observó que los medicamentos utilizados para el tratamiento de ansiedad y depresión presentaron niveles más bajos de disponibilidad. En particular, el diazepam 10 mg registró una disponibilidad del 0 % en las BPFM, lo que evidencia limitaciones persistentes en el acceso a este grupo terapéutico.

4.1.6. Brecha de precios entre las BPFM y las oficinas farmacéuticas privadas

La comparación intersectorial evidenció que, para la mayoría de los medicamentos evaluados, tanto el promedio del precio del tratamiento estándar como el promedio de días de salario mínimo requeridos fueron mayores en las oficinas farmacéuticas privadas en comparación con las BPFM. En términos absolutos, las diferencias de precio oscilaron entre S/ 2,35 y S/ 29,81, mientras que las brechas porcentuales superaron el 70 % en varios medicamentos, lo que refleja diferencias económicas importantes para acceder a los tratamientos según el sector de adquisición.

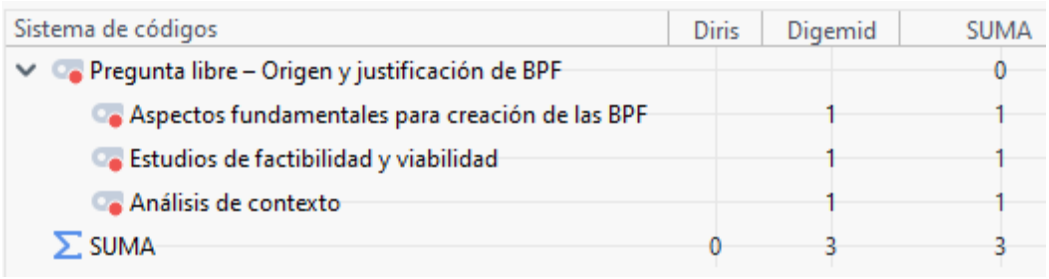
Asimismo, el análisis de la razón de precios muestra que, dependiendo del medicamento, el costo del tratamiento estándar en el sector privado puede ser entre 1,7 y más de 10 veces mayor que en las BPFM, evidenciando una brecha consistente y sostenida entre ambos sectores.

En conjunto, los resultados indican que las BPFM constituyen una alternativa que reduce el gasto de bolsillo asociado a la adquisición de medicamentos esenciales; no obstante, este efecto se encuentra condicionado por la disponibilidad efectiva del medicamento, tal como se observa en los casos donde la cobertura de stock es parcial o inexistente.

4.2. Resultados de los datos cualitativos

4.2.1. Pregunta libre - Respecto al origen y justificación de la implementación de las BPFM

4.2.1.1. Análisis de frecuencias



Sistema de códigos	Diris	Digemid	SUMA
Pregunta libre – Origen y justificación de BPF			0
Aspectos fundamentales para creación de las BPF		1	1
Estudios de factibilidad y viabilidad		1	1
Análisis de contexto		1	1
SUMA	0	3	3

Figura 11. Sistema de códigos del origen y la justificación de las BPFM.

El análisis del origen y justificación de las BPFM se estructuró a partir de tres segmentos codificados, los cuales se encuentran concentrados en su totalidad en el nivel central representado por la DIGEMID con tres menciones. Por el contrario, no se registraron menciones por parte de los actores clave de las DIRIS en esta categoría específica. evidenciando que la fundamentación técnica y el marco conceptual del proyecto están centralizados en el nivel regulador, con una menor participación o conocimiento explícito reportado desde el nivel ejecutor en este rubro.

Según el sistema de códigos Figura **11**, las dimensiones analizadas presentan una distribución equitativa de saturación, cada uno con una mención, que representa cada una el 33.3% de las menciones totales. Se evidencia la relación entre las unidades de significado, las categorías analíticas y los aportes de los participantes. Este procedimiento permitió seguir de manera transparente el recorrido analítico desde los datos empíricos hasta la construcción de los resultados.

4.2.1.2. Hallazgos cualitativos por dimensión

A partir del análisis de los datos proporcionados por los actores clave del nivel central (DIGEMID) y de las unidades ejecutoras (DIRIS), se identificaron los principales motivos que llevaron a impulsar y fomentar la implementación de las BPFM, así como los estudios de factibilidad, viabilidad y el análisis de contexto que sustentaron su creación.

Las dimensiones analíticas identificadas describen los fundamentos que sustentaron la implementación de las BPFM como estrategia para mejorar el acceso a medicamentos, las citas textuales representativos de los informantes se detallan en la Tabla 7.

Tabla 7. Citas textuales representativas de la pregunta libre sobre la implementación de las BPFM.

Informante	**Síntesis analítica**	**Dimensiones**	**Cita textual**
Ent. 2 DIGEMID	FARMAMINSA se concibe como estrategia de salud pública orientada a garantizar el acceso a medicamentos esenciales, con énfasis particular en la atención de enfermedades crónicas. Así mismo el diseño es la intersectorialidad y articulación de tres niveles de gobierno.	Aspectos fundamentales para la creación de las BPFM	"Enfermedades crónicas era nuestro punto de enfoque para estas BPFM".
Ent. 7 DIGEMID			"FARMAMINSA es una estrategia de salud pública que está orientada a tratar de que de forma articulada los niveles de gobierno tengan una respuesta coordinada ante la población".
Ent. 7 DIGEMID			"El primer componente era intersectorialidad. Ahí lo que se buscaba era que el gobierno local, las municipalidades, aportaran infraestructura y equipamiento. La autoridad local, el gobierno regional, aportara toda la experticia que tenía el personal y manejara y condujera el sistema de FARMAMINSA".
Ent. 6 DIGEMID	A nivel central se usaron datos de ENAHO del 2022, análisis del mercado farmacéutico y realizaron estudios del consumo y precios de 120 medicamentos, proyectando márgenes para cubrir personal.	Estudios de factibilidad y viabilidad	“Según la Encuesta Nacional de Hogares que se tuvo del año 22, el informe, encontraba que un gran porcentaje de la población acudía a las farmacias, a las boticas, a pesar de tener seguro".
Ent. 6 DIGEMID			"Cerca del 18% de la población adquiría sus medicamentos en las farmacias y las boticas".
Ent. 7 DIGEMID			"Se comparó una nota de 120 medicamentos, el consumo, tomando la experiencia de la farmacia institucional; se compararon precios respecto a los precios

Informante	Síntesis analítica	Dimensiones	Cita textual
			de las farmacias privadas y había un ahorro sustancial".
Ent. 7 DIGEMID			"La utilidad que se generaría, que era más o menos el 25%, la utilidad que se generaría cubría el costo del Químico Farmacéutico y al técnico de farmacia".
Ent. 2 DIGEMID	Se identifican brechas de acceso (desabastecimiento en establecimientos públicos, altos precios en privadas) y la necesidad de ofrecer medicamentos esenciales a precios accesibles en zonas estratégicas.	Análisis de contexto	"Veíamos la escasez de estos medicamentos en diferentes establecimientos farmacéuticos".
Ent. 6 DIGEMID			"Es un mercado libre, no es controlado, entonces encontramos una variabilidad de precios por cada producto, desde un genérico, uno de marca y un innovador, cada uno con su precio diferente, que a veces varía hasta un 10, 20 veces más".
Ent. 6 DIGEMID			"Estas farmacias deberían estar, para generar mayor acceso, en lugares donde no haya ninguna farmacia, ninguna botica"
Ent. 6 DIGEMID			"Más de 1.200 distritos que no tienen ninguna farmacia ni botica en su jurisdicción"
Ent. 7 DIGEMID			"La BPFM, la idea era que se implementen en zonas donde no había mucha fluencia o mucha existencia de farmacéuticas privadas"

4.2.1.2.1. Aspectos fundamentales para la creación de las Boticas Públicas FARMAMINSA

Los entrevistados coincidieron en que la implementación de las BPFM respondió a una necesidad prioritaria de salud pública, particularmente asociada al incremento de las enfermedades crónicas y a garantizar -oportunamente- el acceso continuo a

medicamentos esenciales. Desde el nivel central se precisó que las patologías crónicas constituyeron el eje estratégico de la intervención, orientando el diseño del modelo hacia un esquema que permitiera asegurar el acceso a tratamientos farmacológicos de manera sostenida.

Asimismo, se destacó que FARMAMINSA fue concebida como una estrategia integral de salud pública cuyo propósito central consistía en facilitar a la población el acceso a medicamentos seguros, de calidad y a precios asequibles. En este sentido, la creación de las BPFM se enmarcó en un enfoque de servicio farmacéutico integral, donde el medicamento es considerado un componente esencial e indisociable de la atención sanitaria.

Un elemento adicional identificado como determinante fue el carácter intersectorial del modelo. Los entrevistados señalaron que la implementación de las BPFM se sustentó en la articulación coordinada entre el gobierno nacional, los gobiernos regionales y los gobiernos locales, con responsabilidades diferenciadas pero complementarias para garantizar la infraestructura, el equipamiento y la conducción técnica del servicio. Esta gobernanza multinivel fue concebida como un factor clave para viabilizar la implementación, expansión y sostenibilidad de las BPFM en los distintos ámbitos del territoriales del país.

4.2.1.2.2. Estudios de factibilidad y viabilidad considerados en la etapa inicial

En relación con los estudios de factibilidad y viabilidad, los entrevistados de la DIGEMID refirieron que la implementación de las BPFM fue precedida por diversos análisis técnicos y económicos. Entre estos, se mencionó los estudios basados en la Encuesta Nacional de Hogares (ENAHO), los cuales evidenciaron que una proporción significativa de la población, aun contando con algún tipo de seguro de salud, continuaba adquiriendo sus medicamentos en farmacias y boticas privadas, asumiendo un elevado gasto de bolsillo.

Adicionalmente, señalaron que realizaron análisis comparativos de consumo y precios de medicamentos, tomando como referencia la experiencia de las farmacias institucionales. Estos estudios permitieron identificar un ahorro sustancial frente a los precios del sector privado y estimar la viabilidad económica del modelo. En particular, uno de los entrevistados mencionó que la utilidad generada por la venta de medicamentos podría

cubrir los costos del Químico Farmacéutico y técnico en farmacia, considerando al medicamento como un capital de trabajo que permitía la sostenibilidad inicial del servicio.

Estos estudios contribuyeron a sustentar la factibilidad técnica y económica de la implementación de las BPFM, los entrevistados señalaron que era posible ofrecer medicamentos a precios accesibles sin comprometer la operatividad del servicio.

4.2.1.2.3. Análisis de contexto previo a la implementación

El este análisis los entrevistados de la DIGEMID evidenciaron importantes brechas en el acceso a medicamentos antes de la implementación de las BPFM. Describieron un mercado farmacéutico caracterizado por la libre competencia y la ausencia de control de precios, lo que generaba una alta variabilidad en el costo de los medicamentos, con diferencias significativas entre productos genéricos, genéricos de marca “de fantasía” y medicamentos innovadores.

Asimismo, destacaron la existencia de territorios con limitada o nula presencia de oficina farmacéutica privada. Algunos entrevistados señalaron que un número considerable de distritos no contaba con farmacias ni boticas, lo que obligaba a la población a desplazarse largas distancias o a adquirir medicamentos a precios elevados. Esta situación se agravaba por la escasez de medicamentos en determinados establecimientos públicos, lo que incrementaba la dependencia de la población hacia el sector privado.

En este contexto, la implementación de las BPFM fue descrita por los entrevistados como una respuesta estatal orientada a reducir las brechas territoriales y económicas en el acceso a medicamentos, priorizando su instalación en zonas donde la oferta privada era inexistente o insuficiente.

4.2.2. OE2 Identificar la factibilidad y viabilidad de la implementación de las Boticas Públicas FARMAMINSA

4.2.2.1. Análisis de Frecuencias

Sistema de códigos	Diris	Digemid	SUMA
OE2 - Factibilidad y viabilidad de la imp			0
Factibilidad percibida para la impler	1		1
Facilitadores de la implementación	1	1	2
Barreras de la implementación	1	1	2
Recursos necesarios	1	1	2
Limitaciones o barreras podría enfr	1	1	2
Sostenibilidad inicial		1	1
SUMA	5	5	10

Figura 12. Sistema de codificación de la factibilidad y viabilidad de la implamentación de las BPFM.

El análisis de la factibilidad y viabilidad se estructuró a partir de 10 segmentos codificados, distribuidos equitativamente entre los actores clave de las DIRIS y la DIGEMID, cada uno con cinco menciones. Esta distribución muestra coincidencias en los discursos entre el nivel ejecutor y el nivel regulador respecto a los componentes críticos del proyecto.

En la Figura 12 del sistema de códigos, las dimensiones con mayor saturación de información son los facilitadores, las barreras, los recursos necesarios y las limitaciones, cada una con el 20% de las menciones totales, con dos menciones por categoría. Del mismo modo, se observa que la dimensión de factibilidad percibida, es un tema abordado exclusivamente por los informantes de las DIRIS; mientras que la sostenibilidad inicial, fue una dimensión identificada únicamente por los actores clave de la DIGEMID, que representan el 10% de las menciones totales cada uno.

4.2.2.2. Hallazgos cualitativos por dimensión

Tabla 8. Citas textuales representativas correspondientes al OE2: factibilidad y viabilidad de la implementación de las BPFM.

Informante	Síntesis analítica	Dimensiones	Cita textual
Ent. 4 DIRIS LS - UE	La factibilidad es percibida como una tarea sencilla	Factibilidad percibida para la implementación	"La implementación es fácil, es fácil, es sencilla. Simplemente se coordinando con la municipalidad y está siempre constante con ellos en la comunicación".
Ent. 4 DIRIS LS - UE	Destacan la R.M. 100 y sus anexos, la coordinación entre MINSA y municipalidades, la Disponibilidad de locales municipales, y la intersectorialidad entre tres niveles de gobierno.		"Muchos municipios tienen un local disponible".
Ent. 4 DIRIS LS - UE			"El primer paso de todo, el primer paso es tener el local de la municipalidad".
Ent. 5 DIRIS LN - UE			"Las coordinaciones de las instituciones públicas, tanto en MINSA como en las municipalidades. Y se ha eliminado esos trámites burocráticos, por eso es que ahora lo tenemos implementado".
Ent. 5 DIRIS LN - UE		Facilitadores de la implementación	"Se acoge a la normativa y se llega a implementar".
Ent. 6 DIGEMID			"La única forma es que el gobierno local, en preocupación por su población, pueda también hacer los esfuerzos y conjuntamente con el Estado, con el Ministerio de Salud y los gobiernos regionales de salud, se puede implementar".
Ent. 7 DIGEMID			"El primer componente era intersectorialidad. Ahí lo que se buscaba era que el gobierno local, las municipalidades, aportaran infraestructura y equipamiento. La autoridad local, el gobierno regional, aportara toda la experticia que tenía el personal y manejara y condujera el sistema de FARMAMINSA".
Ent. 3 DIRIS LE - UE	Las principales barreras son la no firma de convenios, los costos de adecuación a BPOF, la falta de objetivo claro,	Barreras de la implementación	"Yo en la DIRIS no veo si es factible o es viable. Si no que nos dieron la orden, instalar y sacar ahora la directiva".
Ent. 3 DIRIS LE - UE			"Más que facilitar dificultad, porque no hay objetivo claro de esas boticas"

Informante	Síntesis analítica	Dimensiones	Cita textual
Ent. 4 DIRIS LS - UE	la no rentabilidad, los cambios de autoridades y el riesgo de desabastecimiento.		"Los inconvenientes que hemos tenido ha sido que ha habido cambios de autoridades".
Ent. 5 DIRIS LN - UE			"Las gestiones de entrada particular entre ambas instituciones".
Ent. 7 DIGEMID			"Si se da desorden en las compras, eso podría generar un desabastecimiento y entonces se crearía una... Si tú vas a una farmacia y preguntas cuál es el medicamento y no hay, no hay, no hay, entonces el desabastecimiento le quita confianza a la población de acudir a ese establecimiento"
Ent. 2 DIGEMID	Se consideran indispensables: la base normativa (R.M. 100 y anexos), el convenio MINSA– municipalidad, infraestructura y equipamiento adecuados, personal farmacéutico y capital semilla de medicamentos.	Recursos necesarios	"El recurso principal y primordial y transversal es un farmacéutico".
Ent. 4 DIRIS LS - UE			"Recursos necesarios que se requieren para su implementación infraestructura, personal, medicamentos para hacerlo sostenible".
Ent. 5 DIRIS LN - UE			"La infraestructura, el equipamiento"
Ent. 5 DIRIS LN - UE			"Equipos de aire acondicionado, termohigrómetros, las estanterías. Y luego, este recurso humano".
Ent. 6 DIGEMID			"Infraestructura adecuada, mobiliario, equipos, aire acondicionado, refrigerador"
Ent. 7 DIGEMID			"La municipalidad, aporta infraestructura local y equipamiento. Y en este caso el capital semilla es la dirección regional o el gobierno regional donde se está implementando".
Ent. 1 DIRIS LC - UE	Las principales Limitaciones o barreras son los recursos económicos que demanda la implementación, el sostenimiento y el mantenimiento de las BPFM, asimismo, los	Limitaciones o barreras podría enfrentar la implementación BPFM	"Que no se firme el convenio. Otra limitación es el costo de efectividad para la implementación de una FARMAMINSA, que involucra un local, involucra costos como aire acondicionado y todas las condiciones mínimas".
Ent. 2 DIGEMID			"Las limitaciones son temas presupuestales."

Informante	Síntesis analítica	Dimensiones	Cita textual
Ent. 4 DIRIS LS - UE	cambios de autoridades.		"Las limitaciones siempre son, tanto en nuevas instituciones como presupuestal, ¿no? Recursos económicos, depende mucho de eso. Y esa limitación y los otros cambios también constantes de autoridad"
Ent. 7 DIGEMID	A nivel de diseño, se proyectó un margen operativo de ~25% para cubrir costos de personal.	Sostenibilidad inicial	"El medicamento iba a servir como un capital de trabajo que podía, con la utilidad que se generaría, que era más o menos el 25%, la utilidad que se generaría cubría el costo del químico farmacéutico y al técnico de farmacia".

4.2.2.2.1. Factibilidad percibida de la implementación

Desde la perspectiva de uno de los entrevistados de la DIRIS, la implementación de las BPFM es considerada técnicamente viable y de relativa simplicidad operativa en tanto se sustenta en el aprovechamiento de la infraestructura preexistente de los gobiernos locales. En este marco, la factibilidad se concibe como la capacidad efectiva de poner en funcionamiento una botica pública sin que ello represente una complejidad técnica significativa.

No obstante, esta valoración no es uniforme. Desde el nivel ejecutor, se reconoce que la implementación puede verse condicionada por factores externos a la capacidad técnica del sector salud, tales como decisiones institucionales, disponibilidad presupuestal y prioridades políticas de los gobiernos locales. En ese sentido, la factibilidad se configura como un constructo dinámico, estrechamente vinculado al contexto territorial y del respaldo institucional que acompañe el proceso de implementación.

4.2.2.2.2. Facilitadores de la implementación

Los entrevistados identifican como un elemento clave el marco normativo establecido en la Resolución Ministerial N.º 100-2024/MINSA y sus anexos, que definen con precisión las competencias y compromisos del sector salud y de las municipalidades. Asimismo, señalaron que la coordinación interinstitucional, la simplificación administrativa de trámites y la disponibilidad de infraestructura municipal se reconocen como condiciones favorables que han permitido avanzar en la implementación de las BPFM. Desde la DIGEMID, se enfatizó además la intersectorialidad como un componente estructural del

modelo, caracterizado por la designación diferenciada de responsabilidades entre los distintos niveles de gobiernos.

Uno de los principales facilitadores destaca la intersectorialidad, entendida como la articulación funcional entre el gobierno nacional, los gobiernos regionales y las municipalidades. De acuerdo con los entrevistados, este enfoque permitió distribuir claramente las responsabilidades: mientras los gobiernos locales aportan infraestructura y equipamiento, el nivel nacional asume la conducción técnica y normativa del modelo FARMAMINSA, asegurando su estandarización y coherencia operativa.

4.2.2.2.3. Barreras y limitaciones para la implementación y sostenibilidad de las BPFM

A pesar de la percepción positiva sobre la factibilidad, los entrevistados identifican diversas barreras que pueden afectar la implementación. Entre las que se encuentran las limitaciones de gestión, asociadas a la falta de claridad en los objetivos operativos del modelo en determinados contextos territoriales.

Adicionalmente, se identifican barreras vinculadas a recursos económicos, la inestabilidad institucional, particularmente los cambios frecuentes de autoridades locales, los cuales pueden generar discontinuidad en los compromisos asumidos y afectar la sostenibilidad de las BPFM. Desde una perspectiva operativa, también se reconoce el riesgo de desabastecimiento como una barrera crítica, en la medida en que una gestión inadecuada de las compras puede comprometer la continuidad del suministro y la confianza de la población usuaria.

4.2.2.2.4. Recursos necesarios para la implementación

Los entrevistados destacaron que los recursos mínimos indispensables para la implementación de las BPFM incluyen al recurso humano (Químico Farmacéutico), por ser un componente esencial que asume la dirección técnica y responsabilidad de garantizar la gestión adecuada del servicio. En cuanto a recursos materiales, se consideran esenciales la infraestructura adecuada, equipamiento básico (estanterías, aire acondicionado, termohigrómetros) y mobiliario para asegurar condiciones apropiadas de almacenamiento y dispensación. Las instituciones públicas de los diferentes niveles de gobiernos juegan un rol clave al proveer el local y equipamiento.

4.2.2.2.5. Sostenibilidad inicial del modelo

La sostenibilidad inicial de las BPFM es descrita como viable a partir de un modelo de capital de trabajo, en el cual el abastecimiento de medicamentos funciona como un fondo rotatorio. Un entrevistado del nivel central señaló que la utilidad generada por la venta de medicamentos, estimada en aproximadamente un 25%, con lo se financiaría el gasto de personal y contribuir al reabastecimiento continuo.

Estos hallazgos muestran que la implementación de las BPFM es factible desde el punto de vista técnico y normativo, pero su viabilidad depende de factores externos como la voluntad política local, la estabilidad institucional y la consolidación de un esquema de financiamiento sostenible.

4.2.3. OE3 Conocer funciones para el suministro de medicamentos en las BPFM

4.2.3.1. Análisis de frecuencias

Sistema de códigos	Diris	Digemid	SUMA
OE3 - Conocer funciones para el suministro de medicamentos en BPF			0
Criterios técnicos y administrativos para seleccionar del PNUME	1	1	2
Necesidad de medicamentos fuera del PNUME	1	1	2
Estimación de necesidades anuales	1	1	2
Financiamiento previo a la Ley 32176	1	1	2
Promover y verificar el uso racional de los medicamentos	1	1	2
Rol del químico farmacéutico	1	1	2
Control de calidad y trazabilidad	1	1	2
SUMA	7	7	14

Figura 13. Sistema de codificación de las funciones para el suministro de medicamentos en las BPFM**.**

El análisis orientado a identificar las funciones vinculadas al suministro de medicamentos en las BPFM, se estructuró a partir de 14 segmentos codificados, distribuidos equitativamente entre los actores clave de las DIRIS y la DIGEMID, con siete menciones, respectivamente.

En la Figura 13 del sistema de códigos, se observa que las dimensiones tienen la misma relevancia en el discurso, es decir las funciones asociadas al suministro de medicamentos están claramente definidas y son comprendidas de manera homogénea tanto por los informantes del nivel central como por los del nivel ejecutor. Cada categoría registra dos menciones (uno por cada nivel), que equivale el 14,3% del total de 14 referencias identificadas, reflejando consistencia conceptual entre los distintos niveles de gestión.

4.2.3.2. Hallazgos cualitativos por dimensión

Tabla 9. Citas textuales representativas correspondientes al OE3: Funciones para el suministro de medicamentos en las BPFM.

Informante	Síntesis analítica	Dimensiones	Cita textual
Ent. 1 DIRIS LC - UE	El instrumento de referencia es el PNUME, La selección es basada en la demanda/rotación y el perfil local espejo; a nivel central se usó consumo histórico de farmacias institucionales	Criterios Técnico y administrativos para seleccionar del PNUME	"Tomando como un local espejo el Centro de Salud más cercano"
Ent. 3 DIRIS LE - UE			"El único criterio es por demanda"
Ent. 4 DIRIS LS - UE			"En los centros farmacéuticos de salud vemos cuales son los medicamentos que más se da rota"
Ent. 5 DIRIS LN - UE			"Para identificar los ítems de medicamentos se considera el Petitorio Nacional Único de Medicamentos Esenciales y de ahí, de ese listado, se define ya lo que cada jurisdicción va a manejando de acuerdo a la rotación".
Ent. 7 DIGEMID			"Claro, se tomó como patrón los medicamentos que son consumidos en las farmacias institucionales"
Ent. 7 DIGEMID			"Ha sido una selección por consumo histórico".
Ent. 4 DIRIS LS - UE	Coinciden en que no es objetivo de las BPFM dispensar medicamentos fuera del petitorio; cualquier incorporación debe seguir procedimiento de comité farmacoterapéutico	Necesidad de medicamento fuera del PNUME	"No es necesario la dispensación de los productos que estén fuera del petitorio; si colocamos productos comerciales ya sería más un tema comercial y tendríamos que tener otra gestión logística".
Ent. 7 DIGEMID			"No, no, no." "Por un tema de uso racional, el consumo de los medicamentos en las FARMAMINSA son exclusivamente medicamentos del petitorio".
Ent. 7 DIGEMID			Medicamentos fuera del petitorio tienen un procedimiento que no estaba contemplado en las farmacias. No era el objetivo de las farmacias vender medicamentos fuera del petitorio.
Ent. 2 DIGEMID	Se usan consumo histórico, consumo promedio mensual y datos de un “local espejo” para proyectar	Estimación de necesidades anuales	"En el perfil epidemiológico de la población".
Ent. 3 DIRIS LE - UE			"Consumo Histórico".

Ent. 5 DIRIS LN - UE	necesidades y programar compras anuales.		"Tomamos como ejemplo el establecimiento de salud más cercano a ese lugar donde se implementa la FARMAMINSA".
Ent. 6 DIGEMID			"Tomamos como referencia el movimiento de medicamentos que tenía un centro de salud de esa jurisdicción un establecimiento de categoría 1.3, 1.4".
Ent. 7 DIGEMID			"El consumo histórico de las farmacias institucionales existentes a la fecha".
Ent. 1 DIRIS LC - UE	Se financiaba mediante RO y RDR por venta de medicamentos,	Financiamiento previo a la Ley 32176	"Tanto el financiamiento como la adquisición de los medicamentos se hacen por intermedio de CENARES".
Ent. 3 DIRIS LE - UE	similar al esquema de farmacias de establecimientos de		"Se utiliza el dinero de Recursos Ordinarios que sobraba por ahí".
Ent. 5 DIRIS LN - UE	salud.		"Inicialmente hay recursos directamente recaudados, existe fuente de financiamiento por venta de medicamentos que se llama Recursos Directamente Recaudados; esa fuente de financiamiento que se daba rotación a la compra de productos".
Ent. 6 DIGEMID			"Recursos Directamente Recaudados, que es producto de venta de servicios, venta de productos. recaudas y compras".
Ent. 7 DIGEMID			"Antes no se llamaban FARMAMINSA, sino se llamaban farmacias institucionales. Así es. Entonces, cada dirección regional o cada gobierno regional, cada DIRIS implementaba las farmacias institucionales y las financiaba con las compras que ellos mismos realizaban"
Ent. 1 DIRIS LC - UE	Se realizan campañas de uso racional, seguimiento farmacoterapéutico y dispensación formal	Promover y verificar el uso racional de los medicamentos	"Se hacen campañas de uso racional por lo menos una vez al mes y se hace también el seguimiento farmacoterapéutico".
Ent. 5 DIRIS LN - UE	con receta.		"En las FARMAMINSAS promovemos que toda atención a través de la presentación de la receta única".
Ent. 7 DIGEMID			"Medicamentos fuera del petitorio tienen un procedimiento que no estaba contemplado en las farmacias. No era el objetivo de las farmacias vender medicamentos fuera del petitorio".

Ent. 1 DIRIS LC - UE	Se le reconoce como pieza clave del suministro y del servicio farmacéutico: garantiza calidad, seguridad, trazabilidad y uso racional.	Rol del Químico Farmacéutico	"El farmacéutico es quien debe asegurar la eficacia, la seguridad y la calidad del medicamento".
Ent. 1 DIRIS LC - UE			"Verificar que no existan productos con inmovilización, productos que estén con fecha vencida y realizan el inventario de manera diaria".
Ent. 2 DIGEMID			"Realizar la trazabilidad de estos medicamentos en caso ocurriera alguna alerta sanitaria".
Ent. 3 DIRIS LE - UE			"La calidad la vamos a garantizar manteniendo los medicamentos de acuerdo a lo que esté estipulado en su rotulado para cada uno, de esa manera se garantiza".
Ent. 6 DIGEMID			"Este profesional brinde otros servicios farmacéuticos, como es el caso de seguimiento farmacoterapéutico, orientación, consejería farmacéutica, puede orientar sobre el uso de medicamentos o su tratamiento".
Ent. 7 DIGEMID			"Había una gran posibilidad de hacer seguimiento farmacoterapéutico en algunos casos".
Ent. 7 DIGEMID			"El químico farmacéutico es la pieza clave, es quien va dar el servicio farmacéutico y garantiza la calidad, la trazabilidad, obviamente el uso racional, la conservación de los medicamentos".
Ent. 2 DIGEMID	Asegurada mediante control de vencimientos, inventarios diarios y sistemas informáticos que permiten rastrear medicamentos por lote, origen y destino	Control de calidad y trazabilidad	"Contamos con un sistema en el cual tienen un stock de medicamentos, identificamos los lotes, los Fechas de medicamentos, identificamos la cantidad"
Ent. 2 DIGEMID			"Contamos con un sistema que es el SISMED"
Ent. 3 DIRIS LE - UE			"El aplicativo del SISMED que nos permite trazabilidad".
Ent. 5 DIRIS LN - UE			"El software nos permite hacer la trazabilidad y la identificación del medicamento que en algún momento hubo un ingreso con un determinado lote, fecha de vencimiento, registro sanitario".

4.2.3.2.1. Criterios técnicos y administrativos para la selección y estimación de necesidades anuales

Los entrevistados coinciden que el suministro de medicamentos en las BPFM se rige por criterios técnicos normativos claramente establecidos por el MINSA, siendo el PNUME instrumento de referencia. Desde la visión de los entrevistados de las unidades ejecutoras, la selección de medicamentos se realiza en el marco del PNUME, complementado con el análisis de la demanda real, criterios de consumo histórico y rotación de productos consumidos los establecimientos de salud cercano donde se va implementar una BPFM, utilizado como referencia un "local espejo".

Desde la perspectiva del entrevistado de la DIGEMID, la selección inicial de medicamentos respondió a evaluaciones previas del consumo histórico de farmacias institucionales, priorizando aquellos con mayor impacto sanitario y frecuencia de uso.

4.2.3.2.2. Necesidad de medicamento fuera del PNUME

Los entrevistados tanto de la unidad ejecutora y la DIGEMID indicaron que no existe una necesidad institucional para que en las BPFM se dispensen medicamentos fuera del PNUME, señalando que ello responde a principios de uso racional de medicamentos y al diseño normativo del modelo. En ese sentido, el informante de la DIGEMID precisó que los medicamentos fuera del petitorio requieren procedimientos específicos que no fueron contemplados para las FARMAMINSA, por lo que su dispensación no constituye un objetivo del servicio.

4.2.3.2.3. Financiamiento previo a la Ley N.º 32176

Los informantes clave describen un modelo sustentado principalmente en Recursos Directamente Recaudados (RDR), generados por la venta de medicamentos, así como el mecanismo de financiamiento institucional existente antes de la formalización del nuevo marco normativo.

Bajo esta modalidad, la reposición de medicamentos se efectúa de manera parcial de medicamentos a través de la rotación de los recursos obtenidos; no obstante, su sostenibilidad estaba condicionada por la capacidad de venta, del volumen de demanda y de la estabilidad del flujo de abastecimiento. En tal sentido, el desempeño financiero del modelo dependía estrechamente de los factores operativos.

En el modelo actual, la adquisición y el reaprovisionamiento de medicamentos se realizan a través de mecanismos centralizados, principalmente mediante CENARES, loque busca fortalecer la eficiencia en la gestión logística, garantizar economías de escala y asegurar la continuidad del suministro.

4.2.3.2.4. Promoción y verificación del uso racional de los medicamentos

Los actores clave indicaron que estas actividades se desarrollan a través de actividades diseñadas para las BPFM; es decir, la dispensación responsable, orientación al usuario y acciones educativas dirigidas a la población, tales como campañas informativas y charlas sobre el uso adecuado de los medicamentos.

Este enfoque fue descrito como espacios de servicio farmacéutico, más allá de la simple entrega de medicamentos, facilita la mejora de los resultados terapéuticos y a la reducción de riesgos asociados al uso inadecuado de medicamentos.

4.2.3.2.5. Rol del Químico Farmacéutico

Los informantes clave señalaron que el Químico Farmacéutico cumple un papel fundamental en las BPFM, no se limitan solo en la dispensación de medicamentos, sino también realizan actividades de seguimiento farmacoterapéutico, orientación al paciente, consejería y garantiza de la calidad y trazabilidad de los productos, apoyándose en herramientas como el aplicativo SISMED.

4.2.3.2.6. Control de calidad y trazabilidad

Las fuentes primarias de información indican que el control de calidad y la trazabilidad de los medicamentos en las BPFM se sustentan en el estricto cumplimiento de las condiciones de almacenamiento establecidas en el rotulado, así como el uso de sistemas de información institucionales que permiten monitorear y registras el movimiento de los medicamentos. De este modo, se fortalece la vigilancia sobre la conservación, distribución y dispensación de medicamentos, garantizando su calidad y seguridad.

4.2.4. OE4 Conocer el nivel de protección financiera que ofrecen las Boticas Públicas FARMAMINSA

4.2.4.1. Análisis de frecuencias

Sistema de códigos	Diris	Digemid	SUMA
OE4 - Acceso, asequibilidad y protección financiera			0
Restricciones por seguro u origen de receta	1	1	2
Asequibilidad / precio accesible	1	1	2
Comparación de BPF frente oficina farmacéutica privada	1	1	2
Reducción del GDB	1	1	2
Visión futura sobre gratuidad de Tto. para ECNT	1		1
Convenios con aseguradoras públicas (SIS, EsSalud, Saludpol)		1	1
SUMA	5	5	10

Figura 14. Sistema de codificación del nivel de protección que ofrece las BPFM.

El análisis orientado a evaluar el nivel de protección financiera que ofrecen las BPFM se estructuró a partir de diez segmentos codificados, distribuidos equitativamente entre los actores clave de las DIRIS y la DIGEMID, con cinco menciones cada una. Esta distribución refleja una participación equilibrada.

En la Figura 14, corresponde al sistema de códigos, se observa una saturación de información homogénea en las dimensiones relativas a restricciones por tipo de seguro u origen de la receta, asequibilidad y precio accesible, comparación con farmacias privadas y reducción del gasto de bolsillo (GDB). Cada categoría representa el 20% de las menciones totales, con una referencia a los actores clave.

En contraste, la proyección hacia la gratuidad de tratamientos para ECNT fue abordado únicamente por el representante de la DIRIS, mientras que el convenio con aseguradoras públicas (SIS, EsSalud, Saludpol) solo fue mencionado por la DIGEMID, cada uno representa el 10% del análisis total de los datos.

4.2.4.2. Hallazgos cualitativos por dimensión

El análisis del OE4 permitió evaluar el nivel de protección financiera que ofrecen las BPFM, considerando seis dimensiones vinculadas con el acceso, la asequibilidad de los medicamentos y su impacto en el GDB de la población usuaria. Este abordaje permitió examinar de manera integral los mecanismos mediante los cuales el modelo contribuye a mitigar barreras económicas en el acceso a tratamientos farmacológicos.

Los resultados se organizan en seis dimensiones analíticas: restricciones por seguro u origen de receta, asequibilidad y precio accesible, comparación con oficinas farmacéuticas privadas, reducción del gasto de bolsillo, visión futura sobre ECNT y convenios con aseguradoras públicas.

Tabla 10. Citas textuales representativas correspondientes al OE4: protección financiera que ofrece las BPFM.

Informante	Síntesis analítica	Dimensiones	Cita textual
Ent. 1 DIRIS LC - UE	No hay restricciones: se atiende a cualquier persona con receta, sea de institución pública o privada y tenga o no seguro.	Restricción por seguro u origen de receta	"No, no hay ninguna restricción por origen de las recetas"
Ent. 2 DIGEMID			"En las FARMAMISAS podemos atender tantas recetas que vienen de una institución pública o de una institución privada, no hay restricción".
Ent. 3 DIRIS LE - UE			"Por ley, farmacias, el establecimiento de salud y las BPFM atienden cualquier receta, es decir, No importa el origen de las recetas, solo la receta no esté vencida y que cumple los criterios".
Ent. 4 DIRIS LS - UE			"No, para nada, es una botica pública, no tiene nada que ver con el mismo, que tenga su receta vigente es suficiente".
Ent. 5 DIRIS LN - UE			"Basta con que el paciente venga con su receta y lógicamente la receta debidamente es registrada y llenada con todos los datos".
Ent. 6 DIGEMID			"No, en las FARMAMINSA no hay ninguna restricción. Cualquier paciente asegurado, cualquier persona o ciudadano que vaya con su receta".
Ent. 7 DIGEMID			"En las farmacias no existe esa restricción".
Ent. 1 DIRIS LC - UE	Los precios se consideran accesibles para población de bajos ingresos; se busca que no afecten la canasta mensual.	Asequibilidad /precio asequible	"Es beneficioso por el tema de la accesibilidad al medicamento, a precios bajos, a costo súper económico".
Ent. 1 DIRIS LC - UE			"Completamente asequible, ya que los precios son súper económicos en comparación de una botica privada".

Informante	Síntesis analítica	Dimensiones	Cita textual
Ent. 2 DIGEMID			"Sí, es importante tener los precios accesibles para que el paciente pueda de cierta forma disminuir el gasto de bolsillo para que no sea afectado su canasta mensual".
Ent. 4 DIRIS LS - UE			"Sí, es bastante accesible, porque vale la pena pagar ese precio porque es el prácticamente es el mismo precio del costo".
Ent. 4 DIRIS LS - UE			"El precio de los medicamentos que se expensa en las BPFM, ese es el precio que nos dan a precio de costos sociales"
Ent. 5 DIRIS LN - UE			"En este caso sí es asequible si lo comparamos con otras entidades privadas".
Ent. 1 DIRIS LC - UE	Se perciben precios menores respecto a farmacias privadas, lo que se interpreta como mayor acceso económico.	Comparación de las BPFM frente a las oficinas farmacéuticas privadas	"Completamente asequible, ya que los precios son súper económicos en comparación de una botica privada".
Ent. 2 DIGEMID			"Tenemos una lista de medicamentos que son accesibles a comparación de las privadas".
Ent. 4 DIRIS LS - UE			"Sí, es precisamente por el precio que tenemos puedes hacer un precio comparativo".
Ent. 6 DIGEMID			"Sí, a 10 veces menos que un medicamento en la parte privada ese sentido, si es asequible, de alguna manera".
Ent. 7 DIGEMID			"Sí son asequibles, porque los precios son mucho más baratos que los precios de una cadena".
Ent. 7 DIGEMID			"Sí, realmente con diez soles en una farmacia podrías comprar el tratamiento completo".
Ent. 2 DIGEMID	La finalidad declarada es disminuir el gasto de bolsillo de usuarios que antes compraban en el sector privado.	Reducción de GDB	"Sí, es importante tener los precios accesibles para que el paciente pueda de cierta forma disminuir el gasto de bolsillo para que no sea afectado su canasta mensual".

Informante	Síntesis analítica	Dimensiones	Cita textual
Ent. 4 DIRIS LS - UE			"El precio de los medicamentos que se expensa en las BPFM, ese es el precio que nos dan a precio de costos sociales".
Ent. 6 DIGEMID			"Sí, definitivamente sí contribuyen a disminuir el gasto de bolsillo".
Ent. 7 DIGEMID			"Sí, no va a eliminar el gasto de bolsillo, sino lo va a reducir sustancialmente".
Ent. 4 DIRIS LS - UE	No hay propuestas explícitas de gratuidad total en las entrevistas. Sin embargo, sugiere que la gratuidad debe ser focalizada en ECNT.	Visión futura sobre gratuidad de tto. Para ECNT	"No sé, pero considero en mi opinión personal debería darse en favor a los pacientes con enfermedades crónicas que siempre van a requerir sus medicamentos".
Ent. 2 DIGEMID	Se percibe que existe voluntad de convenio con aseguradoras públicas. Sin embargo, existe poca probabilidad que sea la viable con el SIS.	Convenios con aseguradoras públicas (SIS, EsSalud y Saludpol)	"Sí, sí se podría trabajar con estas instituciones".
Ent. 7 DIGEMID			"Es más probable que ocurra con Saludpol, con otras IAFAS, Es Salud. Es menos probable que ocurra con la IAFAS SIS, pero no es históricamente imposible también. Puede darse también el caso".

4.2.4.2.1. Restricción por seguro u origen de receta

Todos los actores clave señalaron de manera unánime que en las BPFM no existen restricciones para el acceso a los medicamentos en función del tipo de seguro del paciente ni del origen de la receta médica.

4.2.4.2.2. Asequibilidad/ precio accesible

La asequibilidad de los medicamentos emerge como uno de los principales beneficios de las BPFM. Los informantes clave coinciden en señalar que los precios ofrecidos son significativamente menores en comparación a las oficinas farmacéuticas privadas, lo que permite que la población usuaria pueda adquirir los medicamentos necesarios sin comprometer de manera excesiva su economía familiar.

En este contexto, la asequibilidad es percibida como un factor determinante para facilitar el acceso, especialmente en población de bajos ingresos y en trabajadores que perciben el

sueldo mínimo vital. Asimismo, se identifica como un elemento clave para garantizar la continuidad de los tratamientos, particularmente en enfermedades crónicas.

4.2.4.2.3. Comparación de BPFM frente a oficia farmacéutica privada

Los actores clave evidencian una sólida percepción de la ventaja económica que ofrecen las BPFM en comparación con las oficinas farmacéuticas privadas. Esta diferencia se atribuye principalmente a los mecanismos de compras agregadas que tiene el modelo público y por la ausencia de márgenes comerciales propios del sector privado.

Desde la perspectiva de los entrevistados, la implementación de las BPFM fue concebida como una alternativa pública frente al mercado farmacéutico privado, orientada a disminuir el GDB en medicamentos y su impacto en el presupuesto familiar. Este beneficio resulta particularmente relevante en situaciones en las que la población se ve obligada a adquirir medicamentos fuera del sistema público

4.2.4.2.4. Reducción de gasto de bolsillo

La reducción del GDB es identificada como un efecto directo de la implementación de las BPFM. Los informantes clave reconocen que, si bien este modelo no elimina completamente el GDB en medicamentos, contribuye de manera significativa a su reducción mediante la oferta de medicamentos a precios accesibles y relativamente estables. Este impacto es particularmente relevante para hogares con ingresos limitados y para los pacientes que requieren tratamientos continuos y de larga duración.

4.2.4.2.5. Visión futura sobre gratuidad de tratamiento para ECNT

Los resultados evidencian que la dispensación gratuita de los tratamientos para ECNT no forman parte de un planteamiento claramente estructurado en el discurso de los entrevistados. No obstante, uno de los actores clave perteneciente a la unidad ejecutora manifestó una percepción favorable respecto a la posibilidad de avanzar progresivamente hacia la gratuidad de esquemas de tratamiento para las ECNT.

4.2.4.2.6. Convenios con aseguradoras públicas (SIS, EsSalud, Saludpol)

Los actores clave señalan que los convenios con aseguradoras públicas representan una oportunidad para fortalecer el rol de las BPFM en la protección financiera y eliminar progresivamente el GDB. Uno de los informantes clave de la DIGEMID reconoce la viabilidad de establecer acuerdos con entidades como EsSalud o Saludpol, mientras que la articulación con el SIS es percibida como más compleja, aunque no imposible. Estos

convenios son considerados componentes estratégicos para ampliar la cobertura y eliminar el gasto de bolsillo de la población.

4.2.5. OE5 Analizar los factores normativos y operativos que influyen en la sostenibilidad de las BPFM

4.2.5.1. Análisis de Frecuencias

Sistema de códigos	Diris	Digemid	SUMA
OE5 - Factores normativos y operativos que influyen en la sostenibilidad BP			0
Estrategias de difusión	1	1	2
Mejora del acceso en zonas vulnerables	1		1
Canales de opinión del usuario	1	1	2
Brechas de sostenibilidad	1	1	2
Modelo actual de sostenibilidad	1	1	2
Costos operativos (personal, mantenimiento, reaprovisionamiento)	1	1	2
Desafíos a mediano y largo plazo	1	1	2
Impacto de la Ley 32176	1	1	2
Comentarios adicionales del entrevistado	1	1	2
SUMA	9	8	17

Figura 15. Sistemas de codificación de los factores normativos y operativos que influyen en la sostenibilidad de las BPFM.

El análisis de estos factores que influyen en la sostenibilidad de las BPFM se estructuró a partir de 17 segmentos codificados. No obstante, se excluyó la dimensión de comentarios adicionales, por fines metodológicos, obteniéndose un total neto de 15 menciones, distribuidas de manera semejante entre los actores de la DIRIS y la DIGEMID 8 y 7 menciones respectivamente.

En la Figura 15 del sistema de códigos se observa una saturación de información homogénea en las dimensiones relacionadas con estrategias de difusión, canales de opinión del usuario, brechas de sostenibilidad, modelo actual de sostenibilidad, costos operativos, desafíos a mediano y largo plazo e impacto de la Ley 32176. Cada una de estas dimensiones registra dos menciones de los actores clave, lo que representa el 13.3% del total del análisis correspondiente al objetivo evaluado.

Por otro lado, la dimensión vinculada con la mejora del acceso en zonas vulnerables presenta una particularidad en su nivel de saturación, contando únicamente con la mención del actor clave de la DIRIS, que representa el 6.7% del total analizado. Este hallazgo muestra que, si bien hay una visión compartida en la estructura macro de

sostenibilidad, el enfoque de equidad territorial y atención a poblaciones vulnerables es una prioridad focalizada en el nivel operativo y de ejecución prestacional.

4.2.5.2. Hallazgos cualitativos por dimensión

El análisis del OE5 permitió identificar los principales factores normativos y operativos que condicionan la sostenibilidad de las BPFM. Los resultados se estructuran en ocho dimensiones analíticas, las cuales evidencian tanto fortalezas estructurales del modelo como brechas que deben ser abordadas para garantizar su sostenibilidad y continuidad en el tiempo.

Tabla 11. Citas textuales representativas correspondientes al OE5: Factores normativos y operativos que influyen en la sostenibilidad de las BPFM.

Informante	Síntesis analítica	Dimensiones	Cita textual
Ent. 1 DIRIS LC - UE	Las difusiones de las BPFM se realizan a través de las campañas, redes sociales y plataformas digitales para orientar al usuario final.	Estrategias de difusión	"Bueno, dentro de los mecanismos promocionales, eso se encarga la parte de comunicaciones de ambas instituciones, lo que hacen es, mediante propaganda o revistas".
Ent. 4 DIRIS LS - UE			"Si hacemos la difusión local con la municipalidad la difusión es con el área de comunicación".
Ent. 5 DIRIS LN - UE			"Las redes sociales a través de las oficinas de comunicaciones, tenemos ahí nuestros listados de establecimientos de salud y dentro de ellos están las FARMAMINSA, a través del cual se difunde la ubicación geográfica de este establecimiento".
Ent. 7 DIGEMID			"En todas sus estrategias, en el momento de que las municipalidades hacen sus campañas en los parques, los gobiernos salen a hacer campañas de difusión".
Ent. 4 DIRIS LS - UE	Se desprende de la lógica territorial de las BPFM (acercar medicamentos donde no hay oferta privada).	Mejora del acceso en zonas vulnerables	"Se tiene que buscar un lugar estratégico donde en sí sea apto para la población".
Ent. 5 DIRIS LN - UE			"Se contribuye a facilitar el acceso de medicamentos a la población de la jurisdicción. En este caso, a precios accesibles"

Informante	Síntesis analítica	Dimensiones	Cita textual
Ent. 1 DIRIS LC - UE	Se identifican mecanismos formales como son: libro de reclamaciones, canal de quejas y reclamos y las encuestas para la recolección de opinión de usuarios	Canales de opinión del usuario	"Mediante encuestas que realiza el farmacéutico".
Ent. 1 DIRIS LC - UE			"Mediante encuestas que realiza tanto el personal de técnica farmacia".
Ent. 2 DIGEMID			"Contamos en cada punto un QR de forma virtual, el cual, pues, este, nos permite que, que cualquier reclamo sea derivado a nuestra área".
Ent. 5 DIRIS LN - UE			"Por lo pronto en el libro de reclamaciones y tengo entendido que también hay uno virtual".
Ent. 6 DIGEMID			“Tiene una página de acceso abierto donde pueden presentar sus observaciones, quejas, reclamas de diferente tipo y también sobre el tema de los productos y la atención”.
Ent. 7 DIGEMID			“MINSA tiene su canal de quejas y reclamos virtual, donde uno con mucha facilidad puede hacer la denuncia que corresponda”.
Ent. 3 DIRIS LE - UE	Las brechas que pueden comprometer la continuidad de las BPFM se relaciona principalmente con limitaciones estructurales del modelo actual, tal como la ausencia de autofinanciamiento, la dependencia presupuestal, la falta de un rotatorio y la emisión del reglamento de la Ley 32176, genera un riesgo para sostenibilidad operativa de las BPFM.	Brechas de sostenibilidad	"Económicamente no son rentables, no son autofinanciadas como eran antes los PAFA".
Ent. 3 DIRIS LE - UE			"Han dado 74 mil soles para comprar medicamentos, con eso no puedo competir el precio con las privadas, esa es una limitante".
Ent. 3 DIRIS LE - UE			“La principal brecha es que no son autofinanciables”
Ent. 3 DIRIS LE - UE			“No, con el modelo actual no se garantiza la sostenibilidad desde el punto de vista financiero, porque es financiado el sueldo del personal, el mantenimiento de los equipos, la calibración de los equipos”
Ent. 4 DIRIS LS - UE			“Las limitaciones siempre son, tanto en nuevas instituciones como presupuestal, ¿no? Recursos económicos, depende mucho de eso. Y esa limitación y los otros cambios también constantes de autoridad”.

Informante	Síntesis analítica	Dimensiones	Cita textual
Ent. 4 DIRIS LS - UE			“El modelo de convenio no menciona el mantenimiento es un costo adicional mantenimiento de la infraestructura”.
Ent. 6 DIGEMID			“La R.M.100, donde no hay todavía el carácter de un fondo rotatorio, hay un riesgo.
Ent. 7 DIGEMID			“La primera brecha es la normatividad. Tiene que completarse, emitirse la normatividad correspondiente, y después que los actores, como CENARES, como MINSA Móvil, ya empiecen a liderar el proceso”.
Ent. 1 DIRIS LC - UE	Modelo mixto: MINSA/DIRIS financia medicamentos y personal; municipalidades financian local, mantenimiento, equipamiento y otros costos. Sin este reparto, se percibe que habría pérdidas.	Modelo actual de sostenibilidad	“Bueno, en el anexo 1 de la R.M 100-2024/MINSA se encuentran descritos los recursos”.
Ent. 1 DIRIS LC - UE			“El costo de medicamentos y el del personal se encarga el MINSA (DIRIS); el mantenimiento, local, los mobiliarios, equipos, personal de seguridad y otros gastos administrativos se encarga las municipalidades”. asi es el modelo. De otro modo no funcionaria, más bien estaríamos ante una perdida
Ent. 7 DIGEMID			“Este modelo es un modelo que garantiza la sostenibilidad de las boticas FARMAMINSA. Pero, claro, el reaprovisionamiento es a través de este gran comprador”.
Ent. 1 DIRIS LC - UE	Se destacan como costos relevantes: medicamentos, salarios del QF y técnico, adecuación y mantenimiento de infraestructura, servicios básicos y equipamiento.	Costos operativos (personal, mantenimiento, reaprovisionamiento	"El costo de medicamentos y el del personal se encarga el MINSA (DIRIS); el mantenimiento, local, los mobiliarios, equipos, personal de seguridad y otros gastos administrativos se encarga las municipalidades".
Ent. 3 DIRIS LE - UE			"El farmacéutico, gana 5.000 y con esa dedicación exclusiva el técnico farmacia 2.500, dedicación inclusiva".

Informante	Síntesis analítica	Dimensiones	Cita textual
Ent. 6 DIGEMID			"El costo de personal, sí, lógicamente, está por el MINSA que se provee que, si las ventas son elevadas, más o menos, por decir, una venta de unos 40.000 mensual, permitiría, sí, coberturar el gasto de personal, más o menos".
Ent. 6 DIGEMID			"Y el mantenimiento, sí, está cubierto porque la contraparte, que es el gobierno local o la institución pública".
Ent. 6 DIGEMID			"La municipal pone local, lo equipa todo, firma el convenio y el MINSA inmediatamente después de firmar el convenio le entrega un paquete de medicamentos".
Ent. 7 DIGEMID			"El costo personal es un costo muy básico que es un Químico Farmacéutico y un técnico de farmacia".
Ent. 7 DIGEMID			"El equipamiento y mantenimiento del equipamiento lo asume la municipalidad".
Ent. 1 DIRIS LC - UE	La variabilidad de la demanda, la necesidad de fortalecer la programación de medicamentos, la emisión del reglamento de la Ley N.° 32176, la consolidación de un esquema de financiamiento estable, la existencia de metas institucionales de expansión (100 BPFM al 2026), la continuidad de los convenios con los gobiernos locales y la dependencia de decisiones políticas son identificados	Desafíos a mediano y largo plazo	"Va depender si las municipalidades van querer renovar el contrato para seguir con la BPFM implementadas. Actualmente se firma convenio por 3 a 5 años"
Ent. 1 DIRIS LC - UE			"Cambio de gobierno quizá no deseen la continuar y no se renueva el contrato. Otro es la voluntad política de continuar con programa".
Ent. 2 DIGEMID			"Hoy en día que FARMAMINSA va ser absorbida por MINSAmóvil, sería importante que eso lo puedan tomar como control".
Ent. 3 DIRIS LE - UE			"En teoría con los parámetros que se ha puesto debería favorecer, pero la práctica, mientras las municipalidades tengan otros intereses"

Informante	Síntesis analítica	Dimensiones	Cita textual
Ent. 6 DIGEMID	como desafíos críticos que condicionan la sostenibilidad del modelo en el mediano y largo plazo.		“Nosotros teníamos una meta al 2026 de llegar a las 100 FARMAMINSA a nivel nacional”.
Ent. 6 DIGEMID			“Garantizar el abastecimiento regular de los productos y lógicamente a precios que sean asequibles para que se cumpla con las finalidades”.
Ent. 6 DIGEMID			“En cuanto salga el reglamento”.
Ent. 6 DIGEMID			“La consolidación de la Ley 32176 ¿no? ¿Con la consolidación y con qué? Con su reglamento”.
Ent. 6 DIGEMID			“Que todas firmen una adenda o un nuevo convenio en el marco de la Ley 32176 para que pasen todas ya a ser parte de esa red de BPFM”.
Ent. 7 DIGEMID			“La programación que se hace en base al consumo histórico y el perfil epidemiológico. Pero es muy aleatorio, uno no sabe cómo se va a comportar la demanda. La demanda es influenciada por el desabastecimiento de repente de otros grandes operadores de las IPRESS”.
Ent. 7 DIGEMID			“Un fondo rotatorio. Entonces estaría facilitando su operatividad financiera de estas boticas. Está el marco jurídico para viabilizar”.
Ent. 1 DIRIS LC - UE	Se percibe que la Ley N.° 32176 fortalece el modelo FARMAMINSA al otorgarle un marco legal y financiero de mayor jerarquía; sin embargo, la ausencia de su reglamento genera incertidumbre respecto a la operativización del	Impacto de la Ley 32176	"Consideraría que facilita, pero aún no sale el reglamento de la Ley 32176 por lo que considero que el fondo rotario sigue fijo".
Ent. 2 DIGEMID			“Facilita. Bueno, inicialmente se consideró dentro del reglamento una estructura en la cual pueda coberturar un paquete inicial de medicamentos y también una cierta cantidad, bueno, también la parte de la persona”.

Informante	Síntesis analítica	Dimensiones	Cita textual
Ent. 4 DIRIS LS - UE	esquema de sostenibilidad.		"Facilita, como ya es una ley existe un compromiso más fuerte entre la municipalidad, sobre todo la ley fortalece la implementación de las boticas farmacéuticas no a nivel en Lima a nivel nacional".
Ent. 5 DIRIS LN - UE			"La norma en este caso fortalece ya define qué es lo que deben cumplir los que participan en el convenio tanto por la municipalidad que debe de contribuir tanto por la entidad FARMAMINSA".
Ent. 6 DIGEMID			"Una sola cuenta centralizada".
Ent. 6 DIGEMID			"La Ley 32176 ya está claro y todo pasa a una cuenta donde cualquier FARMAMINSA depositaría esa cuenta pública que va a manejar el MINSA".
Ent. 6 DIGEMID			"Definitivamente facilita, porque le da un marco legal el del mayor rango posible".
Ent. 6 DIGEMID			"Una sola cuenta a nivel nacional, la manejo en MINSA".
Ent. 7 DIGEMID			"Esta ley lo que hace es dar marco financiero a las FARMAMINSAS y permite obviamente que a nivel ya de MINSA se puedan disponer los recursos para que se pueda financiar este proceso".

4.2.5.2.1. Estrategias de difusión

Los actores clave señalaron que entre las estrategias de difusión se encuentran el uso de campañas comunicacionales, redes sociales y actividades comunitarias impulsadas tanto por las municipalidades como por el sector salud. Estas acciones son consideradas necesarias para visibilizar la existencia de las BPFM y promover su utilización por parte de la población.

4.2.5.2.2. Mejora del acceso a zonas vulnerable

Los informantes del nivel ejecutor indican que la implementación de las BPFM se orientad prioritariamente a zonas con limitada o inexistente oferta farmacéutica privada. Esta focalización territorial refuerza su rol como instrumento de equidad, contribuyendo a mejorar el acceso a medicamentos en poblaciones históricamente desatendidas. Este hallazgo guarda coherencia con lo señalado por los informantes calificados de la DIGEMID durante el análisis del origen y justificación de las BPFM, donde el nivel central también reconoció la importancia del análisis contextual para impulsar su implementación y el desarrollo y aprobación del marco normativo que regula su funcionamiento.

4.2.5.2.3. Canales de opinión del usuario

Los actores clave señalaron que las BPFM implementadas cuentan con canales formales para recoger la opinión del usuario, tales como libros de reclamaciones físicos y virtuales, así como plataformas institucionales de atención de quejas y reclamos. Estos mecanismos permiten recoger y sistematizar la percepción de los usuarios y constituyen insumos relevantes para la mejora continua y fortalecimiento del servicio.

4.2.5.2.4. Brechas de sostenibilidad

Los informantes del nivel ejecutor identifican como principales brechas de sostenibilidad la existencia de aspectos normativos pendientes, en particular la reglamentación de la Ley 32176, así como la dependencia del financiamiento, la voluntad política para mantener las boticas operativas y el aseguramiento de un abastecimiento continuo de medicamentos. Estas brechas son percibidas como factores críticos que podrían comprometer la continuidad del modelo si no se abordan de manera oportuna.

4.2.5.2.5. Modelo actual de sostenibilidad

Los actores clave evidencian que la sostenibilidad actual de las BPFM se sustenta en un modelo mixto de responsabilidades, en el cual el sector salud (MINSA, DIRIS o DIRESAs) asume el financiamiento de medicamentos y de recursos humanos, mientras que las municipalidades u otra institución pública contribuye con la provisión de infraestructura, el mantenimiento, los servicios básicos, el equipamiento y otros costos administrativos. Los entrevistados coinciden en que este reparto de funciones resulta indispensable para evitar pérdidas económicas y garantizar la continuidad del servicio.

4.2.5.2.6. Costos operativos (personal, mantenimiento, reaprovisionamiento)

Las fuentes primarias de información señalaron que los costos operativos de las BPFM incluyen la remuneración del personal Químico Farmacéutico y técnico en farmacia, el mantenimiento del local, el equipamiento y el reaprovisionamiento continuo de medicamentos. En ese contexto, la adecuada distribución de estos costos entre las instituciones participantes se reconoce como un elemento determinante para garantizar la sostenibilidad operativa del servicio

4.2.5.2.7. Desafíos a mediano y largo plazo

Los informantes clave identificaron que a mediano y largo plazo los desafíos condicionan la sostenibilidad de las BPFM. Entre los principales se encuentran la variabilidad de la demanda, la necesidad de fortalecer los procesos de programación de medicamentos, la consolidación de un esquema de financiamiento estable y la continuidad de los convenios con los gobiernos locales, así como la dependencia de decisiones políticas para asegurar la continuidad del modelo. Asimismo, se destacó que el desabastecimiento de otros operadores farmacéuticos tiene un impacto en el comportamiento de la demanda, generando presiones adicionales sobre la capacidad operativa de las brechas y demanda mayores niveles de respuesta institucional.

Desde el componente normativo, los informantes señalaron como un desafío relevante la emisión del reglamento de la Ley N° 32176, destacando que su impacto efectivo en la sostenibilidad del modelo dependerá del desarrollo reglamentario y de la capacidad institucional para traducir el marco normativo en prácticas operativas sostenibles.

En este contexto, un actor del nivel central destacó la existencia de una planificación institucional orientada a la expansión progresiva del modelo FARMAMINSA, señalando que se había establecido como meta alcanzar la implementación de 100 BPFM a nivel nacional para el año 2026. Esta proyección evidencia la formulación de objetivos de cobertura definidos desde el nivel normativo, cuya materialización constituye un desafío clave para la sostenibilidad del programa en el mediano y largo plazo.

4.2.5.2.8. Impacto de la Ley 32176

La Ley N° 32176 es percibida como un hito normativo que fortalece la sostenibilidad de las BPFM, al proporcionar un marco financiero centralizado y regulatorio más claro. Su

implementación es vista como una oportunidad para consolidar el modelo a nivel nacional y asegurar la disponibilidad de recursos para su operación.

CAPÍTULO V. DISCUSIÓN

- Los resultados del presente estudio permiten analizar el acceso a medicamentos esenciales desde una perspectiva multidimensional, considerando componentes estructurales y operativos que influyen en su provisión efectiva. De manera global, los hallazgos muestran variaciones en el desempeño de la política según el ámbito evaluado, las cuales se manifiestan principalmente en los indicadores de cobertura territorial, alcance poblacional, asequibilidad económica y disponibilidad de medicamentos. Estas dimensiones analizadas de manera integrada, permiten comprender no solo el acceso potencial, sino también las limitaciones que condicionan el acceso efectivo a medicamentos esenciales.

  Con respecto a la cobertura territorial, la **Figura 4** muestra una distribución predominantemente centralizada de las BPFM, concentrada en zonas urbanas con mayor capacidad operativa e institucional. Este patrón resulta consistente con experiencias internacionales de implementación progresiva de modelos públicos de dispensación farmacéutica. Atal (2021), al analizar el desarrollo de las farmacias municipales chilenas, describe que durante la fase inicial de expansión se concentró en territorios con mejores condiciones administrativas y logísticas, priorizando la variabilidad operativa o capacidad institucional antes que la cobertura universal o acceso restringido de la población local. En ese sentido, la concentración territorial observada podría interpretarse como una etapa de inicial del modelo de BPFM; aunque plantea desafíos importantes en términos de equidad geográfica y reducción de brechas de acceso en zonas vulnerables concentradas, principalmente, en Lima Metropolitana.

  Asimismo, los resultados presentados en la **Figura 8** evidencian horarios de atención más limitados en comparación con las oficinas farmacéuticas privadas, lo cual constituye un factor que puede limitar la oportunidad de acceso de la población usuaria. Esta situación coincide con lo reportado en experiencias comparables de provisión pública de medicamentos, donde las restricciones de recursos humanos y financiamiento condicionan la ampliación de horarios de atención, afectando especialmente a poblaciones laboralmente activas que requieren acceso fuera del horario administrativo condicional. Esto condiciona la oportunidad de acceso a los medicamentos.

Desde la dimensión económica, los resultados muestran que las BPFM ofrecen medicamentos a precios accesibles y asequibles, considerando que el costo de un tratamiento estándar se mantiene por debajo de un día de la RMV, estos resultados guardan concordancia con lo reportado por **Tenorio *et al.* (2019)** y **Torres (2017)**, quienes identifican que los mecanismos de abastecimiento públicos contribuyen significativa a reducir los precios y por ende el GDB en medicamentos. Este aspecto adquiere una relevancia especial en el contexto peruano, donde, según lo señalado por **Gonzales (2024),** las restricciones económicas continúan siendo una de las principales barreras para el acceso a medicamentos en el sistema público, particularmente en poblaciones de menores ingresos.

No obstante, pese a los avances observados en términos de accesibilidad, los resultados presentados en la **Tabla 6** y **Figura 10** evidencian niveles de disponibilidad inferiores al 80 % para diversos medicamentos esenciales, lo que se asocia con discontinuidades en la oferta farmacéutica. Esta situación ha sido ampliamente documentada tanto en estudios nacionales, como los de **Olivera *et al.* (2024)** y **Tenorio *et al.* (2019),** como en investigaciones internacionales desarrolladas por **Sisay *et al.* (2021)** y **Nievas *et al.* (2019)**, donde la baja disponibilidad en establecimientos públicos se vincula con una reducción del acceso efectivo a medicamentos esenciales y su consecuente interrupción terapéutica, menor adherencia al tratamiento y complicaciones asociada a la falta de acceso.

En conjunto, los resultados sugieren que, si bien las BPFM contribuyen de manera significativa a mejorar la asequibilidad económica y ampliar alternativas públicas de acceso, persisten desafíos estructurales relacionados con la expansión territorial y la continuidad del abastecimiento. Estos hallazgos refuerzan la necesidad de fortalecer los sistemas de programación, adquisición y distribución de medicamentos esenciales, así como de consolidar mecanismos de financiamiento sostenible que permitan transitar desde un acceso potencial hacia un acceso equitativo, continuo y oportuno a medicamentos esenciales.

- Respecto al número de BPFM implementadas a nivel nacional, la **Figura 4** muestra el total de boticas implementadas hasta el 31 de diciembre de 2024 en el marco de la Directiva Administrativa N° 351-MINSA/DIGEMID-2024. Los resultados muestran que el mayor número de establecimientos farmacéuticos fueron implementados antes

del año 2024, lo que sugiere que existe experiencia en el MINSA, DIRIS, DIRESAS y GERESAS que se podría aprovechar para acelerar el paso en el proceso de expansión de las BPFM. Este hallazgo permite interpretar que la implementación del modelo respondió inicialmente a necesidades operativas y territoriales identificadas por los niveles ejecutores, consolidándose posteriormente mediante instrumentos regulatorios desde el nivel central.

Asimismo, se identifica la persistencia de un componente normativo pendiente; es decir, el reglamento de la Ley N.º 32176, el cual debe incorporar el mecanismo de financiamiento del modelo. De acuerdo con los actores clave entrevistados, la definición del marco financiero resulta determinante para la asignación sostenible de recursos a nivel del MINSA, particularmente en lo referido a la expansión y mantenimiento operativo de las BPFM (**Tabla 11**). La ausencia de dicho reglamento, podría afectar la continuidad operativa de las BPFM existente y generar limitaciones para la expansión del modelo de boticas públicas a nivel nacional

Este patrón de expansión de oficinas farmacéuticas, previa a la norma, puede analizarse en relación con experiencias internacionales de políticas farmacéuticas públicas. **Trindade (2018)**, en el análisis del PFPB, describe una fase inicial de crecimiento acelerado impulsada por decisiones programáticas orientadas a ampliar el acceso, seguida posteriormente por escenarios de desaceleración asociados a restricciones presupuestarias y ajustes en los mecanismos de financiamiento. Este comportamiento sugiere que la institucionalización normativa y financiamiento constituye un elemento crítico para sostener procesos de expansión en el tiempo.

De manera similar, los resultados presentados en la **Figura 4** y la **Tabla 11** permiten advertir la existencia de una brecha entre la expansión observada y la meta institucional proyectada a nivel nacional. En este contexto, uno actor del nivel central señaló que: *"Nosotros teníamos una meta al 2026 de llegar a las 100 FARMAMINSA a nivel nacional"* (**Tabla 11**). La diferencia entre la meta programática y el ritmo actual de implementación sugiere la existencia de desafíos relacionados con la capacidad de escalamiento del modelo, incluyendo disponibilidad presupuestal, articulación interinstitucional y fortalecimiento de capacidades operativas en los territorios.

Los hallazgos del estudio muestran que la expansión de las BPFM se ha desarrollado en un contexto donde la formalización normativa y la definición de mecanismos

financieros aún presentan vacíos estructurales. Esta situación es consistente con lo señalado por la OMS (2023) y la OPS (2022), quienes destacan que la sostenibilidad de las políticas farmacéuticas depende de la solidez institucional y la estabilidad financiera. Asimismo, Balkhy y Aylward (2024) subrayan que la gobernanza regulatoria y la planificación financiera influyen directamente en la capacidad de los sistemas de salud para mantener y ampliar intervenciones orientadas al acceso a medicamentos. Desde esta perspectiva, los resultados sugieren que el proceso de implementación de las BPFM se encuentra condicionado por estos determinantes estructurales.

- La **Tabla 8** muestra que los actores clave consideran factible la implementación de las BPFM siempre y cuando existan condiciones mínimas como: un marco normativo vigente, voluntad política sostenida y disponibilidad presupuestal. En este sentido, uno de los entrevistados señaló que *"las limitaciones son temas presupuestales",* lo que permite identificar al financiamiento como un elemento determinante para la viabilidad del modelo, a partir de las percepciones recogidas.

  Este hallazgo se relaciona con lo expuesto por **Trindade (2018),** quien, al analizar el cierre de la red propia del PFPB, describe cómo la reducción del financiamiento público debilitó la provisión estatal de medicamentos y afectó mecanismos de protección social previamente consolidados. Desde una perspectiva comparativa, los resultados permiten analizar que las decisiones gubernamentales vinculadas al financiamiento constituyen un componente central para la sostenibilidad de la red de públicas de provisión farmacéutica.

  Si bien el presente estudio aborda el acceso a medicamentos a través de la implementación de las BPFM, los resultados consignados en la **Tabla 8** sugieren que la viabilidad del modelo no depende únicamente de su diseño técnico, sino también de factores políticos y presupuestales que, según la percepción de los actores clave, inciden transversalmente en los procesos de planificación, puesta en marcha y continuidad de las boticas públicas.

- La **Tabla 9** presenta las citas textuales de los actores clave, quienes señalaron que el suministro de medicamentos en las BPFM se rige por criterios técnicos y normativos establecidos por el MINSA. En este marco, uno de los entrevistados indicó que, para

identificar los ítems de medicamentos, *"Se considera el Petitorio Nacional Único de Medicamentos Esenciales y, a partir de ese listado, se define lo que cada jurisdicción va manejando de acuerdo con la rotación".* Esta afirmación permite analizar que el proceso de selección de medicamentos responde a lineamientos técnicos formales vinculados a criterios técnicos de gestión, rotación y disponibilidad de medicamentos esenciales (**Tabla 9**).

Adicionalmente, los entrevistados señalaron que la programación del suministro se sustenta en el análisis del consumo histórico, el consumo promedio mensual y el uso de información territorial para proyectar necesidades y programar compras anuales. En ese sentido, uno de los actores señaló: *"Tomamos como ejemplo el establecimiento de salud más cercano a ese lugar donde se implementa la FARMAMINSA"* (**Tabla 9**). Este testimonio sugiere que la planificación del abastecimiento no solo se basa en registros cuantitativos de consumo, sino también en referentes territoriales para la estimación de la demanda potencial para los nuevos puntos de implementación.

Este conjunto de prácticas reportadas por los actores clave se relaciona con lo planteado por **Gostin *et al.*** (37)**,** quien sostiene que la implementación de políticas públicas, incluida las políticas farmacéuticas, se sustenta en marcos normativos y procedimientos que orientan y regulan los procesos de suministro.

- Los hallazgos del presente estudio permiten analizar el nivel de protección financiera que ofrecen las BPFM en términos de acceso y asequibilidad a los medicamentos, en comparación con las oficinas farmacéuticas privadas. En términos generales, se observa que los tratamientos estándar disponibles en las BPFM representan un costo inferior a un día de RMV, lo cual sugiere un potencial efecto protector frente al GDB. Este comportamiento es consistente con lo reportado por **Espinoza *et al.* (2021),** quienes identificaron que los medicamentos antihipertensivos resultan más asequibles en el sector público que en el privado.

  No obstante, los resultados del presente estudio permiten advertir que la efectividad de las BPFM como mecanismo de protección financiera depende en gran medida de la cobertura y continuidad del abastecimiento. La disponibilidad heterogénea de medicamentos podría generar situaciones en las que los usuarios se vean obligados a recurrir a establecimientos farmacéuticos del sector privado, donde los precios más elevados podrían incrementar el riesgo de GDB.

En este contexto, la **Tabla 6** muestra diferencias sustantivas en el costo de los tratamientos estándar entre las BPFM y las oficinas farmacéuticas privadas. Los resultados indican que, para los mismos medicamentos, el costo en el sector privado puede ser significativamente mayor que el observado en las BPFM. Este hallazgo se alinea a lo reportado por **Tenorio *et al.* (2019)** y **Torres (2017),** quienes documentaron brechas importantes de precios entre ambos sectores, con implicancias directas en la asequibilidad y equidad en el acceso.

Desde una perspectiva comparativa, la literatura internacional ha destacado que el acceso oportuno a medicamentos puede implicar un desembolso económico superior a un día de ingresos laborales, particularmente cuando la adquisición es en el sector privado. En esa línea, **Sisay (2021)** reportó que, en contextos similares, la afectación económica es más marcada cuando los usuarios deben recurrir al mercado privado. Asimismo, **Trindade (2018)** evidenció que el cierre del PFPB incrementó el GDB de los hogares, profundizando escenarios de vulnerabilidad y desprotección social.

- Las BPFM, bajo un modelo de gestión compartida entre el MINSA, los gobiernos locales u otras instituciones públicas, se desarrollan en un contexto normativo y operativo que, según la percepción de los actores entrevistados, podría influir en su sostenibilidad institucional. Los resultados de la **Tabla 11** sugieren que dichas condiciones estarían relacionadas con la implementación y continuidad del modelo, particularmente en contextos territoriales heterogéneos.

  En la dimensión normativa, los hallazgos muestran vacíos regulatorios que limitan la consolidación del modelo. Si bien la Ley N.º 32176 incorpora el mecanismo del fondo rotatorio como un instrumento de financiamiento y reposición de stock, aún se identifican desafíos para su operatividad y aplicación práctica debido a la ausencia de su reglamento (**Tabla 11**). Estos resultados guardan correspondencia con lo reportado por **Gonzales (2024),** quien señaló que el 33,1 % de los participantes considera insuficiente la regulación vigente para garantizar un suministro continuo de medicamentos, lo que refleja la importancia de fortalecer los instrumentos normativos vinculados a la gestión administrativa y operativa de las BPFM, a fin de respaldar su implementación y funcionamiento.

  Por su parte, en la dimensión operativa, los resultados presentados en la **Tabla 11** muestran limitaciones en la articulación interinstitucional y en la gestión del

abastecimiento. En este sentido, la OPS reconoce que la gestión del suministro constituye una función esencial de los sistemas públicos de salud; sin embargo, los hallazgos sugieren que dichas limitaciones podrían afectar la fluidez de este proceso en las BPFM. En particular, se indicó que, aunque la programación está basada en el consumo histórico y el perfil epidemiológico, su ejecución se ve condicionada por factores externos, como la demanda imprevista de otros grandes operadores del mercado farmacéutico, lo que introduce ciertos niveles de incertidumbre que comprometen la continuidad del suministro (**Tabla 11**).

CAPÍTULO VI. CONCLUSIONES

- La implementación de las BPFM, en el marco de la nueva política de salud, ha ampliado el acceso a medicamentos esenciales; no obstante, su alcance aún resulta insuficiente para garantizar una cobertura integral y homogénea a nivel nacional.
- En 2024, las BPFM evidenciaron una expansión progresiva, con marcada concentración en Lima Metropolitana, distribución territorial heterogénea y predominio de horarios administrativos, lo que limita el acceso fuera de la jornada laboral y evidencia un modelo aún en consolidación.
- La variabilidad en el desempeño del modelo de las BPFM se encuentra estrechamente vinculada a la voluntad política y a la capacidad de gestión de los gobiernos locales e instituciones públicas, factores determinantes para la implementación y sostenibilidad.
- La selección y programación de medicamentos esenciales en las BPFM se ajustan a los criterios técnicos administrativos del PNUME, lo que refleja coherencia normativa en la gestión farmacéutica.
- Las BPFM constituyen un mecanismo de protección financiera, dado que los tratamientos estándar representan menos de un día de Remuneración Mínima Vital; sin embargo, esta protección se ve limitada por brechas de disponibilidad, dado que sólo seis de los catorce medicamentos evaluados superaron el 80 % de disponibilidad.
- La sostenibilidad del modelo depende de su esquema de gestión mixto, que articula competencias y responsabilidades entre el sector salud y los gobiernos locales, y demanda un mayor fortalecimiento normativo, una mejor coordinación interinstitucional y mecanismos estables de financiamiento. En ese sentido, la ausencia del reglamento de la Ley N.º 32176 representa una limitación para la operatividad y aplicación práctica del fondo rotatorio.

CAPÍTULO VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sisay M, Amare F, Bisrat H, Dumessa E. Availability, pricing and affordability of essential medicines in Eastern Ethiopia: a comprehensive analysis using WHO/HAI methodology. J Pharm Policy Pract. [Internet]. 2021;14(57). [Consultado el 19 de julio de 2025]. Disponible en: https://doi.org/10.1186/s40545-021-00339-2

2. Atal JP. El acceso a medicamentos en Chile y el papel de las farmacias municipales. [Internet]. Washington (DC): Banco Interamericano de Desarrollo; 2021. (Breve 22; Red Criteria). Disponible en: http://dx.doi.org/10.18235/0003283

3. Paschoalino PAT, Parré JL, Costa CKF, Plassa W, Gobi JR. Análise dos determinantes da utilização do Programa Farmácia Popular do Brasil. J Bras Econ Saúde. [Internet]. 2021;13(1):2-13. [Consultado el 1 de agosto de 2025]. Disponible en: https://doi.org/10.21115/JBES.v13.n1.p2-13

4. Nievas CM, Gandini JB, Tapia AB. Desigualdades en el acceso a medicamentos y gasto de bolsillo, realidades del subsistema público de salud en el interior argentino. Rev Fac Cienc Med Univ Nac Cordoba. [Internet]. 2021;78(2):147-152. [Consultado el 1 de agosto de 2025]. Disponible en: https://doi.org/10.31053/1853.0605.v78.n2.30652

5. Trindade JS. O fim da Rede Própria do Programa Farmácia Popular do Brasil e o Princípio da Proibição do Retrocesso Social. Cad Ibero Am Direito Sanit. [Internet]. 2018;7(2):61-81. [Consultado el 1 de agosto de 2025]. Disponible en: http://dx.doi.org/10.17566/ciads.v7i2.480

6. Gonzales Paja MN. Factores limitativos al acceso de medicamentos y su afectación al derecho fundamental a la salud de los ciudadanos, Juliaca - 2024. Rev Cient Investig Andina. [Internet]. 2024; 1(1). [Consultado el 2 de agosto de 2025]. Disponible en: https://repositorio.uancv.edu.pe/handle/UANCV/5006

7. Olivera-Molina VG, Maita-Durand JC, Alarco JJ. Acceso a medicamentos y satisfacción con la atención recibida en usuarios de establecimientos de salud: estudio transversal de una encuesta poblacional peruana. Medwave [Internet]. 2024;24(11):e3004. [Consultado el 2 de agosto de 2025]. Disponible en: https://doi.org/10.5867/medwave.2024.11.3004

8. Espinoza-Marchan H, Alvarez-Risco A, Solís-Tarazona Z, Villegas-Chiguala J, Zavaleta-Calderón A, Astuvilca-Cupe J et al. Acceso a medicamentos en pacientes del Seguro Integral de Salud (SIS) con diabetes mellitus y/o hipertensión arterial en Perú. Rev. OFIL. [Internet]. 2021;31(1):71-77. [Consultado el 2 de agosto de 2025]. Disponible en: http://dx.doi.org/10.4321/S1699-714X20210001000015

9. Tenorio-Mucha J, Lazo-Porras M, Hidalgo-Padilla L, Beran D, Ewen M. Precio, disponibilidad y asequibilidad de insulina en farmacias públicas y privadas en Perú.

Rev Panam Salud Publica. [Internet]. 2019;43:e85 [Consultado el 29 de julio de 2025]. Disponible en: https://doi.org/10.26633/RPSP.2019.85

10. Torres Santillan LJ. Disponibilidad y accesibilidad de medicamentos esenciales en función a precios y a la capacidad de pago de la población, del distrito de Nuevo Chimbote - 2014. Rev. OFIL. [Internet]. 2017;27(1):53-59. [Consultado el 19 de enero de 2025]. Disponible en: https://www.ilaphar.org/wp-content/uploads/2017/02/Original-6-OFIL-27-1-1.pdf

11. Bigdeli M, Shroff ZC, Godin I, Ghaffar A. Health systems research on access to medicines: unpacking challenges in implementing policies in the face of the epidemiological transition. BMJ Glob Health. [Internet]. 2018;2:e000941. [Consultado el 19 de enero de 2025]. Disponible en: https://doi.org/10.1136/bmjgh-2018-000941

12. Resolución Ministerial que aprueba la Directiva Administrativa N° 351-MINSA/DIGEMID 2024 para la implementación de las Boticas Públicas "FarmaMinsa", Resolución Ministerial N° 100-2024/MINSA. Publicado en el diario oficial El Peruano, 8 de febrero de 2024.

13. Resolución Ministerial que aprueba la NTS N° 202-MINSA/DIGEMID-2023, Norma Técnica de Salud para la organización y funcionamiento de los Comités Farmacoterapéuticos a nivel nacional, Resolución Ministerial Nº 476-2023/MINSA, Publicado en el diario oficial El Peruano, 8 de mayo de 2023.

14. Ministerio de Salud. Ficha N.° 31: Porcentaje de disponibilidad de medicamentos esenciales (DME). Lima: Ministerio de Salud; 2024.

15. Decreto Supremo que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, Decreto Supremo N° 008-2017-SA. Publicado en el diario oficial El Peruano, 07 de marzo de 2017.

16. Resolución Ministerial que aprueba la DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 289-MINSA/2020/DIGEMID, Directiva Administrativa que establece el procedimiento para el suministro de datos al Observatorio Peruano de Productos Farmacéuticos de los Bienes Esenciales para el manejo del COVID-19 incluidos en el Listado aprobado en la Resolución Ministerial N° 315-2015-MINSA, en el marco del D.U. Nº 059-2020, Resolución Ministerial N° 367-2020-MINSA. Publicado en el diario oficial El Peruano, 6 de junio de 2020.

17. Organización Panamericana de la Salud. Gasto de bolsillo: cifras confiables para el monitoreo de la Salud Universal. [Internet]. Washington, D.C.: OPS; 2023 [Consultado el 4 de octubre de 2025]. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/59295/OPSHSSHS230009_spa.pdf

18. Resolución de Superintendencia que modifica el Reglamento para el Registro Nacional de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, Resolución de Superintendencia N.° 033-2022-SUSALUD/S. Publicado en el diario oficial El Peruano, 5 de abril de 2022.

19. Resolución Ministerial que aprueba el Documento Técnico: Petitorio Nacional Único de Medicamentos Esenciales para el Sector Salud, Resolución Ministerial N° 633-2023/MINSA. Publicado en el diario oficial El Peruano, 5 de julio de 2023.

20. Ministerio de Salud. Guía para la revisión y actualización del Petitorio Nacional Único de Medicamentos Esenciales para el Sector Salud. Lima: Ministerio de Salud; 2013.

21. Ley de los Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios, Ley N° 29459. Publicado en el diario oficial El Peruano, 26 de noviembre de 2009.

22. Modiba WK, Katerere DR, Mncwangi NP. A desktop review of evaluation of implementation of national medicines policies in SADC countries. Heliyon. [Internet]. 2023 Nov;9(11):e22218. [Consultado el 22 de agosto de 2025]. Disponible en: https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2023.e22218

23. Jimenez Herrera LG. La política nacional de medicamentos en el contexto de América Latina. Rev. Cubana de Salud Pública. [Internet]. 2018;44(2):398-421. [Consultado el 22 de agosto de 2025]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662018000200398&lng=es

24. Decreto Supremo que incrementa la Remuneración Mínima Vital de los trabajadores sujetos al régimen laboral de la actividad privada, Decreto Supremo N° 006-2024-TR. Publicado en el diario oficial El Peruano, 28 de diciembre de 2024.

25. National Cancer Institute. Standard therapy [Internet]. Bethesda (MD): National Cancer Institute; 2025 [Consultado el 2 de octubre de 2025]. Disponible en: https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionarios/diccionario-cancer/def/tratamiento-estandar

26. Ramírez-Fernández DM. Prescripción y receta médica: una mirada a sus requisitos legales en México. Perinatol. Reprod Hum. [Internet]. 2024;38(2):60-65. [Consultado el 2 de abril de 2025]. Disponible en: https://doi.org/10.24875/PER.24000016

27. World Health Organization. Model List of Essential Medicines: 23rd list, 2023. [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2023 [Consultado el 2 de octubre de 2025]. Disponible en: https://www.who.int/publications/i/item/WHO-MHP-HPS-EML-2023.02

28. Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud. El acceso y uso racional de los medicamentos y otras tecnologías sanitarias estratégicos

y de alto costo. En: 55.º Consejo Directivo, 68.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; 2016; Washington, D.C., EE. UU. p. 1-36.

29. Management Sciences for Health. MDS-3: Managing access to medicines and health technologies [Internet]. 2012 [Consultado el 2 de octubre de 2025]. Disponible en: https://msh.org/resources/mds-3-managing-access-to-medicines-and-health-technologies/

30. Organización Mundial de la Salud. Derechos humanos. [Internet]. 2023 [Consultado el 31 de julio de 2025]. Disponible en: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/human-rights-and-health

31. Bullock HL, Lavis JN, Wilson MG, Mulvale G, Miatello A. Understanding the implementation of evidence-informed policies and practices from a policy perspective: a critical interpretive synthesis. Implementation Science [Internet]. 2021;16:18. [Consultado el 29 de abril de 2025]. Disponible en: https://doi.org/10.1186/s13012-021-01082-7

32. Darville PA, Díaz R, Leiva JP. Cobertura: evaluación de programas e instituciones públicas. Santiago de Chile: Dirección de Presupuestos, Ministerio de Hacienda; 2017. 46 p. ISBN: 978-956-9931-11-6

33. World Bank. Assessing project feasibility and economic viability [Internet]. Washington, D.C.: World Bank; 2024 [Consultado el 28 de noviembre de 2025]. Disponible en: https://ppp.worldbank.org/assessing-project-feasibility-and-economic-viability .

34. Rubio Duce E. Programas de educación ambiental. Madrid: Tutor Formación; 2026. 386 p. ISBN: 9791387566708

35. World Health Organization. Health financing [Internet]. Geneva: World Health Organization; s.f. [Consultado el 29 de noviembre de 2025]. Disponible en: https://www.who.int/health-topics/health-financing

36. Vargas C. Barreras en el acceso a medicamentos para tratamiento de la diabetes mellitus en Chile. Revista de la Sociedad Argentina de Diabetes. [Internet]. 2023;57(3 Suppl):4-5. [Consultado el 29 de noviembre de 2025]. Disponible en: https://doi.org/10.47196/diab.v57i3Sup.640

37. Gostin LO, Monahan JT, Kaldor J, DeBartolo M, Friedman EA, Gottschalk K et al. The legal determinants of health: harnessing the power of law for global health and sustainable development. Lancet. [Internet]. 2019;393:1857-1910. [Consultado el 29 de noviembre de 2025]. Disponible en: https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)30233-8

38. Moore JE, Mascarenhas A, Bain J, Straus SE. Developing a comprehensive definition of sustainability. Implement Sci. [Internet]. 2017;12(1):110. [Consultado

el 29 de noviembre de 2025]. Disponible en: https://doi.org/10.1186/s13012-017-0637-1

39. World Health Organization. Regional Office for Europe. Access to Medicines and Health Products programme: annual report 2022 [Internet]. Copenhagen: World Health Organization; 2023 [Consultado el 28 de noviembre de 2025]. Disponible en: https://iris.who.int/handle/10665/374015

40. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Evaluación e incorporación de tecnologías sanitarias en los sistemas de salud: informe final [Internet]. En: 30.a Conferencia Sanitaria Panamericana, 74.a Sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; 26-30 de septiembre de 2022; Washington, D.C., EUA. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2022. CSP30/INF/11. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstreams/8d3286c3-bd14-4fda-8d47-5c4652fbe23a/download

41. Balkhy H, Aylward B. Putting governance into practice: the engagement of private health sector for universal health coverage and health security. East Mediterr Health J. [Internet]. 2024;30(12):807-809. [Consultado el 28 de noviembre de 2025]. Disponible en: https://doi.org/10.26719/2024.30.12.807

42. Resolución Ministerial que aprueba Política Nacional de Medicamentos, Resolución Ministerial N° 1240-2004/MINSA. Publicado en el diario oficial El Peruano, 29 de diciembre de 2004.

43. Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. El derecho humano a la salud. [Internet]. Ginebra: Naciones Unidas; 2022 [Consultado el 14 de setiembre de 2025]. Disponible en: https://acnudh.org/wp-content/uploads/2022/02/22-El-derecho-humano-a-la-salud.pdf

44. Decreto Supremo que Aprueba el Reglamento de la Ley N° 30885, Ley que establece la conformación y el funcionamiento de las redes integradas de salud- RIS, Decreto Supremo N° 019-2024-SA. Publicado en el diario oficial El Peruano, 19 de octubre de 2024.

45. Decreto de Urgencia que declara a los medicamentos, productos biológicos y dispositivos médicos como parte esencial del derecho a la salud y dispone medidas para garantizar su disponibilidad, Decreto de Urgencia Nº 007-2019. Publicado en el diario oficial El Peruano, 31 de octubre de 2019.

46. Resolución Ministerial que aprueba el listado de medicamentos esenciales genéricos en Denominación Común Internacional contenidos en el Petitorio Nacional Único de Medicamentos Esenciales – PNUME, que deberán mantenerse disponibles o demostrar su venta en farmacias, boticas y servicios de farmacias del sector privado, Resolución Ministerial N° 1097-2019-MINSA. Publicado en el diario oficial El Peruano, 1 de diciembre de 2019.

47. Resolución Ministerial que modifica el listado de medicamentos esenciales genéricos en Denominación Común Internacional contenidos en el Petitorio Nacional Único de Medicamentos Esenciales - PNUME los cuales deberán mantenerse disponibles o demostrar su venta en farmacia boticas y servicios de farmacias del sector privado, Resolución Ministerial Nº 302-2020-MINSA. Publicado en el diario oficial El Peruano, 20 de mayo de 2020.

48. Decreto de Urgencia que dicta medidas extraordinarias en materia económica y financiera para garantizar el acceso a medicamentos genéricos a la población, Decreto de Urgencia Nº 005-2024. Publicado en el diario oficial El Peruano, 16 de marzo de 2024.

49. Ley que garantiza y promueve el acceso y uso a los medicamentos genéricos en Denominación Común Internacional (DCI) y fortalece la regulación de los productos farmacéuticos y dispositivos médicos en beneficio de los pacientes y usuarios, Ley 32033. Publicado en el diario oficial El Peruano, 20 de mayo de 2024.

50. Defensoría del Pueblo del Perú. Oficio N.° 001-2023-DP/AAE-SALUD: reiterativo sobre el Petitorio Nacional Único de Medicamentos Esenciales (PNUME) [Internet]. Lima: Defensoría del Pueblo; 2023 jun 6 [Consultado el 27 de julio de 2025]. Disponible en: https://www.defensoria.gob.pe/wp-content/uploads/2023/06/OFICIO-001-2023-DP-AAE-SALUD-REITERATIVO-PNUME.pdf

51. Decreto Supremo que aprueba el Reglamento de Establecimientos Farmacéuticos, Decreto Supremo Nº 014-2011-SA. Publicado en el diario oficial El Peruano, 27 de julio de 2011.

52. Decreto Legislativo que establece el mecanismo de "farmacias inclusivas" para mejorar el acceso a medicamentos esenciales a favor de los afiliados del seguro integral de salud (SIS), Decreto legislativo N° 1165. Publicado en el diario oficial El Peruano, 7 de diciembre de 2013.

53. Resolución Ministerial que aprueba la relación de medicamentos a ser dispensados mediante el mecanismo de "farmacias inclusivas", para el tratamiento farmacológico de la hipertensión arterial y diabetes mellitus, que en anexo forma parte de la presente Resolución Ministerial, Resolución Ministerial N.° 676-2014-MINSA. Publicado en el diario oficial El Peruano, 11 de setiembre de 2014.

54. Ley de Fortalecimiento e Implementación de las Boticas Públicas Farmaminsa a Nivel Nacional, Ley N° 32176. Publicado en el diario oficial El Peruano, 30 de noviembre de 2024.

55. Vizcaíno PI, Cedeño RJ, Maldonado IA. Metodología de la investigación científica: guía práctica. Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar [Internet]. 2023;7(4):9723-9762. [Consultado el 29 de julio de 2025]. Disponible en: https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v7i4.7658

56. Arias Gonzáles JL, Covinos Gallardo M. Diseño y Metodología de la investigación [Internet]. Arequipa: Enfoques Consulting EIRL; 2021 [Consultado el 29 de julio de 2025]. Disponible en: https://eesppnsrmadrededios.edu.pe/libros/3.pdf

57. Arias JL, Holgado J, Tafur T, Vasquez M. Metodología de la investigación: el método ARIAS para desarrollar un proyecto de tesis [Internet]. Puno: Instituto Universitario de Innovación Ciencia y Tecnología INUDI Perú; 2022 [Consultado el 29 de julio de 2025]. Disponible en: https://doi.org/10.35622/inudi.b.016

58. Baena Paz GM. Metodología de la investigación [Internet]. 3.ª ed. México: Grupo Editorial Patria; 2017 [Consultado el 29 de julio de 2025]. Disponible en: https://www.biblioteca.cij.gob.mx/archivos/materiales_de_consulta/drogas_de_abuso/articulos/metodologia%20de%20la%20investigacion.pdf

59. Abad Miguélez B. Investigación social cualitativa y dilemas éticos: de la ética vacía a la ética situada. Empiria. Revista de Metodología de Ciencias Sociales [Internet]. 2016;34:101-120. [Consultado el 29 de julio de 2025]. Disponible en: https://doi.org/10.5944/empiria.34.2016.16524

60. Organización Mundial de la Salud, Health Action International. Medir precios, disponibilidad, asequibilidad y componentes de los precios de los medicamentos [Internet]. 2.ª ed. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2008 [Consultado el 25 de julio de 2025]. Disponible en: https://syntheticdrugs.unodc.org/uploads/syntheticdrugs/res/library/access_html/WHO_PSM_PAR_2008.3_spa.pdf

CAPÍTULO VIII. ANEXOS

ANEXO 1: Respuesta de la DIGEMID – SAIP web. 25-008004

PERÚ | Ministerio de Salud | DIRECCIÓN DE INSPECCION Y CERTIFICACION | ATENCION SAIP

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y H
"Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana"

PERÚ MINSA
Firmado digitalmente por BRENIS MENDOZA Jose Luis FAU 20131373237 hard
Cargo: Director Ejecutivo
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 12.07.2025 12:56:43 -05:00

Jesus Maria, 12 de Julio del 2025

MEMORANDUM N° D000177-2025-DICER-SAIP-MINSA

Para : **JEAN EDWIN CASTAÑEDA RIVERA**
DIRECTOR EJECUTIVO
OFICINA DE TRANSPARENCIA Y ANTICORRUPCION

De : **JOSE LUIS BRENIS MENDOZA**
DIRECTOR EJECUTIVO
ATENCION SAIP

Asunto : TRASLADA SOLICITUD DE INFORMACIÓN EN VIRTUD DE LA LEY N° 27806 (SAIP WEB N° 25-008004)

Referencia : NOTA INFORMATIVA N° D007060-2025-SG-OTRANS-MINSA (01JUL2025)
SG-OTRANS20250007394
SAIP WEB 25-008004

Fecha :

Es grato dirigirme a usted para saludarla cordialmente y a su vez dar atención a los documentos de la referencia, mediante los cuales la Oficina de Transparencia y Anticorrupción traslada el pedido de información a través del cual CLAUDIO ROJAS CARLITA, solicita: " (...) LA RELACION DE BOTICAS PUBLICAS FARMAMINSA IMPLEMENTADAS HASTA EL 31/12/24 CON LOS SIGUIENTES DATOS: N° REGISTRO, SITUACION, LUGAR DE REGISTRO, FECHA DE INICIO ACTIVIDADES, N° RUC, CATEGORIA DE ESTABLECIMIENTO, NOMBRE COMERCIAL, RAZON SOCIAL, DIRECCION Y HORARIO DE FUNCIONAMIENTO (...)", pedido que se ampara en la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública.

Al respecto, en concordancia con lo establecido en la Ley N° 27086, Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública, el Texto Único Ordenado de la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública, aprobado por Decreto Supremo N° 021-2019-PCM, se le remite lo siguiente:

– Relación de Boticas "FARMAMINSA", con los datos solicitados, autorizadas hasta el 31 de diciembre del 2024, en:

  - Archivo formato Excel (01).

Sin otro particular, quedo de usted.

Atentamente,

Documento firmado digitalmente

JOSE LUIS BRENIS MENDOZA
DIRECTOR EJECUTIVO
ATENCION SAIP

(JBM/laa)

cc.:

Relación de BPFM implementadas hasta el 31.12.2024.

Nº EST	INICIO ACTIV	CA	RAZON SOCIAL	NOMBRE COMERCIAL	RUC	DIRECCION	DPTO	PROV	DISTRITO	HORARIO FUNC.
122402	22/01/2025 00:00	BOT	DIRECCION DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA ESTE	FARMAMINSA	20602236596	JR. TACNA S/N	LIMA	LIMA	LURIGANCHO	LUN A VIE: 08:00 A 17:00
113697	11/07/2023 00:00	BOT	DIRECCION DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA ESTE	FARMAMINSA	20602236596	AV. LA MOLINA S/N CUADRA 46 KM 9.5	LIMA	LIMA	LA MOLINA	LUN A VIE: 08:00 A 17:00
46639	7/01/2020 00:00	BOT	DIRECCION DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA ESTE	FARMAMINSA	20602236596	AV. CESAR VALLEJO S/N CUADRA 13	LIMA	LIMA	EL AGUSTINO	LUN A VIE: 08:00 A 17:00
47089	18/02/2020 00:00	BOT	DIRECCION DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA ESTE	FARMAMINSA	20602236596	AV. NICOLAS AYLLON N° 5875	LIMA	LIMA	ATE	LUN A VIE: 08:00 A 17:00
48268	24/07/2020 00:00	BOT	DIRECCION DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA NORTE	BOTICA MUNICIPAL FARMAMINSA RIMAC	20602217508	JR. LOS VIRREYES N° 205 Urb. VIRREYES	LIMA	LIMA	RIMAC	LUN A VIE: 08:00 A 16:30
48312	29/07/2020 00:00	BOT	DIRECCION DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA NORTE	BOTICA MUNICIPAL FARMAMINSA PUENTE PIEDRA	20602217508	CALLE LEONCIO PRADO MZ. 73 LOTE 4 CERCADO DE PUENTE PIEDRA	LIMA	LIMA	PUENTE PIEDRA	LUN A VIE: 08:00 A 16:30
50826	11/11/2020 00:00	BOT	DIRECCION DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA NORTE	BOTICA MUNICIPAL FARMAMINSA CARABAYLLO	20602217508	AV. JOSÉ DE SAN MARTIN N° 334 Urb. SANTA ISABEL	LIMA	LIMA	CARABAYLLO	LUN A VIE: 08:00 A 16:30
120176	26/08/2024 00:00	BOT	DIRECCION DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA NORTE	BOTICA MUNICIPAL FARMAMINSA LOS OLIVOS	20602217508	AV. CARLOS ALBERTO IZAGUIRRE N°813, URB. LAS PALMERAS	LIMA	LIMA	LOS OLIVOS	LUN A VIE: 08:00 A 16:30
120180	28/08/2024 00:00	BOT	DIRECCION DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA NORTE	BOTICA MUNICIPAL FARMAMINSA ANCON	20602217508	AV. 11 DE ENERO CON CALLE HUARAL S/N	LIMA	LIMA	ANCON	LUN A VIE: 08:00 A 16:30
114618	6/09/2023 00:00	BOT	DIRECCIÓN DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA CENTRO	MUNICIPAL FARMAMINSA SAN BORJA	20602250602	CALLE ALFA Nº 145 Urb. JUAN XXIII	LIMA	LIMA	SAN BORJA	LUN A VIE: 08:00 A 16:30
115512	7/11/2023 00:00	BOT	DIRECCIÓN DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA CENTRO	FARMAMINSA BOTICA MUNICIPAL JESUS MARIA	20602250602	AV. HORACIO URTEAGA N° 1097	LIMA	LIMA	JESUS MARIA	LUN A VIE: 08:00 A 16:30
116167	13/12/2023 00:00	BOT	DIRECCIÓN DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA CENTRO	BOTICA MUNICIPAL FARMAMINSA MAGDALENA DEL MAR	20602250602	JR. LEONCIO PRADO Nº 1380	LIMA	LIMA	MAGDALENA DEL MA	LUN A VIE: 08:00 A 16:30
121611	28/11/2024 00:00	BOT	DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD DEL CALLAO - DIRESA CALLAO	BOTICA MUNICIPAL FARMAMINSA	20147907487	AV. AYACUCHO MZ. G07, LOTE 06,	CALLAO	CALLAO	MI PERU	LUN A VIE: 08:00 A 19:00; SAB: 08:00 A 19:00
121508	21/11/2024 00:00	BOT	MINISTERIO DE SALUD	FARMAMINSA LINCE	20131373237	JR. CORONEL LEON VELARDE N° 408 Urb. RISSO	LIMA	LIMA	LINCE	LUN A VIE: 08:30 A 16:30
117565	8/03/2024 00:00	BOT	MINISTERIO DE SALUD	FARMAMINSA BOTICA MUNICIPAL	20131373237	JR. BOLOGNESI N° 275, PLAZA DE ARMAS	LIMA	LIMA	SANTIAGO DE SURCO	LUN A VIE: 09:00 A 19:00; SAB: 09:00 A 19:00
118482	9/05/2024 00:00	BOT	MINISTERIO DE SALUD	FARMAMINSA BOTICA UNIVERSITARIA-UNMSM	20131373237	AV. VENEZUELA Nº 3400 Urb. OSCAR BENAVIDES	LIMA	LIMA	LIMA	LUN A VIE: 08:30 A 16:30
93575	23/08/2016 00:00	BOT	MINISTERIO DE SALUD	FARMAMINSA DIGEMID	20131373237	AV. PARQUE DE LAS LEYENDAS N° 228 Urb. PANDO - BLOQUE- E	LIMA	LIMA	SAN MIGUEL	LUN A VIE: 08:30 A 16:30
11415	19/05/1997	BOT	MINISTERIO DE SALUD	FARMAMINSA	20131373237	AV. SALAVERRY S/N CDRA 8	LIMA	LIMA	JESUS MARIA	LUN A VIE: 08:30 A 16:30
115827	22/11/2023 00:00	BOT	MINISTERIO DE SALUD	FARMAMINSA BOTICA MUNICIPAL	20131373237	AV. MONTE DE LOS OLIVOS N° 545, URB. PROLONGACIÓN BENAVIDES - COM	LIMA	LIMA	SANTIAGO DE SURCO	LUN A VIE: 08:30 A 20:00; SAB: 08:30 A 20:00
119043	11/06/2024 00:00	BOT	UNIDAD EJECUTORA DEL PLIEGO 011 MINISTERIO DE SALUD-DIRECCION	FARMAMINSA DIRIS LIMA SUR BOTICA MUNICIPAL SAN JUAN DE MIRA	20602251641	AV. CENTRAL MZ. Y2, LOTE 1, CDRA. 6, P.J. PAMPLONA ALTA	LIMA	LIMA	SAN JUAN DE MIRAFL	LUN A VIE: 08:00 A 16:00; SAB: 08:00 A 16:00
116714	15/01/2024 00:00	BOT	UNIDAD EJECUTORA DEL PLIEGO 011 MINISTERIO DE SALUD-DIRECCION	BOTICA FARMAMINSA DIRIS LIMA SUR BOTICA MUNICIPAL PUCUSAN	20602251641	A.H. BENJAMIN DOIG LOSSIO MZ. A, LOTE 6, INT. 1	LIMA	LIMA	PUCUSANA	LUN A VIE: 08:00 A 16:00; SAB: 08:00 A 16:00
117238	20/02/2024 00:00	BOT	UNIDAD EJECUTORA DEL PLIEGO 011 MINISTERIO DE SALUD-DIRECCION	FARMAMINSA DIRIS LIMA SUR BOTICA MUNICIPAL LURIN	20602251641	URB. LAS VIRREYNAS MZ. B, LOTE 4-5, INT. 1	LIMA	LIMA	LURIN	LUN A VIE: 08:00 A 16:00; SAB: 08:00 A 16:00

ANEXO 2: Certificado de validez por juicio de experto N.° 1

VALIDACIÓN DE CONTENIDO DE LA GUÍA DE ENTREVISTA SOBRE EL ACCESO A MEDICAMENTOS A TRAVÉS DE LA IMPLEMENTACIÓN DE LAS BOTICAS PÚBLICAS FARMAMINSA, 2024

INSTRUCCIONES: A continuación, se le hace llegar la presente guía de entrevista que permitirá recoger información para la investigación, por lo que se le solicita que tenga a bien evaluar este instrumento, haciendo, las sugerencias que considere necesarias para realizar correcciones pertinentes en el referido instrumento. Los criterios de validación de contenido son los siguientes:

Criterios	Detalle	Calificación
Suficiencia	La pregunta tiene relación lógica con el objetivo y basta para realizar su medición.	SÍ NO
Claridad	La pregunta se comprende fácilmente, es decir, su sintáctica y semántica son adecuadas.	SÍ NO
Coherencia	La pregunta tiene relación lógica con el objetivo planteado.	SÍ NO
Relevancia	La pregunta es esencial o importante, es decir, debe ser incluida.	SÍ NO

Nota. Criterios adaptados de la propuesta de Escobar y Cuervo (2008).

VALIDACIÓN DE CONTENIDO DE LA GUÍA DE ENTREVISTA SOBRE EL ACCESO A MEDICAMENTOS A TRAVÉS DE LA IMPLEMENTACIÓN DE LAS BOTICAS PÚBLICAS FARMAMINSA, 2024

Pregunta libre:

1. Desde su experiencia. Describa sobre aspectos fundamentales para la creación de las Boticas Públicas FARMAMINSA. ¿Qué estudios de factibilidad y viabilidad o análisis de contexto se consideraron fundamentales en esa etapa inicial?

ÍTEM	Suficiencia		Claridad		Coherencia		Relevancia		Observaciones
Objetivo específico 2: Identificar la factibilidad y viabilidad de la implementación de las Boticas Públicas FARMAMINSA.	SÍ	NO	SÍ	NO	SÍ	NO	SÍ	NO	
2.1. ¿Qué tan factible considera la implementación de las Boticas Públicas FARMAMINSA en su comunidad o distrito y por qué?	✓	-	✓	-	✓	-	✓	-	
2.2. ¿Qué factores podrían facilitar o dificultar la implementación de las Boticas Públicas FARMAMINSA en una institución pública?	✓	-	✓	-	✓	-	✓	-	
2.3. ¿Qué condiciones o recursos considera necesarios para la implementación de las Boticas Públicas FARMAMINSA de manera efectiva y que esta sea sostenible?	✓	-	✓	-	✓	-	✓	-	
2.4. En su opinión, ¿con qué limitaciones o barreras podría enfrentar la implementación de las Boticas Públicas FARMAMINSA?	✓	-	✓	-	✓	-	✓	-	
ÍTEM	**Suficiencia**		**Claridad**		**Coherencia**		**Relevancia**		**Observaciones**
Objetivo específico 3: Conocer las principales funciones para el suministro de medicamentos en las Boticas Públicas FARMAMINSA.	SÍ	NO	SÍ	NO	SÍ	NO	SÍ	NO	
3.1. Respecto al listado de medicamentos esenciales, ¿qué criterios técnicos y administrativos se siguieron para seleccionar los productos del Petitorio Nacional Único	✓	-	✓	-	✓	-	✓	-	

(PNUME) que se dispensan en Boticas Públicas FARMAMINSA?									
3.2. En el caso de medicamentos que no están en el PNUME. ¿Considera usted que es necesario la dispensación de estos en las Boticas Públicas FARMAMINSA?	✓	-	✓	-	✓	-	✓	-	
3.3. ¿Qué métodos o criterios emplearon para la identificación y estimación de las necesidades anuales de los medicamentos esenciales para las Boticas Públicas FARMAMINSA?	✓	-	✓	-	✓	-	✓	-	
3.4. Antes de la promulgación de la Ley N° 32176, ¿cómo se gestionaba el financiamiento para la adquisición y el suministro de medicamentos esenciales para las Boticas Públicas FARMAMINSA?	✓	-	✓	-	✓	-	✓	-	
3.5. Según su experiencia, ¿qué mecanismos o estrategias se aplican en las Boticas Públicas FARMAMINSA para promover y verificar el uso racional de los medicamentos?	✓	-	✓	-	✓	-	✓	-	
3.6. ¿De qué manera la presencia del Químico Farmacéutico contribuye a garantizar la calidad, trazabilidad y uso racional de los medicamentos en las Boticas Públicas FARMAMINSA	✓	-	✓	-	✓	-	✓	-	
ÍTEM	**Suficiencia**		**Claridad**		**Coherencia**		**Relevancia**		**Observación**
Objetivo específico 4: Conocer el nivel de protección financiera que ofrecen las Boticas Públicas FARMAMINSA a través del análisis de acceso y asequibilidad de sus medicamentos en comparación con las oficinas farmacéuticas privadas.	SÍ	NO	SÍ	NO	SÍ	NO	SÍ	NO	
4.1. De acuerdo al criterio de acceso a medicamentos esenciales en las Boticas Públicas FARMAMINSA: ¿Existe alguna restricción basada en el tipo de seguro del paciente o en el origen de su receta médica, ya sea de un consultorio público o privado?	✓	-	✓	-	✓	-	✓	-	

4.2. ¿Considera que el precio de los medicamentos esenciales en las Boticas Públicas FARMAMINSA es accesible para un trabajador que percibe el Sueldo Mínimo Vital? ¿Por qué?	✓	-	✓	-	✓	-	✓	-	
4.3. ¿Considera usted que los precios de los medicamentos esenciales en las Boticas Públicas FARMAMINSA comparado con los de farmacias privadas, brindan mayor acceso? Explicar	✓	-	✓	-	✓	-	✓	-	
4.4. Desde su experiencia, ¿cree que los precios de los medicamentos en las Boticas Públicas FARMAMINSA contribuyen efectivamente a reducir el gasto de bolsillo y mejorar la protección financiera de los pacientes?	✓	-	✓	-	✓	-	✓	-	
4.5. ¿Existe alguna planificación o visión a futuro sobre la posibilidad de dispensar gratuitamente medicamentos a pacientes con Enfermedades Crónica No Trasmisible (ECNT) afiliados al Sistema Integral de Salud (SIS) en las Boticas Públicas FARMAMINSA? ¿Cuáles serían los requisitos o desafíos implementarla?	✓	-	✓	-	✓	-	✓	-	
4.6. En relación a la implementación de las Boticas Públicas FARMAMINSA que incluye convenios con instituciones públicas, ¿cree usted que se debería implementar convenios con SIS, EsSalud, El Fondo de Aseguramiento en Salud de la Policía Nacional del Perú– Saludpol u otras aseguradoras públicas?	✓	-	✓	-	✓	-	✓	-	
ÍTEM	**Suficiencia**		**Claridad**		**Coherencia**		**Relevancia**		**Observaciones**
Objetivo específico 5: Analizar los factores normativos y operativos que influyen en la sostenibilidad de las Boticas Públicas FARMAMINSA	SÍ	NO	SÍ	NO	SÍ	NO	SÍ	NO	
5.1. ¿Qué estrategias de difusión se utilizan para promocionar las Boticas Públicas FARMAMINSA y, más importante aún, ¿Qué mecanismos existen para asegurar que esa información llegue de manera efectiva a los sectores más vulnerables y no solo a quienes ya están informados?	✓	-	✓	-	✓	-	✓	-	

5.2. ¿De qué manera las Boticas Públicas FARMAMINSA contribuyen a mejorar el acceso a medicamentos esenciales en áreas donde la accesibilidad es limitada? citar un ejemplo concreto.	✓	-	✓	-	✓	-	✓	-	
5.3. Más allá del cumplimiento normativo del Libro de Reclamaciones para registrar las quejas y reclamos de los usuarios, ¿qué otros canales formales o informales se utilizan para recoger su opinión sobre el servicio y la disponibilidad de medicamentos?	✓	-	✓	-	✓	-	✓	-	
5.4. Desde su perspectiva, ¿Cuáles son las principales brechas que existe para garantizar la sostenibilidad de las Boticas Públicas FARMAMINSA?	✓	-	✓	-	✓	-	✓	-	
5.5. ¿Bajo el modelo actual se garantiza la sostenibilidad de las Boticas Públicas FARMAMINSA? ¿Qué factores se han considerado para este modelo, como el reaprovisionamiento, costos de personal y mantenimiento?	✓	-	✓	-	✓	-	✓	-	
5.6. Desde su perspectiva y experiencia, ¿cuáles son los principales desafíos para la sostenibilidad de las Boticas Públicas FARMAMINSA a mediano y largo plazo?	✓	-	✓	-	✓	-	✓	-	
5.7. ¿De qué manera específica la Ley N° 32176 facilita o limita la sostenibilidad operativa y financiera de las Boticas?	✓	-	✓	-	✓	-	✓	-	
5.8. Para finalizar, y basándose en toda su experiencia, ¿hay algún aspecto fundamental sobre la implementación, el funcionamiento o los desafíos de las Boticas Públicas FARMAMINSA que no hayamos tocado y que usted considere vital que conozcamos?	✓	-	✓	-	✓	-	✓	-	

Opinión del validador: [X] Aprobado [ ] Aprobado con modificaciones [ ] No aprobado

CERTIFICADO DE VALIDEZ DEL CONTENIDO SOBRE LA ESCALA EMPODERAMIENTO ESTRUCTURAL

Observaciones: .....

Opinión en aplicabilidad: Aplicable (X) **Aplicable después de corregir ( )** **No aplicable ( )**

Apellidos y nombres del juez validador: Solis Ricra, Jenner Ivan **N° D.N.I**: 16010558

Grado académico: Especialista **N° C.Q.F.P:** 09429

Formación académica del validador: (asociado a su calidad de experto en la variable y problemática de investigación)

N°	INSTITUCIÓN	ESPECIFICAR EL GRADO DE MAGÍSTER O DOCTORADO O EL TÍTULO DE ESPECIALISTA
1	Universidad Nacional Mayor De San Marcos	Farmacia clínica

Experiencia profesional del validador: (asociado a su calidad de experto en la variable y problemática de investigación)

N°	INSTITUCIÓN	CARGO	LUGAR	PERIODO LABORAL	FUNCIÓN
1	Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación-IETSI_ESSALUD	Sub Gerente de Evaluación de Productos Farmacéuticos	Lima- Perú	2025	Sub Gerente

Jenner Ivan Solis Ricra
Subgerente
Subdirección de Evaluación de Productos Farmacéuticos y Otras Tecnologías Sanitarias
Gerencia de la Dirección de Evaluación de Tecnologías Sanitarias
IETSI - ESSALUD

Firma y sello del Experto Validador

ANEXO 3: Certificado de validez por juicio de experto N.° 2

VALIDACIÓN DE CONTENIDO DE LA GUÍA DE ENTREVISTA SOBRE EL ACCESO A MEDICAMENTOS A TRAVÉS DE LA IMPLEMENTACIÓN DE LAS BOTICAS PÚBLICAS FARMAMINSA, 2024

INSTRUCCIONES: A continuación, se le hace llegar la presente guía de entrevista que permitirá recoger información para la investigación, por lo que se le solicita que tenga a bien evaluar este instrumento, haciendo, las sugerencias que considere necesarias para realizar correcciones pertinentes en el referido instrumento. Los criterios de validación de contenido son los siguientes:

Criterios	Detalle	Calificación
Suficiencia	La pregunta tiene relación lógica con el objetivo y basta para realizar su medición.	SÍ NO
Claridad	La pregunta se comprende fácilmente, es decir, su sintáctica y semántica son adecuadas.	SÍ NO
Coherencia	La pregunta tiene relación lógica con el objetivo planteado.	SÍ NO
Relevancia	La pregunta es esencial o importante, es decir, debe ser incluida.	SÍ NO

Nota. Criterios adaptados de la propuesta de Escobar y Cuervo (2008).

VALIDACIÓN DE CONTENIDO DE LA GUÍA DE ENTREVISTA SOBRE ACCESO A MEDICAMENTOS A TRAVÉS DE LA IMPLEMENTACIÓN DE LAS BOTICAS PÚBLICAS FARMAMINSA, 2024

Pregunta libre:

1. Desde su experiencia. Describa sobre aspectos fundamentales para la creación de las Boticas Públicas FARMAMINSA. ¿Qué estudios de factibilidad y viabilidad o análisis de contexto se consideraron fundamentales en esa etapa inicial?

ÍTEM	**Suficiencia**		**Claridad**		**Coherencia**		**Relevancia**		**Observaciones**
Objetivo específico 2: Identificar la factibilidad y viabilidad de la implementación de las Boticas Públicas FARMAMINSA.	SÍ	NO	SÍ	NO	SÍ	NO	SÍ	NO	
2.1. ¿Qué tan factible considera la implementación de las Boticas Públicas FARMAMINSA en su comunidad o distrito y por qué?	✓	-	✓	-	✓	-	✓	-	
2.2. ¿Qué factores podrían facilitar o dificultar la implementación de las Boticas Públicas FARMAMINSA en una institución pública?	✓	-	✓	-	✓	-	✓	-	
2.3. ¿Qué condiciones o recursos considera necesarios para la implementación de las Boticas Públicas FARMAMINSA de manera efectiva y que esta sea sostenible?	✓	-	✓	-	✓	-	✓	-	
2.4. En su opinión, ¿con qué limitaciones o barreras podría enfrentar la implementación de las Boticas Públicas FARMAMINSA?	✓	-	✓	-	✓	-	✓	-	
ÍTEM	**Suficiencia**		**Claridad**		**Coherencia**		**Relevancia**		**Observaciones**
Objetivo específico 3: Conocer las principales funciones para el suministro de medicamentos en las Boticas Públicas FARMAMINSA.	SÍ	NO	SÍ	NO	SÍ	NO	SÍ	NO	
3.1. Respecto al listado de medicamentos esenciales, ¿qué criterios técnicos y administrativos se siguieron para seleccionar los productos del Petitorio Nacional Único	✓	-	✓	-	✓	-	✓	-	

(PNUME) que se dispensan en Boticas Públicas FARMAMINSA?									
3.2. En el caso de medicamentos que no están en el PNUME. ¿Considera usted que es necesario la dispensación de estos en las Boticas Públicas FARMAMINSA?	✓	-	✓	-	✓	-	✓	-	
3.3. ¿Qué métodos o criterios emplearon para la identificación y estimación de las necesidades anuales de los medicamentos esenciales para las Boticas Públicas FARMAMINSA?	✓	-	✓	-	✓	-	✓	-	
3.4. Antes de la promulgación de la Ley N° 32176, ¿cómo se gestionaba el financiamiento para la adquisición y el suministro de medicamentos esenciales para las Boticas Públicas FARMAMINSA?	✓	-	✓	-	✓	-	✓	-	
3.5. Según su experiencia, ¿qué mecanismos o estrategias se aplican en las Boticas Públicas FARMAMINSA para promover y verificar el uso racional de los medicamentos?	✓	-	✓	-	✓	-	✓	-	
3.6. ¿De qué manera la presencia del Químico Farmacéutico contribuye a garantizar la calidad, trazabilidad y uso racional de los medicamentos en las Boticas Públicas FARMAMINSA	✓	-	✓	-	✓	-	✓	-	
ÍTEM	**Suficiencia**		**Claridad**		**Coherencia**		**Relevancia**		**Observación**
Objetivo específico 4: Conocer el nivel de protección financiera que ofrecen las Boticas Públicas FARMAMINSA a través del análisis de acceso y asequibilidad de sus medicamentos en comparación con las oficinas farmacéuticas privadas.	SÍ	NO	SÍ	NO	SÍ	NO	SÍ	NO	
4.1. De acuerdo al criterio de acceso a medicamentos esenciales en las Boticas Públicas FARMAMINSA: ¿Existe alguna restricción basada en el tipo de seguro del paciente o en el origen de su receta médica, ya sea de un consultorio público o privado?	✓	-	✓	-	✓	-	✓	-	

4.2. ¿Considera que el precio de los medicamentos esenciales en las Boticas Públicas FARMAMINSA es accesible para un trabajador que percibe el Sueldo Mínimo Vital? ¿Por qué?	✓	-	✓	-	✓	-	✓	-	
4.3. ¿Considera usted que los precios de los medicamentos esenciales en las Boticas Públicas FARMAMINSA comparado con los de farmacias privadas, brindan mayor acceso? Explicar	✓	-	✓	-	✓	-	✓	-	
4.4. Desde su experiencia, ¿cree que los precios de los medicamentos en las Boticas Públicas FARMAMINSA contribuyen efectivamente a reducir el gasto de bolsillo y mejorar la protección financiera de los pacientes?	✓	-	✓	-	✓	-	✓	-	
4.5. ¿Existe alguna planificación o visión a futuro sobre la posibilidad de dispensar gratuitamente medicamentos a pacientes con Enfermedades Crónica No Trasmisible (ECNT) afiliados al Sistema Integral de Salud (SIS) en las Boticas Públicas FARMAMINSA? ¿Cuáles serían los requisitos o desafíos implementarla?	✓	-	✓	-	✓	-	✓	-	
4.6. En relación a la implementación de las Boticas Públicas FARMAMINSA que incluye convenios con instituciones públicas, ¿cree usted que se debería implementar convenios con SIS, EsSalud, El Fondo de Aseguramiento en Salud de la Policía Nacional del Perú– Saludpol u otras aseguradoras públicas?	✓	-	✓	-	✓	-	✓	-	
ÍTEM	**Suficiencia**		**Claridad**		**Coherencia**		**Relevancia**		**Observaciones**
Objetivo específico 5: Analizar los factores normativos y operativos que influyen en la sostenibilidad de las Boticas Públicas FARMAMINSA	SÍ	NO	SÍ	NO	SÍ	NO	SÍ	NO	
5.1. ¿Qué estrategias de difusión se utilizan para promocionar las Boticas Públicas FARMAMINSA y, más importante aún, ¿Qué mecanismos existen para asegurar que esa	✓	-	✓	-	✓	-	✓	-	

información llegue de manera efectiva a los sectores más vulnerables y no solo a quienes ya están informados?									
5.2. ¿De qué manera las Boticas Públicas FARMAMINSA contribuyen a mejorar el acceso a medicamentos esenciales en áreas donde la accesibilidad es limitada? citar un ejemplo concreto.	✓	-	✓	-	✓	-	✓	-	
5.3. Más allá del cumplimiento normativo del Libro de Reclamaciones para registrar las quejas y reclamos de los usuarios, ¿qué otros canales formales o informales se utilizan para recoger su opinión sobre el servicio y la disponibilidad de medicamentos?	✓	-	✓	-	✓	-	✓	-	
5.4. Desde su perspectiva, ¿Cuáles son las principales brechas que existe para garantizar la sostenibilidad de las Boticas Públicas FARMAMINSA?	✓	-	✓	-	✓	-	✓	-	
5.5. ¿Bajo el modelo actual se garantiza la sostenibilidad de las Boticas Públicas FARMAMINSA? ¿Qué factores se han considerado para este modelo, como el reaprovisionamiento, costos de personal y mantenimiento?	✓	-	✓	-	✓	-	✓	-	
5.6. Desde su perspectiva y experiencia, ¿cuáles son los principales desafíos para la sostenibilidad de las Boticas Públicas FARMAMINSA a mediano y largo plazo?	✓	-	✓	-	✓	-	✓	-	
5.7. ¿De qué manera específica la Ley N° 32176 facilita o limita la sostenibilidad operativa y financiera de las Boticas?	✓	-	✓	-	✓	-	✓	-	
5.8. Para finalizar, y basándose en toda su experiencia, ¿hay algún aspecto fundamental sobre la implementación, el funcionamiento o los desafíos de las Boticas Públicas FARMAMINSA que no hayamos tocado y que usted considere vital que conozcamos?	✓	-	✓	-	✓	-	✓	-	

Opinión del validador: [ ] Aprobado [ ] Aprobado con modificaciones [ ] No aprobado

CERTIFICADO DE VALIDEZ DEL CONTENIDO SOBRE LA ESCALA EMPODERAMIENTO ESTRUCTURAL

Observaciones: .....

Opinión en aplicabilidad: Aplicable (x) **Aplicable después de corregir ( )** **No aplicable ( )**

Apellidos y nombres del juez validador: Navarro Camasi, Adrián **N° D.N.I**: 42318001

Grado académico: Especialista en Farmacia Hospitalaria **N° C.Q.F.P:**5112

Formación académica del validador: (asociado a su calidad de experto en la variable y problemática de investigación)

N°	INSTITUCIÓN	ESPECIFICAR EL GRADO DE MAGÍSTER O DOCTORADO O EL TÍTULO DE ESPECIALISTA
1	Universidad Nacional Mayor de San Marcos	Farmacia Hospitalaria

Experiencia profesional del validador: (asociado a su calidad de experto en la variable y problemática de investigación)

N°	INSTITUCIÓN	CARGO	LUGAR	PERIODO LABORAL	FUNCIÓN
1	Hospital María Auxiliadora - HMA	Director Técnico del almacén especializado	San Juan de Miraflores, Lima	2013 - actualidad	Manejo del SISMED

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA
ADRIÁN NAVARRO CAMASI
QUÍMICO FARMACÉUTICO

Firma y sello del experto Validador

ANEXO 4: Certificado de validez por juicio de experto N.° 3



VALIDACIÓN DE CONTENIDO DE LA GUÍA DE ENTREVISTA SOBRE EL ACCESO A MEDICAMENTOS A TRAVÉS DE LA IMPLEMENTACIÓN DE LAS BOTICAS PÚBLICAS FARMAMINSA, 2024

|**INSTRUCCIONES:** A continuación, se le hace llegar la presente guía de entrevista que permitirá recoger información para la investigación, por lo que se le solicita que tenga a bien evaluar este instrumento, haciendo, las sugerencias que considere necesarias para realizar correcciones pertinentes en el referido instrumento. Los criterios de validación de contenido son los siguientes:

Criterios	Detalle	Calificación
Suficiencia	La pregunta tiene relación lógica con el objetivo y basta para realizar su medición.	SÍ NO
Claridad	La pregunta se comprende fácilmente, es decir, su sintáctica y semántica son adecuadas.	SÍ NO
Coherencia	La pregunta tiene relación lógica con el objetivo planteado.	SÍ NO
Relevancia	La pregunta es esencial o importante, es decir, debe ser incluida.	SÍ NO

Nota. Criterios adaptados de la propuesta de Escobar y Cuervo (2008).

VALIDACIÓN DE CONTENIDO DE LA GUÍA DE ENTREVISTA SOBRE ACCESO A MEDICAMENTOS A TRAVÉS DE LA IMPLEMENTACIÓN DE LAS BOTICAS PÚBLICAS FARMAMINSA, 2024

Pregunta libre:

1. Desde su experiencia. Describa sobre aspectos fundamentales para la creación de las Boticas Públicas FARMAMINSA. ¿Qué estudios de factibilidad y viabilidad o análisis de contexto se consideraron fundamentales en esa etapa inicial?

ÍTEM	Suficiencia		Claridad		Coherencia		Relevancia		Observaciones
Objetivo específico 2: Identificar la factibilidad y viabilidad de la implementación de las Boticas Públicas FARMAMINSA.	SÍ	NO	SÍ	NO	SÍ	NO	SÍ	NO	
2.1. ¿Qué tan factible considera la implementación de las Boticas Públicas FARMAMINSA en su comunidad o distrito y por qué?	✓	-	✓	-	✓	-	✓	-	
2.2. ¿Qué factores podrían facilitar o dificultar la implementación de las Boticas Públicas FARMAMINSA en una institución pública?	✓	-	✓	-	✓	-	✓	-	
2.3. ¿Qué condiciones o recursos considera necesarios para la implementación de las Boticas Públicas FARMAMINSA de manera efectiva y que esta sea sostenible?	✓	-	✓	-	✓	-	✓	-	
2.4. En su opinión, ¿con qué limitaciones o barreras podría enfrentar la implementación de las Boticas Públicas FARMAMINSA?	✓	-	✓	-	✓	-	✓	-	
ÍTEM	**Suficiencia**		**Claridad**		**Coherencia**		**Relevancia**		**Observaciones**
Objetivo específico 3: Conocer las principales funciones para el suministro de medicamentos en las Boticas Públicas FARMAMINSA.	SÍ	NO	SÍ	NO	SÍ	NO	SÍ	NO	
3.1. Respecto al listado de medicamentos esenciales, ¿qué criterios técnicos y administrativos se siguieron para seleccionar los productos del Petitorio Nacional Único	✓	-	✓	-	✓	-	✓	-	

(PNUME) que se dispensan en Boticas Públicas FARMAMINSA?									
3.2. En el caso de medicamentos que no están en el PNUME. ¿Considera usted que es necesario la dispensación de estos en las Boticas Públicas FARMAMINSA?	✓	-	✓	-	✓	-	✓	-	
3.3. ¿Qué métodos o criterios emplearon para la identificación y estimación de las necesidades anuales de los medicamentos esenciales para las Boticas Públicas FARMAMINSA?	✓	-	✓	-	✓	-	✓	-	
3.4. Antes de la promulgación de la Ley N° 32176, ¿cómo se gestionaba el financiamiento para la adquisición y el suministro de medicamentos esenciales para las Boticas Públicas FARMAMINSA?	✓	-	✓	-	✓	-	✓	-	
3.5. Según su experiencia, ¿qué mecanismos o estrategias se aplican en las Boticas Públicas FARMAMINSA para promover y verificar el uso racional de los medicamentos?	✓	-	✓	-	✓	-	✓	-	
3.6. ¿De qué manera la presencia del Químico Farmacéutico contribuye a garantizar la calidad, trazabilidad y uso racional de los medicamentos en las Boticas Públicas FARMAMINSA	✓	-	✓	-	✓	-	✓	-	
ÍTEM	**Suficiencia**		**Claridad**		**Coherencia**		**Relevancia**		**Observación**
Objetivo específico 4: Conocer el nivel de protección financiera que ofrecen las Boticas Públicas FARMAMINSA a través del análisis de acceso y asequibilidad de sus medicamentos en comparación con las oficinas farmacéuticas privadas.	SÍ	NO	SÍ	NO	SÍ	NO	SÍ	NO	
4.1. De acuerdo al criterio de acceso a medicamentos esenciales en las Boticas Públicas FARMAMINSA: ¿Existe alguna restricción basada en el tipo de seguro del paciente o en el origen de su receta médica, ya sea de un consultorio público o privado?	✓	-	✓	-	✓	-	✓	-	

4.2. ¿Considera que el precio de los medicamentos esenciales en las Boticas Públicas FARMAMINSA es accesible para un trabajador que percibe el Sueldo Mínimo Vital? ¿Por qué?	✓	-	✓	-	✓	-	✓	-	
4.3. ¿Considera usted que los precios de los medicamentos esenciales en las Boticas Públicas FARMAMINSA comparado con los de farmacias privadas, brindan mayor acceso? Explicar	✓	-	✓	-	✓	-	✓	-	
4.4. Desde su experiencia, ¿cree que los precios de los medicamentos en las Boticas Públicas FARMAMINSA contribuyen efectivamente a reducir el gasto de bolsillo y mejorar la protección financiera de los pacientes?	✓	-	✓	-	✓	-	✓	-	
4.5. ¿Existe alguna planificación o visión a futuro sobre la posibilidad de dispensar gratuitamente medicamentos a pacientes con Enfermedades Crónica No Trasmisible (ECNT) afiliados al Sistema Integral de Salud (SIS) en las Boticas Públicas FARMAMINSA? ¿Cuáles serían los requisitos o desafíos implementarla?	✓	-	✓	-	✓	-	✓	-	
4.6. En relación a la implementación de las Boticas Públicas FARMAMINSA que incluye convenios con instituciones públicas, ¿cree usted que se debería implementar convenios con SIS, EsSalud, El Fondo de Aseguramiento en Salud de la Policía Nacional del Perú– Saludpol u otras aseguradoras públicas?	✓	-	✓	-	✓	-	✓	-	
ÍTEM	**Suficiencia**		**Claridad**		**Coherencia**		**Relevancia**		**Observaciones**
Objetivo específico 5: Analizar los factores normativos y operativos que influyen en la sostenibilidad de las Boticas Públicas FARMAMINSA	SÍ	NO	SÍ	NO	SÍ	NO	SÍ	NO	
5.1. ¿Qué estrategias de difusión se utilizan para promocionar las Boticas Públicas FARMAMINSA y, más importante aún, ¿Qué mecanismos existen para asegurar que esa	✓	-	✓	-	✓	-	✓	-	

información llegue de manera efectiva a los sectores más vulnerables y no solo a quienes ya están informados?									
5.2. ¿De qué manera las Boticas Públicas FARMAMINSA contribuyen a mejorar el acceso a medicamentos esenciales en áreas donde la accesibilidad es limitada? citar un ejemplo concreto.	✓	-	✓	-	✓	-	✓	-	
5.3. Más allá del cumplimiento normativo del Libro de Reclamaciones para registrar las quejas y reclamos de los usuarios, ¿qué otros canales formales o informales se utilizan para recoger su opinión sobre el servicio y la disponibilidad de medicamentos?	✓	-	✓	-	✓	-	✓	-	
5.4. Desde su perspectiva, ¿Cuáles son las principales brechas que existe para garantizar la sostenibilidad de las Boticas Públicas FARMAMINSA?	✓	-	✓	-	✓	-	✓	-	
5.5. ¿Bajo el modelo actual se garantiza la sostenibilidad de las Boticas Públicas FARMAMINSA? ¿Qué factores se han considerado para este modelo, como el reaprovisionamiento, costos de personal y mantenimiento?	✓	-	✓	-	✓	-	✓	-	
5.6. Desde su perspectiva y experiencia, ¿cuáles son los principales desafíos para la sostenibilidad de las Boticas Públicas FARMAMINSA a mediano y largo plazo?	✓	-	✓	-	✓	-	✓	-	
5.7. ¿De qué manera específica la Ley N° 32176 facilita o limita la sostenibilidad operativa y financiera de las Boticas?	✓	-	✓	-	✓	-	✓	-	
5.8. Para finalizar, y basándose en toda su experiencia, ¿hay algún aspecto fundamental sobre la implementación, el funcionamiento o los desafíos de las Boticas Públicas FARMAMINSA que no hayamos tocado y que usted considere vital que conozcamos?	✓	-	✓	-	✓	-	✓	-	

Opinión del validador: [ ] Aprobado [ ] Aprobado con modificaciones [ ] No aprobado

CERTIFICADO DE VALIDEZ DEL CONTENIDO SOBRE LA ESCALA EMPODERAMIENTO ESTRUCTURAL

Observaciones: ……

Opinión en aplicabilidad: Aplicable (x) **Aplicable después de corregir ( )** **No aplicable ( )**

Apellidos y nombres del juez validador: Risco Gil, Viviam Paola **N° D.N.I**: 47237000

Grado académico: Maestro en Gestión de Salud **N° C.Q.F.P:** 21617

Formación académica del validador: (asociado a su calidad de experto en la variable y problemática de investigación)

N°	INSTITUCIÓN	ESPECIFICAR EL GRADO DE MAGÍSTER O DOCTORADO O EL TÍTULO DE ESPECIALISTA
1	Universidad Privada Norbert Wiener S.A.	Maestro de Gestión en Salud

Experiencia profesional del validador: (asociado a su calidad de experto en la variable y problemática de investigación)

N°	INSTITUCIÓN	CARGO	LUGAR	PERIODO LABORAL	FUNCIÓN
1	Diris Lima Centro	Fiscalización, control y vigilancia sanitaria	Lima	Actualidad	Cumplimiento de las BPOF

Viviam Paola Risco Gil
QUIMICO FARMACEUTICO
CQFP 21617
……
Firma y sello del experto Validador

ANEXO 5: Consentimiento informado verbal

Título del estudio: Acceso de medicamentos a través de la implementación de las Boticas Públicas FARMAMINSA
Investigadora: Q.F. Carlita Sonia Claudio Rojas
Fecha: noviembre 2025

Consentimiento Informado Verbal

Con el propósito de desarrollar la investigación titulada: **Acceso de medicamentos a través de la implementación de las Boticas Públicas FARMAMINSA-2024**, se invitó a participar a los profesionales Químicos Farmacéuticos que impulsaron la Resolución Ministerial N° 100-2024/MINSA y Ley N°32176 y que estuvieron directamente involucradas en la implementación de las BPFM. La invitación se realizó mediante mensaje de WhatsApp, en el cual se explicó el objetivo general del estudio, la finalidad académica de la investigación y la forma de participación requerida.

Debido a la preferencia expresada por los participantes de mantener su identidad en completo anonimato, el consentimiento informado fue otorgado de manera **verbal**, previo a la realización de cada entrevista. Se informó claramente a cada participante lo siguiente:

1. Que su participación era **voluntaria**.
2. Que podían retirarse en cualquier momento sin ninguna consecuencia.
3. Que la entrevista sería realizada a través de una reunión virtual por Google Meet.
4. Que no se recolectarían datos personales que permitieran su **identificación directa**.
5. Que sus respuestas serían utilizadas únicamente con fines académicos.
6. Que la información sería tratada de manera **confidencial** y presentada de forma **anonimizada**, usando códigos (Ent. 1 DIRIS LC – UE, Ent.2 DIGEMID, Ent. 3 DIRIS LE – UE, Ent. 4 DIRIS LS– UE, Ent. 5 DIRIS LN– UE, Ent.6 DIGEMID y Ent.7 DIGEMID)
7. Que la entrevista podría ser grabada únicamente para fines de análisis, sin difusión pública.

Cada participante confirmó verbalmente que comprendía la información proporcionada y que aceptaba participar en la entrevista para el desarrollo del estudio.

Declaración de la Investigadora

Yo, **Carlita Sonia Claudio Rojas,** como responsable de esta investigación, declaro que informé verbalmente a cada participante sobre los objetivos del estudio, la naturaleza de su participación y las condiciones de confidencialidad, y que recibí su consentimiento verbal previo al inicio de la entrevista.

ANEXO 6: Boleta de pago de un trabajador que percibe una RMV

AV. REPUBLICA DE _ LIMA - LIMA

- LIMA

RUC Nº 206

BOLETA DE PAGO

ART. 18 / D.S. Nº 001-98-TR; D.S. Nº 017-2001-TR

NOMBRE	CATEGORIA		FECHA ING
	Empleado		01/06/2021
Nº AUTOGENERADO	**DNI**	**PERIODO**	
649410DAZPA6		Enero 2025	
DESCRIPCION	**INGRESOS**	**APORT.**	**DSCTOS.**
SUELDO BASICO	1,130.00		
VACACIONES			
BONIFICACIONES TEMP. LEY 29351			
GRATIFICACIONES – LEY 29351			
VACACIONES TRUNCAS			
ESSALUD VIDA			
S.N.P. 13 %			
ESSALUD 9 %		101.70	
PRIMA DE SEGUROS AFP			15.48
SPP-APORTE OBLIGATORIO			113.00
COMISION PORCENTUAL			
DIAS HORAS TRAB 25/200			
TOTALES	1,130.00	101.70	128.48
NETO A PAGAR			**1,001.52**

Lima, 31 de Enero del 2025

....

EMPLEADOR **TRABAJADOR**

ANEXO 7: Matriz de codificación del análisis cualitativo según objetivos específicos

