



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

**ESCUELA DE POSGRADO
PROGRAMA ACADÉMICO DE DOCTORADO EN GESTIÓN
PÚBLICA Y GOBERNABILIDAD**

Análisis de la gestión de bienes en el sector salud 2014-2019

TESIS PARA OBTENER EL GRADO ACADÉMICO DE:
Doctora en Gestión Pública y Gobernabilidad

AUTORA:

Mg. María Magnolia Oshiro Chinen (ORCID: 0000-0003-3805-1463)

ASESORA:

Dra. Karen Lizeth Alfaro Mendives (ORCID: 0000-0002-6218-4998)

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

Reforma y Modernización del Estado

Lima – Perú

2020

Dedicatoria

Deseo dedicar esta investigación a mis hijas, quienes me ofrecieron compartir un tiempo para poder llevar el doctorado y realizar el presente trabajo.

Agradecimientos

A Dios, por darme salud; a mi familia, por el tiempo otorgado; a los entrevistados, por su apoyo y colaboración desinteresada; a mis asesores y validadores de los instrumentos por su apoyo, para poder realizar la presente investigación.

Página del jurado



DICTAMEN DE LA SUSTENTACIÓN DE TESIS

EL / LA MAESTRO (A): OSHIRO CHINEN, MARIA MAGNOLIA

Para obtener el Grado Académico de *Doctora en Gestión Pública y Gobernabilidad*, ha sustentado la tesis titulada:

ANÁLISIS DE LA GESTIÓN DE BIENES EN EL SECTOR SALUD 2014-2019

Fecha: 25 de enero de 2020

Hora: 9:30 a.m.

JURADOS:

PRESIDENTE: Dr. Carlos Sixto Vega Vilca

Firma:

SECRETARIO: Dr. Walter Manuel Vásquez Mondragon

Firma:

VOCAL: Dra. Karen Lizeth Alfaro Mendives

Firma:

El Jurado evaluador emitió el dictamen de:

Aprobado por mayoría.

Habiendo encontrado las siguientes observaciones en la defensa de la tesis:

*Referenciar a todos los autores citados.
Mejorar el Marco metodológica.*

Recomendaciones sobre el documento de la tesis:

.....
.....
.....

Nota: El tesista tiene un plazo máximo de seis meses, contabilizados desde el día siguiente a la sustentación, para presentar la tesis habiendo incorporado las recomendaciones formuladas por el jurado evaluador.

Declaratoria de autenticidad

Yo, María Magnolia Oshiro Chinen estudiante del Doctorado en Gestión Pública y Gobernabilidad de Postgrado de la Universidad César Vallejo, Sede Lima Norte; declaro el trabajo académico titulado “Análisis de la gestión de bienes en el Sector Salud 2014-2019”, presentada en 42 folios para la obtención del grado académico de Doctor en Gestión Pública y Gobernabilidad, es de mi autoría.

Por tanto, declaro lo siguiente:

He mencionado todas las fuentes empleadas en el presente trabajo de investigación, identificando correctamente toda cita textual o de paráfrasis proveniente de otras fuentes, de acuerdo con lo establecido por las normas de elaboración de trabajos académicos.

No he utilizado ninguna otra fuente distinta de aquellas expresamente señaladas en este trabajo.

Este trabajo de investigación no ha sido previamente presentado completa ni parcialmente para la obtención de otro grado académico o título profesional.

Soy consciente de que mi trabajo puede ser revisado electrónicamente en búsqueda de plagios.

De encontrar uso de material intelectual ajeno sin el debido reconocimiento de su fuente o autor, me someto a las sanciones que determinen el procedimiento disciplinario.

De identificarse fraude (datos falsos), plagio (información sin citar a autores), autoplagio (presentar como nuevo algún trabajo de investigación propio que ya ha sido publicado), piratería (uso ilegal de información ajena) o falsificación (representar falsamente las ideas de otros), asumo las consecuencias y sanciones que de mi acción se deriven, sometiéndome a la normatividad vigente de la Universidad César Vallejo.

Lima, Enero de 2020



Firma

María Magnolia Oshiro Chinen

DNI: 06665792

Índice

Dedicatoria	ii
Agradecimientos	iii
Página del jurado	iv
Declaratoria de autenticidad	v
Índice	vi
Índice de tablas	vii
Índice de figuras	viii
Resumen	ix
Abstract	x
I. Introducción	1
II. Método	15
2.1. Tipo y diseño de investigación	15
2.2. Escenario de estudio	15
2.3. Participantes	15
2.4. Técnicas e instrumentos para la recolección de información	16
2.5. Procedimiento	16
2.6. Método de análisis de la información	17
2.7. Aspectos éticos	18
III. Resultados	19
IV. Discusión	25
V. Conclusiones	30
VI. Recomendaciones	31
VII. Propuesta	32
Referencias	34
Anexos	43
Anexo 1. Matriz de categorización	44
Anexo 2. Certificado de validez de instrumentos	45
Anexo 3. Ficha documental	52
Anexo 4. Instrumento – Guía semi estructurada entrevista	53
Anexo 5. Transcripción Entrevistados	55
Anexo 5.1. Transcripción Entrevistado 1	55
Anexo 5.2. Transcripción Entrevistado 2	63
Anexo 5.3. Transcripción Entrevistado 3	71
Anexo 6. Proceso de codificación	84
Anexo 7. Proceso de categorización de las entrevistas y análisis documental	170

Índice de tablas

Tabla 1. Entrevistados	16
Tabla 2. Actividades del Plan de Homologación de Fichas para el equipamiento médico del primer nivel de atención	33

Índice de figuras

Figura 1. Categorías y sub categorías	8
Figura 2. Componentes de la sub categoría Adquisiciones	19
Figura 3. Componentes de la sub categoría Mantenimiento	20
Figura 4. Componentes de la sub categoría Normatividad	20
Figura 5. Componentes de la sub categoría Gestión de información	21
Figura 6. Componentes de la sub categoría Presupuesto	21
Figura 7. Componentes de la sub categoría Articulación	22
Figura 8. Componentes de la sub categoría Almacenes	22
Figura 9. Componentes de la sub categoría Programación	23
Figura 10. Componentes de la sub categoría Normatividad	23
Figura 11. Componentes de la sub categoría Adherencia a guías de práctica clínica	24
Figura 12. Cronograma de actividades	33

Resumen

La presente investigación responde a analizar los factores que inciden en la gestión de los bienes en el sector salud, en lo que corresponde al equipamiento y los medicamentos, materiales e insumos médicos desde el año 2014 al 2019, que ayuden a entender los problemas subyacentes y latentes que afectan en los servicios que se da al ciudadano. El enfoque es cualitativo, de diseño estudio de caso, para lo cual se usó la técnica de la revisión sistemática de documentos y la entrevista de personas que han sido parte de la gestión con cargos directivos en el sector en estudio, para su posterior codificación y categorización.

Entre los resultados obtenidos se tiene que los factores que inciden en la gestión son la adquisición y el mantenimiento para el equipamiento, así como la normatividad y la gestión de información referida a este punto. Así también el tema presupuestal que incide en su gestión. Por su parte, la articulación que debe existir en la gestión de los medicamentos, materiales e insumos médicos, el almacenamiento y su programación, la normatividad relacionada y la adherencia a las guías de práctica clínica como la prescripción médica, afectan como factores que se deben considerar para mejorar esta gestión.

Palabras clave: Abastecimiento público, adquisiciones del Estado, gestión de la salud, cadena de abastecimiento

Abstract

The present investigation responds to analyze the factors that affect the management of goods in the health sector, in what corresponds to the equipment and medicines, materials and medical supplies from 2014 to 2019, that help to understand the underlying problems and latent that affect the services given to the citizen. The approach is qualitative, case study design, for which the technique of systematic document review and the interview of people who have been part of management with management positions in the sector under study was used, for subsequent coding and categorization

Among the results obtained, the factors that influence management are the acquisition and maintenance of the equipment, as well as the regulations and information management referred to this point. So also the budget issue that affects its management. On the other hand, the articulation that must exist in the management of medicines, materials and medical supplies, storage and programming, related regulations and adherence to clinical practice guidelines such as medical prescription, affect as factors that must be Consider to improve this management.

Keywords: Public supply, State procurement, health management, supply chain management

I. Introducción

La salud es un derecho fundamental declarado mundialmente en Alma-Ata realizado en la Conferencia sobre Atención Primaria en la Salud Organización Panamericana de Salud (1978), en el que se planteó un modelo de atención basado en la atención primaria, el cual implica la promoción de salud, una participación de la sociedad y una coordinación entre los diversos sectores que permitan abordar los puntos importantes de la salud, como lo indicaron Báscolo, Houghton y Del Riego (2018). En las siguientes décadas a dicha declaración, varios países de Sud América realizaron mejoras para el acceso a la salud y aumentar así la eficiencia en los servicios con el fin de disminuir las desigualdades. Dichos autores comentaron que las diversas estrategias, dadas en los diferentes países y momentos distintos, se dieron desde un incremento del rol del Estado hasta una mayor presencia del mercado. Sin embargo; se ha evidenciado problemas con la gestión de los bienes, propiamente en el equipamiento, así como en los medicamentos, materiales e insumos médicos.

El desabastecimiento de los medicamentos es un problema mundial y creciente, como lo indicó Engenércio (2018), cuyas causas son de varias dimensiones, sobre una cadena de distribución compleja. El Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco (2015) también precisó que el desabastecimiento de medicamentos es un problema global reconocido por la Organización Mundial de la Salud, por lo que cada vez son más los países que declaran este problema. Se indicó que, en una encuesta en el 2014 a farmacéuticos de los hospitales en 36 países de Europa, el 66% indicó tener este problema a diario o semanalmente. Las principales causas se identificaron en la fabricación y distribución. Esto es el resultado de una variedad de factores y para resolverlo es necesario que todas las partes interesadas trabajen juntas.

Este problema de escasez de los medicamentos esenciales es una preocupación creciente, inclusive en los Estados Unidos de América, como lo señaló Gray y Manasse (2012). Este problema se encuentra también en Australia y Canadá. Redacción Médica (2018) indicó que la Agencia Española de Medicamentos habría previsto que en dicho año se tendría un desabastecimiento mayor que en sus últimos 4 años, siendo la principal causa de este problema los temas logísticos, de planificación y capacidad. También se indicó como causa los retrasos de entrega de los proveedores. La Unidad Nacional de Gestión de Medicamentos e Insumos de la Dirección de Desarrollo y Fortalecimiento de los Servicios

Regionales de Salud (2013) de República Dominicana precisaron que en su estudio los entrevistados de las áreas administrativas indicaron que los procesos de compras directas de los medicamentos no se planifican ni tampoco se utilizan precios de referencia; esto adicional a las compras fragmentadas, inciden en los precios de sus adquisiciones. Así también indicaron que ninguno de sus almacenes cumplió con más de 80% de los criterios de condiciones y prácticas de almacenamiento. En los 12 meses anteriores al estudio que realizaron, 15 almacenes tuvieron medicamentos vencidos y que los medicamentos comprados tampoco se someten a un control de calidad. Tampoco existe una eficiente gestión en sus sistemas de información, los registros manuales con los electrónicos y el inventario físico difieren. El World Economic Forum (2017) indicó la necesidad de una estrategia integral que favorezca el suministro de fármacos. Es imperiosa la necesidad de mejorar esta situación.

En el Perú, en el año 2013, se inició la Reforma en el Sector Salud, reconociendo que la salud es para el ciudadano un derecho, el que se da como un principio de la Constitución Política del Perú, y el Estado se lo debe garantizar debiendo hacer las acciones que sean necesarias para que los servicios se den en condiciones de equidad y calidad, tal como lo indicó Velásquez, Suarez y Nepo (2016). Para ello se dieron veintitrés decretos legislativos como base de la reforma, autorizados mediante la Ley 30073; cuyos objetivos fueron el fortalecer la rectoría y la gobernanza del sistema de salud, proteger la salud individual y colectiva, así como los derechos en salud.

Si bien existen planes de aseguramiento universal en salud, la población que acude a un establecimiento del ministerio ha disminuido por su falta de infraestructura y capacidad del Estado para la atención de la demanda. Esto conlleva a que, si bien puedan existir normas que aumenten la cobertura y se tenga un mayor acceso de inscripción y registro de ciudadanos a este aseguramiento, la atención real que se brinda a la ciudadanía no está acorde con esta política, lo cual implica la falta de capacidad del Estado de cubrir con este derecho fundamental justamente para la población más vulnerable.

Existe una deficiencia en el equipamiento en los establecimientos de salud, los cuales se corroboran con las inspecciones que dan los organismos y los estudios que muestran esa realidad. Cordero, Montes, Velásquez, Rodríguez, Vigo y Rosas-Aguirre (2016) indicaron que en su investigación realizada en servicios de desarrollo infantil (CRED), los cuales son cruciales para reducir la mortalidad y desnutrición infantil, en 18

locales de salud de nueve de las regiones más pobres en el Perú dio como resultado que hay problemas de infraestructura, equipos, materiales y recursos humanos que afectan a una prestación de calidad. Mencionaron que el equipamiento antropométrico y materiales están deteriorados o son de mucha antigüedad. Asimismo, se demostró que la manera cómo se distribuyen los ambientes hace que los ciudadanos tengan que caminar por el mismo pasadizo varias veces y subir escaleras con los niños, lo cual no cumple con la Norma de Salud de CRED del MINSA (2011). Esto evidencia que, si bien pueden existir normas y reglamentos enfocados a mejorar los servicios, si éstos no se cumplen ni existe ningún mecanismo de control, el problema continuará sin solución.

Esta falencia se corrobora con lo que mencionaron Rebaza, Vela, Villegas, Lozada y Munares (2017), quienes indicaron como quejas recibidas por la Intendencia Macro Regional Norte la demora en los exámenes de diagnóstico y el desabastecimiento de medicamentos entre setiembre de 2015 y marzo de 2016. Sin Fronteras (2019) reportó que los dos hospitales que tienen una mayor demanda en la región Ica fueron intervenidos por la Defensoría del Pueblo, ya que se encontraron equipos en mal estado, inclusive en la unidad de cuidados intensivos para neonatos de ambos hospitales se evidenció la escasez de los equipos.

Por otro lado, el desabastecimiento en los medicamentos puede incidir en un tratamiento inadecuado, interrumpir el tratamiento, sustituirlo por otras alternativas más caras o menos eficaces y un aumento en el riesgo de acontecimientos adversos, como se indicó en Eupati (2015). Como lo indicó el Congreso de la República (2014), de acuerdo con las cifras del Ministerio de Salud, solo el 23,7 % de los establecimientos del país tiene una disponibilidad óptima de medicamentos, estando el 52,7% como situación regular y el 16,2 con una baja disponibilidad. En La República (2018) se precisó que, según informe de la Digemid a mayo de 2017, es decir luego de 3 años, ninguno de los institutos especializados ni hospitales de las regiones tenían un nivel óptimo de disponibilidad de medicinas. De los 12 hospitales, solo 4 tienen un nivel regular. La falta de disponibilidad es lo que obliga al ciudadano a comprarlo en establecimientos privados. Asimismo, Andina (2019) reportó que hay un riesgo de desabastecimiento de medicamentos oncológicos para el 2020 en el Hospital Carrión del Callao. Existe un sobre stock de 51%, entre los que se encuentran medicinas vencidas. Así también se informa sobre la escasez de equipamiento e insumos, y la falta de certificación de buenas prácticas de almacenamiento (BPA). En

Gestión (2017) también se indicó sobre la compra de medicamentos, los cuales tienen ineficiencias y retrasos, siendo las declaratorias de “desiertos” uno de los problemas en el abastecimiento de los medicamentos.

De acuerdo con lo que indicó la Defensoría del Pueblo (2018), en los establecimientos de salud supervisados solo el 68,1% entregó condones, 54,9% inyectables, 47,3% anticonceptivos orales, 11% condón femenino y el 7,7% dispositivos intrauterinos, como parte del servicio de salud a los adolescentes en su derecho a la salud sexual y reproductiva. En el Semanario ComexPerú (2019) indicó que hasta el 16 de setiembre de 2019, aproximadamente un trimestre antes de terminar el año fiscal, solo se había ejecutado un 50,2 % y 38,7% del gasto de vacunas y medicamentos.

Ante la realidad mostrada, se formula como problema general: ¿Qué factores presenta la gestión de los bienes en el sector salud? Así mismo se formulan los siguientes problemas específicos: a) ¿Qué factores presenta la gestión de los bienes en salud en el aspecto de equipamiento? y b) ¿Qué factores presenta la gestión de los bienes en el sector salud en el aspecto de medicamentos, materiales e insumos médicos?

Se encontró como antecedentes internacionales que en Ecuador hubo también una mayor inversión en salud, sin embargo; el impacto en indicadores de salud como la mortalidad materna no se ve reflejado, lo que hace necesario que se racionalice el gasto, como lo indicó Chang (2017). Arciniégas, Camacho, Duarte y Camacho (2016), concluyeron que, en Bogotá, la gestión en el suministro de medicamentos es bajo, por la falta de planeación y un flujo eficaz del almacenamiento. Morales y García (2017), expusieron que, en Bogotá, aunque se aumentaron los recursos financieros, la mortalidad, morbilidad y discapacidad no tuvo una variación significativa. Así también indicaron que las barreras de acceso a la salud del tipo administrativo han sido ampliamente estudiadas, pero no se han dado logros para mejorar esa situación.

El 30% del gasto destinado a salud se malgasta por el mal uso de los medicamentos y por la pérdida de los recursos por ineficiencias del sistema, de acuerdo con la entrevista que se realizó a Diego Forero, gerente general de una empresa farmacéutica para Colombia y Venezuela (Semana, 2017). Según lo que indicó el BID (2018), en Latinoamérica y el Caribe, no hay una adecuada eficiencia técnica en la producción de servicios de salud, lo que implica hacer las cosas bien, logrando obtener productos con la menor cantidad de

insumos. La medición de los indicadores de salud se concibe ahora hacia una visión más compleja. No compete solo el ámbito sanitario sino al trabajo articulado con otros actores, como lo afirmó Gómez (2017).

La cantidad de la población que aún mantiene barreras de acceso a la salud es elevada según Báscolo, Houghton y Del Riego (2018). El número de camas disponibles en los centros de atención del Ministerio de Salud Pública de Ecuador es de 1.5 camas por 1 000 habitantes, siendo la recomendación de la OPS de 2.4 camas por 1 000 habitantes, según lo indicó Cañizares, Mena y Barquet (2016) dado que el incremento de camas no se dio en la misma proporción que la población.

La eficacia de la gestión se comprende como la forma en que se cumplen con los objetivos lo que guarda una relación con la calidad que los ciudadanos perciben, lo cual en el sector es complejo y debe ser visto de manera integral. Estamos en una época en la que la demanda es creciente y si bien mundialmente las estadísticas del Banco Mundial evidencian que se han destinado más recursos, aun no son suficientes, por lo que es cada vez más importante la eficiencia y la eficacia. Un punto en la verificación de la eficacia se encuentra la fabricación de las medicinas, el que presenta problemas logísticos al no realizarse un planeamiento, implantación y control de procesos de los medicamentos como lo indicaron Eraso, Chávez, Herrera, Torres, Gallo y Armijos (2017).

El objetivo de una sustentabilidad financiera es lograr un acceso efectivo a la salud pública, para lo cual es necesario insertar constantemente técnicas modernas de gestión como lo sostuvieron Leyton y Gil (2017). Batista, Belkis, Martínez, Pérez y Aranda (2016), propusieron entre sus once ejes temáticos para un estudio de la situación integral de los hospitales de la Seguridad Social ecuatoriana, la manera de organizarse los servicios de salud, teniendo como uno de sus puntos el equipamiento según departamento, servicio o especialidad, así como el análisis del presupuesto y su ejecución.

Por su parte, George, Laborí, Bermúdez y González (2017) afirmaron que en Cuba se ha logrado una eficiencia muy alta en temas de esperanza de vida y mortalidad en función a sus recursos económicos. Hernández, Delgado, Marqués, Nogueira, Medina y Negrín (2016) ilustraron la mejora en la gestión y su utilidad en los servicios y el desempeño hospitalario en Cuba. Verificó la utilidad de la gestión de los insumos basada en el efecto que tendrá en la atención médica y la disminución de los minutos de espera.

De acuerdo con estudios nacionales revisados revelan que, si bien se han dado esfuerzos en la última década incrementando la cobertura de las personas afiliadas al SIS, la tendencia ha sido decreciente en la búsqueda de atenciones en los locales del MINSA, como concluyeron Gutiérrez, Romaní, Wong y Del Carmen (2018). Indicaron que es necesario se realice una mejora en la gestión de infraestructura en todos los niveles de atención. Asimismo, Benites, Lozada, Urrunaga, Márquez, Moncada y Mezones (2017) estimaron la prevalencia del no uso de servicios formales de salud como un análisis de la encuesta de hogares (ENAHO) del 2015. El 71.2% de los ciudadanos que no tienen un seguro fueron las que no utilizaron servicios de salud en adultos que tuvieron algún malestar, enfermedad o recaída de enfermedad en el Perú. Por lo que se puede inferir que el aseguramiento es un factor determinante en el no uso de servicios formales. Sin embargo, cabe mencionar que en dicha encuesta se evidencia también que el 53.8% que estuvieron asegurados al Seguro Integral de Salud, tampoco lo hicieron, ni el 40.4% de asegurados a Essalud, frente a un 36.7% que tienen un seguro privado.

Asimismo, comentaron que, en los establecimientos de MINSA, si bien la cantidad de afiliados aumentó, la cantidad de ciudadanos que acudieron a un establecimiento de MINSA disminuyó. De igual manera en Essalud, los afiliados duplicaron sus consultas en establecimientos privados. En el documento del Banco Mundial sobre la revisión del gasto público en el Perú (2017), una de las áreas con ineficiencias significativas que si se resolviera podría generar ahorros fiscales que ayudarían a enfrentar presiones de mediano plazo en el sector, es la falta de sistemas que monitoree el gasto, servicios y resultados.

Ponce (2017) analizó informes referidos al hacinamiento en emergencia, lo cual es un problema importante de salud pública. El panorama caótico que se puede observar en estos servicios en los hospitales es motivo de reclamos de los pacientes y protestas del personal de salud por sus condiciones de trabajo. La falta de camas, infraestructura insuficiente, son conclusiones recurrentes de los resultados de los documentos de la Contraloría General de la República y la Defensoría del Pueblo estudiados por este autor.

Por otro lado, la adquisición de equipos de marcas cuyos repuestos o insumos pueden resultar sumamente onerosos, tienen implicancia en la gestión que se da a las inversiones y el gasto anual que esto implicará en los presupuestos de los establecimientos de salud. En el informe de resultados del operativo de la Contraloría General de la República (2018), el 44% de los establecimientos visitados en el servicio de emergencia no

tiene el equipamiento requerido. En el 63% de los lugares visitados, las medicinas que se encuentran en la lista de compra corporativa no son solicitados para ser adquiridos por esta modalidad. Así mismo del 70% de los medicamentos solicitados por compra corporativa, el 29% es sobre stock, 24% sub stock y el 18% desabastecido. El 33% no cumple con las normas de almacenamiento y el 45% de los almacenes de medicamentos no tienen la Autorización de Funcionamiento. En el servicio de patología clínica el 42% no tiene el equipamiento mínimo para procesar muestras. En el servicio de diagnóstico por imágenes, el 68 % no cuenta con el equipamiento mínimo. Así también el 45% no cuenta con la licencia de autorización dado por la OTAN del Instituto de Energía Nuclear, produciendo el riesgo de radiación a personal, pacientes y público.

El informe de la Defensoría del Pueblo (2017) sobre el caso del atazanavir en pacientes con VIH/SIDA indicó que, según el Ministerio de Salud, su precio en el Perú es abismalmente más alto que varios países de Europa y Latinoamérica. La Defensoría del Pueblo (2017) precisó que se debe hacer una evaluación de los convenios del SIS, de tal forma que sus recursos se usen para reponer los medicamentos, insumos y materiales de los asegurados y no en otras actividades.

Los hospitales de referencia del Ministerio de Salud tienen deficiencias por la escasez de equipamiento, así como de medicamentos e insumos, según lo indicó Soto (2019). La falta de medicamentos en las farmacias públicas afecta a los afiliados del SIS, ya que tendrá que pagar por estas medicinas como lo mencionó la Defensoría del Pueblo (2018).

Como la justificación teórica de la presente investigación se tiene la teoría revisada y los antecedentes encontrados, así como la misma investigación, la cual puede servir como fuente para futuras investigaciones. La utilidad que pueda tener el presente trabajo para abordar otras investigaciones similares se presenta como la justificación metodológica al haber utilizado el análisis, la comprensión y la interpretación, así como la técnica de la entrevista y el análisis documental. Se tiene una justificación práctica, dado que la investigación planteada contribuirá a plasmar la problemática existente en la gestión de los bienes patrimoniales y de existencias del sector salud. Los resultados del estudio ayudarán a entender los problemas subyacentes y latentes que afectan en los servicios que se dan al ciudadano. Como justificación social, los resultados obtenidos contribuirán para que puedan ser considerados para plasmarse en una mejor gestión de salud del Estado.

El objetivo principal de la presente investigación fue identificar los factores de la gestión de los bienes en el sector salud. Como objetivos específicos se tuvo a) Identificar los factores que presenta la gestión de los bienes en el sector salud en el aspecto de equipamiento y b) Identificar los factores que presenta la gestión de los bienes en el sector salud en el aspecto de medicamentos, materiales e insumos médicos.

Con la finalidad de presentar las categorías y subcategorías del presente estudio de manera esquemática, se muestra la siguiente figura:

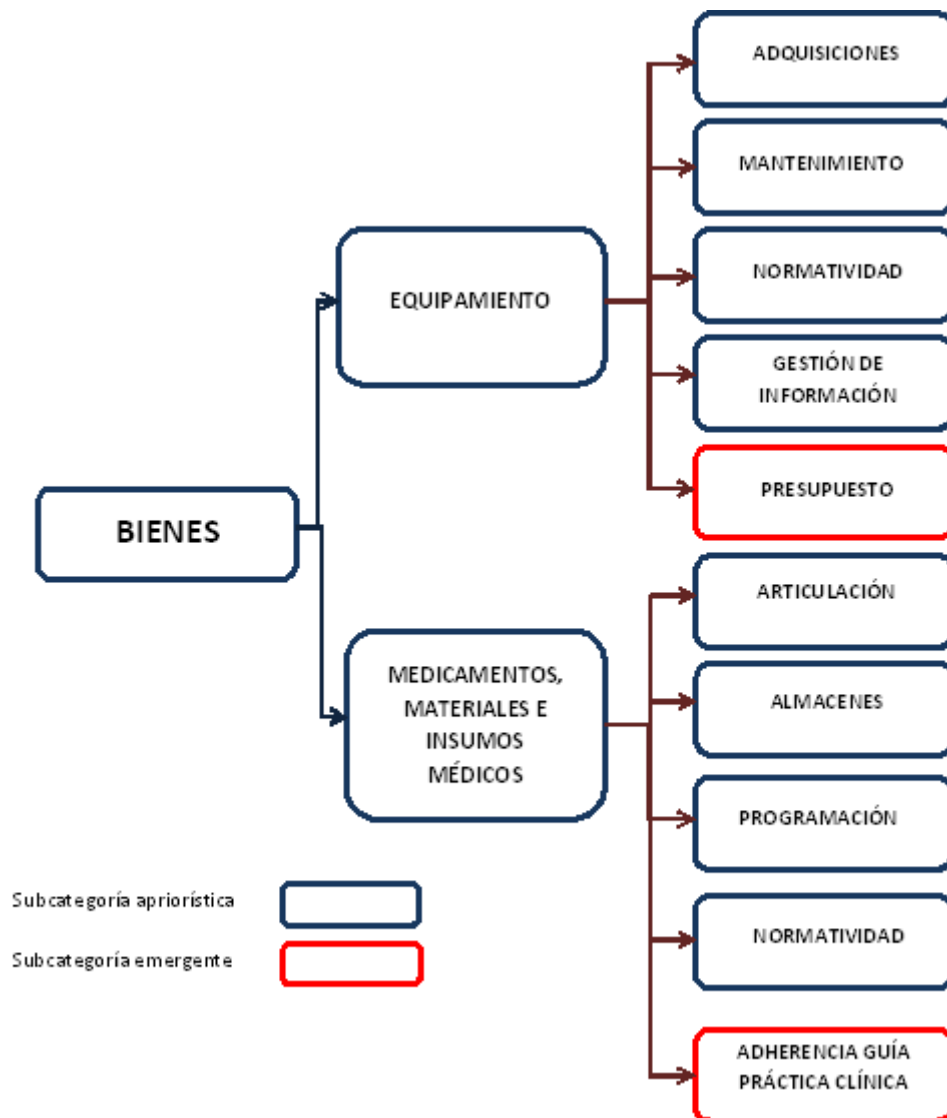


Figura 1. Categorías y sub categorías

El marco teórico nos muestra que existen técnicas de análisis para el estudio del uso de servicios de salud, cuya principal característica es la integración de variables denominados modelos integrados, entre ellas el de Andersen y Newman que contiene tres

variables, siendo una de ellas la necesidad de atención médica. Las otras dos variables que consideran factores predisponentes (variables sociodemográficas) y factores capacitantes (asociados a condiciones socioeconómicas) como lo indicaron Díaz, Rodríguez, García, Guerra, Jova, Balcindes, Pol de Vos y Van der Stuyft, P. (2012) no serán parte del presente estudio.

Andersen indicó que la utilización de los servicios de salud se debe a tres variables entre ellos la necesidad de atención médica, según lo referenciaron Bronfman, Castro, Zúñiga, Miranda y Oviedo (1997). Andersen hizo una revisión en el año 1968 sobre los modelos teóricos en el uso de los servicios médicos, desarrollando un modelo que guio su investigación y que ha sido usada por otros muchos. Luego de seis años, Aday y Andersen desarrollaron un modelo dentro de un marco de accesibilidad, proponiendo que para revisar el acceso real se debe considerar varios aspectos, teniendo este modelo dos dimensiones: las variables de proceso que se refiere a las políticas de salud y características de los servicios y la población y variables de resultado sobre el uso real de los servicios y su satisfacción, como lo indicó Arredondo y Melendez (1992).

El modelo de Andersen precisó que el uso de los servicios de salud es consecuencia de la interrelación de tres factores: los predisponentes que están en un proceso patológico propio de la persona, los mediadores que son los que facilitan o entorpecen el acceso a los servicios y que son posibles de modificación a través de políticas de salud y los de necesidad que se expresan por la percepción propia de la enfermedad. Los factores mediadores son los que se abordarán. Cuando los factores mediadores son los que explican las diferencias se está en un sistema de salud inequitativo según lo indicaron Tamez, Valle, Eibenschutz y Méndez, (2006).

En su estudio sobre la transformación de los sistemas de salud en Latinoamérica, Báscolo, Houghton y Del Riego (2018) mencionaron el modelo de Andersen sobre la forma de medir al acceso de salud basada en la capacidad de conseguir prestaciones de salud cuando se requieren. Las causas por las cuales los ciudadanos no tuvieron un servicio de salud fue clasificado en siete categorías de acuerdo con las dimensiones dadas por Penchansky y Thomas, siendo éstas la aceptabilidad como la mala percepción en cuanto a la calidad de la atención y el trato del personal, el tiempo de espera que se refiere a las demoras en la atención o para obtener una cita, la conveniencia como la falta de tiempo del paciente, la disponibilidad como la escasez de medicamentos o personal de salud, la

distancia geográfica al no tener una atención cercana, económica como la incapacidad para asumir los costos de los servicios, culturales como la falta de confianza en el personal de salud, barreras de idioma, preferencia por medicina indígena, homeopática o alternativa. Para la presente investigación se ha considerado la categoría relacionada a la disponibilidad, a través de la gestión de los bienes; mas no a los relacionados a percepciones personales, falta de tiempo, barreras geográficas ni condiciones económicas culturales.

La mayor parte del gasto se da en recursos humanos (59,7%), insumos (17,3%) y capital (15,4%). Dentro de los insumos, el 59,7% corresponde a materiales, instrumental quirúrgico, medicamentos, vacunas y otros insumos médicos, en tanto para el rubro de capital, el 39% corresponde a los activos no referidos a edificios de acuerdo con lo que indicó el Banco Mundial (2016) en su análisis sobre el financiamiento en la salud peruana en el año 2014. Estos dos rubros son los que se abordarán en el presente análisis, ya que los referidos a recursos humanos requiere una evaluación distinta al enmarcarse en un contexto distinto al del abastecimiento. De igual manera, si bien los gastos por edificios representaron el 54% del rubro capital, su análisis debe ser evaluado considerando los factores que influyen en las inversiones de obras.

De acuerdo con lo indicado por la Organización Mundial de la Salud (2019) debe considerarse la gestión de los equipos médicos para garantizar el acceso a la atención sanitaria. Lo definió como un proceso que se inicia con la comprensión de las necesidades, buenas prácticas de adquisición, el pedido y la provisión adecuadas, logística en la entrega e instalación, así como un manejo de inventarios, mantenimiento y capacitación.

La gestión de adquisiciones, de acuerdo con el Decreto Legislativo N° 1439 (2018) comprende los procedimientos, actividades e instrumentos por los que se gestiona la obtención de bienes, servicios y obras para el cumplimiento de las metas. Es un desafío primordial la escasa competencia que hay en los procesos de adquisición. Sin considerar los procedimientos desiertos, la cantidad de ofertantes para equipos a nivel regional es de 1,9 según el Banco Mundial (2017) en su revisión del gasto público peruano. Las limitantes en equipos e infraestructura, así como la debilidad en inversiones en el sector salud son factores que contribuyen a la presencia de brechas de acceso a la salud, como lo indicaron Velásquez, Suarez y Nepo-Linares (2016). También mencionaron que la gestión

de la infraestructura debe contemplar la existencia de muchos actores involucrados como gobierno nacional y local.

En cuanto al mantenimiento del equipamiento, la Organización Mundial de la Salud (2012) lo definió como un proceso compuesto por la inspección y el mantenimiento preventivo (que comprende las actividades para que la vida útil se prolongue) y por el mantenimiento correctivo (reparación). Así también concluyó que un mantenimiento eficiente y oportuno maximiza los recursos, lo que es importante cuando éstos son limitados. Para lograr que se cumpla con un cronograma de mantenimiento, ésta debe ser aprobada por las diferentes áreas y realizarse de manera sistemática. Los planes y cronogramas de mantenimiento de equipos deben actualizarse cada vez que ingrese un equipo nuevo, que se dé de baja, que se consideren procesos de mejoras y por lo menos una vez al año, como lo indicó Alban y Lara (2017).

De acuerdo con el Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud (MINSA), Decreto Supremo N° 008-2017-SA, artículo 113, son Funciones de la Dirección de Equipamiento y Mantenimiento elaborar lineamientos, metodologías y procedimientos en equipamiento, infraestructura y mantenimiento de los establecimientos de salud y hacer el seguimiento. También debe monitorear los procedimientos que aseguren la calidad y eficiencia del equipamiento en salud, para un adecuado servicio al ciudadano. Esta Dirección es una unidad orgánica de la Dirección General de Operaciones en Salud. Sin embargo, las entidades regionales realizan la compra de sus equipos médicos hospitalarios de manera independiente, sin tener una coordinación con el MINSA, lo cual repercute en el plan de mantenimiento que se pueda hacer, teniendo en cuenta la diversidad de marcas para el mismo equipo, de diversa tecnología y costo de mantenimiento, considerando la compra de los repuestos necesarios para asegurar la operatividad del mismo a lo largo de su vida útil. Estas fallas incidirán directamente en los tiempos de espera para lograr una cita de un procedimiento médico o de un análisis, no por falta del equipo, sino por no encontrarse operativo.

Sobre la sub categoría de normatividad, el Ministerio de Economía y Finanzas (2019) lo definió como las reglas obligatorias emanadas de una autoridad con validez para producirla, cuyo objetivo es regular las relaciones sociales, siendo el Estado quien garantiza su cumplimiento. La Norma Técnica de CRED, dada por Resolución Ministerial N° 990-2010/MINSA, es de uso obligatorio en todos los puestos del sector salud en el

ámbito nacional, en el que se estableció el lugar y equipo mínimo para efectuar el control del niño menor de cinco años y a su vez se tiene la NTS N° 113-MINSA/DGIEM-V.01 de infraestructura y equipos de los puntos de salud del primer nivel de atención, con Resolución Ministerial N° 045- 2015/MINSA (2015) el cual precisó el equipo mínimo para un consultorio CRED, las cuales no coinciden. También se tiene Norma Técnica N° 136-MINSA/2017/DGIESP sobre el manejo de la Cadena de Frío RM 497-2017/MINSA, en la que se indicó que se debe ingresar la información en el SIGA-Patrimonio, lo cual no se da. Como se puede ver, la realidad que se evidencia difiere de lo establecido en las normas, las cuales a su vez no guardan relación.

Por otro lado, es importante la gestión de la información para poder mejorar la gestión administrativa ya que contribuye como un factor importante de la logística en todo tipo de organización como lo analizaron Boyano y Machado (2016). Actualmente, no se cuenta con información real y total de la infraestructura con la que cuentan todos los locales de salud en el Perú. La falta de conciliación patrimonial con la financiera es la evidencia de esta falencia, motivo por el cual los inventarios físicos tienen diferencias con los registros contables. Esta falta de información veraz no permite realizar una gestión oportuna y de calidad en el patrimonio estatal en este sector, lo que repercute en los servicios recibidos por el ciudadano. Como lo indicó el Banco Mundial (2017) en su documento de revisión del Gasto Público en el Perú, en el caso de salud existen ineficiencias que se deben abordar a través de la inversión en la modernización en la provisión de salud, así como en sistemas informáticos que permitan planificar el presupuesto y ejecutarlo de forma más eficiente.

Sobre la sub categoría emergente de presupuesto, Díaz de León (2018) precisó que el financiamiento es una de las funciones principales para lograr las metas en un sistema de salud, tanto para las funciones administrativas, de rectoría y la provisión de servicios. En el caso de la mayoría de los países latinoamericanos, el modelo es segmentado de acuerdo a los distintos grupos sociales a los que se dirige.

Sobre la gestión de los medicamentos, la Organización Mundial de la Salud (1998) precisó que es un componente principal de los servicios de salud asequibles del mundo. Esta gestión tiene como objetivo garantizar el acceso a medicamentos seguros, eficaces y de calidad en los establecimientos de salud, así como promover su uso racional con un eficiente uso de recursos del Estado, como lo mencionó la Organización Mundial de la

Salud (2002). Como lo definió Drucker (1999), la administración existe para lograr los resultados, debiendo comenzar por allí, organizando sus recursos para lograrlos.

En cuanto a la articulación, Petrera (2016) detectó como una de las falencias la falta de respuesta del sistema, las faltas de interrelación entre planificación, la parte presupuestal y contable y logística; así como una escasa coordinación entre el gobierno central y los gobiernos regionales. Para que las políticas de salud tengan un impacto positivo, es necesario que exista una adecuada coordinación interinstitucional entre las instancias del gobierno según indicó Cañizares (2017).

Sobre los almacenes, la principal debilidad es el manejo de inventarios. Se precisa que una óptima gestión en la logística hospitalaria es crucial para bajar los costos y tener una buena calidad. Asimismo, en el proceso logístico hospitalario existen dos aristas de suma importancia, la administración de inventarios y la programación de los recursos según lo que encontraron Figueroa, Aguirre, Wilches, Romero (2016). La gestión eficiente de los inventarios es una obligación para ser competitivos, ya que permite tener una distribución más rentable y una mejor respuesta a la demanda de acuerdo con Salas, Maignel y Acevedo (2017),

Se presenta a la Programación como otro tema fundamental en el acceso a los medicamentos, materiales e insumos de manera oportuna. Ugarte (2019), precisó que las barreras que se presentaron en ciertos periodos para el acceso a los medicamentos de los programas por resultados fueron problemas de programación. En cuanto a los medicamentos no estratégicos, aseveró que, en los últimos años, las barreras fueron consecuencias de problemas de gestión, lo que generó retrasos en las compras y por ende un desabastecimiento en el sector.

Respecto a la normatividad, como lo indicó EFE (2019), se reportó historias de desabastecimiento de medicamentos en estudios efectuados por siete organizaciones civiles, siendo las principales causas los errores en la cadena de abastecimiento, así como la nueva reglamentación para las compras. También se encontró problemas de acceso y transparencia de información por lo que no es posible saber fácilmente lo que se compra, a quién y con qué precio.

En las respuestas de los entrevistados, se mostró la importancia de la adherencia a guía de prácticas clínicas, el Banco Mundial (2017) en su revisión del gasto público

peruano, dio como propuesta el desarrollo de guías de prácticas clínicas entre niveles de atención. Díaz de León (2018) citó a Donabedian quien identificó la dimensión técnica en la calidad de atención el cual consiste en cumplir con criterios avalados en evidencia científicamente comprobada, criterios que han sido consensuados por los colegios profesionales.

II. Método

La presente investigación tuvo un enfoque cualitativo. Este enfoque busca comprender los fenómenos explorándolos desde los participantes. En este enfoque hay varias realidades subjetivas, en las que el investigador parte de la premisa de que el mundo es relativo y solo se entiende desde los actores estudiados. Esta investigación da profundidad a los datos y una riqueza interpretativa. La recolección de datos sirve para tener los puntos de vista de los participantes, según Hernández, Fernández y Baptista (2014).

La investigación cualitativa busca acercarse al mundo y entenderlo, describirlo y a veces explicar los fenómenos desde su interior, por lo que los investigadores cualitativos se interesan por acceder a los documentos, interacciones dejando un espacio para las particularidades, siendo los conceptos desarrollados en el mismo proceso de investigación como lo indicó Kvale (2011). Como citó Stake (1999) a Erickson, la característica que distingue a la investigación cualitativa es la interpretación.

2.1. Tipo y diseño de investigación

El presente estudio fue de tipo básico, tuvo un diseño de estudio de caso. Es una investigación básica dado que se dirige a un conocimiento más amplio por la comprensión de los aspectos fundamentales de los fenómenos, de los hechos observables o de las relaciones que determinan los entes (CONCYTEC, 2018). Gran parte de la investigación cualitativa está basada en estudio de caso, como lo indicaron Kvale (2011), el cual se realiza para hacerlo comprensible. Se estudia un caso cuando existe un especial interés en sí mismo, según Stake (1999).

2.2. Escenario de estudio

Dado que el estudio abordó una realidad nacional, en el cual se analizan los establecimientos de salud de todas las regiones del país, el escenario de estudio comprendió el ámbito del territorio nacional acerca de la situación en la que se encuentra el sector salud. Se efectuaron las entrevistas en la ciudad de Lima, lugar en el que se encuentran laborando las personas informantes. Dichas entrevistas se realizaron en los distritos de Lima Cercado y Jesús María, por disponibilidad de los entrevistados. La revisión documental se realizó en Lima, sobre el ámbito del territorio nacional.

2.3. Participantes

Para las entrevistas, se escogió a tres personas por conveniencia, con amplia experiencia en el sector salud, quienes han laborado como directores de entidades del Ministerio de Salud

(Digemid, Dgiem, entre otras), Essalud, Sanidad de las Fuerzas Policiales e instituciones del sector salud. Como lo indicó Kvale (2011) la cantidad de sujetos estuvo en función a entrevistar a cuantos sea necesario para averiguar lo que se requiere, es decir hasta tener un punto de saturación en la que más entrevistados no dieran mayor conocimiento.

Tabla 1

Entrevistados

Entrevistado	Código
Entrevistado 1	E1
Entrevistado 2	E2
Entrevistado 3	E3

2.4. Técnicas e instrumentos para la recolección de información

En esta investigación se aplicó la técnica de la revisión sistemática y la entrevista y como instrumento se usó la ficha documental y la guía semi estructurada (ver anexo 3 y 4). Como lo indicó Kvale (2011), una entrevista cualitativa generalmente es semi-estructurada, conteniendo preguntas preparadas con una secuencia de temas a tratar. Como lo precisaron Hernández, Fernández y Baptista (2014), la entrevista es una conversación mediante la cual se intercambia información entre el entrevistador y el entrevistado, lográndose mediante preguntas y respuestas la construcción de significados acerca de un asunto. Como una ventaja mencionaron que, a través de las entrevistas, los participantes otorgan información histórica. En cuanto a los documentos, constituyen una fuente muy importante de datos cualitativos. Como una de las ventajas se mencionó que no es necesario transcribirlos y pueden ser consultados en cualquier momento.

Las revisiones sistemáticas constituyen resúmenes estructurados de información que se encuentra disponible que responden a una pregunta, se recolecta, selecciona y evalúa la información como lo mencionaron Moreno, Muñoz, Cuellar, Domancic y Villanueva (2018).

2.5. Procedimiento

Este estudio siguió una trayectoria metodológica. Para ello se indagó antecedentes internacionales y nacionales que hayan tratado el tema, así como un marco teórico que

permita determinar categorías y subcategorías apriorísticas y considerarlas en el diseño de los instrumentos para recolectar información. Es así como se elaboraron dos instrumentos, los cuales fueron la guía semiestructurada y la ficha documental. Como una siguiente etapa se seleccionó a los entrevistados, con quienes se coordinó a fin de tener una fecha para la entrevista, las cuales se realizaron en el mes de octubre de 2019, en Lima, con una duración de 45 minutos aproximadamente en su mayoría. Dichas entrevistas fueron grabadas y transcritas (ver anexos 5.1, 5.2 y 5.3), como lo manifestó Kvale (2011), siendo la forma habitual de registrar una entrevista la grabación, así el entrevistador puede tener una mayor concentración en la dinámica y el tema de la entrevista. Estas grabaciones se pueden almacenar en la computadora para luego ser escuchadas para su análisis. Para la transcripción se hizo la elección de no mantener las repeticiones frecuentes de palabras como “¿no?”, “humm”, ya que la inclusión de pausas o repeticiones son más importantes para los estudios psicológicos según Kvale (2011), que no es el presente caso. Seguidamente a la transcripción se codificaron (ver anexo 6) y categorizaron (ver anexo 7). Kvale (2011) explicó que codificar es asignar una o más palabras clave a una parte de un texto para lograr una siguiente identificación. También precisó que con la categorización es posible reducir en unas pocas categorías el significado de largos textos. Éstas pueden ser dadas con antelación a través de la teoría o se pueden dar durante el análisis por lo dicho de los entrevistados.

De acuerdo con Stake (1999) el recojo de documentación de datos tiene el mismo razonamiento que la entrevista y la observación. Se realizó la revisión de documentación, las mismas que pasaron por el proceso de codificación y categorización. Para la revisión sistemática primero se planteó las categorías que se usaron para la búsqueda de la información, la cual luego se seleccionaron y se registraron como lo indicaron Moreno, Muñoz, Cuellar, Domancic y Villanueva (2018).

2.6. Método de análisis de la información

La triangulación fue el método que se aplicó al análisis de los datos obtenidos de los documentos. Como lo indicó Stake (1999), se denomina triangulación a las estrategias que no dependan de una intuición o de buenas intenciones, sino que aseguren una lógica en la interpretación de los resultados. Es decir, validar que, si otro hubiese tenido la misma oportunidad de observar el caso, habría señalado lo mismo o de manera similar, de tal forma que dan crédito a la interpretación. Este autor mencionó una estrategia que es la más

aceptada, siendo la triangulación metodológica. En el presente estudio se triangularon los estudios anteriores, con las entrevistas y la revisión documental.

2.7. Aspectos éticos

Para realizar la presente investigación se contó con la respectiva autorización de los entrevistados. Al iniciarse cada entrevista se hizo una introducción explicándoles el propósito de la misma y las características principales de la investigación, como lo indicó Kvale (2011), quien precisó que se debe hacer un consentimiento. En cuanto a la documentación, se usó información de acceso público; asegurando la validez de la información. Asimismo, se tuvo respeto de los derechos de autor a través del uso de referencias utilizando el formato APA.

III. Resultados

Luego de haberse aplicado la entrevista semi estructurada y la ficha documental, los datos fueron reducidos, interpretados y clasificados, a fin de obtener el objetivo general que fue identificar los factores que inciden en la gestión de los bienes en el sector salud. Con respecto al objetivo de identificar los factores que presenta la gestión de los bienes en el sector salud en equipamiento, se obtuvo los siguientes resultados de esta categoría:

Sobre la subcategoría adquisiciones, a través de las entrevistas se mencionaron el no tener especificaciones técnicas definidas, la falta de fichas estandarizadas. Asimismo, se invierte en equipamiento sin considerar los requisitos mínimos de operación. Se manifestó también el enfoque errado de los requerimientos que no se realizan desde la necesidad del paciente. También se manifestó la falta de un ente regulador. Existen también problemas propios en el proceso logístico. De los informes revisados, se verificó la falta de equipamiento. No existe una lista de proveedores calificados. Se manifestó también esa falta de evaluación de tecnologías sanitarias para verificar si es seguro, eficaz, con impacto presupuestal o si condiciona el uso de determinados insumos. En el análisis documental también se indica que debe haber una priorización de evaluación de tecnologías de salud.



Figura 2. Componentes de la sub categoría Adquisiciones

La segunda subcategoría denominada mantenimiento, los entrevistados coincidieron en que no existe una adecuada gestión del mismo. Se manifestaron como causales la falta de mantenimiento preventivo y un inoportuno mantenimiento correctivo. Existe un abuso de la tercerización y no hay una definición de la brecha. La planificación del mantenimiento como país se complica, debido a la diversidad de equipos que existen

sin ninguna estandarización y de marcas diversas. Por otro lado, la compra de los equipos no se hace de manera enlazada con su mantenimiento. En cuanto al análisis documental, se encontraron equipos sin mantenimiento en los establecimientos de salud.



Figura 3. Componentes de la sub categoría Mantenimiento

La tercera sub categoría, referida a la normatividad, las entrevistas dieron como resultado que no hay un ente rector que norme el equipamiento. Esto ocasiona que no se regule actualmente qué equipos se deben usar, por niveles de atención, estandarizados. No existe un plan para cubrir la brecha en equipamiento. Como resultado también se mostró que hay mucha regulación en las contrataciones. También hay normas que limitan el equipamiento de un establecimiento, como es el caso de la norma para hemodiálisis (ver anexo 5.3 pregunta 4). En el análisis documental, se encontró un alto grado de incumplimiento de las Normas Técnicas de Salud.

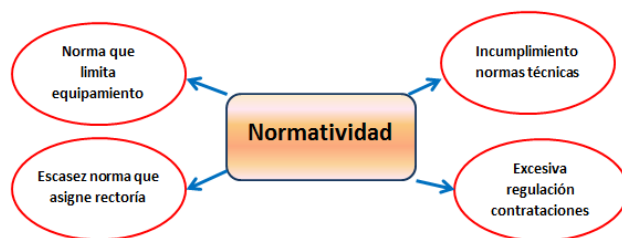


Figura 4. Componentes de la sub categoría Normatividad

La cuarta subcategoría denominada gestión de información, los entrevistados manifestaron que no hay una información real de los inventarios. Uno de los entrevistados mencionó que, al no haber estándares, la información de los equipos no conversa entre ellos, por lo que falta una interoperabilidad de información, no hay una información gestionada en una plataforma que interopere. En las entrevistas se manifestó el factor de una falta de capacitación del personal, así como una ineficiente labor del personal de patrimonio. Asimismo, se manifestó la incidencia por los cambios de gestores. También se anotó la falta de especialistas logísticos calificados. En la cadena de valor se está mirando

los insumos en vez del servicio. Hace falta una plataforma tecnológica que ayude en la gestión de la información.



Figura 5. Componentes de la sub categoría Gestión de información

Surgió la siguiente subcategoría emergente que es Presupuesto. Se manifestó en las entrevistas la inconsistencia presupuestal, cuya asignación no va en relación con el planeamiento. Ese presupuesto limitado no permite la renovación de los equipos necesarios que ya tienen muchos años, tampoco existe un presupuesto para el mantenimiento preventivo.

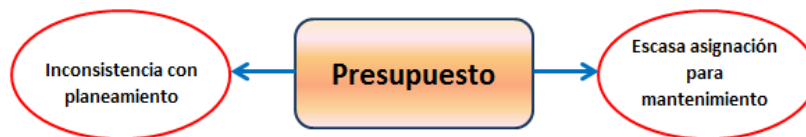


Figura 6. Componentes de la sub categoría Presupuesto

En cuanto al objetivo de identificar los factores que presenta la gestión de los bienes en medicamentos, materiales e insumos médicos, los entrevistados coincidieron en que hay deficiencias, las cuales son palpables por la población.

La subcategoría denominada articulación se refiere a la coordinación que debe existir entre las diversas entidades, así como entre los tres niveles de gobierno. Los entrevistados manifestaron una falta de articulación, en la gestión hay una mirada funcional, donde cada uno ve su segmento, su parte, su función, no sistémica. Asimismo, manifestó que se debe fortalecer la coordinación y la articulación entre instancias entre el Ministerio de Salud, DIGEMID, CENARES, DGOS, SIS, gobiernos regionales y locales. En la entrevista se indicó que en la gestión de los medicamentos, materiales e insumos médicos hace falta una mirada sistémica. No existe una mirada de cadena de valor. En el

análisis documental se pudo evidenciar para la subcategoría articulación, en el informe del BID se menciona la falta de coordinación entre los diferentes niveles del sistema.



Figura 7. Componentes de la sub categoría Articulación

Respecto a la subcategoría almacenes, los entrevistados manifestaron la falta de almacenes que cumplan con las buenas prácticas de almacenamiento (BPA). Un factor mencionado fue también el problema en la dispensación. Otro punto es la falta de información real de los inventarios. Los reportes del SISMED se dan con un desfase de cuarenta y cinco días. Lo que manifiesta también es el fraccionamiento de las existencias por el Presupuesto por Resultados. Falta un operador logístico nacional que tenga la gestión de los almacenes como país, así como un dueño del proceso en la gestión de los medicamentos, materiales e insumos médicos, que pueda gestionar la redistribución. Asimismo, se manifestó la pérdida de financiamiento por parte del fondo intangible. A través del análisis documental se encontró altos niveles de sobre stock en algunas medicinas y bajo stock. Hay un incumplimiento de las Buenas Prácticas de Almacenamiento.

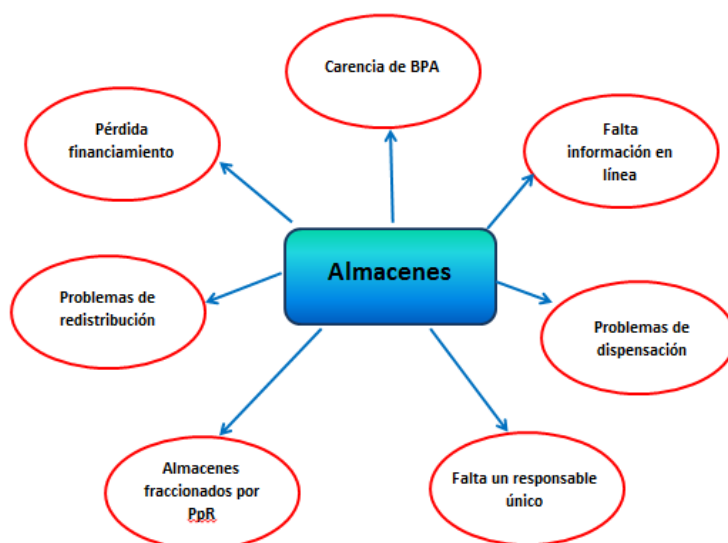


Figura 8. Componentes de la sub categoría Almacenes

La subcategoría Programación también fue respondida por los entrevistados. Se mencionó el problema de la sobre programación, el cual se puede dar por la presencia de

un problema sanitario, que se vuelve recurrente y se considera en la programación, pero luego el problema se soluciona y se queda en stock del almacén. Este problema también se ocasiona cuando no se cumplen los protocolos de atención. Así mismo se mencionó la falta de identificación de la demanda insatisfecha. También se manifestó que se da poco tiempo para hacer la programación, así como la falta de información real en línea de los inventarios.



Figura 9. Componentes de la sub categoría Programación

La subcategoría Normatividad fue abordada por los entrevistados. Manifestaron que es necesario trabajar el tema de la homologación. Se indicó la falta de normatividad para determinados procedimientos, como la compra de medicamentos fuera del petitorio. Asimismo, existe un temor en los gestores de asumir cargos por el tema de la corrupción. En el análisis documental, se encontró la necesidad de dictar políticas para el uso racional de los medicamentos.

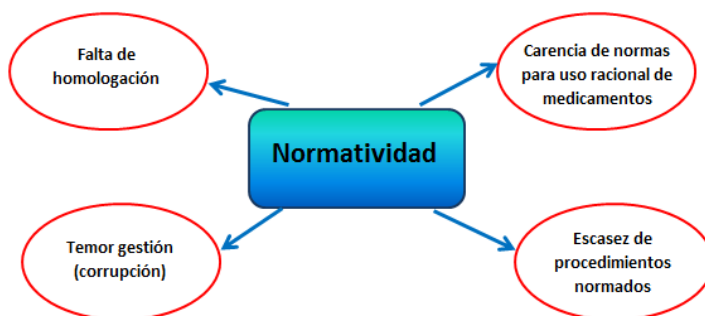


Figura 10. Componentes de la sub categoría Normatividad

Para este objetivo específico resultó la subcategoría emergente adherencia a guías de práctica clínica. En las entrevistas realizadas se evidenció la falta de alineamiento a las guías de prácticas clínicas. El médico termina recetando aquello que no fue programado. En el análisis documental, el BID menciona que es necesario mejorar el gasto en medicamentos, justamente sobre la elección de la medicina. También menciona sobre el

uso irracional de los medicamentos, entre otros motivos por no seguir las guías de prácticas clínicas. Así mismo se encontró como una arista la falta de guías que estén enlazadas con la tecnología.



Figura 11. Componentes de la sub categoría Adherencia a guías de práctica clínica

IV. Discusión

Se comprobó el cumplimiento del Objetivo Específico 1, sobre identificar los factores que presenta la gestión de los bienes en el aspecto de equipamiento. Según los entrevistados y la revisión documental, inciden los factores de adquisiciones, mantenimiento, normatividad y gestión de la información que fueron las subcategorías apriorísticas, así como la sub categoría emergente relacionada al presupuesto. Estos factores se enmarcan dentro de lo que Tamez, Valle, Eibenschutz y Méndez (2006) precisaron como factores mediadores, ya que facilitan o entorpecen el acceso a los servicios, los cuales se pueden modificar a través de políticas de salud. Se afianza esta comprobación con lo que indicaron Velásquez, Suarez y Nepo-Linares (2016) que las limitantes en equipo es un factor de la brecha de acceso a la salud.

En lo que corresponde a la subcategoría de las adquisiciones, se puede identificar que una de las aristas cruciales corresponde a la falta de especificaciones técnicas de los equipos médicos. Siendo el primer punto para hacer una adquisición, ésta no se encuentra estandarizada, lo que trae como consecuencia la inversión en una diversidad de equipos que no están homologados, lo que conlleva a una demora por parte del área usuaria en definir las especificaciones, lo cual retrasa el proceso de compra. Estas especificaciones no siempre se ven por el lado de las necesidades del paciente, sino que puede ser sesgado por los que quiere el personal médico o lo que el proveedor oferta. Otra arista que se presenta en las adquisiciones es que, al realizar la compra de un equipamiento, no se verifica que se cumpla con todos los requisitos mínimos para que pueda operar, desde condiciones mínimas de instalación, hasta el personal especializado que se requiere para manejarlo. Asimismo, tampoco se consideran los factores de sostenibilidad del equipo, como los insumos que requiere y el mantenimiento que necesitará durante su vida útil.

Un factor identificado es también el problema que se da en los procesos mismos de adquisiciones como las impugnaciones que terminan en retrasos o procedimientos declarados desiertos, lo que conlleva a una demora en la adquisición o en la devolución del presupuesto. Esto corrobora lo indicado por el Banco Mundial (2017) que la escasa competencia que hay en los procesos de adquisición se convierte en un primordial desafío.

En el tema de las adquisiciones también se evidencia el problema de la falta de certificación de calidad, la cual a la fecha no está establecida por ninguna entidad que la

realice. Es decir, luego de haber pasado por los problemas anteriormente citados, al darse la recepción del bien se pueden entregar equipos cuya calidad no es la adecuada. No existe un responsable que certifique que lo que entregará un proveedor realmente sea de calidad. El BID indicó en sus sugerencias el contar con agencias regulatorias y de vigilancia en tecnologías de salud, para poder abordar este factor.

En la subcategoría denominada mantenimiento, se logró identificar que una de las causas del problema de mantenimiento es la falta de estandarización de los equipos, lo cual fue explicado en la subcategoría precedente. Como lo indicó Alban y Lara (2017) para que se cumpla un cronograma de mantenimiento es preciso que se realice de manera sistemática. En el país esto no se da, ya que tampoco existe el presupuesto suficiente para hacerlo. Así mismo, la compra de los equipos no se encuentra enlazado con su mantenimiento, por lo que la vida útil se ve perjudicada, realizándose una inversión que no se podrá sostener en el tiempo para que cumpla con su función de brindar el servicio en la salud del ciudadano. Es por ello que se encuentran deficiencias en el servicio por la falta de equipos operativos. Como lo indicó Báscolo, Houghton y Del Riego (2018), el tiempo de espera que se refiere a las demoras en la atención es parte de las dimensiones causales por las que los ciudadanos no tuvieron un servicio de salud. Estas demoras se dan por la falta del equipo o por encontrarse inoperativo, lo que redundo en el tiempo para conseguir una cita.

La sub categoría sobre la normatividad, nos denota la falta de un ente rector en el tema del equipamiento médico. Ante esta falencia, no hay regulación, no existe estandarización, menos la certificación de calidad. Por otro lado, se tienen las normas que limitan el equipamiento en los establecimientos como la que corresponde al servicio de hemodiálisis. Las normas relacionadas a las adquisiciones tampoco son las más eficientes, lo que genera problemas en la gestión. Asimismo, si bien existen normas de salud sobre el tema del equipamiento, éstas no se cumplen. Esto lo manifestaron Cordero, Montes, Velásquez, Rodríguez, Vigo y Rosas-Aguirre (2016) en su estudio en el que demostraron que en los servicios de desarrollo infantil (CRED) no se cumplen con las normas de salud del MINSA en lo que corresponde a equipamiento.

En la subcategoría sobre la gestión de la información, se identificó la falta de datos para poder hacer gestión, entre ellos el no ingresar la información en el SIGA (Sistema Integrado de Gestión Administrativa), software que pertenece al Ministerio de Economía y

Finanzas. El Banco Mundial (2017) indicó la importancia de invertir en sistemas informáticos que permitan planificar y ejecutar el presupuesto más eficientemente.

Tampoco se tuvo información real de los inventarios al no reportar a la SBN. Falta la definición de la brecha. Se afianza este resultado con lo indicado por Boyano y Machado (2016), que la gestión de la información es importante en la logística de cualquier organización. Un tema crucial es también la implementación de historias clínicas electrónicas, de tal forma que ante un diagnóstico tenga las probabilidades terapéuticas en el sistema y lo que existe en el stock del almacén. Falta una interoperabilidad de información. El informe del BID sostiene que la atención primaria debe darse bajo el principio de salud electrónica como las historias clínicas electrónicas y la telesalud, así como la programación de citas y admisiones.

No existe una gestión de información que se refiera al conocimiento, falta capacitación al personal, adicionado a una ineficiente labor del personal de patrimonio. Por otro lado, los cambios de gestores, deja inconclusa las acciones que se iban a tomar en una gestión determinada. El cambio constante de gestores genera una inestabilidad que no permite hacer gestión, para lo cual se requiere un tiempo de por lo menos dos años para lograr resultados. Por otro lado, en la entrevista también se manifestó la falta de profesionales especialistas en la gestión de equipos biomédicos. Son pocos y toma una curva de aprendizaje el cual toma un tiempo y luego regresa a cero por los contratos temporales. Asimismo, se tuvo como resultado la respuesta sobre un paradigma funcional que se encuentra en los gestores donde cada uno solo ve su parte del proceso. Se manifestó también una debilidad en el equipo de inversiones que, al no tener una mirada sistémica, ya que realizará lo que el usuario solicite. También se anotó la falta de especialistas logísticos calificados, lo que repercute en la gestión.

Un factor importante se da con el presupuesto, el cual no está acorde con la planificación. Diaz de León (2018) lo mencionó indicando que el financiamiento es una de las principales funciones para lograr metas en un sistema de salud.

Se comprobó el cumplimiento del Objetivo Específico 2, sobre identificar los factores que presenta la gestión de los bienes en el aspecto de medicamentos, materiales e insumos médicos. El desabastecimiento se corrobora con lo reportado por La República (2018) sobre el informe de la DIGEMID a mayo de 2017 que ninguno de los hospitales ni

institutos especializados de las regiones tienen un nivel óptimo de disponibilidad de medicina. Según los entrevistados y la revisión documental, inciden los factores de articulación, almacenes, programación y normatividad que fueron las subcategorías apriorísticas, así como la sub categoría emergente relacionada a la adherencia a guía de práctica clínica.

En la subcategoría articulación se identificó la falta de ésta entre el Ministerio de Salud, DIGEMID, CENARES, DGOS, SIS, gobiernos regionales y locales. Hay muchos actores, pero cada uno viendo su parte del proceso y no de manera integral. Petrerá detectó justamente como una falencia esta falta de interrelación. Cañizares (2017) también indicó que para que una política de salud tenga un impacto positivo es necesaria la coordinación entre las instancias del gobierno.

Sobre la subcategoría denominada como almacenes, un punto crucial es la falta de cumplimiento con las buenas prácticas de almacenamiento (BPA). Así también, un factor identificado es el problema en la dispensación, ya que se vende a personas que acuden con recetas de otros establecimientos, cuando luego llega un paciente del establecimiento, ya no hay el producto para dispensarlo. Esta situación debería cambiar con el aseguramiento universal. Un factor que incide es también la falta de información en línea de los inventarios. Los reportes del SISMED se dan al cierre del mes lo que da un desfase de cuarenta y cinco días. El otro factor que se ha sumado es el fraccionamiento de las existencias por el Presupuesto por Resultados, inventarios diferenciados por los programas presupuestales, los cuales no comparten sus medicamentos para atender a pacientes que son de otros programas. Otro punto crítico es la falta de gestión para el manejo de los inventarios. Como lo indicaron Salas, Maigue y Acevedo (2017) la gestión eficiente de los inventarios es necesaria para ser competitivos. Lo que está en sobre stock en una región no se puede transferir a otra que está desabastecida del mismo medicamento. Esto debido a que los bienes pertenecen a la entidad y por evitar el desfinanciamiento no se logra hacer esta transferencia. Se ha dado recientemente el Decreto de Urgencia que dispone a CENARES como el operador logístico nacional que tenga la gestión de los almacenes como país. Esta situación corrobora lo indicado por Figueroa, Aguirre, Wilches y Romero (2016) quienes encontraron como la principal debilidad el manejo de inventarios.

Para la subcategoría Programación se identificaron problemas en la sobre programación, por falta de cumplimiento en los protocolos, como el caso de la

tuberculosis. La pérdida del fondo intangible y el desfinanciamiento por la forma del pago del SIS de manera fraccionada, afectó en la gestión en este periodo de tiempo. Se corrobora lo indicado por Ugarte (2019) que las barreras que se dieron en el acceso a los medicamentos fueron por la programación.

En la subcategoría Normatividad se identificó que la normativa del SISMED debe ser modificada, así como la normativa sanitaria para que entre un medicamento en el mercado. También se indicó la necesidad de modificar la subasta inversa para que pueda darse la buena pro con un solo postor. Falta normar los procedimientos que se deben seguir para los medicamentos que se encuentran fuera del PNUME. Falta una normativa que incentive el registro de nuevos medicamentos en los que solo existe un postor a nivel nacional. Asimismo, es necesario trabajar el tema de la homologación. Como lo indicó Gestión (2017) las declaratorias de “desiertos” es otro de los problemas en el abastecimiento de los medicamentos. Debe analizarse también las políticas de control de precios, las que deben articularse con políticas farmacéuticas como el uso de los medicamentos genéricos. Así como plasmar políticas de incentivos que promuevan su uso.

Como un factor importante se identificó la falta de alineamiento a las guías de prácticas clínicas. La prescripción actualmente depende mucho del criterio profesional. No hay un alineamiento al uso de protocolos. Es preciso hacer un uso racional de los productos, hacer uso del petitorio. El banco Mundial (2017) mostró la importancia de esta adherencia, proponiendo su desarrollo entre niveles de atención. El médico receta lo que no fue programado. Sería importante tener una guía de práctica clínica enlazada con la tecnología, como la que existe en Inglaterra. Como lo precisó Díaz de León (2018) sobre la calidad técnica de la atención, debiendo cumplirse con criterios científicamente avalados.

El BID indica mejorar el gasto en medicamentos a través de la elección de la medicina. La subutilización de los productos genéricos es ineficiencia. También menciona sobre el uso irracional de los medicamentos, entre otros motivos por no seguir las guías de prácticas clínicas.

V. Conclusiones

Primera: La gestión del equipamiento se vio afectado por varios factores, siendo los identificados los siguientes: a) adquisiciones (carencia de especificaciones técnicas y estandarización, errado enfoque del requerimiento, falta de un ente regulador y certificador de tecnología que asegure calidad, problemas propios del proceso de adquisición); b) mantenimiento (carencia de mantenimiento preventivo, el correctivo se efectúa inoportunamente, abuso de la tercerización, mantenimiento afectado por la falta de estandarización en el equipamiento, carencia de definición de brecha); c) normatividad (incumplimiento de normas técnicas sanitarias, excesiva regulación en las contrataciones, escasas de rectoría en equipamiento, normativa que limita equipamiento en establecimientos); d) gestión de la información (carencia de inventarios de equipamiento, interoperabilidad entre equipos, cambios constantes de gestores, insuficientes especialistas, ineficiente labor del personal, falta de plataforma tecnológica); e) presupuesto (inconsistencia con el planeamiento, escasa asignación para mantenimiento y cierre de brechas). Entre los factores, los más prevalentes son las adquisiciones y el mantenimiento.

Segunda: La gestión de los medicamentos, materiales e insumos médicos se afectó por varios factores, siendo los identificados los siguientes: a) articulación (falta de mirada sistémica de cadena de valor, escasez de coordinación entre áreas, sistemas administrativos del Estado y niveles de gobierno); b) almacenes (carencia de almacenes certificados con Buenas Prácticas de Almacenamiento, escasez de información en línea, problemas en la dispensación, carencia de definición de un único rector y dueño del proceso, almacenes fraccionados por líneas presupuestales, problemas para redistribuir en sobre stock y desabastecimiento, pérdida de financiamiento); c) programación (falta de identificación de demanda insatisfecha, carencia de información real, escaso tiempo para programar, sobre programación, incumplimiento de protocolos de atención); d) normatividad (problemas de homologación, normas que incentiven uso racional de medicamentos, escasez de procedimientos normados, temor en asumir responsabilidades por problemas de corrupción); e) adherencia a guía de práctica clínica (falta de adherencia a guías, uso irracional de medicamentos, falta de guías relacionadas con la tecnología). Entre los factores, los más prevalentes son los almacenes y la programación.

VI. Recomendaciones

Primera: Se recomienda al Ministerio de Salud mejorar los factores que afectan la gestión del equipamiento, siendo el de adquisiciones (definir las especificaciones técnicas del equipamiento y su estandarización, bajo el enfoque de las necesidades del paciente, definir un ente regulador y certificador de tecnología que asegure calidad); mantenimiento (realizar mantenimientos preventivos con control de la tercerización, definir la brecha del mantenimiento); normatividad (controlar el cumplimiento de normas técnicas sanitarias, definir al rector nacional y darle una norma que lo respalde); gestión de la información (actualizar el inventario de equipamiento, mejorar la interoperabilidad entre equipos, evitar cambios constantes de gestores, mejorar la labor del personal, invertir en plataforma tecnológica); presupuesto (coordinar el cierre de brechas con asignación de recursos coordinado con el Ministerio de Economía y Finanzas). Con respecto al Organismo Supervisor de las Contrataciones del Estado (OSCE) revisar las normas de contrataciones.

Segunda: Se recomienda al Ministerio de Salud mejorar los factores que inciden en la gestión de los medicamentos, materiales e insumos médicos, siendo el de articulación (tener una mirada sistémica de cadena de valor, con una mayor coordinación entre áreas y los gobiernos regionales y locales); almacenes (contar con almacenes certificados con Buenas Prácticas de Almacenamiento, contar con información en línea, resolver los problemas en la dispensación, definir claramente a un único rector y responsable del acceso a los medicamentos, materiales e insumos médicos, coordinar con el Ministerio de Economía y Finanzas para evitar el fraccionamiento de los inventarios por líneas presupuestales, resolver el problema de la redistribución de stock a nivel nacional; programación (identificar la demanda insatisfecha, contar con información real en línea de los inventarios, dar el tiempo adecuado para la programación, evitar la sobre programación cumpliendo los protocolos de atención); adherencia a guías de práctica clínica (incentivar el uso racional de medicamentos, trabajar hacia la adherencia a guía de práctica clínica y relacionarlas con la tecnología).

VII. Propuesta

1. Descripción

Realizar un Plan de homologación de fichas para el equipamiento médico de primer nivel de atención, coordinado entre el Ministerio de Salud, el Ministerio de Economía y Finanzas, PeruCompras y Cenares, para la adquisición a través de la modalidad de Acuerdo Marco. Se eligió esta propuesta considerando una de las primeras recomendaciones del estudio, dado que se trata de un plan que puede ser ejecutado en la actualidad en un corto plazo con resultados concretos y cercanos en el tiempo.

2. Ventajas y desventajas

Las ventajas de este plan son: a) estandarizar el equipamiento médico definiendo especificaciones técnicas basadas en las necesidades del paciente o ciudadano; b) adquirir el equipamiento en un plazo menor que implicaría un procedimiento regular de selección; c) homologar el equipamiento a nivel nacional, lo cual repercutirá en el mantenimiento que se debe dar para su operación y su sostenibilidad durante su vida útil.

Entre las desventajas o más bien riesgos figuran: a) contar con el suficiente personal especializado necesario para la definición de las especificaciones técnicas estandarizadas b) que las entidades adquieran el equipo que no le corresponda según su nivel de atención.

3. Justificación y explicación de la propuesta

La propuesta permitirá reducir la brecha del equipamiento para los establecimientos del primer nivel de atención, logrando que las entidades puedan adquirirlos en un menor tiempo haciendo uso de la modalidad de acuerdo marco. Este plan debe ser elaborado partiendo de un análisis y establecimiento de la brecha en equipamiento que existe en los establecimientos del primer nivel de atención. Se deberá convocar a un grupo de personal especializado que defina las especificaciones técnicas. Estas fichas serán validadas por PeruCompras respecto a los criterios de indagación del mercado. Estas fichas homologadas se incorporarán en el Acuerdo Marco de PeruCompras, logrando una mayor transparencia, agilidad y eficiencia en su adquisición. Como condición del equipo, el proveedor debe ofertar en su propuesta de manera obligatoria la garantía y el mantenimiento preventivo del equipo por un plazo que lo establezca el equipo que elabore las especificaciones técnicas.

4. Planteamiento de actividades y recursos necesarios

Tabla 2

Actividades del Plan de Homologación de Fichas para el equipamiento médico del primer nivel de atención

Actividades	Recursos	Responsables
1.-Establecimiento de brecha	Consultoría	MINSA
2.-Elaboración de lista de equipos	Equipo de trabajo	MINSA
3.-Conformación del equipo especialista para definir especificaciones	Equipo de trabajo	MINSA, entidades regionales de salud, Essalud, Sanidad FFAA y Policiales
4.-Definir el cronograma de trabajo	Equipo de trabajo	MINSA, entidades regionales de salud, Essalud, Sanidad FFAA, y Policiales, PeruCompras
5.-Elaborar las fichas	Equipo de trabajo	MINSA, entidades regionales de salud, Essalud, Sanidad FFAA, y Policiales
6.-Revisar y aprobar las fichas	Personal propio	MINSA, MEF, PeruCompras
7.-Publicarse en el catálogo electrónico	Personal propio	PeruCompras

5. Cronograma de actividades

Actividad	Mes											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1	■	■										
2,3			■									
4				■								
5					■	■	■	■	■	■	■	■
6,7												■

Figura 12. Cronograma de actividades

6. Evaluación y control

La evaluación y control del plan se realizaría de forma quincenal con el fin de que cumpla con el cronograma y el objetivo. Las actividades 6 y 7 se pueden realizar en varios momentos conforme se avance con la elaboración de las fichas, ingresando al Catálogo Electrónico los equipos homologados, sin esperar la culminación de la totalidad de las fichas.

Referencias

- Albán, L. y Lara, E. (2017). Propuesta de metodología para gestión de mantenimiento de equipos y sistemas de uso médico. *Revista Publicando*, 4 No 10. (2). 2017, 143-153. Recuperado de <https://cutt.ly/Frtc6xO>
- Andina (2019). Advierten riesgo de desabastecimiento de medicinas oncológicas en Hospital Carrión. (2019). Recuperado de <https://bit.ly/2FwJ0g7>
- Arciniégas, L., Camacho, M., Duarte, E. y Naranjo, A. (2016). Measurement of the performance of the medicine supply network in a public third-level hospital in the city of Bogotá, through the balanced scorecard. *Ingeniare*, N°. 20, pp. 75-90, 2016. Recuperado de <https://cutt.ly/lrtc5If>
- Arredondo, A. y Melendez, V. (1992). Modelos explicativos sobre la utilización de servicios de salud: revisión y análisis. *Salud Pública*. México, N°. 34, pp. 36-49, 1992. Recuperado de <https://bit.ly/36PkdQx>
- Banco Interamericano de Desarrollo (2018). Better Spending for Better Lives. How Latin America and the Caribbean Can Do More with Less. Recuperado de <https://cutt.ly/Vrtc63A>
- Banco Mundial (2016). Financiamiento de la Salud en el Perú, Análisis de la situación actual y desafíos de la política al 2021. Recuperado de <https://cutt.ly/vru1cew>
- Banco Mundial (2017). Perú, *Public Expenditure Review*. Report No: ACS22743. Recuperado de <https://bit.ly/2F2aA4t>
- Báscolo, E., Houghton, N. y Del Riego, A. (2018). Types of health systems reforms in Latin America and results in health access and coverage. *Revista Panamericana Salud Publica* 42, 2018. Recuperado de <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.126>
- Batista, Y., Belkis, I., Martínez, M., Pérez, D. y Aranda, S. (2016). El análisis de la situación de salud hospitalaria: herramienta para la gestión de hospitales del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social. *Revista Médica Electrón*. Vol.38 No.4 Matanzas jul.-ago. 2016. Recuperado de <https://bit.ly/2MDdilg>

- Benites, V., Lozada, M., Urrunaga, D., Márquez, E., Moncada, E. y Mezones, E. (2017). Factores asociados a la no utilización de los servicios formales de prestación en salud en la población peruana: análisis de la encuesta nacional de hogares (ENAHO) 2015. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*. 34 (3) Jul-Sep 2017. Recuperado de <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2017.343.2864>
- Boyano, T. y Machado, J. (2016). La logística y la gestión de la Información. *Revista Cultural Unilibre*, junio1. Recuperado de <https://bit.ly/2SxTLGE>
- Bronfman, M., Castro, R., Zúñiga, E., Miranda, C. y Oviedo, J. (1997). Del "cuánto" al "por qué": la utilización de los servicios de salud desde la perspectiva de los usuarios. *Salud Pública de México*. Recuperado de <https://bit.ly/2QDnmwT>
- Cañizares, R. (2017). Evolution of health system Peru: Good practices and challenges in construction. Decade 2005-2014. *An Fac med*. 2017;78(4):445-51. Recuperado de <https://doi.org/10.15381/anales.v78i4.14269>
- Cañizarse, R., Mena, G. y Barquet, G. (2016). Análisis del Sistema de Salud del Ecuador. *Revista Médica*. FCM-UCSG. Vol 19.N.04.2015.193-204. Recuperado de <https://doi.org/10.23878/medicina.v19i4.1080>
- Consejo Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación Tecnológica (2018). Reglamento de calificación, clasificación y registro de los investigadores del Sistema Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación Tecnológica – Reglamento RENACYT. Recuperado de <https://bit.ly/38SCrB8>
- Congreso de la República (2014). Informe de Investigación N° 63/2014-2015 PERÚ: Provisión de medicamentos en el sistema de salud. (2014) Recuperado de <https://bit.ly/2QCYo0x>
- Contraloría General de la República (2018). Operativo de Control “Por una salud de calidad” del 28 de mayo al 1 de junio de 2018. Resultados. Informe Ejecutivo. Recuperado de <https://cutt.ly/9ru1iwX>
- Cordero, L., Montes, C., Velásquez, J., Rodríguez, Y., Vigo, W. y Rosas-Aguirre, A. (2016). Estudio cuali-cuantitativo sobre la atención de salud de niños menores de tres años en establecimientos de salud de nueve regiones pobres del Perú. *Revista*

Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública. 2016;33(1):21-31. Recuperado de <https://bit.ly/350Ey3j>

Chang, C. (2017). Evolution of the health system of Equator, good practices and challenges in its construction in the last decade 2005-2014. *An Fac med*. 2017;78(4):452-60. Recuperado de <https://doi.org/10.15381/anales.v78i4.14270>

Decreto Legislativo N° 1439 (2018). Sistema Nacional de Abastecimiento.

Defensoría del Pueblo (2016). Informe de Adjuntía N° 15-AAE/DP El derecho a la salud: servicios de emergencia en los establecimientos de salud y el acceso a medicamentos. Defensoría del Pueblo. Recuperado de <https://bit.ly/31iIcp7>

Defensoría del Pueblo (2017). Informe de Adjuntía N° 14-2017-DP/AAE. Opinión sobre el caso del medicamento atazanavir: la declaración de interés público para la licencia obligatoria. Recuperado de <https://bit.ly/36KP7ti>

Defensoría del Pueblo (2017). Informe de Adjuntía N° 32-2017-DP/AAE. Opinión sobre la problemática que presenta el SIS en la gestión de recursos públicos utilizados en el marco del aseguramiento universal de salud. Recuperado de <https://bit.ly/2t2FXJU>

Defensoría del Pueblo (2017) Informe de Adjuntía N° 34-2017-DP/AAE, Análisis de los resultados de la supervisión nacional a los establecimientos de salud estratégicos. Defensoría del Pueblo. Recuperado de <https://cutt.ly/mru1sxw>

Defensoría del Pueblo (2018). Informe N° 009-2018-DP/AAE. Opinión sobre la posición del Ministerio de Salud respecto a la atención integral gratuita de las víctimas de violencia familiar. Recuperado de <https://bit.ly/2tJt8Ep>

Defensoría del Pueblo (2018). Informe N° 0011-2018-DP/ANA. Resultados de la supervisión defensorial a los servicios de salud diferenciados para la atención integral a adolescentes. Recuperado de <https://bit.ly/2T9Br6Q>

Defensoría del Pueblo (2018). Informe de Adjuntía N° 012-2018/DP/AAE Intervención del Estado para la reducción de la anemia infantil: Resultados de la supervisión nacional. Defensoría del Pueblo. Recuperado de <https://cutt.ly/0ru1juU>

Defensoría del Pueblo (2018). Reporte Derecho a la Salud. Abril 2018, año II, N° 8 (2018). Recuperado de <https://bit.ly/2NcCfEh>

- Defensoría del Pueblo (2019). Informe de Adjuntía N° 013-2018/DP/AAE Aportes para mejorar la atención de las personas afectadas por tuberculosis. Defensoría del Pueblo. (2019) Recuperado de <https://cutt.ly/nru1d4z>
- Díaz, A., Rodríguez, A., García, R., Guerra, M., Jova, R., Balcindes, S., Pol de Vos, C. y Van der Stuyft, P. (2012). Diseño y metodología para el estudio de la utilización de servicios médicos y alternativos en un área de salud *Revista Cubana de Higiene y Epidemiología*. Vol.50 no.3 Ciudad de la Habana. Set-dic. 2012. Recuperado de <https://scielo.sld.cu/pdf/hie/v50n3/hie09312.pdf>
- Díaz de León, C. (2018). Revisión de temas fundamentales en sistemas de salud. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*. México 2018; 56(3): 295-304. Recuperado de <https://bit.ly/37RL116>
- Drucker, P. (1999). *Los desafíos de la gerencia para el siglo XXI*. Colombia: Editorial Norma
- EFE (2019). Corrupción, ineficiencias y recortes causan escasez de medicamentos en México. Recuperado de <https://bit.ly/2FzuKD9>
- Engenérico (2018). El desabastecimiento de medicamentos, un problema real. Recuperado de <https://bit.ly/2t10WN2>
- Eraso, B., Chávez, M., Herrera, D., Torres, J., Gallo, J. y Armijos, L. (2017). ¿Cómo medir la eficacia de la gestión en instituciones de salud? *Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas*. Vol.36 no.3 Ciudad de la Habana set. 2017. Recuperado de <https://bit.ly/37j2kJE>
- EUPATI (2015). Desabastecimiento de medicamentos. Recuperado de <https://bit.ly/2t6lqUP>
- Figuerola, L., Aguirre, S., Wilches, M. y Romero, D. (2016). Hospital Logistics analysis applied in the Level 3 and 4 Health Care Institutions in the city of Barranquilla. *Scientia et Technica*. Año XXI, Vol. 21, No. 4. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.22517/23447214.11391>

- George, R., Laborí, R., Bermúdez, L. y González, I. (2017). Aspectos teóricos sobre eficacia, efectividad y eficiencia en los servicios de salud. *Revista Información Científica*. 2017 Nov.-Dic.; 96(6):1153-1163. Recuperado de <https://bit.ly/37OLceU>
- Gestión (2017). Salomón, O. Videnza Consultores. ¿Qué está detrás de los problemas de abastecimiento de medicamentos en el sistema de salud peruano? Recuperado de <https://cutt.ly/ntTvPgN>
- Gómez, I. (2017). Editorial: Salud y sus determinantes: indicadores, medición, abordajes. *Población y Salud en Mesoamérica*. Vol 14, N° 2, editorial, enero-junio, 2017. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.15517/psm.v14i2.27503>
- Gray, A. y Manasse, H. (2012). Escasez de medicamentos: un problema mundial complejo. *Boletín de la Organización Mundial de la Salud*, 90:158-158A. Recuperado de <https://bit.ly/2Fz4eKn>
- Gutiérrez, C., Romaní, F., Wong, P. y Del Carmen, J. (2018). Gap between population coverage and health benefits: A challenge for health reform in Peru. *Anales de la Facultad de medicina*. 2018;79(1): 65-70. Recuperado de <https://doi.org/10.15381/anales.v79i1.14595>
- Hernández, A., Delgado, A., Marqués, M., Nogueira, D., Medina, A. y Negrín, E. (2016). Generalization of business process management as a framework supporting health care improvement. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*. 2016; 15(31): 66-87. Recuperado de <https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgyps15-31.ggpp>
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, M. (2014). *Metodología de la Investigación*. México: Mc Graw Hill
- Kvale, S. (2011). *Las entrevistas en investigaciones cualitativas*. Madrid: Ediciones Morata
- La República (2018). Desabastecimiento público (de medicinas). Recuperado de <https://cutt.ly/SrdnKMO>
- Leyton, C. y Gil, J. (2017). Sustentabilidad financiera y excelencia en la atención en la salud pública chilena. *Salud pública Méx* vol.59 no.5 Cuernavaca sep./oct. 2017. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.21149/8516>

- Ministerio de Economía y Finanzas (2019). Normatividad. Recuperado de <https://bit.ly/367yMxA>
- Ministerio de Salud (2017). Decreto Supremo N° 008-2017-SA. Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud.
- Ministerio de Salud (2015). Resolución Ministerial N° 045-2015/MINSA. Norma Técnica de Salud N° 113-MINSA/DGIEM-V.01 Infraestructura y equipamiento de los establecimientos de salud del primer nivel de atención.
- Ministerio de Salud (2018). Resolución Ministerial N° 116-2018/MINSA. Aprueba la Directiva Administrativa N° 249 –MINSA/2018/DIGEMID Gestión del sistema integrado de suministro público de productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios –SISMED.
- Ministerio de Salud (2017). Resolución Ministerial N° 497-2017/MINSA. Norma Técnica N° 136-MINSA/2017/DGIESP. Norma Técnica de Salud para el Manejo de la Cadena de Frío en las Inmunizaciones.
- Ministerio de Salud (2014). Resolución Ministerial N° 660-2014/MINSA. Norma Técnica de Salud N° 110-MINSA/DGIEM-V.01 Infraestructura y equipamiento de los establecimientos de salud del segundo nivel de atención.
- Ministerio de Salud (2015). Resolución Ministerial N° 862-2015/MINSA. Norma Técnica de Salud N° 119-MINSA/DGIEM-V.01 Infraestructura y equipamiento de los establecimientos de salud del tercer nivel de atención.
- Ministerio de Salud (2011). Resolución Ministerial N° 990 - 2010/MINSA. Norma Técnica de Salud para el Control del Crecimiento y Desarrollo de la niña y el niño Menor de cinco años.
- Morales, L. y García, J. (2017). Gestión de la crisis del sistema de salud en Bogotá. *Revista Salud Pública*. 19 (1) Enero-Febrero 2017. Recuperado de <https://doi.org/10.15446/rsap.v19n1.64102>
- Moreno, B., Muñoz, M., Cuellar, J., Domancic, S. y Villanueva, J. (2018). Revisiones sistemáticas: definición y nociones básicas. *Revista Clínica Periodoncia Implantol. Rehabil. Oral*. Vol 11 (3); 184-186. Recuperado de <https://bit.ly/2G3isDf>

- Organización Mundial de la Salud (2019). Dispositivos Médicos. Gestión y uso. Recuperado de https://www.who.int/medical_devices/management_use/es/
- Organización Mundial de la Salud (2002). Cómo desarrollar y aplicar una política farmacéutica nacional. Recuperado de <http://archives.who.int/tbs/ndp/s5410s.pdf>
- Organización Mundial de la Salud (2012). Introducción al programa de mantenimiento de equipos médicos. Recuperado de <https://bit.ly/2R6gYic>
- Organización Mundial de la Salud (1998). Gestión del suministro de medicamentos. *Boletín de Medicamentos Esenciales*. Numero Doble 25 & 26. Recuperado de <https://bit.ly/2TzyrRt>
- Organización Panamericana de Salud (1978). Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978. Recuperado de <https://cutt.ly/sruM5dC>
- Petrera, M. (2016). Reflections for a Sectoral Health Policy for Peru Based for on the National Health Accounts. *Economía* Vol. XXXIX, N° 78, 2016, pp. 35-65. Recuperado de <https://doi.org/10.18800/economia.201602.002>
- Ponce, T. (2017). Hacinamiento en los servicios de emergencia. *Anales Facultad de medicina*. Vol.78 no.2. Lima ab./jun. 2017. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.15381/anales.v78i2.13221>
- Rebaza, H., Vela, M., Villegas, J., Lozada, M. y Munares, O. (2017). Desafíos de la desconcentración y participación local en el marco de la protección de los derechos en salud: Experiencia de la Intendencia Macrorregional Norte, SUSALUD. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*. 33 (3) Jul-Sep 2016. Recuperado de <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2016.333.2319>
- Redacción médica. Sanidad 'da por hecho' el récord histórico de desabastecimiento de fármacos. Recuperado de <https://bit.ly/37OI8zq>
- Salas, K., Manguel, H., Acevedo, J. (2017). Metodología de la Gestión de Inventarios para determinar los niveles de integración y colaboración en una cadena de suministro. *Ingeniare*. Revista chilena de ingeniería vol. 25 N° 2, 2017 pp 326-337

- Semana. El 30 por ciento del presupuesto en salud se malgasta. [Internet]. (2017). Recuperado de <https://bit.ly/37ccFqy>
- Semanario ComexPerú. El problema en la provisión del sector salud: el desabastecimiento de medicamentos (Parte II). [Internet]. (2019). Recuperado de <https://cutt.ly/CrdbMVr>
- Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco. (2015). Desabastecimientos de medicamentos: un problema sin resolver. Infac. Información Farmacoterapéutica de la Comarca, vol. 23 No 7. 2015. Recuperado de <https://bit.ly/2QHgwqt>
- Sin Fronteras. Hospitales presentan deficiencia, el Servicio de salud en emergencia regional. [Internet]. (2019). Recuperado de <https://cutt.ly/erdYXZx>
- Soto, A. (2019). Barreras para una atención eficaz en los hospitales de referencia del Ministerio de Salud del Perú: atendiendo pacientes en el siglo XXI con recursos del siglo XX. . Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública. 36(2):304-11. 2019. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.17843/rpmesp.2019.362.4425>
- Stake, R. (1999). *Investigación con estudio de casos*. Madrid: Ediciones Morata
- Tamez, S., Valle, R., Eibenschutz, C. y Méndez, I. (2006). Adaptación del modelo de Andersen al contexto mexicano: acceso a la atención prenatal. Salud Pública Mexico vol. 48 no.5, set-oct 2006 pp. 418-429. Recuperado de <https://cutt.ly/RrdUFxy>
- Ugarte, O. (2019). Estrategias para mejorar el acceso a medicamentos en el Perú. Anales de la Facultad de medicina. vol.80 no.1 Lima ene./mar. 2019. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.15381/anales.v80i1.15878>
- Unidad Nacional de Gestión de Medicamentos e Insumos de la Dirección de Desarrollo y Fortalecimiento de los Servicios Regionales de Salud (2013). Estudio de línea de base de la situación del suministro de medicamentos e insumos en Centros Especializados de Atención en Salud de República Dominicana. Recuperado de <https://bit.ly/39Xw68E>
- Velásquez, A., Suarez, D. y Nepo-Linares, E. (2016). Reforma del sector salud en el Perú: derecho, gobernanza, cobertura universal y respuesta contra riesgos sanitarios. *Rev.*

Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública. Vol.33 N.3 Lima jul./set. 2016.

Recuperado de <https://bit.ly/2QMyeIN>

World Economic Forum (2017). Cómo mejorar el acceso a medicinas esenciales.

Recuperado de <https://bit.ly/2QCdQtW>

Anexos

Anexo 1. Matriz de categorización

Análisis de la gestión de bienes en el Sector Salud 2014-2019

Autora: María Magnolia Oshiro Chinen

Problema de investigación o pregunta científica	Objetivo principal	Categorías principales	Subcategorías por categoría principal	Revisión documental	Ítem de la Guía de Entrevista
¿Qué factores presenta la gestión de los bienes en el sector salud?	Identificar los factores de la gestión de los bienes en el sector salud.	Gestión en equipamiento	Adquisiciones	A.1	2
			Mantenimiento	A.2	3
			Normatividad	A.3	4
			Gestión de información	A.4	5
		Gestión en medicamentos, materiales e insumos médicos	Articulación	B.1	9
			Almacenes	B.2	8, 10
			Programación	B.3	11
			Normatividad	B.4	12

Anexo 2. Certificado de validez de instrumentos

CARTA DE PRESENTACIÓN

Señor(a)(ita): Karen Lizeth Alfaro Mendives
Presente

Asunto: VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS A TRAVÉS DE JUICIO DE EXPERTO.

Nos es muy grato comunicarnos con usted para expresarle mi saludo y así mismo, hacer de su conocimiento que siendo estudiante del programa de Doctorado en Gestión Pública y Gobernabilidad de la UCV, en la sede Los Olivos, promoción 2020, aula 414B, requiero validar el instrumento con el cual recogeré la información necesaria para poder desarrollar mi investigación y con la cual optaré el grado de Doctor.

El título nombre de mi proyecto de investigación es: Análisis de la Gestión de Bienes en el Sector Salud 2014-2019 y siendo imprescindible contar con la aprobación de docentes especializados para poder aplicar los instrumentos en mención, he considerado conveniente recurrir a usted, ante su connotada experiencia en temas de salud.

El expediente de validación, que le hago llegar contiene:

- Carta de presentación.
- Definiciones conceptuales de las categorías.
- Matriz de categorización.
- Certificado de validez de contenido del instrumento.

Expresándole mi sentimiento de respeto y consideración me despedido de usted, no sin antes agradecerle por la atención que dispense a la presente.

Atentamente.



Firma

Oshiro Chinen, María Magnolia

DNI 06665792

CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE MIDE LA GESTIÓN EN EQUIPAMIENTO

Nº	SUB CATEGORÍA / ítems	Pertinencia ¹		Relevancia ²		Claridad ³		Sugerencias
		SI	No	SI	No	SI	No	
2	ADQUISICIONES ¿Qué áreas importantes ha encontrado en la gestión de estos bienes de equipamiento que se relacionan con las adquisiciones?	/		/		/		
3	MANTENIMIENTO ¿Cuál es la situación o problemática que observa o ha observado con respecto al tema del mantenimiento del equipamiento en este sector?	SI	No	SI	No	SI	No	
4	NORMATIVIDAD ¿Ha encontrado algún tipo de situación en la que la normativa en este sector haya afectado con la gestión que se da en el equipamiento? ¿cuáles han sido?	SI	No	SI	No	SI	No	
5	GESTIÓN DE INFORMACIÓN ¿Existe una gestión de la información en este sector que ayude en la toma de decisiones y en la gestión que se da en el aspecto de equipamiento? Si la respuesta es no, preguntar: en qué situaciones se evidencia?	SI	No	SI	No	SI	No	

Observaciones (precisar si hay suficiencia): _____

Opinión de aplicabilidad: **Aplicable** **Aplicable después de corregir** **No aplicable**

Apellidos y nombres del juez validador: Alfaro Mendive, Karen Lizeth DNI: 40160186

Especialidad del validador: _____

.....de.....del 20.....

 Firma del Experto Informante.
40160186

¹Pertinencia: El ítem corresponde al concepto técnico formulado.
²Relevancia: El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo.
³Claridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo.

Nota: Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión

CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE MIDE LA GESTIÓN EN MEDICAMENTOS, MATERIALES E INSUMOS MÉDICOS

N°	SUB CATEGORÍA / Ítems	Pertinencia ¹		Relevancia ²		Claridad ³		Sugerencias
		SI	No	SI	No	SI	No	
9	ARTICULACIÓN ¿Considera que existe una articulación entre los diversos actores involucrados que redundará en la gestión de los medicamentos, materiales e insumos médicos?	/		/		/		
8	ALMACENES Con respecto a la gestión de los almacenes e inventarios y el abastecimiento de los medicamentos, materiales e insumos médicos, ¿qué opinión tiene al respecto de la gestión dada en ese período 2014 al 2019?	SI	No	SI	No	SI	No	
10	¿Qué problemática ha observado en el tema del almacenamiento de estos bienes?	SI	No	SI	No	SI	No	
11	PROGRAMACIÓN ¿Qué factores ha encontrado que considera afecta en la programación que se hace de los medicamentos, insumos y materiales médicos?	/		/		/		
12	NORMA TIVIDAD ¿Considera que la normativa afecta en la gestión de los medicamentos, insumos y materiales médicos? ¿Qué puntos considera que deben ser contemplados que ayuden a una mejora en la gestión?	SI	No	SI	No	SI	No	

Observaciones (precisar si hay suficiencia): _____

Opinión de aplicabilidad: Aplicable [] No aplicable []

Apellidos y nombres del juez validador: Alfonso Mendiveles Karsy Lizeth DNI: 40160186

Especialidad del validador: _____

..... de del 20.....

 Firma del Experto Informante.
40160186

¹Pertinencia: El ítem corresponde al concepto técnico formulado.
²Relevancia: El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo.
³Claridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo.

Nota: Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión

CARTA DE PRESENTACIÓN

Señor(a)(ita): Rocio Del Pilar Espinoza Huertas
Presente

Asunto: VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS A TRAVÉS DE JUICIO DE EXPERTO.

Nos es muy grato comunicarnos con usted para expresarle mi saludo y así mismo, hacer de su conocimiento que siendo estudiante del programa de Doctorado en Gestión Pública y Gobernabilidad de la UCV, en la sede Los Olivos, promoción 2020, aula 414B, requiero validar el instrumento con el cual recogeré la información necesaria para poder desarrollar mi investigación y con la cual optaré el grado de Doctor.

El título nombre de mi proyecto de investigación es: Análisis de la Gestión de Bienes en el Sector Salud 2014-2019 y siendo imprescindible contar con la aprobación de docentes especializados para poder aplicar los instrumentos en mención, he considerado conveniente recurrir a usted, ante su connotada experiencia en temas de salud.

El expediente de validación, que le hago llegar contiene:

- Carta de presentación.
- Definiciones conceptuales de las categorías.
- Matriz de categorización.
- Certificado de validez de contenido del instrumento.

Expresándole mi sentimiento de respeto y consideración me despedido de usted, no sin antes agradecerle por la atención que dispense a la presente.

Atentamente.



Firma

Oshiro Chinen, María Magnolia

DNI 06665792

CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE MIDE LA GESTIÓN EN EQUIPAMIENTO

Nº	SUB CATEGORÍA / Items	Pertinencia ¹		Relevancia ²		Claridad ³		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
2	ADQUISICIONES ¿Qué áreas importantes ha encontrado en la gestión de estos bienes de equipamiento que se relacionan con las adquisiciones?	✓		✓		✓		
3	MANTENIMIENTO ¿Cuál es la situación o problemática que observa o ha observado con respecto al tema del mantenimiento del equipamiento en este sector?	✓		✓		✓		
4	NORMATIVIDAD ¿Ha encontrado algún tipo de situación en la que la normativa en este sector haya afectado con la gestión que se da en el equipamiento? ¿cuáles han sido?	✓		✓		✓		
5	GESTIÓN DE INFORMACIÓN ¿Existe una gestión de la información en este sector que ayude en la toma de decisiones y en la gestión que se da en el aspecto de equipamiento? Si la respuesta es no, preguntar en qué situaciones se evidenció?	✓		✓		✓		

Observaciones (precisar si hay suficiencia): _____

Opinión de aplicabilidad: **Aplicable** **Aplicable después de corregir** **No aplicable**

Apellidos y nombres del juez validador: **Esposito, Huertas, Ayco del Pilar** DNI: **18.125.64**

Especialidad del validador: **Químico Farmacéutico**

.....de.....del 20.....

¹Pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado.
²Relevancia: El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo.
³Claridad: Se entendió sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo.

Nota: Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión.

Firma del Experto Informante.

[Firma manuscrita]

CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE MIDE LA GESTIÓN EN MEDICAMENTOS, MATERIALES E INSUMOS MÉDICOS

N°	SUB CATEGORÍA / ítems	Pertinencia ¹		Relevancia ²		Claridad ³		Sugerencias
		SI	No	SI	No	SI	No	
9	ARTICULACIÓN ¿Considera que existe una articulación entre los diversos actores involucrados que redunde en la gestión de los medicamentos, materiales e insumos médicos?	/		/		/		
8	ALMACENES Con respecto a la gestión de los almacenes e inventarios y el abastecimiento de los medicamentos, materiales e insumos médicos, ¿qué opinión tiene al respecto de la gestión dada en ese período 2014 al 2019?	/		/		/		
10	¿Qué problemática ha observado en el tema del almacenamiento de estos bienes?	SI	No	SI	No	SI	No	
11	PROGRAMACIÓN ¿Qué factores ha encontrado que considera afecta en la programación que se hace de los medicamentos, insumos y materiales médicos?	SI	No	SI	No	SI	No	
12	NORMATIVIDAD ¿Considera que la normativa afecta en la gestión de los medicamentos, insumos y materiales médicos? ¿Qué puntos considera que deben ser contemplados que ayuden a una mejora en la gestión?	/		/		/		

Observaciones (precisar si hay suficiencia): _____

Opinión de aplicabilidad: Aplicable No aplicable Aplicable después de corregir

Apellidos y nombres del juez validador: *Esp. Dr. Dr. Huertas, Pardo del Pilar* DNI: *18112664*

Especialidad del validador: *Química Farmacéutica*

.....de.....del 20.....



Firma del Experto Informante.

Anexo 3. Ficha documental

FICHA DOCUMENTAL			N°:
Autor (es): Apellidos, nombre:			
Título:			
Fecha de Publicación:			
Nombre de la fuente:			
Vol.:	N°:	Año:	Págs.:
País:		Ciudad:	
Aporte al tema investigado:			
A: Gestión en Equipamiento			
A1: Adquisiciones			
A2: Mantenimiento			
A3: Normatividad			
A4: Gestión de Información			
B: Gestión en medicamentos, materiales e insumos médicos			
B1: Articulación			
B2: Almacenes			
B3: Programación			
B4: Normatividad			
Otros			

Anexo 4. Instrumento – Guía semi estructurada entrevista

Análisis de la Gestión de Bienes en el Sector Salud 2014-2019

Nombre:

Cargo desempeñado:

Instrucciones:

Distinguido Sr (a). Es grato dirigirme a usted con la finalidad de poner en su conocimiento que estoy realizando un estudio sobre la gestión de los bienes en el sector salud en el periodo del 2014 al 2019.

Para ello le agradecería acceder a esta entrevista, el cual se puede mencionar de manera anónima si así lo sugiere, ya que por la experiencia que ha tenido en el sector, su opinión es muy importante para poder analizar mejor el tema.

Preguntas:

1. ¿Cómo considera que ha sido la gestión de los bienes referidos al equipamiento en el Sector Salud en el periodo comprendido entre el 2014 al 2019?
2. ¿Qué aristas importantes ha encontrado en la gestión de estos bienes de equipamiento que se relacionan con las adquisiciones?
3. ¿Cuál es la situación o problemática que observa o ha observado con respecto al tema del mantenimiento del equipamiento en este sector?
4. ¿Ha encontrado algún tipo de situación en la que la normativa en este sector haya afectado con la gestión que se da en el equipamiento? ¿cuáles han sido?
5. ¿Existe una gestión de la información en este sector que ayude en la toma de decisiones y en la gestión que se da en el aspecto de equipamiento? Si la respuesta es no, preguntar ¿en qué situaciones se evidenció?
6. Ante la vasta experiencia que tiene en este sector, ¿qué puntos relevantes considera son los que deben mejorarse en la gestión del equipamiento en el sector salud?
7. ¿Cómo considera que ha sido la gestión de los bienes en el sector salud en lo que corresponde a los medicamentos, materiales e insumos médicos en el periodo del 2014 al 2019?
8. Con respecto a la gestión de los almacenes e inventarios y el abastecimiento de los medicamentos, materiales e insumos médicos, ¿qué opinión tiene al respecto de la gestión dada en ese periodo 2014 al 2019?
9. ¿Considera que existe una articulación entre los diversos actores involucrados que redundan en la gestión de los medicamentos, materiales e insumos médicos?
10. ¿Qué problemática ha observado en el tema del almacenamiento de estos bienes?
11. ¿Qué factores ha encontrado que considera afecta en la programación que se hace de los medicamentos, insumos y materiales médicos?

12. ¿Considera que la normativa afecta en la gestión de los medicamentos, insumos y materiales médicos? ¿Qué puntos considera que deben ser contemplados que ayuden a una mejora en la gestión?
13. ¿Qué considera podría mejorarse en el tema de la gestión de los suministros de medicamentos, materiales e insumos médicos?
14. Si tuviera la opción de tomar decisiones para dar solución a esta problemática, ¿Qué acciones tomaría?

Anexo 5. Transcripción Entrevistados

Anexo 5.1. Transcripción Entrevistado 1

Fecha: 30 de octubre 2019

Lugar: Lima

1. ¿Cómo considera que ha sido la gestión de los bienes referidos al equipamiento en el Sector Salud en el periodo comprendido entre el 2014 al 2019?

Es una gestión que, a pesar de las disposiciones normativas para el inventario, el control patrimonial, la asignación al usuario, no se cumple en el sector salud. Me parece que se debe a varios factores: 1 puede ser el desconocimiento a las normas sobre todo de los que hacen uso, de los profesionales, 2 la inadecuada asignación de los bienes a los profesionales, yo por ejemplo trabajo en un consultorio y allí me colocan todos los bienes, me asignan, pero ese consultorio es múltiple, tiene varios turnos, entonces al final ¿cómo es, ¿a quién le asignan? ¿Quién se hace responsable de los bienes? Y si hay un servicio y está el jefe del servicio tendrá que asumir el jefe de servicio, porque en realidad puede haber tres médicos, dos médicos como mínimo o profesionales de la salud, pueden ser oncólogos, sicólogos, obstetras, etc. Y el desconocimiento de las normas, hay una falta de capacitación y el tercero es que la gente que trabaja para patrimonio no hace su trabajo. Entonces todo eso confluye para no tener un sistema ordenado y la verdad es que hasta ahora se mantiene.

2. ¿Qué aristas importantes ha encontrado en la gestión de estos bienes de equipamiento que se relacionan con las adquisiciones?

Los procesos de compras están supeditados a la disponibilidad presupuestal. Desde la dación de un documento técnico para la elaboración de un plan de equipamiento ha habido un cambio positivo desde mi punto de vista, pero aun la planificación de la reposición de equipos tiene problemas. Y la asignación de recursos también tiene problemas. Porque para el proceso de compra si tengo dinero que me llega por RO regularmente, entonces yo podría hacer una planificación, en base al documento técnico del plan de equipamiento también podría hacer una planificación, pero lo que sucede es que la asignación de presupuesto no está en relación al plan. Si tengo para reponer ecógrafos, camas y tengo un mobiliario clínico oxidado que hayo que ponerle ladrillos para que esté parada la cama o para que no se caiga, no le asigna el presupuesto. Entonces eso es un tema, la certificación, la asignación de presupuesto es principal. En el proceso logístico las especificaciones técnicas, el usuario quiere comprar el equipo de acuerdo a sus propios intereses y alguna especialización o curso que ha llevado o la influencia de un agente externo o una marca específica. Y por eso es que encontramos múltiples equipos en los servicios de salud y tienes que hacer solicitud de mantenimiento individuales que te elevan los costos para el mantenimiento y eso es muy continuo. Lo otro es el proceso logístico, el proceso logístico en sí. Porque hay procesos que en el marco normativo se lanzan, pero a veces se paralizan

y quedan meses allí, paralizados, impugnados o con procesos en OSCE y hacen que este proceso no se lleve a cabo, llega fin de año y quieren alargar como sea el proceso. Y esas cosas originan devolución de presupuesto. Entonces el problema está en la asignación de presupuesto, en la elaboración de un plan de reposición de equipos que no se cumple como debiera y en el proceso logístico. Y si se concluye el proceso logístico también hay problemas en la recepción del bien, que es otra de las cosas porque a veces no coincide el bien con lo que ha estado en las especificaciones técnicas porque los procesos de compras se hacen en base a declaraciones juradas. Entonces el proveedor dice declaro bajo juramento que lo que me estás pidiendo es lo que te voy a entregar, pero como tu estas seguro si ya ni siquiera puedes evaluar el equipo, al menos en ese periodo de tiempo que te decía, porque hemos tenido varios procesos en ese periodo de tiempo. Entonces las famosas declaraciones juradas eran un dolor de cabeza.

3. ¿Cuál es la situación o problemática que observa o ha observado con respecto al tema del mantenimiento del equipamiento en este sector?

Es el mismo tema de la adquisición, presupuesto. Presupuesto limitado, tienen múltiples equipos que tienen muchos años, mal uso de los equipos, se deterioran, no hay un mantenimiento preventivo y llegas hasta el mantenimiento correctivo que es de alto costo. Y entonces se genera todo el problema. Falta de presupuesto, hay un documento para el lineamiento del plan de mantenimiento multianual, tampoco se cumplen porque la asignación del presupuesto tiene que estar correlacionadas con el plan entonces tenemos planes con muchos requerimientos y poquísimo presupuesto. Entonces entra el círculo vicioso. Entonces ¿qué priorizo? Prioriza el que grita más, el médico que grita más y son correctivos, entonces ese es el tema y en el proceso mismo no hay empresas adecuadas para que hagan el mantenimiento. Entonces nosotros en algún momento cuando estuvimos en DGIEM planteamos la posibilidad de que se inscriban en DGIEM y que los acredite bajo estándares de calidad. Que tengan un listado, un catálogo de prestadores en los que pudiera uno recurrir con confianza porque alguien los ha certificado. Bueno salimos de DGIEM y eso no se pudo hacer, pero ahora ¿quién lo podría hacer con este enfoque de economía de mercado? O sea, de libre mercado. Yo pongo hoy día mi empresa, mañana ya lo desactivo entonces ¿a quién le reclamo? Esa es otra de las cosas, el servicio post mantenimiento no es previsible salvo en las casas formales, pero hay otras a los cuales los logísticos llegan por lo más barato, entonces lo más barato sale más caro. Te digo porque por ejemplo cuando estuve en un hospital trabajando contraté a un ingeniero electrónico que tenía experiencia en este tema, había un contrato de mantenimiento preventivo de equipos de rayos x entonces le digo chequéate como están haciendo el mantenimiento y se dio cuenta que habían extraído circuitos integrados de un equipo de rayos x porque había otro hospital que tenía el mismo equipo y habían hecho el cambio y al nuestro lo habían dejado sin circuito integrado. Y hacían eso, entonces son empresas que ¿quién las controla? Debería haber una entidad que los controle, que los supervise, que verifique que el trabajo que están haciendo es el adecuado. Nadie está en contra de la economía de mercado, ni del libre mercado, ni de la libre competencia, pero al menos alguien que los regule y los controle, que realmente lo que hacen es cierto. Ese es el otro problema.

4. ¿Ha encontrado algún tipo de situación en la que la normativa en este sector haya afectado con la gestión que se da en el equipamiento? ¿cuáles han sido?

No, al contrario, creo que ha ido orientado a que haya una mejor gestión del equipamiento. Primero las normas sobre infraestructura y equipamiento por niveles de atención. Lo segundo el plan de equipamiento, y el tercero el plan de mantenimiento. Entonces yo creo que más ha ido hacia el ordenamiento, hacia ayudar al gestor para tener herramienta de gestión que dejarlo sin posibilidad de apoyo.

5. ¿Existe una gestión de la información en este sector que ayude en la toma de decisiones y en la gestión que se da en el aspecto de equipamiento? Si la respuesta es no, preguntar ¿en qué situaciones se evidenció?

Se supone que es el SIGA el que tenemos como herramienta, pero no tiene toda la información de los equipos. Porque muchos de estos equipos no están en el sistema, no los ingresan en el inventario, hay muchos sobrantes y faltantes. Producto de las reorganizaciones. Cuando haces una transferencia de una unidad ejecutora a otra tienes que transferir todo y en ese proceso es donde se pierden cosas o se incorporan por polladas, parrilladas y nunca aparecen en el inventario. Porque falta ese presupuesto para eso. Lo que ha pasado en Arequipa, por ejemplo, en el Goyeneche que ha hecho su parrillada para que puedan comprar equipos, equipos pequeños porque no van a hacer una parrillada para comprar un equipo de medio millón de soles. Entonces ese equipo ¿cómo entra? Ni siquiera hacen el proceso de donación. No se hace nada y aparecen sobrantes y faltantes. Y eso es el principal problema. Hay herramientas que le ha dado el sistema rector y también cuenta con una herramienta informática como es el SIGA para que puedan hacer una gestión de todo el proceso, desde la compra, hasta el sistema de mantenimiento y todo lo demás, pero no se usa. Mira cuantos años desde el 2005 que empezó el Ministerio de Salud, estamos 1019, 15 años.

6. Ante la vasta experiencia que tiene en este sector, ¿qué puntos relevantes considera son los que deben mejorarse en la gestión del equipamiento en el sector salud?

Yo creo que es necesario contar con profesionales que se dediquen a este tema. Sé que hay algunas facultades como la Católica, Cayetano Heredia, contadas que están generando especialistas o profesionales para la gestión de equipos biomédicos pero a esto se suman los ingenieros electrónicos que digamos son una fuerza laboral importante pero que no están capacitados para hacer gestión de equipos biomédicos, porque son electrónicos, pero en el camino van aprendiendo, esa curva de aprendizaje tiene su costo, hasta que lleguen a aprender cuántas cosas ha pasado con la gestión de los equipos y cuando llegan a aprender, como son contratos temporales se van, entonces, esa curva de aprendizaje vuelve a cero hasta que encuentres a alguien y otra vez, es un círculo vicioso. Por eso es que tenemos los problemas que tenemos.

Yo entiendo que es una política, la ministra en la gestión actual está tratando de hacer una política de equipamiento, una política de gestión de equipamiento. Sin embargo, creo yo que ya se dieron los primeros pasos desde 2013, 2014, para adelante sobre ese tema. Lo que tenemos que hacer es generar un programa presupuestal que pueda ser controlado, que pueda ser gestionado, que ayude en la gestión, porque si bien es cierto se asignan presupuestos que no pueden ser movidos pero aun así no funciona, entonces con un ordenamiento, el sector tiene un ordenamiento normativo, faltaría el tema del ordenamiento presupuestal que pueda ir enfocado hacia contar con profesionales idóneos,

que se cumpla lo que está estipulado en el plan, y que vaya creciendo para que llegue a una meta de mantener los equipos óptimos. Si contamos con profesionales, presupuesto, un plan que se cumple entonces las cosas van a ir funcionando. Si no...

7. ¿Cómo considera que ha sido la gestión de los bienes en el sector salud en lo que corresponde a los medicamentos, materiales e insumos médicos en el periodo del 2014 al 2019?

Esto está regulado desde cuando se emite la norma del SISMED que busca que haya economía de escala y se planifique de manera importante para que los procesos de compras sean regionales. Antes eran direcciones regionales de salud, luego en DISAS y luego en gobiernos regionales. Y luego se crea CENARES para la compra de productos farmacéuticos. Ahora, la orientación está buena, lo que falta es la gestión logística. Siempre el problema está en la parte logística. Por ejemplo, lanzas un producto X y de pronto es un solo proveedor en el mercado y tu cotización está a 0.10. Pero el único proveedor del mercado dice no, no me interesa ese valor. Entonces me presento por 30. Tres veces o dos veces más el valor. Y se cae el proceso. Y tienes que otra vez hacer compras fraccionadas. Y eso eleva los costos de prestación de los servicios. Si bien es cierto hay toda una corriente hacia la mejora de la compra centralizada para el suministro de los productos farmacéuticos hay un problema en la gestión logística todavía. En la misma compra y en el proceso logístico de entrega. Porque a pesar que se hacen los contratos, la firma de contratos, la entrega de los bienes no se hace a tiempo. Hoy todavía hay contratos del 2015 creo que están vigentes de entregar, 2016, 2017 están entregándose los productos, eso escuche en una última reunión que tuvimos con CENARES, ¿cómo puede ser posible que eso pase? Se ha hecho un proceso para un periodo de un año, ¿cómo es que ha llegado esto hasta el 2019? Entonces esos temas, una mala programación y el otro tema es que para que eso perpetúe existe también la dispensación, un problema en la dispensación sería, porque so pretexto de acceso a medicamentos genéricos o esenciales hay apertura del Estado hacia las personas para que puedan acceder a medicamentos para que se curen, pero muchos llegan con recetas de 30, 60, 80 unidades que en una sola entrega quieren les compre y se lo entregan porque si no reclaman que no le están dando sus productos. Entonces así hay pacientes crónicos o pseudo crónicos y luego salen los productos y cuando llega otra persona ya no hay el producto. Entonces con el enfoque de aseguramiento se supone que nadie debería comprar productos farmacéuticos porque ya tienen acceso al seguro, entonces el seguro es el que le tiene que entregar el producto. ¿Por qué vamos a vender productos farmacéuticos? Solamente estarían los de la calle, los establecimientos públicos no deberían vender productos farmacéuticos. Y con eso se regularía un poco el mercado y ya no aparecerían productos farmacéuticos en El Hueco o en pseudo boticas.

8. Con respecto a la gestión de los almacenes e inventarios y el abastecimiento de los medicamentos, materiales e insumos médicos, ¿qué opinión tiene al respecto de la gestión dada en ese periodo 2014 al 2019?

Eso es un dolor de cabeza, en Lima Metropolitana, siendo una ciudad importante, no hay almacenes especializados de medicamentos en el sector público, el único que se hizo fue creo en Lima Este en el 2003, 2004. También ya está sobresaturado ahora. El SIGA

también te puede ayudar para ese tema, pero tampoco se usa. Entonces cuando tú vas a ver no tienes una dimensión real de cuáles son tus inventarios. El SISMED también controla los medicamentos en los puntos de venta con reportes mensuales, pero son reportes al cierre de mes y hasta que lo registren está pasando quince días por lo menos. Entonces tienes un desfase de 45 días, no hay nada en realidad que te ayude a hacer una gestión de productos farmacéuticos en tiempo real, nada. Desde el año 2000 hasta la fecha, son 20 años, 20 años del sistema de gestión de suministro de medicamentos y no ha habido un avance.

9. ¿Considera que existe una articulación entre los diversos actores involucrados que redundan en la gestión de los medicamentos, materiales e insumos médicos?

Sí hay esfuerzos, de todos ellos, hay esfuerzos para mejorar las cosas, puede mejorar la parte normativa, puede mejorar la gestión, pero en donde no mejora es en la parte operativa. Entonces tendría que tener almacenes en cada establecimiento de salud, tendría que tener 380 almacenes en Lima Metropolitana de establecimientos de salud que cumplan su BPA, que tenga su químico farmacéutico, su cadena de frío para los productos y eso pasa, cada dispensador debería estar como cuando vas a una farmacia privada con su sistema y en tiempo real saber qué producto tienes y dispensarlo y entregarlo y saber cuánto te queda en almacén. No puedes hacer eso. Entonces, hay gestión digamos macro para solucionar el tema, el problema está en el nivel operativo, allí se pierde el control de la gestión. Porque luego la distribución de un sub almacén a un establecimiento tiene problemas y por eso es que a veces se encuentra stock en almacenes de vencidos.

10. ¿Qué problemática ha observado en el tema del almacenamiento de estos bienes?

Cumplimiento de BPA no hay. Yo estuve a cargo de la gestión de medicamentos en IGSS e intenté hacer una contratación, una convocatoria para un almacén centralizado con gestión de distribución de productos farmacéuticos a los 380 establecimientos que había en Lima Metropolitana, incluidos hospitales. Hicimos toda la gestión, hicimos el estudio de mercado y desactivaron el IGSS. Por decisión política. Entonces eso es lo que le falta. Pero ya el Ministerio está tomando cartas en el asunto ahora porque tiene un programa de inversiones de creación de redes integradas y un proyecto de inversión, el quinto proyecto de inversión está centrado en contar con un almacén centralizado de productos farmacéuticos y una gestión adecuada de la cadena logística, que ese es el principal problema que tiene Lima Metropolitana y todo el país. Ahora nadie te garantiza que lo que te están poniendo en la vena realmente tiene la conservación adecuada excepto probablemente Essalud que tiene contratado a un tercero. Pero después en el Ministerio de Salud hay que persignarse si eres cristiano para que no pase nada.

11. ¿Qué factores ha encontrado que considera afecta en la programación que se hace de los medicamentos, insumos y materiales médicos?

En todo el país, en las zonas rurales va a depender de la existencia de profesionales. En las ciudades a pesar de contar con el Petitorio Nacional de Medicamentos, a pesar de contar con guías de prácticas clínicas, nacionales o las que son elaboradas y validadas y aprobadas en las instituciones, aun así, no se usan esos productos que están allí. depende del criterio profesional la prescripción. Y entonces mientras puedes estar programando un

producto A, están dando un producto C que no está en la farmacia ni en el almacén y qué es lo que pasa cuando llega la receta le dicen no, no tenemos este producto y que es lo que pasa con el usuario, no, no tienen productos en el Ministerio de Salud, en ninguno de los establecimientos de salud, entonces ese es otro tema. No hay un lineamiento hacia el uso de los protocolos o guías de práctica clínica. Porque sería muy sencillo teniendo la guía de práctica clínica saber qué productos uso para el inicio, la segunda fase y la tercera fase sabiendo cuáles son las proporciones de éstos, multiplico simplemente los productos por el número de pacientes que espero y ya tendría mi programación, pero hago eso y no se cumple por estas cosas. Y ese es el principal problema. La gente que ya tiene muchos años conoce que hay que hacer programación con estacionalidad, los posibles brotes, la carga de enfermedades, el estudio epidemiológico, pero aún es difícil, no hay una certeza y por eso es que se establecen algunos márgenes digamos de, no errores, como una especie de contención sus márgenes para que más menos sobre eso yo pueda hacer la programación de estos bienes. En algunos casos sí hay una sobre programación, no sólo estimado, porque en un caso determinado por ejemplo existe un problema que está siendo recurrentemente y luego compras y se acaba el problema o se soluciona y te quedas con el stock y hay que hacer todo el proceso de redistribución de los productos. Esa es otra de las cosas además también de la propia percepción del profesional que quiere usar determinado producto.

12. ¿Considera que la normativa afecta en la gestión de los medicamentos, insumos y materiales médicos? ¿Qué puntos considera que deben ser contemplados que ayuden a una mejora en la gestión?

Yo creo que no, al igual que en infraestructura también hay normativa de apoyo. El problema es el usuario que dispensa el profesional y lo que a veces el ciudadano también se empodera en pedir. También dice no yo no quiero ese producto. Y el médico o el paciente dice no yo no quiero, entonces dice doctor o profesional cuál es el otro producto que puedo comprar. Entonces ¿para qué tenemos el petitorio? Ahora hay otros productos que no están en el petitorio pero que están relacionados a enfermedades de alto costo o enfermedades raras y huérfanas pero que la misma norma estipula que hay un proceso para su programación, su adquisición y su entrega. Yo creo que, si se está cumpliendo, aun todavía falta cerrar algunas cosas pequeñas pero normativa de apoyo hay, gestión para esos procesos hay, sigo diciendo que el tema es en el nivel operativo.

13. ¿Qué considera podría mejorarse en el tema de la gestión de los suministros de medicamentos, materiales e insumos médicos?

Trabajar con los profesionales, alinearlos a las guías de prácticas clínicas que formen parte del hacer de esa guía de práctica clínica para que haya adherencia a la prescripción y el uso racional de los productos farmacéuticos porque todo lo demás, la estacionalidad, la epidemiología, esos son digamos factores que hay que tener en cuenta, pero para el uso, son los profesionales, hay que trabajar en eso para la gestión de los productos farmacéuticos y también para la gestión de los equipos. Porque si él dice no, yo no uso ese equipo, no lo usa, si dice no yo no uso este producto, no lo usa y te receta otra cosa. Ese es el factor crítico, el recurso humano profesional.

14. Si tuviera la opción de tomar decisiones para dar solución a esta problemática, ¿Qué acciones tomaría?

Para el tema de equipamiento insistir en la creación de un programa presupuestal para trabajar con el MEF, ese tema hay que alinearlo y trabajar.

Trabajar fuertemente el tema del SIGA, capacitarlo al personal que hace uso de la herramienta, ¿A patrimonio a quiénes mandan? Al que tiene sanción, al que se porta mal, al castigado. Eso perjudica a todo el Estado. Eso hay que cambiar. Eso es un tema que tendríamos que hacer.

En la gestión de productos farmacéuticos, trabajar fuertemente en la adherencia al uso de guías de práctica de clínica en el profesional, generar toda una corriente con el Colegio Médico. Con los colegios profesionales para que hagan un alineamiento hacia el uso racional de los medicamentos o productos farmacéuticos. Trabajar fuertemente la adherencia al uso de la práctica clínica y al petitorio y hacerles entender que sí hay posibilidades de que uses siempre que haya una falla terapéutica pero lo que estamos buscando es economía del país entonces hay que hacerles entender ese tema.

Yo creo que esos dos temas importantes y entrenamiento a los profesionales permanentemente. A los profesionales de la salud y acompañarlos en el proceso, tener un soporte, que tengan acceso a la información inmediata, que tengan certeza, confiabilidad, porque por ejemplo uno busca productos farmacéuticos y va a hacia otros canales de búsqueda como internet y te encuentras de todo allí.

Por ejemplo, yo, a mí me gusta cuando prescribo hacer uso de lo que vendría a ser la identificación de interacciones medicamentosas. Porque a veces puedes dar productos farmacéuticos y tienen interacciones medicamentosas y hay complicaciones por esas interacciones o potenciamiento de algunas drogas o disminución de las drogas por la interacción medicamentosa. No tenemos acceso aquí para el país, para los profesionales. Yo entro a una página web internacional, por ejemplo, aquí no hay un sistema que te permita hacer ver si hay interacción medicamentosa. Tendrías que irte al libro para ver si hay interacción medicamentosa. Está en el encarte del medicamento, pero a pesar de eso todavía hay interacciones medicamentosas que no conoces. Y hay otros lugares donde ya se ha hecho estudio de eso. Dar a los profesionales acceso al sistema de información, pero también capacitarlos y adherirlos a la guía de práctica clínica. Esas dos cosas podrían ayudar muchísimo a la gestión de productos farmacéuticos. También en equipamiento. Y la otra es fortalecer la evaluación de las tecnologías sanitarias en salud y articularlas con los niveles regionales de gobierno e inclusive con las redes de salud y los hospitales, que haya una interacción con ellos de manera tal que tengan acceso a información y a toma de decisiones. Si yo tengo una duda puedo buscar a través de eso y decir qué hago para este tema. Puedo orientarlos. Generalmente yo creo que esas cosas pudieran ayudar. Ahora para que tomes decisiones se usa el internet y lo que encuentres no sabemos si es verídico o no. Pero si yo le doy un canal científico por así decirlo o técnico en la cual digo entra con confianza, tienes que saber quién eres, busca lo que quieres y usa la información. Entonces puedo preguntar todo lo que necesito saber yo allí y eso ayudaría mucho también. En Gran Bretaña creo que hay una unidad que se llama NHS que hay acceso a la información. Creo no me acuerdo bien, pero si buscamos en la página web de Gran Bretaña NHS creo que

hay eso. Y eso es lo que debería. Más allá no ya no podemos irnos y sentarnos a su costado y decirle no eso es lo que tienes que hacer, eso es imposible. Lo otro es que la implementación del sistema de historias clínicas electrónicas y que cuando el médico dé un diagnóstico, automáticamente salgan las probabilidades terapéuticas allí. Y las que tienen en el almacén, es decir esto es lo que tienes en el almacén, esto usa. En Essalud hacen eso, en otras hacen eso, en los privados hacen eso. Eso nos falta al grueso de los 8000 establecimientos de salud. Y luego trabajar con el Ministerio de Transportes y Comunicaciones en ampliar rápidamente la red dorsal de fibra óptica. Llegar hacia los lugares más distantes del país. Necesitamos que el sistema de historia clínica electrónica, la atención en salud tenga un sistema único y se está trabajando el programa de redes integradas tiene un componente un proyecto de inversión N° 3 para hacer un sistema nacional de información. Tener una red su central con sus backups para que si el sistema falla continúe operando, pero necesitamos internet de banda ancha en los establecimientos de salud porque vamos a transferir data, imágenes, información en tiempo real. Telesalud por ejemplo para que, entre imágenes, tomografías, resonancias. Esto ya existe, lo que hay que hacer es poner énfasis en esto, Singapur ya está avanzando. Ha salido una publicación hace menos de una semana en la que quieren ser además de una ciudad inteligente, un país inteligente. Y en todo el país están colocando fibra óptica. Eso es una decisión política. Entonces si yo quiero hacerlo, lo hago. Así como están ampliando el Gas de Camisea, igual hay que poner fibra óptica a todo el país. Y eso va a ayudar muchísimo porque el papel ya no funciona. Se queda en el lugar y se acabó el tema. Entonces cuando me voy a otra ciudad tienen que rehacer mi historia. Soy nuevo allí, pero tengo una vida plasmada en una historia que ese profesional tiene que saber. Es volver a hacer todos los datos, todos los exámenes. Y el otro tema es la acreditación de los servicios médicos de apoyo. Acreditando los servicios médicos de apoyo evitaríamos que haya duplicidad de gastos de bienes y de los equipos, productos farmacéuticos. Laboratorio, Rayos X. Sobre todo, laboratorio, que sepa que cuando yo me tome una muestra y se procesa el resultado sea realmente el resultado. Porque no hay acreditación ni certificación de calidad. Por más que se ha hecho todos los esfuerzos para que el INS haga todo eso, no hacen eso. Eso también busca resolver el proyecto de inversión desde un cuarto proyecto de descentralización. Se espera que con ese cuarto proyecto toda Lima Metropolitana tenga una unidad de muestra en todos los establecimientos y que se procese en un solo lugar con equipos robóticos que te lancen el resultado en el menor tiempo posible al médico y a ti a tu correo electrónico para que sepas como estas. Esto no es nuevo. Tú vas a un laboratorio privado cualquiera y te hacen eso. La tecnología está disponible lo que hay que hacer es ponerlo en práctica.

Anexo 5.2. Transcripción Entrevistado 2

Fecha: 10 de octubre 2019

Lugar: Lima

1. ¿Cómo considera que ha sido la gestión de los bienes referidos al equipamiento en el Sector Salud en el periodo comprendido entre el 2014 al 2019?

Antes de entrar a la respuesta un poco explicarte lo que yo creo que debería ser y lo que estamos haciendo como país en general en lo que corresponde a salud, a sus servicios de cara al usuario. Entonces antes de entrar al tema puntual que son tecnologías, equipamiento, medicamentos e insumos, un poco explicarte que el sistema de salud debe de ofertar a los peruanos un conjunto de servicios que generen resultados sanitarios. Esa es la lógica original digamos del PpR cuando ustedes en el MEF mandaron eso, teóricamente. Tenemos el paradigma de la cadena de valor, donde en este caso el Estado o un operador que el Estado contrate le brinda al ciudadano servicios. Entonces la discusión en realidad es ¿cómo lo hace? Si es tecnología propia, tercerizada, modelo virtual, presencial, en realidad es indistinto lo que importa es el resultado, que el usuario tenga un servicio de calidad y que el estado tenga un efecto que es el resultado sanitario con impacto en la salud. Dicho esto, las tecnologías en general son un medio no son un fin en sí mismo. Entonces si tu estudio va a la gestión de las tecnologías, procederíamos a responderte con esa precisión inicial. El Estado ha gestionado esas tecnologías no con la mirada del ciudadano que tiene servicios garantizados de parte del financiamiento público, sino como un administrador de escasez. Venimos de un Estado pobre a un Estado que tiene más recursos y de un Estado que compra o contrata insumos llámese tecnología, equipamiento o lo que sea para conseguir servicios. Entonces en la cadena de valor en lugar de ver la parte final que son los servicios que se brinda al ciudadano que lo tocan que lo van a cuidar que lo van a curar estamos mirando los insumos para que eso ocurra. La ruta es mucho más larga. En ese contexto la gestión del equipamiento no tiene esa mirada, yo voy a mirar la supuesta brecha de tecnología vamos a hacer un proyecto de inversión o lo que sea correspondiente o reemplazar si es el caso. Se hace el proceso de adquisición, se hace todo el asunto digamos de la instalación, de la operación y en el camino vamos aprendiendo. Antes esto no estaba amarrado al mantenimiento, por ejemplo, o a no manejar procesos por ejemplo ahora que estoy viendo una consultoría de evaluación de intervención sanitaria, cómo el Estado compra tecnologías sin una regulación mínima para ver si es seguro, eficaz, si tiene un impacto presupuestal interesante o si esta tecnología en el fondo condiciona el consumo de recursos. O como me contaba un amigo que es experto en el tema el Estado compró en el año 2016, 2015 cuando hubo un shock de inversiones fuerte, tecnología obsoleta que no estaba actualizada en relación al mundo por los HL7. Entonces esa ignorancia nuestra de comprar insumos (viendo el equipo como insumo en la cadena de valor), la tecnología es un insumo.

Al no tener el Estado una institucionalidad suficiente. Hace de nuestra ignorancia como país asuma decisiones muy riesgosas. Inclusive de riesgo moral, si hay corrupción en ese

proceso la cosa se contamina más todavía y habrá un mayor impacto negativo en el Estado. Por tanto, en pocas palabras la gestión del equipamiento en el país en los últimos años no ha sido la adecuada mínimamente, está gobernada por un paradigma funcional, cada uno ve su pedazo del proceso y no ha acumulado competencias, porque al haber un recambio en los gestores hemos ido perdiendo capital humano y eso ha generado reprocesos y reaprendizajes. Mi balance no es bueno, lamentablemente. Hay mucho desperdicio.

2. ¿Qué aristas importantes ha encontrado en la gestión de estos bienes de equipamiento que se relacionan con las adquisiciones?

En lo que concierne a las compras, las compras parten de una necesidad, del área usuaria. El primer tema es el área usuaria. El área usuaria no tiene este enfoque de cadena de valor, va a comprar por lo que su experiencia y conocimiento cree conveniente o peor aún por demanda inducida, es decir si yo tengo, manejo una tecnología médica, tengo en mi cabeza que esa tecnología a, b, c es la correcta voy a promover un requerimiento ante mi logístico o ante mi equipo de inversiones para hacer que esa tecnología este acá. Entonces el área usuaria no tiene una mirada sistémica, no tiene una discrecionalidad, genera necesidades que no son siempre las apropiadas. En segundo lugar, el equipo de inversiones, igual al no tener esa mirada sistémica va a ir de la mano de lo que el área usuaria lo diga salvo que tenga fortalezas, que hay, hay ingenieros en el país biomédicos y también colegas que conocen la parte sanitaria, pero son contados con los dedos, no más de 20 en el país. Esta debilidad de las unidades formuladoras del equipo de inversiones también impacta en el momento de definir la inversión. El tercero es logístico, el logístico está igual, no está calificado por todo lo dicho anteriormente, y genera un riesgo adicional. Lo cuarto es ya la tecnología que en su momento está en la IPRESS en el establecimiento de salud, se instala y uno no ve condiciones, yo recuerdo cuando estaba en el PAR1, proyecto del 2001 al 2007 donde pude laborar las primeras compras fueron un poco desastrosas, como eran reemplazo comprábamos la tecnología, llegábamos al lugar y supuestamente era la tecnología que pedía el médico del establecimiento, pero se requiere tal calidad de energía eléctrica, o tal tipo de agua y no había, entonces cosas tan obvias entre comillas no estaban porque estábamos aprendiendo. Hasta ese momento 2002, 2003 estábamos aprendiendo entre comillas. Lo cual está mal, porque deberíamos estar calificados para hacer eso. Y eso es un fenómeno que se ha ido reproduciendo constantemente. Y cuarto es el tema de mantenimiento, no estaba amarrado habitualmente al tema de mantenimiento, ahora sí, ya es un paso que se ha dado. Pero en ese momento no había. Digamos que no hemos tenido una logística de cadena de valor en términos de la gestión de tecnologías para que en una lista de chequeos digamos área usuaria pide en función mirada de conocimiento del tema, planificación alineada al sistema, logística igual, cada uno en su rol. Y finalmente el tema de la post venta, no basta con todo lo que hemos conversado, sino en el Perú el tema de post venta que es el efecto posterior a la tecnología en el sistema y cómo aprender de esa experiencia no existe, hasta hoy día no existe. Hoy en día la tecnología lo usamos, queda obsoleta o es muy buena probablemente, pero no medimos el efecto de la tecnología en el servicio que está brindando al área usuaria y ese un problema. No hay una mirada sistémica.

3. ¿Cuál es la situación o problemática que observa o ha observado con respecto al tema del mantenimiento del equipamiento en este sector?

Como conversamos hace 10 años eso no estaba en el radar, por lo menos en salud, yo que estuve en par salud que era un proyecto grande de inversión, el más importante en ese momento de la historia, decíamos que sí que había que hacer eso, pero no estaba en los modelos de contratos, por ejemplo, eso se insertó. No existía eso hace 15 años digamos. Ya ha ingresado, pero yo aprendí con los expertos que hay varios tipos de mantenimiento, el preventivo, el correctivo y el predictivo. Entonces luego de aprender que en el contrato debe haber un mantenimiento preventivo, nosotros no sabíamos entonces ocurría que a pesar de eso producía una pérdida de capital en el Estado. Los usuarios cuando llega la tecnología al hospital al establecimiento de salud, no hay en ningún hospital ni en la red regional en el caso del primer nivel equipos que gestionen eso. Es decir que tengan al experto en el tema, tienes en tu cabeza a lo mejor como ingeniero no tienes toda la capacidad operativa para resolver, pero llamas a alguien que es el jefe de logística te pido para la red San Martín, esto, esto porque tenemos tantos ecógrafos, tu plan de mantenimiento y gestionas tu tecnología a través de tu inventario, de tus activos. O gestionas compra de inversión nueva ante necesidades que el usuario está identificando en la parte sanitaria. Entonces en pocas palabras el mantenimiento está gestionado con esa mirada funcional, reaprendemos y miramos solamente nuestro estanco de información.

4. ¿Ha encontrado algún tipo de situación en la que la normativa en este sector haya afectado con la gestión que se da en el equipamiento? ¿cuáles han sido?

El antiguo SNIP identificaba una brecha y proponía una inversión. Hacía sus análisis económicos, encontraba una brecha, planteaba alternativas y elegía la óptima y hacía sus cálculos y elegía esa ruta de inversión. Pero digamos que con ese modelo yo contaba en la calle que había miles de proyectos de inversión que estaban allí archivados, se dio como un boom de proyectos de inversión y Oscar Ugarte nos comentaba hace poco porque él vino contratado hace dos años para que haga un estudio en Lima sobre las necesidades hospitalarias, luego que cierran el IGSS. Lo primero que encontró Oscar fue que todos los hospitales tenían proyectos de inversión, eso fue él cuando estaba en el IGSS, multimillonarios, digamos que el Loayza pedía mil millones, el Sergio Bernales otros mil millones, cada uno pedía miles de millones, porque cada uno miraba lo suyo, si yo soy un gestor del Loayza que es un hospital muy importante entonces se daba mucha inversión, recursos enormes y así en cada hospital porque no había una mirada de red. O sea, el IGSS en teoría, el IGSS del MINSA en esa época iba a articular eso, iba a optimizarse en un solo plan de inversión multianual, concertado, articulado. El IGSS cayó y ya nadie hace eso, se ha quedado esa pieza de las rompecabezas absurdas que son enormes para la mesa que es Lima, en el ejemplo que estoy dando inútiles, es conocimiento que hoy día no sirve. Y lo peor de todo es que no estamos haciendo nada tampoco hoy día. Entonces en ese escenario, la normativa de inversión en esa época no estaba con el enfoque sistémico, o no alentaba esa mirada de red, esa mirada articulada que es necesaria en una cobertura geográfica. En el aspecto de la ley de contrataciones que es otro sistema, el sistema de adquisiciones y contrataciones, ha habido cambios en la norma, diría que la han modernizado un tanto, pero digamos que yo siento, sin ser experto en el tema de compras, que esta mirada legalista de la regulación peruana genera muchos detalles. Digamos que cuando uno va a

Chile, yo estuve en Chile hace quince años, su normativa de compras era muy sencilla, eran dos, tres páginas, y la decisión del logístico era muy rápida, eficiente y era en ese momento de la historia buena parte en computadora, o sea en línea, no completamente, ahora ya se hacen muchas cosas en línea, pero usaba mucha tecnología en su computadora, ya sea con los proveedores, les mandaban un correo, abrían los sobres y virtualmente ya había un ganador. Acá hacemos reproceso desde la mirada de la norma de contrataciones, de la mirada sanitaria, en ese sentido ese tema está regulado, esas tecnologías pasan por DIGEMID, lo cual está muy bien, DIGEMID debe ver seguridad, eficacia y la calidad de los documentos, perfecto, autoriza, pero ocurre un reproceso cuando hay una compra de tecnología DIGEMID tiene que entrar a mirar nuevamente los papeles, es un reproceso, porque si ya me has autorizado esta tecnología, ya está en el mercado, alguien o lo pides tú y haces una compra corporativa, o como ejecutora de manera aislada, ya no tengo por qué meterme nuevamente mis manos en algo que ya está en el mercado, en todo caso el usuario con Perú Compras tiene una buena ficha técnica, en lo que sea posible homologa, en lo que sea posible usa catálogo y en lo que no sea posible hace un grupo de expertos para tener un perfil de necesidades tecnológicas más o menos razonable. Entonces eso tampoco ocurre. El cuarto efecto es que el Perú no tiene nada en términos sistémicos de evaluación de tecnologías. No tenemos un IETSI, Essalud tiene un IETSI donde poco a poco está mirando tecnologías, no solo medicamentos. Está en sus primeros pasos pero digamos que en países más desarrollados tienen una unidad especializada que además del permiso sanitario porque está en el mercado esta tecnología ya en Perú, ese equipo especializado para que entre al subsistema en el caso nuestro porque está fragmentado los sistemas de salud, hace una evaluación de seguridad de eficacia y de impacto presupuestal o sea una evaluación de tecnología sanitaria, una ETESA y con esa opinión ya el usuario ya el logístico procede a hacer lo demás, es más en Inglaterra no solo hace eso, además te dan una herramienta, para que los prestadores, los médicos tenga una guía de práctica clínica, la tecnología está digamos amarrada en un combo tecnología seguro, eficaz, de calidad y con impacto presupuestal que no quite la sostenibilidad del financiador amarrada a cómo usarla. No hay mucha discrecionalidad, está regulado el entorno en la prestación. Eso en Perú no tenemos, por ejemplo. Entonces digamos que la gestión de tecnologías tiene varios frentes abiertos. El tema de la inversión, el tema de la logística, el asunto de la evaluación de tecnologías sanitarias y el asunto de la regulación de las tecnologías por DIGEMID, son 4 procesos que están allí, que están vinculados.

5. ¿Existe una gestión de la información en este sector que ayude en la toma de decisiones y en la gestión que se da en el aspecto de equipamiento? Si la respuesta es no, preguntar ¿en qué situaciones se evidenció?

Yo no soy experto en el tema, con cargo a equivocarme, pero yo no he sentido por ejemplo que tengamos algo tan sencillo como un inventario de tecnología, cuando iba a SBN, por ejemplo, sus respuestas eran muy limitadas, sus reportes eran muy vulnerable y muy insuficientes. En temas grandes que eran terrenos e inmuebles. Si hablamos de muebles, cuando hablaban de inventarios, hablaban de una cantidad pequeña de entidades que habían reportado su inventario, reportado. Ahora no sé si es que está completo o incompleto. Por lo tanto, la información de los activos tecnológicos en salud es muy mala, a mi juicio. Segundo elemento, en gestión de información, un amigo médico cuando estábamos en Cajamarca, yo estuve con él en el año 2017, cuando estaba en Essalud,

fuimos a un taller de la cooperación belga en Cajamarca, para ver un tema de redes, y con él estábamos conversando y me decía ¿cuál es el estándar mundial? HL7, ese estándar viene de años, en el Perú estamos recibiendo basura, hasta hace pocos años, ahora ya se ha corregido, pero digamos yo venía con mi tecnología obsoleta no estandarizada y pum te empujaba, y eso por todo lo que hemos conversado. Él me decía no hay estándares, por lo tanto, la información no conversa, el equipo tuyo con el otro no conversa y menos con el mío que está en otro hospital. Son islas de información por esa mirada funcional, según la formalidad administrativa que tenga su perfil, que tenga su expediente, que hagan todo lindo en los papeles, pero en el momento ya del servicio que es lo que importa, no hay vínculo, no hay estandarización, no hay información gestionada en una plataforma interoperable o algo parecido entonces por tanto mi respuesta es igual, pesimista. Puede haber información del servicio, por ejemplo Almenara, me contaba una doctora muy experta y me decía acá hemos logrado comprar tecnología y hemos integrado servicios, entonces han hecho como un software que converse radiología con laboratorio, entonces los médicos ya están entrando en esa onda electrónica, los médicos levanta la información y va construyendo la historia lo cual está buenísimo, pero ese sistema no conversa con el ESI de Essalud que es la plataforma nueva que está comprando Essalud, el antiguo ECGS, no hay cómo calce con esto, hay un problema, pero lo bueno es que ambos tienen el mismo paradigma, acá quieren estandarizar cierta información y acá están haciendo más chico eso. El día en que se pegue, va a ser fuerte. En Essalud ya están caminando hacia esa ruta. Ellos lo tienen claro el tema es que nuevamente como hay inestabilidad, van cambiando de gente, hay temor o no me conviene, me quedo al medio, pero está planteado el tema. En el Minsa eso creo yo, con cargo a equivocarme, no está ni planteado. Yo he estado en DIGEMID, un año y meses, he hecho algunos cambios, pero nada importantes, una ruta, pero no se puede, tienes que estar un par de años allí para que hagas goles.

6. Ante la vasta experiencia que tiene en este sector, ¿qué puntos relevantes considera son los que deben mejorarse en la gestión del equipamiento en el sector salud?

Para mí el primer aspecto que es el macro, es el paradigma, romper el paradigma de comprar tecnología porque es necesaria y que es necesaria para una función. Al paradigma le da resultados sanitarios que es el más ambicioso, en su momento PpR lo planteó. Haciendo una cosa más acotada, dar servicio a los ciudadanos. Entonces si tu diriges digamos el INEN, ¿cuál es tu mandato? Investigar y proteger a la gente del cáncer. El cómo es tu tema, es tu drama, pero tu mirada es resultado. Tienes tus servicios, tus productos tus procesos, tus recursos. Como eres una IPRESS enorme habrá una unidad de tecnología que valorar la tecnología que ingresa a tu sistema es la adecuada en términos de seguridad calidad, y sostenibilidad presupuestal. Tienes un sistema, para mí la solución es esa. Entonces el consejo es mirada sistémica mirando siempre el resultado al ciudadano. Y no mirando la tecnología como solución. Lo segundo es mirar que esa tecnología sea articulada, a otros procesos, la tecnología per se, no vale. Digamos cuando hace poco se morían los niñitos en Chiclayo, en el Hospital de Lambayeque. No es que la incubadora va, la enchufan y ya está. Es un entorno mínimo, el entorno inmediato que es energía, que es mantenimiento, que son los insumos que se requiere, el personal calificado para operarlo, no miremos nuevamente el insumo, miremos el servicio nuevamente, integral, completo, sostenible y eso que este articulado a otros servicios. Y lo tercero el tema de la sostenibilidad, esa tecnología cuesta, entonces si en la prestación no es un medio regulado

te permite la entrada de tecnología insostenible, cualquier cosa carísima, es un caño de recursos o de insumos. Recuerdo una anécdota hace años en el seguro escolar, que regalaron unos equipos de anestesia. Si estoy feliz porque tengo mi equipo de anestesia, ¿qué cosa hay allí? Y mirábamos y la empresa que vendía sevorane en esa época producto de marca registrada y patentada, la boquilla era solamente para el sevorane, ya genera la necesidad, un alotano no calza, solo el sevorane o no opero, ¿qué dice usted doctor opero o no opero? Opera pues, entonces tengo que comprar sevorane, ¿cuánto cuesta? Mucha plata.

7. ¿Cómo considera que ha sido la gestión de los bienes en el sector salud en lo que corresponde a los medicamentos, materiales e insumos médicos en el periodo del 2014 al 2019?

Es muy parecido a la tecnología, no hemos identificado las necesidades para lo básico que se llama la demanda insatisfecha. Si el médico genera las prescripciones, no cuestiono, si es buena o mala, la calidad de uso, hablando de abastecimiento puro, el médico me dice toma esto y mi trabajo es darle eso al paciente. Si es buena o mala su indicación no es mi discusión, hablando de logística pura, si yo no sé cuál es la demanda de pastillas paracetamol real de mis usuarios mi requerimiento va a ser malo, y todo lo demás jala la cadena mal. No hay esa lógica de cadena de valor y no estamos identificando esa demanda insatisfecha y además no tenemos un dueño del proceso. Si tú vas al MINSA o a la región, está partida la función, entre logística, entre farmacia, entre CENARES, entre DIGEMID y quien quiera meterse. Esa mirada funcional, fragmentada, no genera la cadena de valor. El espejo opuesto es Esalud, en Essalud tienen un operador logístico privado que puede ser público, no privado necesariamente que ellos almacenan y distribuyen y hacen algo más con Essalud, con el CEABE, tienen información y gestionan la información. Y han empezado con el sistema del ESI para identificarlas recetas no atendidas, y está bien y generan un dato, y eso genera una señal para que el almacén cubra esa rotura de stock o si no hay stock compre. Y los resultados son espectaculares. O sea, comparativamente, no se está diciendo, no se habla mucho de eso, pero los resultados son espectaculares. Tú en MIUNSA ves 55% y en Essalud están sobre el 90%. Cuando estaba el Dr. Víctor Dongo me decía que estaban en noventa y tanto por ciento, yo le creo, era un esfuerzo a pulso que ellos estaban construyendo el CEABE, pero es un esfuerzo a pulso hay que hacerlo sostenible hay que sistematizarlo, ponerle un radar. Para no perder el control. Y creo ese esfuerzo de esa época del CEABE, que fue fundacional, buenísimo, ya se está ahora sistematizando, está madurando.

Primero es el paradigma uno actúa porque cree que lo que hace es correcto, tenemos un problema en la burocracia pública que creemos que esa mirada es la correcta, por suerte cada vez es menos siento que ya los gestores se convencen han cambiado y en Essalud ya los mandos medios hasta te cuadran.

8. Con respecto a la gestión de los almacenes e inventarios y el abastecimiento de los medicamentos, materiales e insumos médicos, ¿qué opinión tiene al respecto de la gestión dada en ese periodo 2014 al 2019?

La misma que el de equipamiento. Lamentablemente el SIEMED, en lo que es MINSA gore, hace autopsias, cada mes hace una autopsia de lo que paso en el mes anterior. Entonces, en la logística es suicida que tui gestiones con fotos cada 30 días y que ni

quiera es al cierre del mes, es a las dos semanas después, o sea mes u medio, dos meses después eso en ninguna parte del mundo ocurre, pero ocurre en Perú. Es un paradigma funcional y además que está vinculado a no mirar alrededor puede haber Essalud, los privados, puede haber logístico benchmarking, hay una resistencia cultural en ese equipo que no suelta esa responsabilidad. Y CENARES no se empodera. El resultado es malo. No hay un dueño del proceso, no hay gestión en línea de la información, hay lugares bonitos como la experiencia de Santa Luzmila en Comas que sería bueno ver, con herramienta SISMED más labor en línea que ha hecho CENARES, tienen una disponibilidad sobre el 90% redistribuyendo en su micro red medicamentos. Esta persona demuestra que con lo que tiene gestiona bien. Pero no con la autopsia que hace DIGEMID porque es solamente ver de que murió el paciente, pero no gestiona, la logística es gestión diaria, cotidiana, todo el día a toda hora.

9. ¿Considera que existe una articulación entre los diversos actores involucrados que redundan en la gestión de los medicamentos, materiales e insumos médicos?

No hay articulación, la mirada es funcional, o sea cada uno ve su función, su segmento de competencia, usamos anteojeras para gestionar, miramos solamente la función y eso es nocivo.

10. ¿Qué problemática ha observado en el tema del almacenamiento de estos bienes?

Ninguna tienen certificación para empezar o poquísimos, será el 1% malísimos, para el Perú, supuestamente desarrollado es malo, lo segundo es la gestión de la información, no hay gestión de la información, no hay trazabilidad, cuando entré al SALOG nos contaba que un insumo entraba y salía y nuevamente entraba a un almacén como una nueva compra o una nueva entrega, y se dieron cuenta como hay trazabilidad eso se cortó, pero te aseguro que en MINSA gore al no haber trazabilidad, me siguen pagando como si fuese una nueva entrega malísimo

11. ¿Qué factores ha encontrado que considera afecta en la programación que se hace de los medicamentos, insumos y materiales médicos?

Carencia de información, no se conoce la demanda insatisfecha.

12. ¿Considera que la normativa afecta en la gestión de los medicamentos, insumos y materiales médicos? ¿Qué puntos considera que deben ser contemplados que ayuden a una mejora en la gestión?

La normativa SISMED que está en el ámbito MINSA gore debe ser modificada, debe haber una reingeniería, la normativa sanitaria para que entre un medicamento al mercado también, la intercambiabilidad para los genéricos por ejemplo respecto a la regulación nacional, genera que haya una desconfianza en el ciudadano para los medicamentos genéricos y la normativa sobre trazabilidad que viene del 2005 está promulgada y al no aplicarse hace que no haya información en el sistema.

13. ¿Qué considera podría mejorarse en el tema de la gestión de los suministros de medicamentos, materiales e insumos médicos?

La mirada sistémica

14. Si tuviera la opción de tomar decisiones para dar solución a esta problemática, ¿Qué acciones tomaría?

Yo miraría resultados, productos y servicios, en ese orden. O sea, alinearía la prestación a ese enfoque. El día en que cada gestor de cada cadena de valor tenga ese paradigma y lo implemente diariamente sí hay oportunidad de que el sistema mejore en temas sanitarios. Eso incluso llevaría naturalmente a ir borrando las fronteras de lo que hoy día tenemos en cada subsistema seguridad social, MINSA, salud, policía y defensa. Con la propia dinámica de financiamiento y prestación se irían borrando esas fronteras y lo segundo las redes integradas tienen que ser impulsadas de una manera intersectorial, de una manera articulada, de una manera ordenada y un elemento clave son las garantías, que el ciudadano sepa que hay garantías o sea un contrato social en que tu como ciudadano y el estado que te da el servicio prestacional de salud firmen un contrato donde haya de ambos lados deberes y derechos para que tú tengas una atención en un tiempo definido con una calidad estandarizada con una seguridad determinada y eso es el modelo de Chile. No digo que sea todo porque es absurdo, pero hay que empezar poco a poco por temas que son de alto impacto sanitario y que se vayan construyendo en el tiempo.

Anexo 5.3. Transcripción Entrevistado 3

Fecha: 17 de octubre 2019

Lugar: Lima

1. ¿Cómo considera que ha sido la gestión de los bienes referidos al equipamiento en el Sector Salud en el periodo comprendido entre el 2014 al 2019?

En realidad, en un periodo incluso mucho más largo, la programación y adquisición de equipos es el punto más débil que tiene el sector salud. Si uno ve en página amigable, tu puedes llegar a un 90 o más de % de ejecución en medicamentos, pero en equipos llegan a un 45 a 50%. Casi todos los procesos empiezan tarde y la mayoría se caen. Su principal problema son las especificaciones técnicas, no están estandarizadas, todas las entidades tienen una forma particular de describirla, además, el avance en la tecnología hace que las empresas presionen sobre las especificaciones, siempre argumentan que están obsoletas y los comités especiales muchas veces llevados por querer tener “el mejor equipo” los lleva a modificar las especificaciones e incluso a direccionar, y se les caen los procesos. Han sido, yo creo años muy malos, presupuestos que se han perdido, montos considerables que no se han ejecutado y con consecuencias sanitarias terribles.

2. ¿Qué aristas importantes ha encontrado en la gestión de estos bienes de equipamiento que se relacionan con las adquisiciones?

Podemos mencionar algunos temas importantes, por ejemplo, la falta de Petitorio o listados, en este punto hay una diferencia enorme con respecto a medicamentos, para medicamentos el país cuenta con un petitorio nacional el PNUME (Petitorio Nacional Único de Medicamentos Esenciales), los medicamentos, casi todos está con ficha, incluso están con ficha de bienes comunes, definidas para todo el país. El 90% de medicamentos lo compras a través de fichas que ya el Estado ha definido, donde el proveedor casi no puede hacer observaciones a las especificaciones. Cuando hablamos de dispositivos e insumos, hay una diferencia enorme, pero cuando vemos equipos, no tienes nada, no hay un listado ni petitorio, no hay especificaciones, no hay fichas, no tenemos nada. Entonces estás a merced de lo que cada entidad pueda aprobar como ficha. Hay un avance que ha hecho Essalud a través del IETSI que ha aprobado sus catálogos y ha aprobado fichas, pero después de allí son temas individuales de cada hospital, de cada DIRIS, entonces el gran problema es ese, no hay un ente normativo que lidere esto, encima has tenido retroceso porque DGIEM que era la Dirección General del MINSA, encargada de normar a nivel nacional sobre equipos, ahora es una oficina dentro de otra oficina y paso a ser DIEM. Ni siquiera ya se le ve como normador y el equipo de trabajadores está muy reducido, no solo en el número de profesionales, sino a nivel técnico, el espacio de DIEM ahora no es el más adecuado para el país, tampoco su nivel de decisión. Entonces si no tienes un normador nacional y no tienes quien oriente esto, menos vas a tener en las ejecutoras. En cuanto al profesional, que son ingenieros especializados, no hay muchos, sales al mercado y quieres contratar a estas personas y son muy pocos los ingenieros biomédicos. En el país como respuesta de capacitación es muy poca también. Católica hizo algo con la Cayetano,

después de allí casi no hay nada. Y en entidades reguladoras, como te digo se retrocedió. Esto es muy crítico.

3. ¿Cuál es la situación o problemática que observa o ha observado con respecto al tema del mantenimiento del equipamiento en este sector?

Si bien es difícil comprar equipos, la inversión en mantenimiento es casi cero. Las entidades y el MEF no consideran que el mantenimiento preventivo sea un tema crítico dentro del sistema. Entonces en las líneas presupuestales el mantenimiento preventivo casi no lo ves. De repente tal vez porque las ejecutoras no lo pidan. Pero en realidad ni lo pones ni te lo piden y el porcentaje de mantenimiento preventivo debe estar por casi 0.0%. El mantenimiento recuperativo no es un mantenimiento programado, es un mantenimiento que tú lo requieres cuando el equipo se malogra. Si no programas el preventivo, menos el recuperativo o correctivo. Los equipos se usan más allá de los años de vida que tienen, le preguntas a los médicos y ellos creen que sus equipos son para 20 años, porque así los tienen, pero esos equipos tienen una vida útil de 5 años y nosotros seguimos usándolos porque simplemente no se renuevan. Por otro lado, ¿Cuántos están calibrados? ¿Cuántos miden lo que deben medir? ¿Cuántos dan la respuesta que deben?, realmente muy pocos. Es casi nula la respuesta de mantenimiento preventivo y recuperativo. En el uso de equipos hay el tema de abuso de la tercerización. Entonces por un lado no tienes nada programado, pero por otro lado no te interesa tener programado los mantenimientos. ¿Por qué? Porque el responsable, tiene su equipo al frente del hospital, espera que se malogre el equipo para que la gente valla a requerir sus servicios privados. Entonces a nadie le interesa arreglar equipos o que estén funcionando. Es más, les interesaría que se malogren lo más rápido posible, tienes parados tomógrafos por un tubo, y así, muchos equipos nuevos están parados. En un año tú pagas en tercerización más de tres veces el costo del equipo que debiste arreglar. Pero el arreglo en realidad era mucho menor que el costo del equipo. El tubo para un tomógrafo debe estar alrededor de 100 mil dólares, pero un tomógrafo ¿cuánto está? Cerca de un millón de dólares, Si tú comparas y cada vez que mandas al tercero en un hospital ni siquiera pagas lo que realmente pagas en el privado, terminas pagando incluso más caro que en el privado. Al final el problema es para el paciente, muchas veces ni siquiera es oportuno.

4. ¿Ha encontrado algún tipo de situación en la que la normativa en este sector haya afectado con la gestión que se da en el equipamiento? ¿cuáles han sido?

Hay varios, un tema muy crítico en el país por ejemplo es la hemodiálisis. ¿Cómo se relaciona a los equipos? La norma dice que tú no puedes tener un establecimiento con más de tres unidades de hemodiálisis. Y una unidad solo puede tener 5 equipos. Entonces no puedes tener una clínica con más de 15 equipos. Y eso hace que haya profesionales que tenga su clínica dentro de su casa. Las casas las han modificado para ser pseudo clínicas donde el espacio debajo de la escalera es un espacio de almacén con un letrero, pero es el espacio debajo de la escalera. Tienes 12,000 pacientes hemodializándose en espacios donde no son adecuados, en muchos casos si tú ves la línea del agua se mezcla entre las máquinas y lo que lavan los filtros. Felizmente ahora ya no hay filtros reusables. Pero se mezclaban, en una sola línea de agua estaban las máquinas de hemodiálisis y el lavado de los filtros. Si tú ves los procesos de contratos para hemodiálisis, el 20% de esos servicios

son a través de contratos que se realizaron a través de procesos convocados por las entidades el resto son ordenes de servicios directas porque las empresas que dan el servicio no quieren presentarse, no cumplen con las normas de una clínica o de un espacio de hemodiálisis, pero estás obligado a contratarles el servicio porque si los pacientes no se hacen la hemodiálisis se mueren, entonces para el 80% de los procesos tienes que hacer órdenes de servicio cada día por cada paciente. Hemodiálisis es uno de los temas que más gasto tiene el sector público. En Essalud más de 300 millones, en MINSA me imagino que también. Más de 12,000 pacientes en Essalud. En Minsa debe estar por allí. En MINSA antes no se daba el servicio, no lo sentían, hace como 4 años ha empezado a dar el servicio. Aquí por ejemplo vemos cómo una norma limita la posibilidad del equipamiento. Otro tema con equipos es que no tienes como garantizar la calidad, otra vez, comparando con medicamentos. Yo compro medicamentos y todavía en el país los registros sanitarios o las autorizaciones hace algunos años han sido muy laxas para todo. Con declaraciones juradas registrabas todo. En medicamentos mejoró, pero aun, así como el mercado es tan complejo has tenido que generar un tema de control de calidad. Compras, pero antes del internamiento en los hospitales los medicamentos pasan por la red de control de calidad del MINSA. Yo compro un dispositivo y no puedo hacer control de calidad, compro un equipo y quién me dice si se es bueno o es malo. Nadie. No tengo a dónde ir para que me certifiquen. Solo me baso en la certificación que me dice el tercero. Entonces eso sí es complejo, se han adquirido equipos de toda calidad. Como el acero, hay una oficina de control de calidad del Ministerio de la Producción, que está en Villa El Salvador, tiene un área de control de calidad que les da servicio a las empresas privadas que está fabricando muebles que se va a exportar, Cuando llegué estaban examinando sillas de ruedas, las hacían trabajar en esfuerzo y te decían cuánto tiempo iban a durar, también estaban viendo el acero y me explicaron que existen varios tipos de acero quirúrgico de diferente calidad y pureza, por eso que los precios varían y uno cree que está comprando el mejor acero quirúrgico. Cuando compro un equipo, ¿quién me certifica que el equipo es bueno? Nadie. Eso sí es crítico.

Lo otro, crítico también al comprar equipos, primero hay un problema, muy grande que pasó con vacuna. Cuando comienzo a programar la necesidad de equipos que requiero, el principal problema no es tanto el número, porque allí sí tengo tantos pacientes y puedo pedir mi equipo, el problema es definir el estándar del equipo que quiero. Todos quieren el mejor equipo, independiente de que estés en el primer, segundo o tercer nivel de atención, todos quieren el mejor o el de mayor resolución, pero nadie ha estandarizado por niveles qué equipos se deben usar, por ejemplo, un tomógrafo, de 64 cortes yo lo puedo tener en cualquier hospital de nivel 2 nivel, uno de 128 lo puedo tener en un hospital 3 nivel, uno de 528 no lo necesito. Puede tener muchas mejoras, pero no son necesarias para cubrir lo que se requiere. Entonces definir el equipo que quieres y definir el estándar no está escrito en ningún lugar. Todos tienden a pedir el último equipo independiente de la resolución o de la necesidad que tenga.

En el tema de calidad, hay tres niveles de calidad que se cruzan; la que necesita el paciente, la que quiere el prestador y el que el vendedor ofrece a la entidad. Cuando las cruzas, la entidad no necesita comprar todo lo que te quieren vender, y a veces compras más de lo que el paciente necesita. La calidad debe ser vista por lo que necesita el paciente, no por lo que la entidad quiera comprar ni lo que la empresa quiera vender. Entonces ese espacio de

ver qué es lo que necesita el paciente casi nadie lo hace. El que quiere vender te presiona para vender su último equipo, el profesional está emocionado en comprar lo que cree que se requiere como calidad, pero nadie está viéndolo desde el punto de vista del paciente.

Otro tema es que cuando comienzas a programar equipos, no has definido si tienes algo tan simple como el área donde vas a instalarlo, o crees también que el equipo funciona solo. Y allí hay temas pequeños y temas mayores. Hay un tema muy grande por ejemplo en Essalud, logró tener su espacio para su generador de isótopos radioactivos y tiene un PCSCAN, nosotros encontramos hecho el lugar de fabricación de isotopos y el lugar donde estaba el PCSCAN que era donde los pacientes van a tomarse el examen. Este examen es importante solo para algunos pacientes, en cánceres donde están muy activas las células, consumen mucha glucosa, entonces estos isótopos se van justo a estos espacios y te dicen qué tan grande está o dónde está. Y puedes ver su magnitud y progresión y determinar el camino terapéutico a seguir, en el futuro incluso podrías agregar un medicamento al radioisótopo y lograr que vaya directo a la zona cancerígena reduciendo tremendamente las dosis de medicamentos que son altamente tóxicos. Es bueno sí, pero para pocos pacientes, unos 10 o 20 pacientes al año. Entonces tienes una tremenda inversión de millones para una cantidad muy pequeña de pacientes. Lo más crítico en este caso es que no encontramos la cámara caliente, un área obligada donde te deben colocar el radioisótopo antes de entrar a PCSCAN, esa otra cámara no estaba construida, ni siquiera pensada. Habías hecho la planta, habías hecho el PCSCAN, y no tenías donde colocar el radioisótopo al paciente. Ese es un ejemplo de una inversión de varios millones de soles. Otro ejemplo es la construcción de un hospital que había comprado su tomógrafo antes, el hospital antiguo tenía su tomógrafo nuevo, cuando construyen el hospital nuevo no habían hecho el lugar para el tomógrafo y tuvieron que alquilar un lugar a una cuadra y allí instalarlo. Otro ejemplo es un hospital construido en plena selva con un techo plano, la lluvia era constante, el techo lleno de agua, la misma que filtraba y goteaba mojando todo, malogrando el mobiliario clínico y los equipos.

La forma de planear tus necesidades en la mayoría de las veces no se hace en forma integral, alguien cree que necesita un tomógrafo y lo pide, la entidad lo compra sin ver si tiene el lugar donde instalarlo, no has visto qué otros accesorios deberían llevar, no has visto ni siquiera si tienes quién lo va a manejar. Las cámaras frigoríficas para vacunas estuvieron 4 años en el patio de la Dirección Regional de Salud de Ayacucho sin armar, no tenían ingeniero para instalarla, tampoco iban de Lima, no tenían lugar donde instalarla. 4 años las vacunas llegaban y ¿dónde se almacenaban?

El tema de equipos es bien complejo, está muy a menos, hay que escribir muchísimo, hay que estandarizar, definir que equipos se deben usar por niveles de atención, hay que armar normas que lleven a que estos equipos se adquieran en un plan integral. Cuando se haga el requerimiento debemos preguntarnos si tenemos el lugar donde se instalará, si se tiene la potencia de carga eléctrica necesaria, si se cuenta con el personal capacitado para su uso. Se ha comprado incubadoras que han ido a Puno y no han funcionado, porque la altura afectó su funcionamiento, ecógrafos que no funcionaban por la altura, tenemos un país muy complejo, nadie se fijó en altura, igual nadie se fija en infraestructura o en la necesidad de carga eléctrica. Te llegan los equipos y recién vez que requiere un mayor voltaje que el que tiene tu establecimiento, tienes que pedirle a la empresa eléctrica que te

coloque mayor voltaje y son meses de espera hasta que te cambien todo el voltaje. Si es que te cambiaban. Si no, pierdes el equipo y lo tienes que dar a otro establecimiento o lo peor queda almacenado sin usar.

A veces no se entiende como pueden llevar refrigeradoras eléctricas a lugares donde no hay corriente eléctrica, no hay una planificación. Los requerimientos a veces se dan por el esfuerzo de alguien que está en el momento o por la presión del momento coyuntural, ahora por ejemplo incubadoras está de moda y todos van a comprar incubadoras, salió las muertes de neonatos y activo el requerimiento de incubadoras, pero se necesita desde hace muchos años, algunos equipos se compran porque algo los activa, pero no hay un plan integral de equipamiento, tampoco hay un plan integral de mantenimiento, no hay un plan donde se diga a tantos años yo cierro mi brecha. Ni siquiera se sabe la brecha. No hay ningún inventario que te diga cuántas incubadoras necesitamos en el país. Y de qué niveles, qué tipos, en equipos es más complejo, en medicamentos yo defino amoxicilina de 500 mg tableta, listo, ya está, pero para incubadoras, no, debo definir si son para UCI, para traslado, para intermedio, incubadora estándar, además en el país hay más de 60 tipos de incubadoras. ¿Cuál de esas se necesitan en un hospital?, ¿Con 6, 7, 8 ventanas?, igual para monitores de funciones vitales, ¿cuál monitor? ¿El de 5, 6, 7, 8, 9 o 10 parámetros?, es bien complejo y nadie está regulando. Estamos allí juntando a la gente y lo que podamos pensar en el momento estamos comprando. Pero no hay un estándar. No me dice cuando a mí me categorizas como hospital que tipo de incubadoras debo tener, falta estandarizar por lo menos algo básico pueda solucionar por niveles, si tengo el estándar básico por lo menos defino 3 o 4 tipos de incubadoras en el país, lo primero que voy a hacer es sacar la ficha común para que todos tengan un mismo equipo, pueda hacer comprar conjuntas, tener un plan de mantenimiento. Está muy a menos en el tema de equipos, hay mucho por hacer. no hay un listado básico que me diga cuantos equipos y qué tipo de equipos debo tener, esa es nuestra realidad.

5. ¿Existe una gestión de la información en este sector que ayude en la toma de decisiones y en la gestión que se da en el aspecto de equipamiento? Si la respuesta es no, preguntar ¿en qué situaciones se evidenció?

No, no hay, no tienes donde entrar y ver la cantidad de equipos con que cuentas ni donde ver brecha de los equipos que no tienes. Cada uno ha escrito lo que ha podido. Y no hay una plataforma, ni DIEM tiene. La SBN es más complejo, mandas todo lo que tienes, pero no te lo clasifica, además no es quién, no debería normar. Mantiene el inventario mas no te dice tu brecha. Tienes 10, pero eso no te dice si estás bien o estás mal. O te dice si debes estar 20 o 30, alguien debe definirlo, ¿Qué equipos debe haber en un establecimiento de primer nivel? Ahora último han abierto 7 policlínicos, esta vez es al revés, han contratado especialistas, han contratado ginecólogo, endocrino, cardiólogo, Llego a ver a uno de ellos, al cardiólogo y le consulto si tiene un equipo para hacer un electrocardiograma, y responde que no, le pregunto al ginecólogo ¿tienes un ecógrafo? Y responde que no, ninguno tenía equipos básicos, piensas que debes tener especialistas y los pones sin ningún equipo mínimo, la ayuda que dará será muy limitada.

Otro caso, en un equipo muy pequeño, el hemoglobinómetro. ¿Cuál es la política de estado ahora? Bajar la anemia. Esa es una política de Estado. ¿Cómo mides tu intervención

en esta política de Estado?, determinas primero cuál es tu nivel de anemia, para esto necesitas un equipo, ese equipo pequeño, ¿está estandarizado?, no, tienes una política de Estado, y un equipo no estandarizado que da resultados que incluso varían cuando tomas a una misma persona más de una vez en un mismo momento. Tienen dos años tratando de homologar la ficha y no logran terminar. Un equipo tan pequeño como un hemoglobinómetro u otro tan grande como un PSCAN de millones de soles y ninguno de los dos funcionaban, y no tienes quien regule, no tienes quien ordene.

6. Ante la vasta experiencia que tiene en este sector, ¿qué puntos relevantes considera son los que deben mejorarse en la gestión del equipamiento en el sector salud?

Lo primero es que necesito un normador nacional. Un referente al que yo diga éste es el responsable de definir. Hay una necesidad de definir cuál es el equipamiento básico de un establecimiento por niveles. Luego se necesita definir la brecha en equipos, infraestructura para su instalación, personal para su manejo, equipos accesorios que se requerirán. Luego es hacer un plan, yo necesitaría hacer un plan para cubrir esa brecha y ver en cuántos años pienso cubrirla. Y en ese camino mejorar algunas cosas. Darle el nivel que debe tener DIEM, que regrese a ser una Dirección General y que comience a estandarizar los equipos, que saque las fichas estandarizadas para homologación a fin que se pueda garantizar calidad y tener procesos de adquisición más cortos evitando que se caigan.

El registro sanitario de los equipos debe estar empatado con un nivel de calidad. Debe abrirse en el INS o el algún otro espacio, un centro de control de calidad de equipos y que éste sea un requisito para el registro y para la compra. El mismo proveedor debe pagar los controles de calidad, en medicamentos el Estado no lo paga, lo paga el proveedor, cuando el proveedor quiera vender al Estado, va y garantiza dentro de la red de control de calidad del ministerio de salud que su producto es de calidad, para equipos debe pasar igual.

Estandarizar es urgente, aun con todos los problemas que tenemos necesitamos comprar y no podemos. Cambia muy rápido el tema de la tecnología. El avance es rapidísimo en equipos. Puedes estar comprando ahora y a mitad de proceso te sale un equipo nuevo. Debemos tener la claridad de definir el equipo por lo que necesita el paciente, no el especialista, ni la entidad ni el proveedor.

El tema de mantenimiento es importante, debemos programar el mantenimiento preventivo y recuperativo para todos los años de vida del equipo, ver si se puede hacer dentro del proceso de adquisición o hacer los dos procesos diferentes, no debemos hacer el proceso de compra sin el de mantenimiento.

Lograr que la responsabilidad de cada nivel de gobierno se cumpla, todos tenemos un grado de responsabilidad. A nivel central debemos mejorar los registros sanitarios, generar espacios de control de calidad, estandarizar las fichas técnicas y aprobar fichas de homologación, hacer un estudio de brechas y plan para cerrarlas, a nivel local necesitas contar con personal capacitado para manejar los equipos e implementar los planes de mantenimiento.

Se necesita tener en una plataforma informática para manejar la data y poder proponer planes de mejora continua.

7. ¿Cómo considera que ha sido la gestión de los bienes en el sector salud en lo que corresponde a los medicamentos, materiales e insumos médicos en el periodo del 2014 al 2019?

Yo creo que se perdió el tema de gestión, hay mucho problema de gestión actual, se está sosteniendo que faltan normas y leyes, pero lo que más nos sobran son normas y leyes. Estamos en un nivel de desabastecimiento crítico. A mí me tocó vivir unos años muy difíciles, yo encontré el país con 13% de abastecimiento de medicamentos a nivel nacional y no teníamos tanta plata ni tanto personal como ahora. Pero ese 13% creció hasta llegar a un 82%, 2010, 2011 hemos estado en un 82%, ahora no llegamos ni al 50%. Tienes mucha más plata, tienes mucha más gente, tienes una unidad solo para comprar (CENARES), pero tu nivel de abastecimiento ha caído.

Ese operador logístico que se crea para comprar otras cosas porque en medicamentos resulto estar bien, a mí me toca crearlo, pero para comprar dispositivos, ropa de cama, equipos, para comprar otras cosas, para crecer, terminó comprando solo medicamentos todos estos años, 100 personas para hacer lo que antes hacíamos 3 personas. Lo que has hecho has subdividido toda la compra de medicamentos. Ahora compras medicamentos para cáncer, para VIH, para N y haces una gran cantidad de procesos para comprar un solo bien que es medicamentos. Eso justifica tu año, pero además te atrasa también. Porque estás haciendo varios procesos, lo que adjudicas en enero febrero, lo estas adjudicando en julio, agosto, setiembre. Por otro lado, en los procesos han definido entregas a noventa días, retrasando más el ingreso. Recién van a entrar los medicamentos de la compra para este año y ya estamos octubre, es un tema de gestión.

Ha habido algunas dificultades críticas, el tema de descentralización en todas las regiones las IPRESS pasaron a ser parte de las regiones, en Lima, el Ministerio de Salud es un ente regulador, no es un ente prestador, pero todos los hospitales, centros y puestos de salud y las DIRIS pertenecen al Ministerio de salud. Esto se quiso corregir hace varios años haciendo la gestión para entregar las IPRESS a la Municipalidad de Lima, pero nunca acepto recibió los hospitales, como había que entregar a alguien para dejar de ser ejecutor, creó un ente externo, una ejecutora, el IGSS, que era esta ejecutora. A esta ejecutora le pasaron todos los hospitales y los centros de salud de Lima, las IPRESS dejaron de generar las órdenes de compra, pasaron sus contratos a la IGSS, y después de 8 meses el IGSS dijo que no podía ejecutar los contratos transferidos de las IPRESS y les devolvió todos los expedientes, generando un hueco de 9 a 10 meses de falta de compra, en ese mismo momento también hay otro error, como todo estaba así, en caos, el IGSS define comprar y dice mira todo este problema de desabastecimiento crítico, yo les voy a comprar a todo Lima y hace una programación en el 2016, el proceso 09 para dos años y compra como 140 medicamentos para 2 años. Entra ese proceso, cantidades enormes para más de no sé cuántos años y a un precio elevado. ¿Quién lo compra? La OGA. Para todo Lima y allí no interviene las DIRIS. Esos medicamentos han estado almacenados en CENARES por más de un año, 40 medicamentos, 260 paletas repletas sin mover una sola unidad. Como lo compra la OGA todo tiene que entrar primero al almacén de CENARES para luego

distribuirlos a las DIRIS, los otros 100 medicamentos no podían entrar. Entonces has estado con sobre stock de 40 y desabastecido de 100, más de 1 año.

Se dieron también cambios normativos en la ley de contrataciones, el proceso de compra que se inicia un año antes con previsión presupuestal, ahora para dar la Buen Pro se tiene que tener la certificación presupuestal, para tener esa disponibilidad presupuestal se tuvo que pedir a las más de 140 ejecutoras que participan de compra corporativa, esto demora como 2 a 3 meses para que te llegue hasta el último. Esto origina otro hueco de más de 7 meses.

Este año ya sobre eso y con todo el caos que han tenido, han empezado tarde y han terminado tarde también.

Estas dificultades traen problemas de ejecución, la compra corporativa al pedir certificaciones presupuestales, secuestras la plata, estás ejecutando en octubre, y ¿qué pasó en enero, febrero, marzo, abril, junio?, CENARES tenía la certificación, las ejecutoras no podían hacer uso de ese dinero, no podían gastar y no tenía el medicamento.

Si entramos a la página amigable del MEF, en la línea de medicamentos, podemos ver que el 2017, se deja de ejecutar 180 millones de soles en compra de medicamentos y el 2018 esta falta de ejecución llegó a 340 millones en medicamentos, el INEN el año pasado tuvo 120 millones para medicamentos oncológicos, ejecuto apenas el 59%, este año el MEF solo le ha dado 60 millones de soles.

Otro problema es estar hablando todos los días de corrupción, todos tienen miedo, nadie quiere firmar, todo se pone más lento.

Por otro lado, los medicamentos de más alto costo no están en el PNUME, los aprobaba los Comité Farmacoterapéutico de los hospitales, pero el SIS comenzó a decir que la deuda que tenían era solo de medicamentos, que los médicos aprobaban cosas que no debían, entonces saca una norma y el SIS dice yo voy a evaluar esos medicamentos de alto costo y comienza a evaluarlos, en setiembre del 2017 dice ya no los evalúo, las IPRESS dejan de comprar los medicamentos de alto costo porque no tienen el mecanismo de pago del SIS. Cuando el SIS dice ya no los evalúo, pasa las solicitudes a DIGEMID, DIGEMID dice que no le corresponde, se los da al INS, y el INS también sostiene que no evalúa. En febrero 2018 sale una norma modificando el SISMED, la norma dice el comité tampoco evalúa hasta que el MINSA saque un procedimiento. Se quedó hasta ahora sin procedimiento, el INEN el año pasado tuvo 120 millones, pero como no tuvo el procedimiento gastó solo el 59%. ¿Que hizo el MEF este año? Le ha dado 60. ¿Y la gente? has afectado al pueblo en 60 millones en medicamentos para cáncer. En medicamentos, insumos y dispositivos se ha perdido esa gestión.

Otro tema muy duro también que era el financiamiento. Cuando empezamos a trabajar medicamentos, se dio el fondo rotatorio del PACFARM, en el Estado falta plata, no somos un país que sobre plata, a pesar que 340 millones que no se ejecutaron no es que no falte, eso es mala ejecución, en el 2010, la brecha en recursos humanos, infraestructura y equipamiento, era más de 10 mil millones de soles en el MINSA, y eso es palpable, tú vas a un hospital, lo miras y esto no es lo que debe existir. Para el director del Hospital ¿qué es más importante?, no es farmacia, no hay anestesiólogo, no hay cirujano, ¿la sala está activa

o no esta activa? ¿El equipo está arreglado o no está arreglado?, eso vera el director, los medicamentos... que los compre el paciente, dale la receta y que los compre afuera. Entonces el medicamento nunca ha sido un tema crítico para el director de un hospital. No lo ha visto así. Por eso se creó dos cuentas diferentes, una de ellas intangible solo para medicamentos, el precio de venta tena un incremento del 25% del precio de compra, del ingreso de la venta de medicamentos el 15% era para gasto administrativo y el 10% para crecimiento. Nadie podía tocar ni un sol. ¿Cuándo se rompe eso? Cuando entra la ley de aseguramiento y entra el SIS y cambia la forma de pago, tienes al paciente del SIS, le das el medicamento, pero no le cobras, te lo reembolsa el SIS, la fuente cambio de ingreso propio a Donaciones y Transferencias - DyT, y se lo pasan al director del hospital y se perdió la cuenta intangible

Otro problema fue la forma de pago del SIS, no solo quita la cuenta de intangible, sino que comienza a fraccionar el pago, paga trimestralmente, no puedo poner en mi Plan anual de contrataciones, ni sacar un proceso si no tengo la certificación presupuestal del proceso. Entonces si tú me vas a pagar por partes le obligas a fraccionar mis compras. Este año el SIS ha dado el 90% de adelanto a comienzo del año.

Por otro lado, el PPR me ha generado lo que antes había, farmacia de IRA, de EDA, de materno, escolar, de TB, se tenía 17 farmacias, el clotrimoxazol estaba en EDA venia el paciente con IRA no le puedo dar a pesar de tenerlo, ¿Qué se hizo con el SISMED?, todo es uno solo. Es una gran fuente de ingreso, pero no de salida, todo es una sola farmacia. ¿Qué ha hecho PpR? Otra vez a fraccionado todo y no me permiten venderlo, viene gente con recetas a comprar y no se puede porque piden que salga por DyT.

Antes la farmacia como era una sola, abrí una ventana a la puerta a la calle, estaba abastecido y podía vender a los que venían de atenciones privadas. Ahora vas con tu receta privada, el primer problema que encontraras es que no tienen, segundo te negaran la venta porque todo lo que es DyT sale por DyT, no lo puedes vender.

Con el PPR has creado médicos, enfermeras EDA, enfermeras IDA, enfermeras de inmunizaciones que no hacen CRED.

Estos años han sido unos años muy complejos, en normativa, no muy buenos. Y algo que siempre está en la mirada de todos, es que siempre dicen, que van a hacer redes integradas y habrá intercambio prestacional, que cualquier paciente se va a ir a cualquier establecimiento y lo van a atender, sea del seguro o sea de la fuerza armada, y eso es un dicho que se viene repitiendo, pero no se avanza nada. No tienes ni siquiera estructura de costos establecida. No tienes ni siquiera cómo reconocer uno al otro cuánto cuesta, como si para todos costara igual. Penosamente en la estructura de costos no somos iguales. Essalud paga 16 sueldos y MINSa paga 12. El 60% del gasto en una entidad pública prestadora de servicios es personal y si uno tiene 16 sueldos y el otro 12, cómo dices que la misma prestación cuesta igual. Las regiones han firmado el intercambio prestacional, pero se hace muy poco.

Hay un desorden grande. Ya el país era descentralizado y habíamos avanzado incluso teniendo la descentralización. Pero ahora hay mucho desorden, se necesita ordenar.

Han colocado a responsables porque ha estudiado en universidades de renombre, no porque tengan capacidad de gestión, tú puedes ser un buen catedrático, puedes tener doctorados, pero necesitas tener un nivel de manejo de gestión. Los estudios están bien pero para decidir por gestores, necesitan que además tengan experiencia en gestión.

Lucha contra la corrupción es buena, pero le han dado un poder enorme a contraloría, que incluso el Tribunal Constitucional ha observado la facultad que le han dado a la Contraloría para que haga procesos sancionadores. Sumado a eso, ahora todos se van presos, aunque no tenga juicio, ante esta realidad la mayoría de gestores prefieren no ejecutar, el miedo ha paralizado a mucha gente y hay muchos gestores que ya no quieren tener cargo, mucha gente ahora está pensando con lo que me van a pagar y con los problemas que voy a tener, no vale la pena, varios han dicho que no. Entonces no tienes los mejores cuadros.

El Estado está generando gestores públicos, ¿qué porcentajes de esos servidores públicos están en un cargo? La verdad muy pocos, generas un diferencial de sueldo entre tus directivos que ocasiona incomodidad en el resto.

8. Con respecto a la gestión de los almacenes e inventarios y el abastecimiento de los medicamentos, materiales e insumos médicos, ¿qué opinión tiene al respecto de la gestión dada en ese periodo 2014 al 2019?

La verdad es que esta casi cero. Hay mucho esfuerzo para lograr asegurar calidad al comprar, pero los productos farmacéuticos son sustancias químicas que se alteran si es que tú no mantienes la cadena de almacenamiento en forma adecuada. En el sector público los almacenes, no cuentan con Buenas Prácticas de almacenamiento - BPA, es muy crítico. Estas mandando medicamentos a regiones enteras donde nadie te garantiza que en la cadena de transporte no se pierda las BPA.

Cuando haces farmacovigilancia no puedes definir si el resultado deficiente o malo del medicamento o del insumo es responsabilidad del fabricante o de las condiciones de almacenamiento. La Región San Martín tenía un almacén recién construido, pero sin aire acondicionado, la temperatura dentro era muy elevada, y los productos se afectaban, se inmovilizaba el lote a nivel nacional, se sacaba una alerta, venía el fabricante y decía que le hacían un daño terrible, son miles o millones de soles que se afectaban.

Es una obligación del Estado garantizar la calidad del producto hasta que le llegue al usuario y eso se pierde apenas lo compramos e ingresa a nuestros almacenes. Todo el esfuerzo que se hace para tener la ley, para garantizar que los medicamentos sean de buena calidad, para que cuando lo compres entre al sistema de control de calidad del MINSA y lo mandas a lugares donde no están adecuadamente almacenados.

En transporte tuvimos que sacar una norma que recién he visto que lo están cumpliendo de buenas prácticas de transporte porque lo mandaban en cajas a través de los bus de transporte interprovincial de personas, como encomienda.

Pero almacén es un tema muy muy crítico, no sólo por la condición de almacenamiento, sino por la gestión. ¿Qué es lo que pasa cuando el almacén pertenece al hospital o pertenece a la DIRIS o pertenece a la región? El bien es de la DIRIS, del hospital o de la

región. Pero ya tengo mi lectura del país. Digo, lo que me está sobrando en Cuzco se lo voy a pasar a Arequipa. ¿Puedo? No puedo. Porque el bien ya es de esa ejecutora.

Si tuviese que hacer gestión ahora, generaría algunos macro almacenes a nivel de país, a cargo de operador logístico, el medicamento sería del operador logístico y no de la ejecutora, esto permitiría gestionar a nivel nacional abasteciendo a las IPRESS por un sistema de reposición, en este momento no se puede hacer eso porque ahora el producto es de Arequipa o es del hospital, de la DIRIS, y cuando lo quieren pasar a otra ejecutora, tienen miedo, ven como que van a perder dinero porque es parte de su presupuesto.

No hay una gestión de almacenes nacional, falta un operador logístico nacional que tenga la gestión de almacenes y que vea el suministro del país. Lo importante es que tú puedas tener la gestión logística de tu almacén. Que tú puedas redistribuir de acuerdo a como lo necesita el país, antes que llegue y sea parte de ellos porque luego es difícil sacarlo.

El SIGA no llegaba al manejo de farmacia. Entonces había el SISMED como software de farmacia y había un SIGA-SISMED. Pero lo más importante eran las NEAS la nota de entrada provisional y el PPA (pedido provisional de almacenes), no te lo debo dar con pecosa sino con un pedido provisional. Al final del mes cuando ya se tenga el consumo debo generar mi pecosa. Eso también ya nadie está monitoreando. Me decían que hace más de 5 años la mesa del SISMED dejó de funcionar. Entonces ¿quién ha estado gestionando? Como ya no se sabe quién es el responsable, se desactivo la mesa. Nuevamente se ha activado otra vez, pero con responsabilidades muy fraccionadas no muy claras.

9. ¿Considera que existe una articulación entre los diversos actores involucrados que redundan en la gestión de los medicamentos, materiales e insumos médicos?

No existe una articulación, cada uno ve su parte y hay hasta cruces. No hay articulación.

10. ¿Qué problemática ha observado en el tema del almacenamiento de estos bienes?

El que los almacenes especializados de las regiones, de las DIRIS no cuenten con BPA (infraestructura, equipamiento, recurso humano, procedimientos, entre otros), representan un potencial riesgo de conservación de los productos farmacéuticos y dispositivos médicos. Otros aspectos con problemas de gestión son el transporte, la distribución y gestión de stock.

11. ¿Qué factores ha encontrado que considera afecta en la programación que se hace de los medicamentos, insumos y materiales médicos?

Existen factores sociales, climatológicos que afectan en la programación. ¿Quién hace la programación? Lo hace el logístico. Quien generalmente lo que hace es copiar lo del año anterior. Esto porque también le dan poco tiempo para programar, entonces lo que le queda es copiar lo anterior.

Otro tema que se da en la programación, es que se da sobre los protocolos establecidos pero que en la realidad no siempre se dan. Por ejemplo, con la isoniacida, según lo que dice el protocolo, el medicamento debe darse no solo al paciente sino a dos personas de contacto directo. Pero estos contactos no van. Esto se da para las personas que tienen TBC, algunos de ellos son drogadictos o alcohólicos, no van al establecimiento y sus contactos

directos menos, pero se hace la programación por 3, es decir para el paciente y para dos personas más. Entonces terminas con un sobre stock en el almacén y terminas con medicamentos vencidos, porque no pudieron ser consumidos.

La prescripción médica, una misma enfermedad puede ser tratada de varias maneras y la receta dependerá de lo que el médico indique. Eso es muy particular de cada profesional. Entonces el médico termina recetando aquello que no fue programado. Esto es porque no se dan las guías de prácticas clínicas.

Otro aspecto que afecta la programación es la calidad de información de necesidades, stock, en tránsito, demanda no atendida, entre otros.

12. ¿Considera que la normativa afecta en la gestión de los medicamentos, insumos y materiales médicos? ¿Qué puntos considera que deben ser contemplados que ayuden a una mejora en la gestión?

Debe modificarse la Subasta inversa para poder dar la Buena Pro a pasar que se haya presentado un solo postor.

Debe ampliarse los procedimientos de adquisiciones para cubrir espacios donde hay mucha incertidumbre sobre los beneficios tener la opción de pagar si se ha obtenido los resultados clínicos, lo que se conoce como pago por resultado. Sería recomendable tener a una empresa que suministre los medicamentos, que sea adjudicada no por la cantidad del ítem, sino por un periodo determinado. De esta manera nos aseguraríamos que tendríamos un abastecimiento de los medicamentos.

Debe establecerse el procedimiento para que los comités farmacoterapéuticos puedan ofrecer medicamentos fuera del PNUME.

Debe incentivarse el registro de nuevos medicamentos donde se tenga un solo postor a nivel nacional.

Debe trabajarse fichas de homologación para dispositivos médicos y equipos biomédicos.

13. ¿Qué considera podría mejorarse en el tema de la gestión de los suministros de medicamentos, materiales e insumos médicos?

Debe tenerse metas nacionales claras, colocarlas en los acuerdos de gestión, medirlas de forma frecuente, identificar causas de no cumplimiento y plantear soluciones al proceso para evitar que vuelvan a repetirse. La medición requiere contar con data oportuna y de calidad.

Definir los perfiles del personal necesario, lograr meterlos y mantener un sistema de capacitación permanente.

Plantear un plan de inversiones para tener una cadena de almacenamiento y de transporte que garantice el mantenimiento de la calidad de los medicamentos.

Lograr diferenciar la fuente de financiamiento para regresar a tener la cuenta intangible independiente de las fuentes de ingreso.

No tener la obligación de sacar los medicamentos por las mismas fuentes de ingreso.

Mejorar los presupuestos.

Fortalecer la coordinación y articulación entre las instancias del MINSA que tienen que ver con la gestión de estos bienes: DIGEMID, CENARES, DGOS, SIS, así como los gobiernos regionales y locales.

14. Si tuviera la opción de tomar decisiones para dar solución a esta problemática, ¿Qué acciones tomaría?

Entre las acciones a realizar para mejorar, transparentar información mostrando al público la situación actual de disponibilidad de medicamentos (sobre stock, desabastecimiento, medicamentos vencidos) a nivel local (establecimiento de salud), nivel regional (almacenes especializados) y nivel nacional basado a través de indicador adecuado y correcto basado en una ficha, como una línea de base y con un compromiso de mejora (por ejemplo si la fecha de corte es 50% para diciembre próximo año a más de 90%, el actual indicador enmascara la real situación).

Las modalidades de contratación deben orientar a contratar empresas que suministren lo que se requiere en un plazo de tiempo, por ejemplo 2 años y no cantidades exactas de los contratos, porque se hace inmanejable el monitoreo de la ejecución contractual y además porque la programación tiene muchas aristas que conllevan a requerir insuficiente y/o en sobre stock. Ejemplo por falta de guías de práctica clínica, protocolos de tratamiento, muchos cambios de prescripción por la discrecionalidad que manejan los prescriptores serumistas y/o contratados, calidad de información de consumo como la falta de información de demanda insatisfecha

A nivel de proceso de almacenamiento, se debe considerar que el producto es de nivel central y no de las regiones que facilite la redistribución a nivel de regiones y/o establecimientos de salud, también el manejo de almacenes macro regionales para garantizar calidad y conservación de los productos considerando que ninguno de los AEM tiene Buenas Prácticas de Almacenamiento.

Considerar que el medicamento es un medio no un fin, por lo tanto, debe considerarse el modelo de atención de salud, con un enfoque es preventivo promocional más que recuperativo. Modelo que se basa en la salud familiar, en fortalecer el primer nivel. Eso significa que el nuevo modelo que se adopte también traerá consigo el cambio de financiamiento toda vez que el mayor gasto o inversión será en la atención primaria.

Debe darse una mayor importancia a la prevención.

Debe haber un responsable nacional para el tema de equipamiento.

Medir el desempeño de los equipos de gestión de todos los niveles a fin de asegurar que cumplan con las funciones, compromisos, entre otros. Ver modelos de incentivos monetarios y no monetarios.

Anexo 6. Proceso de codificación

PROCESO DE CODIFICACIÓN

ENTREVISTA – E1

Preguntas genéricas	Respuestas y otras preguntas adicionales	Frases codificadas	Categorías, sub categorías y microcategorías	Cód.
1. ¿Cómo considera que ha sido la gestión de los bienes referidos al equipamiento en el Sector Salud en el periodo comprendido entre el 2014 al 2019?	Es una gestión que a pesar de las disposiciones normativas para el inventario, el control patrimonial, la asignación al usuario, no se cumple en el sector salud. Me parece que se debe a varios factores: 1 puede ser el desconocimiento a las normas sobre todo de los que hacen uso, de los profesionales, 2 la inadecuada asignación de los bienes a los profesionales , yo por ejemplo trabajo en un consultorio y allí me colocan todos los bienes, me asignan, pero ese consultorio es múltiple, tiene varios turnos, entonces al final ¿cómo es, ¿a quién le asignan? ¿Quién se hace responsable de los bienes? Y si hay un servicio y está el jefe del servicio tendrá que asumir el jefe de servicio, porque en realidad pueden haber tres médicos, dos médicos como mínimo o profesionales de la salud, pueden ser oncólogos, sicólogos, obstetras, etc. Y el desconocimiento de las normas, hay una falta de capacitación y el tercero es que la gente que trabaja para patrimonio no hace su trabajo. Entonces todo eso confluye para no tener un sistema ordenado y la verdad es que hasta ahora se mantiene.	A pesar de las disposiciones normativas para el inventario, el control patrimonial, la asignación al usuario, no se cumple en el sector salud Se debe a varios factores: 1 desconocimiento a las normas Inadecuada asignación de los bienes a los profesionales. Falta de capacitación La gente que trabaja para patrimonio no hace su trabajo.	Incumplimiento de normas	1
			Desconocimiento a las normas	2
			Inadecuada asignación de los bienes	3
			Falta de capacitación	4
			Ineficiente labor del personal de patrimonio	5
2. ¿Qué aristas importantes ha encontrado en la	Los procesos de compras están supeditados a la disponibilidad presupuestal. Desde la dación de un documento técnico para la elaboración de un plan de equipamiento ha habido un cambio positivo desde mi	Los procesos de compras están supeditados a la disponibilidad presupuestal. La asignación de presupuesto no está en relación al	Inconsistencia presupuestal	6

<p>gestión de estos bienes de equipamiento que se relacionan con las adquisiciones?</p>	<p>punto de vista, pero aun la planificación de la reposición de equipos tiene problemas. Y la asignación de recursos también tiene problemas. Porque para el proceso de compra si tengo dinero que me llega por RO regularmente, entonces yo podría hacer una planificación, en base al documento técnico del plan de equipamiento también podría hacer una planificación, pero lo que sucede es que la asignación de presupuesto no está en relación al plan. Si tengo para reponer ecógrafos, camas y tengo un mobiliario clínico oxidado que hayo que ponerle ladrillos para que esté parada la cama o para que no se caiga, no le asigna el presupuesto. Entonces eso es un tema, la certificación, la asignación de presupuesto es principal. En el proceso logístico las especificaciones técnicas, el usuario quiere comprar el equipo de acuerdo a sus propios intereses y alguna especialización o curso que ha llevado o la influencia de un agente externo o una marca específica. Y por eso es que encontramos múltiples equipos en los servicios de salud y tienes que hacer solicitud de mantenimiento individuales que te elevan los costos para el mantenimiento y eso es muy continuo. Lo otro es el proceso logístico, el proceso logístico en sí. Porque hay procesos que en el marco normativo se lanzan pero a veces se paralizan y quedan meses allí, paralizados, impugnados o con procesos en OSCE y hacen que este proceso no se lleve a cabo, llega fin de año y quieren alargar como sea el proceso. Y esas cosas originan devolución de presupuesto. Entonces el problema está en la asignación de presupuesto, en la elaboración de un plan de reposición de equipos que no se cumple como debiera y en el proceso logístico. Y si se concluye</p>	<p>plan.</p> <p>En el proceso logístico las especificaciones técnicas, el usuario quiere comprar el equipo de acuerdo a sus propios intereses y alguna especialización o curso que ha llevado o la influencia de un agente externo o una marca específica.</p> <p>Por eso es que encontramos múltiples equipos en los servicios de salud y tienes que hacer solicitud de mantenimiento individuales que te elevan los costos para el mantenimiento</p> <p>Lo otro es el proceso logístico, el proceso logístico en sí, se lanzan, y quedan meses allí, paralizados, impugnados o con procesos, Y esas cosas originan devolución de presupuesto</p>	<p>No hay especificaciones técnicas definidas</p> <p>Mantenimientos diversos por falta de estándar equipos</p> <p>Problemas en proceso logístico</p>	<p>7</p> <p>8</p> <p>9</p>
---	---	--	--	----------------------------

	<p>el proceso logístico también hay problemas en la recepción del bien, que es otra de las cosas porque a veces no coincide el bien con lo que ha estado en las especificaciones técnicas porque los procesos de compras se hacen en base a declaraciones juradas. Entonces el proveedor dice declaro bajo juramento que lo que me estás pidiendo es lo que te voy a entregar pero como tu estas seguro si ya ni siquiera puedes evaluar el equipo, al menos en ese periodo de tiempo que te decía, porque hemos tenido varios procesos en ese periodo de tiempo. Entonces las famosas declaraciones juradas eran un dolor de cabeza.</p>	<p>Hay problemas en la recepción del bien, no coincide el bien con lo que ha estado en las especificaciones técnicas porque los procesos de compras se hacen en base a declaraciones juradas, ni siquiera puedes evaluar el equipo</p>	<p>Problemas en recepción del bien</p>	<p>10</p>
<p>3. ¿Cuál es la situación o problemática que observa o ha observado con respecto al tema del mantenimiento del equipamiento en este sector?</p>	<p>Es el mismo tema de la adquisición, presupuesto. Presupuesto limitado, tienen múltiples equipos que tienen muchos años, mal uso de los equipos, se deterioran, no hay un mantenimiento preventivo y llegas hasta el mantenimiento correctivo que es de alto costo. Y entonces se genera todo el problema. Falta de presupuesto, hay un documento para el lineamiento del plan de mantenimiento multianual, tampoco se cumplen porque la asignación del presupuesto tiene que estar correlacionadas con el plan entonces tenemos planes con muchos requerimientos y poquísimos presupuesto. Entonces entra el círculo vicioso. Entonces ¿qué priorizo? Prioriza el que grita más, el médico que grita más y son correctivos,</p>	<p>Presupuesto limitado, tienen múltiples equipos que tienen muchos años No hay un mantenimiento preventivo y llegas hasta el mantenimiento correctivo que es de alto costo. Falta de presupuesto, hay un documento para el lineamiento del plan de mantenimiento multianual, tampoco se cumplen porque la asignación del presupuesto tiene que estar correlacionadas con el plan entonces</p>	<p>Presupuesto limitado Falta mantenimiento preventivo Falta presupuesto Falta de lineamiento de presupuesto con plan</p>	<p>11 12 13 14</p>

	<p>entonces ese es el tema y en el proceso mismo no hay empresas adecuadas para que hagan el mantenimiento. Entonces nosotros en algún momento cuando estuvimos en DGIEM planteamos la posibilidad de que se inscriban en DGIEM y que los acredite bajo estándares de calidad. Que tengan un listado, un catálogo de prestadores en los que pudiera uno recurrir con confianza porque alguien los ha certificado. Bueno salimos de DGIEM y eso no se pudo hacer pero ahora ¿quién lo podría hacer con este enfoque de economía de mercado? O sea, de libre mercado. Yo pongo hoy día mi empresa, mañana ya lo desactivo entonces ¿a quién le reclamo? Esa es otra de las cosas, el servicio post mantenimiento no es previsible salvo en las casas formales, pero hay otras a los cuales los logísticos llegan por lo más barato, entonces lo más barato sale más caro. Te digo porque por ejemplo cuando estuve en un hospital trabajando contraté a un ingeniero electrónico que tenía experiencia en este tema, había un contrato de mantenimiento preventivo de equipos de rayos x entonces le digo chequéate como están haciendo el mantenimiento y se dio cuenta que habían extraído circuitos integrados de un equipo de rayos x porque había otro hospital que tenía el mismo equipo y habían hecho el cambio y al nuestro lo habían dejado sin circuito integrado. Y hacían eso, entonces son empresas que ¿quién las controla? Debería haber una entidad que los controle, que los supervise, que verifique que el trabajo que están haciendo es el adecuado. Nadie está en contra de la economía de mercado, ni del libre mercado, ni de la libre competencia, pero al menos alguien que los regule y los controle, que realmente lo</p>	<p>tenemos planes con muchos requerimientos y poquísimo presupuesto. Entonces ¿qué priorizo? Prioriza el que grita más y son correctivos</p> <p>No hay empresas adecuadas para que hagan el mantenimiento, planteamos la posibilidad, DGIEM los acredite bajo estándares de calidad en los que pudiera uno recurrir con confianza</p> <p>Salimos de DGIEM y eso no se pudo hacer</p> <p>Los logísticos llegan por lo más barato</p> <p>Se dio cuenta que habían extraído circuitos integrados de un equipo de rayos x porque había otro hospital que tenía el mismo equipo y habían hecho el cambio, ¿quién las controla? Debería haber una entidad que los controle, que los supervise, que realmente lo que hacen es cierto</p>	<p>Falta proveedores certificados</p> <p>Cambio de gestores</p> <p>Logística selecciona por precios</p> <p>Falta ente regulador</p>	<p>15</p> <p>16</p> <p>17</p> <p>18</p>
--	---	---	---	---

	que hacen es cierto. Ese es el otro problema.			
4. ¿Ha encontrado algún tipo de situación en la que la normativa en este sector haya afectado con la gestión que se da en el equipamiento? ¿cuáles han sido?	No, al contrario, creo que ha ido orientado a que haya una mejor gestión del equipamiento. Primero las normas sobre infraestructura y equipamiento por niveles de atención. Lo segundo el plan de equipamiento, y el tercero el plan de mantenimiento. Entonces yo creo que más ha ido hacia el ordenamiento, hacia ayudar al gestor para tener herramienta de gestión que dejarlo sin posibilidad de apoyo.	No, al contrario, creo que ha ido orientado a que haya una mejor gestión del equipamiento.	Normativa orientada a mejorar gestión	19
5. ¿Existe una gestión de la información en este sector que ayude en la toma de decisiones y en la gestión que se da en el aspecto de equipamiento? Si la respuesta es no, preguntar en qué situaciones se evidenció?	Se supone que es el SIGA el que tenemos como herramienta pero no tiene toda la información de los equipos. Porque muchos de estos equipos no están en el sistema, no los ingresan en el inventario, hay muchos sobrantes y faltantes. Producto de las reorganizaciones. Cuando haces una transferencia de una unidad ejecutora a otra tienes que transferir todo y en ese proceso es donde se pierden cosas o se incorporan por polladas, parrilladas y nunca aparecen en el inventario. Porque falta ese presupuesto para eso. Lo que ha pasado en Arequipa por ejemplo, en el Goyeneche que ha hecho su parrillada para que puedan comprar equipos, equipos pequeños porque no van a hacer una parrillada para comprar un equipo de medio millón de soles. Entonces ese equipo ¿cómo entra? Ni siquiera hacen el proceso de donación. No se hace nada y aparecen sobrantes y faltantes. Y eso es el principal problema. Hay herramientas que le ha dado el sistema rector y también cuenta con una herramienta	El SIGA como herramienta pero no tiene toda la información muchos de estos equipos no están en el sistema, hay muchos sobrantes y faltantes. Producto de las reorganizaciones. haces una transferencia de una unidad ejecutora a otra y en ese proceso se pierden cosas o se incorporan por polladas, parrilladas y nunca aparecen en el inventario. Porque falta ese presupuesto ese equipo ¿cómo entra? Ni siquiera hacen el proceso de donación.. Hay herramientas que le ha dado el sistema rector, pero no se usa.	Falta de ingreso de información en SIGA	20

	<p>informática como es el SIGA para que puedan hacer una gestión de todo el proceso, desde la compra, hasta el sistema de mantenimiento y todo lo demás, pero no se usa. Mira cuantos años desde el 2005 que empezó el Ministerio de Salud, estamos 1019, 15 años.</p>			
<p>6. Ante la vasta experiencia que tiene en este sector, ¿qué puntos relevantes considera son los que deben mejorarse en la gestión del equipamiento en el sector salud?</p>	<p>Yo creo que es necesario contar con profesionales que se dediquen a este tema. Sé que hay algunas facultades como la Católica, Cayetano Heredia, contadas que están generando especialistas o profesionales para la gestión de equipos biomédicos pero a esto se suman los ingenieros electrónicos que digamos son una fuerza laborar importante pero que no están capacitados para hacer gestión de equipos biomédicos, porque son electrónicos, pero en el camino van aprendiendo, esa curva de aprendizaje tiene su costo, hasta que lleguen a aprender cuántas cosas ha pasado con la gestión de los equipos y cuando llegan a aprender, como son contratos temporales se van, entonces, esa curva de aprendizaje vuelve a cero hasta que encuentres a alguien y otra vez, es un círculo vicioso. Por eso es que tenemos los problemas que tenemos.</p> <p>Yo entiendo que es una política, la ministra en la gestión actual está tratando de hacer una política de equipamiento, una política de gestión de equipamiento. Sin embargo creo yo que ya se dieron los primeros pasos desde 2013, 2014, para adelante sobre ese tema. Lo que tenemos que hacer es generar un programa presupuestal que pueda ser controlado, que pueda ser gestionado, que ayude en la gestión, porque si bien es cierto se asignan presupuestos que no pueden ser</p>	<p>Es necesario contar con profesionales que se dediquen a este tema. hay algunas facultades que están generando profesionales para la gestión de equipos biomédicos se suman los ingenieros electrónicos pero que no están capacitados para hacer gestión de equipos biomédicos, van aprendiendo, esa curva de aprendizaje tiene su costo, cuando llegan a aprender, se van, entonces, esa curva de aprendizaje vuelve a cero</p> <p>Generar un programa presupuestal que ayude en la gestión, faltaría el tema del ordenamiento presupuestal, que se cumpla lo que</p>	<p>Faltan profesionales especialistas</p> <p>Generar un programa presupuestal</p>	<p>21</p> <p>22</p>

	<p>movidos pero aun así no funciona, entonces con un ordenamiento, el sector tiene un ordenamiento normativo, faltaría el tema del ordenamiento presupuestal que pueda ir enfocado hacia contar con profesionales idóneos, que se cumpla lo que está estipulado en el plan, y que vaya creciendo para que llegue a una meta de mantener los equipos óptimos. Si contamos con profesionales, presupuesto, un plan que se cumple entonces las cosas van a ir funcionando. Si no...</p>	<p>está estipulado en el plan, y que vaya creciendo para que llegue a una meta de mantener los equipos óptimos.</p>		
<p>7. ¿Cómo considera que ha sido la gestión de los bienes en el sector salud en lo que corresponde a los medicamentos, materiales e insumos médicos en el periodo del 2014 al 2019?</p>	<p>Esto está regulado desde cuando se emite la norma del SISMED que busca que haya economía de escala y se planifique de manera importante para que los procesos de compras sean regionales. Antes eran direcciones regionales de salud, luego en DISAS y luego en gobiernos regionales. Y luego se crea CENARES para la compra de productos farmacéuticos. Ahora, la orientación está buena, lo que falta es la gestión logística. Siempre el problema está en la parte logística. Por ejemplo lanzas un producto X y de pronto es un solo proveedor en el mercado y tu cotización está a 0.10. Pero el único proveedor del mercado dice no, no me interesa ese valor. Entonces me presento por 30. Tres veces o dos veces más el valor. Y se cae el proceso. Y tienes que otra vez hacer compras fraccionadas. Y eso eleva los costos de prestación de los servicios. Si bien es cierto hay toda una corriente hacia la mejora de la compra centralizada para el suministro de los productos farmacéuticos hay un problema en la gestión logística todavía. En la misma compra y en el proceso logístico de entrega. Porque a pesar que se hacen los contratos,</p>	<p>Lo que falta es la gestión logística. Por ejemplo lanzas un producto X y de pronto es un solo proveedor en el mercado. Y se cae el proceso. Y tienes que hacer compras fraccionadas. Y eso eleva los costos de prestación de los servicios. hay un problema. En la misma compra y en el proceso logístico de entrega, la entrega de los bienes no se hacen a tiempo</p>	<p>Falta gestión logística</p>	<p>23</p>

	<p>la firma de contratos, la entrega de los bienes no se hacen a tiempo. Hoy todavía hay contratos del 2015 creo que están vigentes de entregar, 2016, 2017 están entregándose los productos, eso escuche en una última reunión que tuvimos con CENARES, ¿cómo puede ser posible que eso pase? Se ha hecho un proceso para un periodo de un año, ¿cómo es que ha llegado esto hasta el 2019? Entonces esos temas, una mala programación y el otro tema es que para que eso perpetúe existe también la dispensación, un problema en la dispensación sería, porque so pretexto de acceso a medicamentos genéricos o esenciales hay apertura del Estado hacia las personas para que puedan acceder a medicamentos para que se curen pero muchos llegan con recetas de 30, 60, 80 unidades que en una sola entrega quieren les compre y se lo entregan porque si no reclaman que no le están dando sus productos. Entonces así hay pacientes crónicos o pseudo crónicos y luego salen los productos y cuando llega otra persona ya no hay el producto. Entonces con el enfoque de aseguramiento se supone que nadie debería comprar productos farmacéuticos porque ya tienen acceso al seguro, entonces el seguro es el que le tiene que entregar el producto. ¿Por qué vamos a vender productos farmacéuticos? Solamente estarían los de la calle, los establecimientos públicos no deberían vender productos farmacéuticos. Y con eso se regularía un poco el mercado y ya no aparecerían productos farmacéuticos en El Hueco o en pseudo boticas.</p>	<p>Existe también la dispensación, un problema hay apertura del Estado hacia las personas para que puedan acceder a medicamentos para que se curen pero muchos llegan con recetas de 30, 60, 80 unidades productos y cuando llega otra persona ya no hay el producto. Con el enfoque de aseguramiento se supone que nadie debería comprar productos farmacéuticos el seguro es el que le tiene que entregar el producto. ¿Por qué vamos a vender productos farmacéuticos? Solamente estarían los de la calle</p>	<p>Problemas en dispensación</p>	<p>24</p>
<p>8. Con respecto a la gestión de los</p>	<p>Eso es un dolor de cabeza, en Lima Metropolitana, siendo una ciudad importante, no hay almacenes</p>	<p>En Lima Metropolitana, no hay almacenes especializados de</p>	<p>No hay almacenes certificados</p>	<p>25</p>

<p>almacenes e inventarios y el abastecimiento de los medicamentos, materiales e insumos médicos, ¿qué opinión tiene al respecto de la gestión dada en ese periodo 2014 al 2019?</p>	<p>especializados de medicamentos en el sector público, el único que se hizo fue creo en Lima Este en el 2003, 2004. También ya está sobresaturado ahora. El SIGA también te puede ayudar para ese tema pero tampoco se usa. Entonces cuando tú vas a ver no tienes una dimensión real de cuáles son tus inventarios. El SISMED también controla los medicamentos en los puntos de venta con reportes mensuales pero son reportes al cierre de mes y hasta que lo registren está pasando quince días por lo menos. Entonces tienes un desfase de 45 días, no hay nada en realidad que te ayude a hacer una gestión de productos farmacéuticos en tiempo real, nada. Desde el año 2000 hasta la fecha, son 20 años, 20 años del sistema de gestión de suministro de medicamentos y no ha habido un avance.</p>	<p>medicamentos en el sector público El SIGA también te puede ayudar pero tampoco se usa.</p> <p>No tienes una dimensión real de cuáles son tus inventarios. El SISMED también controla los medicamentos en los puntos de venta pero son reportes al cierre de mes y hasta que lo registren está pasando quince días desfase de 45 días, No hay nada en realidad que te ayude a hacer una gestión de productos farmacéuticos en tiempo real, nada</p>	<p>No usan el SIGA</p> <p>Falta información de inventarios</p> <p>Desfase de información inventarios</p>	<p>26</p> <p>27</p> <p>28</p>
<p>9. ¿Considera que existe una articulación entre los diversos actores involucrados que redundan en la gestión de los medicamentos, materiales e insumos médicos?</p>	<p>Sí hay esfuerzos, de todos ellos, hay esfuerzos para mejorar las cosas, puede mejorar la parte normativa, puede mejorar la gestión, pero en donde no mejora es en la parte operativa. Entonces tendría que tener almacenes en cada establecimiento de salud, tendría que tener 380 almacenes en Lima Metropolitana de establecimientos de salud que cumplan su BPA, que tenga su químico farmacéutico, su cadena de frío para los productos y eso pasa, cada dispensador debería estar como cuando vas a una farmacia privada con su sistema y en tiempo real saber qué producto tienes y dispensarlo y entregarlo y saber cuánto te queda en almacén. No puedes hacer eso. Entonces, hay gestión digamos macro para solucionar el tema, el problema está en el nivel operativo, allí se pierde el control de la gestión. Porque luego la distribución de un sub</p>	<p>El problema está en el nivel operativo, allí se pierde el control de la gestión.</p>	<p>Problema nivel operativo</p>	<p>29</p>

	almacén a un establecimiento tiene problemas y por eso es que a veces se encuentra stock en almacenes de vencidos.			
10. ¿Qué problemática ha observado en el tema del almacenamiento de estos bienes?	Cumplimiento de BPA no hay. Yo estuve a cargo de la gestión de medicamentos en IGSS e intenté hacer una contratación, una convocatoria para un almacén centralizado con gestión de distribución de productos farmacéuticos a los 380 establecimientos que había en Lima Metropolitana, incluidos hospitales. Hicimos toda la gestión, hicimos el estudio de mercado y desactivaron el IGSS. Por decisión política. Entonces eso es lo que le falta. Pero ya el Ministerio está tomando cartas en el asunto ahora porque tiene un programa de inversiones de creación de redes integradas y un proyecto de inversión, el quinto proyecto de inversión está centrado en contar con un almacén centralizado de productos farmacéuticos y una gestión adecuada de la cadena logística, que ese es el principal problema que tiene Lima Metropolitana y todo el país. Ahora nadie te garantiza que lo que te están poniendo en la vena realmente tiene la conservación adecuada excepto probablemente Essalud que tiene contratado a un tercero. Pero después en el Ministerio de Salud hay que persignarse si eres cristiano para que no pase nada.	Cumplimiento de BPA no hay. nadie te garantiza que lo que te están poniendo en la vena realmente tiene la conservación adecuada excepto probablemente Essalud	Incumplimiento de BPA	30
11. ¿Qué factores ha encontrado que considera afecta en la programación que se hace de los medicamentos,	En todo el país, en las zonas rurales va a depender de la existencia de profesionales. En las ciudades a pesar de contar con el Petitorio Nacional de Medicamentos, a pesar de contar con guías de prácticas clínicas, nacionales o las que son elaboradas y validadas y aprobadas en	En las zonas rurales va a depender de la existencia de profesionales	Escasez de profesionales	31

<p>insumos materiales médicos?</p>	<p>y</p>	<p>las instituciones, aun así no se usan esos productos que están allí. depende del criterio profesional la prescripción. Y entonces mientras puedes estar programando un producto A, están dando un producto C que no está en la farmacia ni en el almacén y qué es lo que pasa cuando llega la receta le dicen no, no tenemos este producto y que es lo que pasa con el usuario, no, no tienen productos en el Ministerio de Salud, en ninguno de los establecimientos de salud, entonces ese es otro tema. No hay un lineamiento hacia el uso de los protocolos o guías de práctica clínica. Porque sería muy sencillo teniendo la guía de práctica clínica saber qué productos uso para el inicio, la segunda fase y la tercera fase sabiendo cuáles son las proporciones de éstos, multiplico simplemente los productos por el número de pacientes que espero y ya tendría mi programación, pero hago eso y no se cumple por estas cosas. Y ese es el principal problema. La gente que ya tiene muchos años conoce que hay que hacer programación con estacionalidad, los posibles brotes, la carga de enfermedades, el estudio epidemiológico pero aun es difícil, no hay una certeza y por eso es que se establecen algunos márgenes digamos de, no errores, como una especie de contención sus márgenes para que más menos sobre eso yo pueda hacer la programación de estos bienes. En algunos casos sí hay una sobre programación, no sólo estimado, porque en un</p>	<p>Depende del criterio profesional la prescripción. Mientras puedes estar programando un producto A, están dando un producto C que no está en la farmacia ni en el. No hay un lineamiento hacia el uso de los protocolos o guías de práctica clínica. sería muy sencillo teniendo la guía de práctica clínica saber qué productos uso para el inicio, la segunda fase y la tercera fase, multiplico simplemente los productos por el número de pacientes tendría mi programación, no se cumple por estas cosas.</p> <p>En algunos casos sí hay una sobre programación, existe un problema que está siendo recurrentemente y luego compras y se acaba el problema o se soluciona y te quedas con el stock</p>	<p>Falta de alineamiento a guías de práctica clínica.</p> <p>Sobre programación</p>	<p>32</p> <p>33</p>
------------------------------------	----------	---	---	---	---------------------

	<p>caso determinado por ejemplo existe un problema que está siendo recurrentemente y luego compras y se acaba el problema o se soluciona y te quedas con el stock y hay que hacer todo el proceso de redistribución de los productos. Esa es otra de las cosas además también de la propia percepción del profesional que quiere usar determinado producto.</p>			
<p>12. ¿Considera que la normativa afecta en la gestión de los medicamentos, insumos y materiales médicos? ¿Qué puntos considera que deben ser contemplados que ayuden a una mejora en la gestión?</p>	<p>Yo creo que no, al igual que en infraestructura también hay normativa de apoyo. El problema es el usuario que dispensa el profesional y lo que a veces el ciudadano también se empodera en pedir. También dice no yo no quiero ese producto. Y el médico o el paciente dice no yo no quiero, entonces dice doctor o profesional cuál es el otro producto que puedo comprar. Entonces ¿para qué tenemos el petitorio? Ahora hay otros productos que no están en el petitorio pero que están relacionados a enfermedades de alto costo o enfermedades raras y huérfanas pero que la misma norma estipula que hay un proceso para su programación, su adquisición y su entrega. Yo creo que si se está cumpliendo, aun todavía falta cerrar algunas cosas pequeñas pero normativa de apoyo hay, gestión para esos procesos hay, sigo diciendo que el tema es en el nivel operativo.</p>	<p>El problema es el usuario que dispensa el profesional y lo que a veces el ciudadano también se empodera en pedir. ¿para qué tenemos el petitorio?</p> <p>Normativa de apoyo hay, el tema es en el nivel operativo</p>	<p>Prescripción médica</p> <p>Problema en nivel operativo</p>	<p>34</p> <p>35</p>
<p>13. ¿Qué considera podría mejorarse en el tema de la gestión de los suministros de</p>	<p>Trabajar con los profesionales, alinearlos a las guías de prácticas clínicas que formen parte del hacer de esa guía de práctica clínica para que haya adherencia a la prescripción y el uso racional de los productos farmacéuticos porque todo lo demás, la estacionalidad,</p>	<p>Trabajar con los profesionales, alinearlos a las guías de prácticas clínicas</p>	<p>Falta de alineamiento a guías de prácticas clínicas</p>	<p>36</p>

<p>medicamentos, materiales e insumos médicos?</p>	<p>la epidemiología, esos son digamos factores que hay que tener en cuenta, pero para el uso, son los profesionales, hay que trabajar en eso para la gestión de los productos farmacéuticos y también para la gestión de los equipos. Porque si él dice no, yo no uso ese equipo, no lo usa, si dice no yo no uso este producto, no lo usa y te receta otra cosa. Ese es el factor crítico, el recurso humano profesional.</p>			
<p>14. Si tuviera la opción de tomar decisiones para dar solución a esta problemática, ¿Qué acciones tomaría?</p>	<p>Para el tema de equipamiento insistir en la creación de un programa presupuestal para trabajar con el MEF, ese tema hay que alinearlo y trabajar. Trabajar fuertemente el tema del SIGA, capacitarlo al personal que hace uso de la herramienta, ¿A patrimonio a quiénes mandan? Al que tiene sanción, al que se porta mal, al castigado. Eso perjudica a todo el Estado. Eso hay que cambiar. Eso es un tema que tendríamos que hacer. En la gestión de productos farmacéuticos, trabajar fuertemente en la adherencia al uso de guías de práctica de clínica en el profesional, generar toda una corriente con el Colegio Médico. Con los colegios profesionales para que hagan un alineamiento hacia el uso racional de los medicamentos o productos farmacéuticos. Trabajar fuertemente la adherencia al uso de la práctica clínica y al petitorio y hacerles entender que sí hay posibilidades de que uses siempre que haya una falla terapéutica pero lo que estamos buscando es economía del país entonces hay que hacerles entender ese tema. Yo creo que esos dos temas importantes y entrenamiento a los profesionales permanentemente.</p>	<p>Para el tema de equipamiento insistir en la creación de un programa presupuestal Trabajar fuertemente el tema del SIGA, capacitarlo al personal ¿A patrimonio a quiénes mandan? Al que tiene sanción, al que se porta mal, al castigado. Eso perjudica a todo el Estado. Trabajar fuertemente en la adherencia al uso de guías de práctica de clínica en el profesional, generar toda una corriente con el Colegio Médico, hacia el uso racional de los medicamentos o productos farmacéuticos. fuertemente la adherencia al uso de la práctica clínica y al petitorio sí hay posibilidades de que uses siempre que haya una falla terapéutica estamos buscando es economía del país hay que hacerles entender ese tema.</p>	<p>Creación de programa presupuestal Falta capacitación en SIGA Perfil del personal de patrimonio Adherencia al uso de guías de práctica de clínica y petitorio</p>	<p>37 38 39 40</p>

	<p>A los profesionales de la salud y acompañarlos en el proceso, tener un soporte, que tengan acceso a la información inmediata, que tengan certeza, confiabilidad, porque por ejemplo uno busca productos farmacéuticos y va a hacia otros canales de búsqueda como internet y te encuentras de todo allí.</p> <p>Por ejemplo yo, a mí me gusta cuando prescribo hacer uso de lo que vendría a ser la identificación de interacciones medicamentosas. Porque a veces puedes dar productos farmacéuticos y tienen interacciones medicamentosas y hay complicaciones por esas interacciones o potenciamiento de algunas drogas o disminución de las drogas por la interacción medicamentosa. No tenemos acceso aquí para el país, para los profesionales. Yo entro a una página web internacional por ejemplo, aquí no hay un sistema que te permita hacer ver si hay interacción medicamentosa. Tendrías que irte al libro para ver si hay interacción medicamentosa. Está en el encarte del medicamento pero a pesar de eso todavía hay interacciones medicamentosas que no conoces. Y hay otros lugares donde ya se ha hecho estudio de eso. Dar a los profesionales acceso al sistema de información pero también capacitarlos y adherirlos a la guía de práctica clínica. Esas dos cosas podrían ayudar muchísimo a la gestión de productos farmacéuticos. También en equipamiento. Y la otra es fortalecer la evaluación de las tecnologías sanitarias en salud y articularlas con los niveles regionales de gobierno e inclusive con las redes de salud y los hospitales, que haya una interacción con ellos de manera tal que tengan acceso a información y a toma de decisiones. Si yo tengo una duda puedo</p>	<p>Entrenamiento a los profesionales de la salud y acompañarlos en el proceso, que tengan acceso a la información inmediata, Por ejemplo, a mí me gusta cuando prescribo hacer uso la identificación de interacciones medicamentosas. No tenemos acceso aquí para el país, aquí no hay un sistema que te permita hacer ver si hay interacción medicamentosa.</p> <p>Dar a los profesionales acceso al sistema de información</p> <p>Fortalecer la evaluación de las tecnologías sanitarias en salud y articularlas con los niveles regionales e inclusive con las redes de salud y los hospitales,</p> <p>Para que tomes decisiones se usa el</p>	<p>Falta de entrenamiento y soporte al personal de salud</p> <p>Acceso a sistema de información</p> <p>Evaluación de tecnologías sanitarias</p> <p>Canalizar información</p>	<p>41</p> <p>42</p> <p>43</p> <p>44</p>
--	---	---	--	---

	<p>buscar a través de eso y decir qué hago para este tema. Puedo orientarlos. Generalmente yo creo que esas cosas pudieran ayudar. Ahora para que tomes decisiones se usa el internet y lo que encuentres no sabemos si es verídico o no. Pero si yo le doy un canal científico por así decirlo o técnico en la cual digo entra con confianza, tienes que saber quién eres, busca lo que quieres y usa la información. Entonces puedo preguntar todo lo que necesito saber yo allí y eso ayudaría mucho también. En Gran Bretaña creo que hay una unidad que se llama NHS que hay acceso a la información. Creo no me acuerdo bien, pero si buscamos en la página web de Gran Bretaña NHS creo que hay eso. Y eso es lo que debería. Más allá no ya no podemos irnos y sentarnos a su costado y decirle no eso es lo que tienes que hacer, eso es imposible. Lo otro es que la implementación del sistema de historias clínicas electrónicas y que cuando el médico dé un diagnóstico, automáticamente salgan las probabilidades terapéuticas allí. Y las que tienen en el almacén, es decir esto es lo que tienes en el almacén, esto usa. En Essalud hacen eso, en otras hacen eso, en los privados hacen eso. Eso nos falta al grueso de los 8000 establecimientos de salud. Y luego trabajar con el Ministerio de Transportes y Comunicaciones en ampliar rápidamente la red dorsal de fibra óptica. Llegar hacia los lugares más distantes del país. Necesitamos que el sistema de historia clínica electrónica, la atención en salud tenga un sistema único y se está trabajando el programa de redes integradas tiene un componente un proyecto de inversión N° 3 para hacer un sistema nacional de información. Tener una red su central con sus backups para que si el sistema falla continúe</p>	<p>internet y lo que encuentres no sabemos si es verídico o no. Pero si yo le doy un canal científico en la cual digo entra con confianza, NHS</p> <p>Lo otro es que la implementación del sistema de historias clínicas electrónicas y que cuando el médico dé un diagnóstico, salgan las probabilidades terapéuticas allí. Y las que tienen en el almacén,</p> <p>Ampliar rápidamente la red dorsal de fibra óptica. necesitamos internet de banda ancha en los establecimientos de salud porque vamos a transferir data, imágenes, información en tiempo real, el papel ya no funciona. Se queda en el lugar y se acabó el tema. cuando me voy a otra ciudad tienen que rehacer mi historia. Es volver a hacer todos los datos, todos los exámenes</p>	<p>científica segura</p> <p>Implementación de sistema de historias clínicas</p> <p>Mejorar accesos a internet</p>	<p>45</p> <p>46</p>
--	--	--	--	---------------------

	<p>operando, pero necesitamos internet de banda ancha en los establecimientos de salud porque vamos a transferir data, imágenes, información en tiempo real. Telesalud por ejemplo para que entre imágenes, tomografías, resonancias. Esto ya existe, lo que hay que hacer es poner énfasis en esto, Singapur ya está avanzando. Ha salido una publicación hace menos de una semana en la que quieren ser además de una ciudad inteligente, un país inteligente. Y en todo el país están colocando fibra óptica. Eso es una decisión política. Entonces si yo quiero hacerlo, lo hago. Así como están ampliando el Gas de Camisea, igual hay que poner fibra óptica a todo el país. Y eso va a ayudar muchísimo porque el papel ya no funciona. Se queda en el lugar y se acabó el tema. Entonces cuando me voy a otra ciudad tienen que rehacer mi historia. Soy nuevo allí pero tengo una vida plasmada en una historia que ese profesional tiene que saber. Es volver a hacer todos los datos, todos los exámenes. Y el otro tema es la acreditación de los servicios médicos de apoyo. Acreditando los servicios médicos de apoyo evitaríamos que haya duplicidad de gastos de bienes y de los equipos, productos farmacéuticos. Laboratorio, Rayos X. Sobre todo laboratorio, que sepa que cuando yo me tome una muestra y se procesa el resultado sea realmente el resultado. Porque no hay acreditación ni certificación de calidad. Por más que se ha hecho todos los esfuerzos para que el INS haga todo eso, no hacen eso. Eso también busca resolver el proyecto de inversión desde un cuarto proyecto de descentralización. Se espera que con ese cuarto proyecto toda Lima Metropolitana tenga una unidad de</p>	<p>Acreditando los servicios médicos de apoyo evitaríamos que haya duplicidad de gastos de bienes y de los equipos, productos farmacéuticos., que sepa que cuando yo me tome una muestra y se procesa el resultado sea realmente el resultado. Porque no hay acreditación ni certificación de calidad. tenga una unidad de muestra en todos los establecimientos y que se procese en un solo lugar con equipos robóticos que te lancen el resultado en el menor tiempo posible al</p>	<p>Acreditar servicios médicos de apoyo</p>	<p>47</p>
--	--	--	--	-----------

	<p>muestra en todos los establecimientos y que se procese en un solo lugar con equipos robóticos que te lancen el resultado en el menor tiempo posible al médico y a ti a tu correo electrónico para que sepas como estas. Esto no es nuevo. Tú vas a un laboratorio privado cualquiera y te hacen eso. La tecnología está disponible lo que hay que hacer es ponerlo en práctica.</p>	médico y a ti a tu correo electrónico		
--	--	---------------------------------------	--	--

ENTREVISTA – E2

Preguntas genéricas	Respuestas y otras preguntas adicionales	Frases codificadas	Categorías, sub categorías y microcategorías	Cód.
<p>1. ¿Cómo considera que ha sido la gestión de los bienes referidos al equipamiento en el Sector Salud en el periodo comprendido entre el 2014 al 2019?</p>	<p>Antes de entrar a la respuesta un poco explicarte lo que yo creo que debería ser y lo que estamos haciendo como país en general en lo que corresponde a salud, a sus servicios de cara al usuario. Entonces antes de entrar al tema puntual que son tecnologías, equipamiento, medicamentos e insumos, un poco explicarte que el sistema de salud debe de ofertar a los peruanos un conjunto de servicios que generen resultados sanitarios. Esa es la lógica original digamos del PpR cuando ustedes en el MEF mandaron eso, teóricamente. Tenemos el paradigma de la cadena de valor, donde en este caso el Estado o un operador que el Estado contrate le brinda al ciudadano servicios. Entonces la discusión en realidad es ¿cómo lo hace? Si es tecnología propia, tercerizada, modelo virtual, presencial, en realidad es indistinto lo que importa es el resultado, que el usuario tenga un servicio de calidad y que el estado tenga un efecto que es el resultado sanitario con impacto en la salud. Dicho esto las tecnologías en general son un medio no son un fin en sí mismo. Entonces si tu estudio va a la gestión de las tecnologías, procederíamos a responderte con esa precisión inicial. El Estado ha gestionado esas tecnologías no con la mirada del ciudadano que tiene servicios garantizados de parte del financiamiento público, sino como un administrador de escasez. Venimos de un Estado pobre a un Estado que tiene más recursos y de un Estado que compra o contrata insumos</p>	<p>Sistema de salud debe de ofertar a los peruanos un conjunto de servicios que generen resultados sanitarios, lo que importa es el resultado, que el usuario tenga un servicio de calidad y que el estado tenga un efecto que es el resultado sanitario con impacto en la salud. La cadena de valor en lugar de ver la parte final que son los servicios que se brinda al ciudadano, estamos mirando los insumos para que eso ocurra</p>	<p>Generar resultados sanitarios</p>	<p>48</p>

	<p>llámese tecnología, equipamiento o lo que sea para conseguir servicios. Entonces en la cadena de valor en lugar de ver la parte final que son los servicios que se brinda al ciudadano que lo tocan que lo van a cuidar que lo van a curar estamos mirando los insumos para que eso ocurra. La ruta es mucho más larga. En ese contexto la gestión del equipamiento no tiene esa mirada, yo voy a mirar la supuesta brecha de tecnología vamos a hacer un proyecto de inversión o lo que sea correspondiente o reemplazar si es el caso. Se hace el proceso de adquisición, se hace todo el asunto digamos de la instalación, de la operación y en el camino vamos aprendiendo. Antes esto no estaba amarrado al mantenimiento por ejemplo, o a no manejar procesos por ejemplo ahora que estoy viendo una consultoría de evaluación de intervención sanitaria, cómo el Estado compra tecnologías sin una regulación mínima para ver si es seguro, eficaz, si tiene un impacto presupuestal interesante o si esta tecnología en el fondo condiciona el consumo de recursos. O como me contaba un amigo que es experto en el tema el Estado compró en el año 2016, 2015 cuando hubo un shock de inversiones fuerte, tecnología obsoleta que no estaba actualizada en relación al mundo por los HL7. Entonces esa ignorancia nuestra de comprar insumos (viendo el equipo como insumo en la cadena de valor), la tecnología es un insumo.</p> <p>Al no tener el Estado una institucionalidad suficiente. Hace de nuestra ignorancia como país asuma decisiones muy riesgosas. Inclusive de riesgo moral, si hay corrupción en ese proceso la cosa se contamina más todavía y habrá un mayor impacto negativo en el</p>	<p>El Estado compra tecnologías sin una regulación mínima para ver si es seguro, eficaz, si tiene un impacto presupuestal interesante o si esta tecnología condiciona el consumo de recursos.</p>	<p>Evaluación de tecnologías sanitarias</p>	<p>49</p>
--	---	--	--	-----------

	Estado. Por tanto en pocas palabras la gestión del equipamiento en el país en los últimos años no ha sido la adecuada mínimamente, está gobernada por un paradigma funcional, cada uno ve su pedazo del proceso y no ha acumulado competencias, porque al haber un recambio en los gestores hemos ido perdiendo capital humano y eso ha generado reprocesos y reaprendizajes. Mi balance no es bueno, lamentablemente. Hay mucho desperdicio.	La gestión del equipamiento, está gobernada por un paradigma funcional, cada uno ve su pedazo del proceso y no ha acumulado competencias al haber un recambio en los gestores hemos ido perdiendo capital humano y eso ha generado reprocesos y reaprendizajes. Hay mucho desperdicio.	Paradigma funcional	50
2. ¿Qué aristas importantes ha encontrado en la gestión de estos bienes de equipamiento que se relacionan con las adquisiciones?	En lo que concierne a las compras, las compras parten de una necesidad, del área usuaria. El primer tema es el área usuaria. El área usuaria no tiene este enfoque de cadena de valor, va a comprar por lo que su experiencia y conocimiento cree conveniente o peor aún por demanda inducida, es decir si yo tengo, manejo una tecnología médica, tengo en mi cabeza que esa tecnología a, b, c es la correcta voy a promover un requerimiento ante mi logístico o ante mi equipo de inversiones para hacer que esa tecnología este acá. Entonces el área usuaria no tiene una mirada sistémica, no tiene una discrecionalidad, genera necesidades que no son siempre las apropiadas. En segundo lugar, el equipo de inversiones, igual al no tener esa mirada sistémica va a ir de la mano de lo que el área usuaria lo diga salvo que tenga fortalezas, que hay, hay ingenieros en el país biomédicos y también colegas que conocen la parte sanitaria, pero son contados con los dedos, no más de 20 en el país. Esta debilidad de las unidades formuladoras del equipo de inversiones también impacta en el momento de definir la inversión. El tercero es logístico, el logístico está igual, no está	El área usuaria no tiene este enfoque de cadena de valor, va a comprar por lo que su experiencia y conocimiento cree conveniente o peor aún por demanda inducida	Enfoque errado de requerimiento de equipamiento	51
		El equipo de inversiones, sistémica va a ir de la mano de lo que el área usuaria lo diga, debilidad de las unidades formuladoras del equipo de inversiones también impacta en el momento de definir la inversión	Debilidad en el equipo de inversiones	52
		El logístico no está calificado	Logístico no calificado	53

	<p>calificado por todo lo dicho anteriormente, y genera un riesgo adicional. Lo cuarto es ya la tecnología que en su momento está en la IPRESS en el establecimiento de salud, se instala y uno no ve condiciones, yo recuerdo cuando estaba en el PAR1, proyecto del 2001 al 2007 donde pude laborar las primeras compras fueron un poco desastrosas, como eran reemplazo comprábamos la tecnología, llegábamos al lugar y supuestamente era la tecnología que pedía el médico del establecimiento, pero se requiere tal calidad de energía eléctrica, o tal tipo de agua y no había, entonces cosas tan obvias entre comillas no estaban porque estábamos aprendiendo. Hasta ese momento 2002, 2003 estábamos aprendiendo entre comillas. Lo cual está mal, porque deberíamos estar calificados para hacer eso. Y eso es un fenómeno que se ha ido reproduciendo constantemente. Y cuarto es el tema de mantenimiento, no estaba amarrado habitualmente al tema de mantenimiento, ahora sí, ya es un paso que se ha dado. Pero en ese momento no había. Digamos que no hemos tenido una logística de cadena de valor en términos de la gestión de tecnologías para que en una lista de chequeos digamos área usuaria pide en función mirada de conocimiento del tema, planificación alineada al sistema, logística igual, cada uno en su rol. Y finalmente el tema de la post venta, no basta con todo lo que hemos conversado, sino en el Perú el tema de post venta que es el efecto posterior a la tecnología en el sistema y cómo aprender de esa experiencia no existe, hasta hoy día no existe. Hoy en día la tecnología lo usamos, queda obsoleta o es muy buena probablemente, pero no medimos el efecto de la</p>	<p>La tecnología se instala y no ve condiciones las primeras compras fueron un poco desastrosas, comprábamos la tecnología, llegábamos al lugar era la tecnología que pedía el médico del establecimiento, requiere tal calidad de energía eléctrica, o tal tipo de agua y no había, cosas tan obvias entre comillas no estaban</p> <p>No estaba amarrado habitualmente al tema de mantenimiento</p> <p>Post venta no existe</p>	<p>Equipamiento sin requerimiento mínimo para funcionar</p> <p>No hay enlace con mantenimiento</p> <p>Post venta no existe</p>	<p>54</p> <p>55</p> <p>56</p>
--	--	--	--	-------------------------------

	tecnología en el servicio que está brindando al área usuaria y ese un problema. No hay una mirada sistémica.			
3. ¿Cuál es la situación o problemática que observa o ha observado con respecto al tema del mantenimiento del equipamiento en este sector?	<p>Como conversamos hace 10 años eso no estaba en el radar, por lo menos en salud, yo que estuve en par salud que era un proyecto grande de inversión, el más importante en ese momento de la historia, decíamos que sí que había que hacer eso, pero no estaba en los modelos de contratos por ejemplo, eso se insertó. No existía eso hace 15 años digamos. Ya ha ingresado, pero yo aprendí con los expertos que hay varios tipos de mantenimiento, el preventivo, el correctivo y el predictivo. Entonces luego de aprender que en el contrato debe haber un mantenimiento preventivo, nosotros no sabíamos entonces ocurría que a pesar de eso producía una pérdida de capital en el Estado. Los usuarios cuando llega la tecnología al hospital al establecimiento de salud, no hay en ningún hospital ni en la red regional en el caso del primer nivel equipos que gestionen eso. Es decir que tengan al experto en el tema, tienes en tu cabeza a lo mejor como ingeniero no tienes toda la capacidad operativa para resolver pero llamas a alguien que es el jefe de logística te pido para la red San Martín, esto, esto porque tenemos tantos ecógrafos, tu plan de mantenimiento y gestionas tu tecnología a través de tu inventario, de tus activos. O gestionas compra de inversión nueva ante necesidades que el usuario está identificando en la parte sanitaria. Entonces en pocas palabras el mantenimiento está gestionado con esa mirada funcional, reaprendemos y miramos solamente nuestro estanco de información.</p>	<p>Hay varios tipos de mantenimiento, el preventivo, el correctivo y el predictivo. Entonces luego de aprender que en el contrato debe haber un mantenimiento preventivo, no hay en ningún hospital ni en la red regional en el caso del primer nivel equipos que gestionen eso. Mantenimiento está gestionado con esa mirada funcional</p>	<p>No hay gestión de mantenimiento</p>	57

<p>4. ¿Ha encontrado algún tipo de situación en la que la normativa en este sector haya afectado con la gestión que se da en el equipamiento? ¿cuáles han sido?</p>	<p>El antiguo SNIP identificaba una brecha y proponía una inversión. Hacía sus análisis económicos, encontraba una brecha, planteaba alternativas y elegía la óptima y hacía sus cálculos y elegía esa ruta de inversión. Pero digamos que con ese modelo yo contaba en la calle que había miles de proyectos de inversión que estaban allí archivados, se dio como un boom de proyectos de inversión y Oscar Ugarte nos comentaba hace poco porque él vino contratado hace dos años para que haga un estudio en Lima sobre las necesidades hospitalarias, luego que cierran el IGSS. Lo primero que encontré Oscar fue que todos los hospitales tenían proyectos de inversión, eso fue él cuando estaba en el IGSS, multimillonarios, digamos que el Loayza pedía mil millones, el Sergio Bernales otros mil millones, cada uno pedía miles de millones, porque cada uno miraba lo suyo, si yo soy un gestor del Loayza que es un hospital muy importante entonces se daba mucha inversión, recursos enormes y así en cada hospital porque no había una mirada de red. O sea, el IGSS en teoría, el IGSS del MINSA en esa época iba a articular eso, iba a optimizarse en un solo plan de inversión multianual, concertado, articulado. El IGSS cayó y ya nadie hace eso, se ha quedado esas piezas de las rompecabezas absurdas que son enormes para la mesa que es Lima, en el ejemplo que estoy dando inútiles, es conocimiento que hoy día no sirve. Y lo peor de todo es que no estamos haciendo nada tampoco hoy día. Entonces en ese escenario, la normativa de inversión en esa época no estaba con el enfoque sistémico, o no alentaba esa mirada de red, esa mirada articulada que es necesaria en una cobertura geográfica. En el aspecto de la ley de</p>	<p>Todos los hospitales tenían proyectos de inversión, multimillonarios, cada uno pedía miles de millones, porque cada uno miraba lo suyo recursos enormes y así en cada hospital porque no había una mirada de red. El IGSS en teoría, iba a optimizarse en un solo plan de inversión multianual, concertado, articulado. El IGSS cayó y ya nadie hace eso.</p> <p>La ley de contrataciones que esta</p>	<p>Inversiones aisladas de equipamiento</p> <p>Mucha regulación en las</p>	<p>58</p> <p>59</p>
---	--	--	--	---------------------

	<p>contrataciones que es otro sistema, el sistema de adquisiciones y contrataciones, ha habido cambios en la norma, diría que la han modernizado un tanto, pero digamos que yo siento, sin ser experto en el tema de compras, que esta mirada legalista de la regulación peruana genera muchos detalles. Digamos que cuando uno va a Chile, yo estuve en Chile hace quince años, su normativa de compras era muy sencilla, eran dos, tres páginas, y la decisión del logístico era muy rápida, eficiente y era en ese momento de la historia buena parte en computadora, osea en línea, no completamente, ahora ya se hacen muchas cosas en línea, pero usaba mucha tecnología en su computadora, ya sea con los proveedores, les mandaban un correo, abría los sobres y virtualmente ya había un ganador. Acá hacemos reproceso desde la mirada de la norma de contrataciones, de la mirada sanitaria, en ese sentido ese tema está regulado, esas tecnologías pasan por DIGEMID, lo cual está muy bien, DIGEMID debe ver seguridad, eficacia y la calidad de los documentos, perfecto, autoriza, pero ocurre un reproceso cuando hay una compra de tecnología DIGEMID tiene que entrar a mirar nuevamente los papeles, es un reproceso, porque si ya me has autorizado esta tecnología, ya está en el mercado, alguien o lo pides tú y haces una compra corporativa, o como ejecutora de manera aislada, ya no tengo por qué meterme nuevamente mis manos en algo que ya está en el mercado, en todo caso el usuario con Perú Compras tiene una buena ficha técnica, en lo que sea posible homologa, en lo que sea posible usa catálogo y en lo que no sea posible hace un grupo de expertos para</p>	<p>mirada legalista de la regulación peruana genera muchos detalles en Chile normativa de compras era muy sencilla, dos, tres páginas, y la decisión del logístico era muy rápida, eficiente</p>	<p>contrataciones</p>	
--	---	--	-----------------------	--

	<p>tener un perfil de necesidades tecnológicas más o menos razonable. Entonces eso tampoco ocurre. El cuarto efecto es que el Perú no tiene nada en términos sistémicos de evaluación de tecnologías. No tenemos un IETSI, Essalud tiene un IETSI donde poco a poco está mirando tecnologías, no solo medicamentos. Está en sus primeros pasos pero digamos que en países más desarrollados tienen una unidad especializada que además del permiso sanitario porque está en el mercado esta tecnología ya en Perú, ese equipo especializado para que entre al subsistema en el caso nuestro porque está fragmentado los sistemas de salud, hace una evaluación de seguridad de eficacia y de impacto presupuestal o sea una evaluación de tecnología sanitaria, una ETESA y con esa opinión ya el usuario ya el logístico procede a hacer lo demás, es más en Inglaterra no solo hace eso, además te dan una herramienta , para que los prestadores, los médicos tenga una guía de práctica clínica, la tecnología está digamos amarrada en un combo tecnología seguro, eficaz, de calidad y con impacto presupuestal que no quite la sostenibilidad del financiador amarrada a cómo usarla. No hay mucha discrecionalidad, está regulado el entorno en la prestación. Eso en Perú no tenemos por ejemplo. Entonces digamos que la gestión de tecnologías tiene varios frentes abiertos. El tema de la inversión, el tema de la logística, el asunto de la evaluación de tecnologías sanitarias y el asunto de la regulación de las tecnologías por DIGEMID, son 4 procesos que están allí, que están vinculados.</p>	<p>El Perú no tiene evaluación de tecnologías Essalud tiene un IETSI donde poco a poco está mirando tecnologías en países más desarrollados tienen una unidad especializada que además del permiso sanitario</p> <p>En Inglaterra los médicos tenga una guía de práctica clínica, la tecnología está amarrada tecnología seguro, eficaz, de calidad y con impacto presupuestal. Eso en Perú no tenemos</p>	<p>No hay evaluación de tecnologías</p> <p>Falta de guía práctica clínica amarrada a tecnología</p>	<p>60</p> <p>61</p>
5. ¿Existe una gestión de la información	Yo no soy experto en el tema, con cargo a equivocarme, pero yo no he sentido por ejemplo que tengamos algo	No tengamos algo tan sencillo como un inventario de tecnología, cuando	No hay información de inventario	62

<p>en este sector que ayude en la toma de decisiones y en la gestión que se da en el aspecto de equipamiento? Si la respuesta es no, preguntar en qué situaciones se evidenció?</p>	<p>tan sencillo como un inventario de tecnología, cuando iba a SBN por ejemplo, sus respuestas eran muy limitadas, sus reportes eran muy vulnerable y muy insuficientes. En temas grandes que eran terrenos e inmuebles. Si hablamos de muebles, cuando hablaban de inventarios, hablaban de una cantidad pequeñita de entidades que habían reportado su inventario, reportado. Ahora no sé si es que está completo o incompleto. Por lo tanto la información de los activos tecnológicos en salud es muy mala, a mi juicio. Segundo elemento, en gestión de información, un amigo médico cuando estábamos en Cajamarca, yo estuve con él en el año 2017, cuando estaba en Essalud, fuimos a un taller de la cooperación belga en Cajamarca, para ver un tema de redes, y con él estábamos conversando y me decía ¿cuál es el estándar mundial? HL7, ese estándar viene de años, en el Perú estamos recibiendo basura, hasta hace pocos años, ahora ya se ha corregido, pero digamos yo venía con mi tecnología obsoleta no estandarizada y pum te empujaba, y eso por todo lo que hemos conversado. Él me decía no hay estándares, por lo tanto la información no conversa, el equipo tuyo con el otro no conversa y menos con el mío que está en otro hospital. Son islas de información por esa mirada funcional, según la formalidad administrativa que tenga su perfil, que tenga su expediente, que hagan todo lindo en los papeles pero en el momento ya del servicio que es lo que importa, no hay vinculo, no hay estandarización, no hay información gestionada en una plataforma interoperable o algo parecido entonces por tanto mi respuesta es igual, pesimista. Puede haber información del servicio, por ejemplo Almenara, me</p>	<p>iba a SBN por ejemplo, sus respuestas eran muy limitadas, sus reportes eran muy vulnerable y muy insuficientes. En temas terrenos e inmuebles. Si hablamos de muebles, hablaban de una cantidad pequeñita de entidades que habían reportado su inventario, reportado. Ahora no sé si es que está completo o incompleto.</p> <p>No hay estándares, por lo tanto la información no conversa, el equipo tuyo con el otro no conversa en el momento ya del servicio que es lo que importa, no hay vinculo, no hay estandarización, no hay información gestionada en una plataforma interoperable o algo parecido. Almenara han hecho un software que converse radiología con laboratorio, los médicos levanta la información y va construyendo la</p>	<p>Falta de interoperabilidad de Información</p>	<p>63</p>
---	--	---	--	-----------

	<p>contaba una doctora muy experta y me decía acá hemos logrado comprar tecnología y hemos integrado servicios, entonces han hecho como un software que converse radiología con laboratorio, entonces los médicos ya están entrando en esa onda electrónica, los médicos levanta la información y va construyendo la historia lo cual está buenísimo, pero ese sistema no conversa con el ESI de Essalud que es la plataforma nueva que está comprando Essalud, el antiguo ECGS, no hay cómo calce con esto, hay un problema, pero lo bueno es que ambos tienen el mismo paradigma, acá quieren estandarizar cierta información y acá están haciendo más chico eso. El día en que se pegue, va a ser fuerte. En Essalud ya están caminando hacia esa ruta. Ellos lo tienen claro el tema es que nuevamente como hay inestabilidad, van cambiando de gente, hay temor o no me conviene, me quedo al medio, pero está planteado el tema. En el Minsa eso creo yo, con cargo a equivocarme, no está ni planteado. Yo he estado en DIGEMID, un año y meses, he hecho algunos cambios pero nada importantes, una ruta pero no se puede, tienes que estar un par de años allí para que hagas goles.</p>	<p>historia, pero ese sistema no conversa con el ESI de Essalud que es la plataforma nueva</p> <p>Nuevamente como hay inestabilidad, van cambiando de gente. Tienes que estar un par de años allí</p>	<p>Cambio constante de gestores</p>	<p>64</p>
<p>6. Ante la vasta experiencia que tiene en este sector, ¿qué puntos relevantes considera son los que deben mejorarse en la</p>	<p>Para mí el primer aspecto que es el macro, es el paradigma, romper el paradigma de comprar tecnología porque es necesaria y que es necesaria para una función. Al paradigma le da resultados sanitarios que es el más ambicioso, en su momento PpR lo planteó. Haciendo una cosa más acotada, dar servicio a los ciudadanos. Entonces si tu diriges digamos el INEN, ¿cuál es tu mandato? Investigar y proteger a la gente del cáncer. El cómo es tu tema, es tu drama, pero tu</p>			

<p>gestión del equipamiento en el sector salud?</p>	<p>mirada es resultado. Tienes tus servicios, tus productos tus procesos, tus recursos. Como eres una IPRESS enorme habrá una unidad de tecnología que valorar la tecnología que ingresa a tu sistema es la adecuada en términos de seguridad calidad, y sostenibilidad presupuestal. Tienes un sistema, para mí la solución es esa. Entonces el consejo es mirada sistémica mirando siempre el resultado al ciudadano. Y no mirando la tecnología como solución. Lo segundo es mirar que esa tecnología sea articulada, a otros procesos, la tecnología per se, no vale. Digamos cuando hace poco se morían los niños en Chiclayo, en el Hospital de Lambayeque. No es que la incubadora va, la enchufan y ya está. Es un entorno mínimo, el entorno inmediato que es energía, que es mantenimiento, que son los insumos que se requiere, el personal calificado para operarlo, no miremos nuevamente el insumo, miremos el servicio nuevamente, integral, completo, sostenible y eso que este articulado a otros servicios. Y lo tercero el tema de la sostenibilidad, esa tecnología cuesta, entonces si en la prestación no es un medio regulado te permite la entrada de tecnología insostenible, cualquier cosa carísima, es un caño de recursos o de insumos. Recuerdo una anécdota hace años en el seguro escolar, que regalaron unos equipos de anestesia. Si estoy feliz porque tengo mi equipo de anestesia, ¿qué cosa hay allí? Y mirábamos y la empresa que vendía sevorane en esa época producto de marca registrada y patentada, la boquilla era solamente para el sevorane , ya genera la necesidad, un alotano no calza, solo el sevorane o no opero, que dice usted doctor opero o no opero? Opera pues, entonces tengo que comprar sevorane, ¿cuánto</p>	<p>El consejo es mirada sistémica mirando siempre el resultado al ciudadano. Y no mirando la tecnología como solución</p> <p>Mirar que esa tecnología sea articulada, a otros procesos. Es un entorno mínimo, es energía, mantenimiento, insumos que se requiere, el personal calificado para operarlo, y eso que este articulado a otros servicios.</p> <p>Sostenibilidad, esa tecnología cuesta, si en la prestación no es un medio regulado te permite la entrada de tecnología insostenible, caño de recursos o de insumos. Regalaron unos equipos de anestesia.</p> <p>La empresa que vendía sevorane en esa época producto de marca registrada y patentada, la boquilla era solamente para el sevorane , ya genera la necesidad, alotano no calza, entonces tengo que comprar</p>	<p>No hay mirada sistémica</p> <p>Tecnología articulada</p> <p>Sostenibilidad de la tecnología</p>	<p>65</p> <p>66</p> <p>67</p>
---	---	---	--	-------------------------------

	cuesta? Mucha plata.	sevorane, cuánto cuesta? Mucha plata.		
7. ¿Cómo considera que ha sido la gestión de los bienes en el sector salud en lo que corresponde a los medicamentos, materiales e insumos médicos en el periodo del 2014 al 2019?	Es muy parecido a la tecnología, no hemos identificado las necesidades para lo básico que se llama la demanda insatisfecha. Si el médico genera las prescripciones, no cuestiono, si es buena o mala, la calidad de uso, hablando de abastecimiento puro, el médico me dice toma esto y mi trabajo es darle eso al paciente. Si es buena o mala su indicación no es mi discusión, hablando de logística pura, si yo no sé cuál es la demanda de pastillas paracetamol real de mis usuarios mi requerimiento va a ser malo, y todo lo demás jala la cadena mal. No hay esa lógica de cadena de valor y no estamos identificando esa demanda insatisfecha y además no tenemos un dueño del proceso. Si tú vas al MINSA o a la región, está partida la función, entre logística, entre farmacia, entre CENARES, entre DIGEMID y quien quiera meterse. Esa mirada funcional, fragmentada, no genera la cadena de valor. El espejo opuesto es Esalud, en Essalud tienen un operador logístico privado que puede ser público, no privado necesariamente que ellos almacenan y distribuyen y hacen algo más con Essalud, con el CEABE, tienen información y gestionan la información. Y han empezado con el sistema del ESI para identificarlas recetas no atendidas, y está bien y generan un dato, y eso genera una señal para que el almacén cubra esa rotura de stock o si no hay stock compre. Y los resultados son espectaculares. O sea, comparativamente, no se está diciendo, no se habla mucho de eso, pero los resultados son espectaculares. Tú en MIUNSA ves 55% y en Essalud están sobre el 90%	No hemos identificado las necesidades para lo básico que se llama la demanda insatisfecha. Si yo no sé cuál es la demanda de pastillas paracetamol real de mis usuarios mi requerimiento va a ser malo, y todo lo demás jala la cadena mal. No tenemos un dueño del proceso. Si tú vas al MINSA o a la región, está partida la función, entre logística, entre farmacia, entre CENARES, entre DIGEMID y quien quiera meterse. Esa mirada funcional, fragmentada, no genera la cadena de valor. En Essalud tienen un operador logístico privado. Han empezado con el sistema del ESI para identificarlas recetas no atendidas eso genera una señal para que el almacén cubra esa rotura de stock o si no hay stock compre.	Falta identificación de demanda insatisfecha	68
			Falta un dueño del proceso	69

	<p>. Cuando estaba el Dr. Víctor Dongo me decía que estaban en noventa y tanto por ciento, yo le creo, era un esfuerzo a pulso que ellos estaban construyendo el CEABE, pero es un esfuerzo a pulso hay que hacerlo sostenible hay que sistematizarlo, ponerle un radar. Para no perder el control. Y creo ese esfuerzo de esa época del CEABE, que fue fundacional, buenísimo, ya se está ahora sistematizando, está madurando.</p> <p>Primero es el paradigma uno actúa porque cree que lo que hace es correcto, tenemos un problema en la burocracia publica que creemos que esa mirada es la correcta, por suerte cada vez es menos siento que ya los gestores se convencen han cambiado y en Essalud ya los mandos medios hasta te cuadran.</p>	<p>El paradigma uno actúa porque cree que lo que hace es correcto, la burocracia publica que creemos que esa mirada es la correcta</p>	<p>Paradigmas en los gestores</p>	<p>70</p>
<p>8. Con respecto a la gestión de los almacenes e inventarios y el abastecimiento de los medicamentos, materiales e insumos médicos, ¿qué opinión tiene al respecto de la gestión dada en ese periodo 2014 al 2019?</p>	<p>La misma que el de equipamiento. Lamentablemente el SISMED, en lo que es MINSA gore, hace autopsias, cada mes hace una autopsia de lo que paso en el mes anterior. Entonces, en la logística es suicida que tui gestiones con fotos cada 30 días y que ni siquiera es al cierre del mes, es a las dos semanas después, osea mes u medio, dos meses después eso en ninguna parte del mundo ocurre, pero ocurre en Perú. Es un paradigma funcional y además que está vinculado a no mirar alrededor puede haber Essalud, los privados, puede haber logístico benchmarking, hay una resistencia cultural en ese equipo que no suelta esa responsabilidad. Y CENARES no se empodera. El resultado es malo. No hay un dueño del proceso, no hay gestión en línea de la información, hay lugares bonitos como la experiencia de Santa Luzmila en Comas que sería bueno ver, con herramienta SISMED más labor en</p>	<p>Lamentablemente el SISMED hace autopsias de lo que paso en el mes anterior. En la logística es suicida que tui gestiones con fotos cada 30 días y que ni siquiera es al cierre es a las dos semanas después, osea mes y medio, dos meses después. La logística es gestión diaria, cotidiana, todo el día a toda hora.</p> <p>No hay un dueño del proceso</p>	<p>Información desfasada</p> <p>Falta dueño del proceso</p>	<p>71</p> <p>72</p>

	línea que ha hecho CENARES, tienen una disponibilidad sobre el 90% redistribuyendo en su micro red medicamentos. Esta persona demuestra que con lo que tiene gestiona bien. Pero no con la autopsia que hace DIGEMID porque es solamente ver de qué murió el paciente pero no gestiona, la logística es gestión diaria, cotidiana, todo el día a toda hora.			
9. ¿Considera que existe una articulación entre los diversos actores involucrados que redundan en la gestión de los medicamentos, materiales e insumos médicos?	No hay articulación, la mirada es funcional, o sea cada uno ve su función, su segmento de competencia, usamos anteojeras para gestionar, miramos solamente la función y eso es nocivo.	No hay articulación, la mirada es funcional, o sea cada uno ve su función, su segmento	Falta articulación	73
10. ¿Qué problemática ha observado en el tema del almacenamiento de estos bienes?	Ninguna tienen certificación para empezar o poquísimos , será el 1% malísimos, para el Perú, supuestamente desarrollado es malo, lo segundo es la gestión de la información, no hay gestión de la información, no hay trazabilidad , cuando entré al SALOG nos contaba que un insumo entraba y salía y nuevamente entraba a un almacén como una nueva compra o una nueva entrega, y se dieron cuenta como hay trazabilidad eso se cortó, pero te aseguro que en MINSA gore al no haber trazabilidad, me siguen pagando como si fuese una nueva entrega malísimo	Ninguna tienen certificación para empezar o poquísimos No hay gestión de la información, no hay trazabilidad	Almacenes sin certificación Falta trazabilidad	74 75
11. ¿Qué factores ha	Carencia de información, no se conoce la demanda insatisfecha.	Carencia de información, no se conoce la demanda insatisfecha.	Carencia de información	76

<p>encontrado que considera afecta en la programación que se hace de los medicamentos, insumos y materiales médicos?</p>				
<p>12. ¿Considera que la normativa afecta en la gestión de los medicamentos, insumos y materiales médicos? ¿Qué puntos considera que deben ser contemplados que ayuden a una mejora en la gestión?</p>	<p>La normativa SISMED que está en el ámbito MINSA gore debe ser modificada, debe haber una reingeniería, la normativa sanitaria para que entre un medicamento al mercado también, la intercambiabilidad para los genéricos por ejemplo respecto a la regulación nacional, genera que haya una desconfianza en el ciudadano para los medicamentos genéricos y la normativa sobre trazabilidad que viene del 2005 está promulgada y al no aplicarse hace que no haya información en el sistema.</p>	<p>La normativa SISMED que está en el ámbito MINSA gore debe ser modificada</p> <p>La normativa sanitaria para que entre un medicamento al mercado también</p>	<p>La normativa SISMED debe modificarse</p> <p>La normativa sanitaria debe modificarse</p>	<p>77</p> <p>78</p>
<p>13. ¿Qué considera podría mejorarse en el tema de la gestión de los suministros de medicamentos, materiales e</p>	<p>La mirada sistémica</p>	<p>La mirada sistémica</p>	<p>Mirada sistémica</p>	<p>79</p>

insumos médicos?				
14. Si tuviera la opción de tomar decisiones para dar solución a esta problemática, ¿Qué acciones tomaría?	Yo miraría resultados, productos y servicios, en ese orden. O sea, alinearía la prestación a ese enfoque. El día en que cada gestor de cada cadena de valor tenga ese paradigma y lo implemente diariamente sí hay oportunidad de que el sistema mejore en temas sanitarios. Eso incluso llevaría naturalmente a ir borrando las fronteras de lo que hoy día tenemos en cada subsistema seguridad social, MINSA, salud, policía y defensa. Con la propia dinámica de financiamiento la prestación se irían borrando esas fronteras y lo segundo las redes integradas tienen que ser impulsadas de una manera intersectorial, de una manera articulada, de una manera ordenada y un elemento clave son las garantías, que el ciudadano sepa que hay garantías o sea un contrato social en que tu como ciudadano y el estado que te da el servicio prestacional de salud firmen un contrato donde haya de ambos lados deberes y derechos para que tu tengas una atención en un tiempo definido con una calidad estandarizada con una seguridad determinada y eso es el modelo de Chile. No digo que sea todo porque es absurdo, pero hay que empezar poco a poco por temas que son de alto impacto sanitario y que se vayan construyendo en el tiempo.	El día en que cada gestor de cada cadena de valor tenga ese paradigma y lo implemente diariamente sí hay oportunidad de que el sistema mejore en temas sanitarios Segundo las redes integradas tienen que ser impulsadas de una manera intersectorial, de una manera articulada, de una manera ordenada Las garantías, que el ciudadano sepa que hay garantías un contrato social en que tu como ciudadano y el estado donde haya de ambos lados deberes y derechos para que tu tengas una atención en un tiempo definido con una calidad estandarizada.	Mirada de cadena de valor Redes integradas articuladas Contrato entre Estado y ciudadano	80 81 82

ENTREVISTA – E3

Preguntas genéricas	Respuestas y otras preguntas adicionales	Frases codificadas	Categorías, sub categorías y microcategorías	Cód.
<p>1. ¿Cómo considera que ha sido la gestión de los bienes referidos al equipamiento en el Sector Salud en el periodo comprendido entre el 2014 al 2019?</p>	<p>En realidad, en un periodo incluso mucho más largo, la programación y adquisición de equipos es el punto más débil que tiene el sector salud. Si uno ve en página amigable, tu puedes llegar a un 90 o más de % de ejecución en medicamentos, pero en equipos llegan a un 45 a 50%. Casi todos los procesos empiezan tarde y la mayoría se caen. Su principal problema son las especificaciones técnicas, no están estandarizadas, todas las entidades tienen una forma particular de describirla, además, el avance en la tecnología hace que las empresas presionen sobre las especificaciones, siempre argumentan que están obsoletas y los comités especiales muchas veces llevados por querer tener “el mejor equipo” los lleva a modificar las especificaciones e incluso a direccionar, y se les caen los procesos. Han sido, yo creo años muy malos, presupuestos que se han perdido, montos considerables que no se han ejecutado y con consecuencias sanitarias terribles.</p>	<p>La programación y adquisición de equipos es el punto más débil que tiene el sector salud. En página amigable, tu puedes llegar a un 90 o más % de ejecución de medicamentos, pero en equipos estás en un 45, 50%. Su principal problema es especificaciones técnicas, no están estandarizadas</p>	<p>Equipamiento es el punto más débil</p> <p>Especificaciones técnicas no estandarizadas</p>	<p>83</p> <p>84</p>
<p>2. ¿Qué aristas importantes ha encontrado en la gestión de estos bienes de equipamiento que se relacionan con</p>	<p>Podemos mencionar algunos temas importantes, por ejemplo, la falta de Petitorio o listados, en este punto hay una diferencia enorme con respecto a medicamentos, para medicamentos el país cuenta con un petitorio nacional el PNUME (Petitorio Nacional Único de Medicamentos Esenciales), los medicamentos, casi todos están con ficha, incluso están con ficha de bienes comunes, definidas para todo el país. El 90% de medicamentos lo compras a través de fichas que ya el</p>			

<p>las adquisiciones?</p>	<p>Estado ha definido, donde el proveedor casi no puede hacer observaciones a las especificaciones. Cuando hablamos de dispositivos e insumos, hay una diferencia enorme, pero cuando vemos equipos, no tienes nada, no hay un listado ni petitorio, no hay especificaciones, no hay fichas, no tenemos nada. Entonces estás a merced de lo que cada entidad pueda aprobar como ficha. Hay un avance que ha hecho Essalud a través del IETSI que ha aprobado sus catálogos y ha aprobado fichas, pero después de allí son temas individuales de cada hospital, de cada DIRIS, entonces el gran problema es ese, no hay un ente normativo que lidere esto, encima has tenido retroceso porque DGIEM que era la Dirección General del MINSA, encargada de normar a nivel nacional sobre equipos, ahora es una oficina dentro de otra oficina y paso a ser DIEM. Ni siquiera ya se le ve como normador y el equipo de trabajadores está muy reducido, no solo en el número de profesionales, sino a nivel técnico, el espacio de DIEM ahora no es el más adecuado para el país, tampoco su nivel de decisión. Entonces si no tienes un normador nacional y no tienes quien oriente esto, menos vas a tener en las ejecutoras. En cuanto al profesional, que son ingenieros especializados, no hay muchos, sales al mercado y quieres contratar a estas personas y son muy pocos los ingenieros biomédicos. En el país como respuesta de capacitación es muy poca también. Católica hizo algo con la Cayetano, después de allí casi no hay nada. Y en entidades reguladoras, como te digo se retrocedió. Esto es muy crítico.</p>	<p>No hay un listado ni petitorio, no hay especificaciones, no hay fichas, no tenemos nada. Entonces estás a merced de lo que cada entidad pueda aprobar como ficha. Hay un avance que ha hecho Essalud a través del IETSI que ha aprobado sus catálogos y ha aprobado fichas</p> <p>no hay un ente normativo que lidere esto, encima has tenido retroceso porque DGIEM que era la Dirección General del MINSA, encargada de normar a nivel nacional sobre equipos, ahora es una oficina dentro de otra oficina y paso a ser DIEM. Ni siquiera ya se le ve como normador</p> <p>En cuanto al profesional, que son ingenieros especializados, no hay muchos</p>	<p>No hay fichas estandarizadas</p> <p>No hay rectoría</p> <p>No hay profesionales especializados</p>	<p>85</p> <p>86</p> <p>87</p>
<p>3. ¿Cuál es la situación o problemática que</p>	<p>Si bien es difícil comprar equipos, la inversión en mantenimiento es casi cero. Las entidades y el MEF no</p>	<p>Si bien es difícil comprar equipos, la inversión en mantenimiento es casi</p>	<p>No hay presupuesto para mantenimiento</p>	<p>88</p>

<p>observa o ha observado con respecto al tema del mantenimiento del equipamiento en este sector?</p>	<p>consideran que el mantenimiento preventivo sea un tema crítico dentro del sistema. Entonces en las líneas presupuestales el mantenimiento preventivo casi no lo ves. De repente tal vez porque las ejecutoras no lo pidan. Pero en realidad ni lo pones ni te lo piden y el porcentaje de mantenimiento preventivo debe estar por casi 0.0%. El mantenimiento recuperativo no es un mantenimiento programado, es un mantenimiento que tú lo requieres cuando el equipo se malogra. Si no programas el preventivo, menos el recuperativo o correctivo. Los equipos se usan más allá de los años de vida que tienen, le preguntas a los médicos y ellos creen que sus equipos son para 20 años, porque así los tienen, pero esos equipos tienen una vida útil de 5 años y nosotros seguimos usándolos porque simplemente no se renuevan. Por otro lado, ¿Cuántos están calibrados? ¿Cuántos miden lo que deben medir? ¿Cuántos dan la respuesta que deben?, realmente muy pocos. Es casi nula la respuesta de mantenimiento preventivo y recuperativo. En el uso de equipos hay el tema de abuso de la tercerización. Entonces por un lado no tienes nada programado, pero por otro lado no te interesa tener programado los mantenimientos. ¿Por qué? Porque el responsable, tiene su equipo al frente del hospital, espera que se malogre el equipo para que la gente valla a requerir sus servicios privados. Entonces a nadie le interesa arreglar equipos o que estén funcionando. Es más, les interesaría que se malogren lo más rápido posible, tienes parados tomógrafos por un tubo, y así, muchos equipos nuevos están parados. En un año tú pagas en tercerización más de tres veces el costo del equipo que debiste arreglar. Pero el arreglo</p>	<p>cero. Las entidades y el MEF no consideran que el mantenimiento preventivo sea un tema crítico. En las líneas presupuestales el mantenimiento preventivo casi no lo ves.</p> <p>El mantenimiento recuperativo no es un mantenimiento programado, es un mantenimiento que tú lo requieres cuando el equipo se malogra</p> <p>En el uso de equipos hay el tema de abuso de la tercerización.</p> <p>En un año tú pagas en tercerización más de tres veces el costo del equipo que debiste arreglar. Pero el arreglo en realidad era mucho menor que el costo del equipo. El tubo para un tomógrafo debe estar alrededor de 100 mil dólares, pero un tomógrafo ¿cuánto está? Cerca de un millón de dólares, terminas pagando incluso más caro que en el privado.</p> <p>No te interesa tener programado los</p>	<p>preventivo</p> <p>No se programan los mantenimientos</p> <p>Abuso de la tercerización</p> <p>Intereses propios</p>	<p>89</p> <p>90</p> <p>91</p>
---	--	---	---	-------------------------------

	<p>en realidad era mucho menor que el costo del equipo. El tubo para un tomógrafo debe estar alrededor de 100 mil dólares, pero un tomógrafo ¿cuánto está? Cerca de un millón de dólares, Si tú comparas y cada vez que mandas al tercero en un hospital ni siquiera pagas lo que realmente pagas en el privado, terminas pagando incluso más caro que en el privado. Al final el problema es para el paciente, muchas veces ni siquiera es oportuno.</p>	<p>mantenimientos. Porque el responsable, tiene su equipo al frente del hospital, espera que se malogre el equipo para que la gente valla a requerir sus servicios privados. Es más, les interesaría que se malogren lo más rápido posible, tienes parados tomógrafos por un tubo, y así, muchos equipos nuevos están parados.</p> <p>El problema es para el paciente, muchas veces ni siquiera es oportuno.</p>	Servicio inoportuno	92
<p>4. ¿Ha encontrado algún tipo de situación en la que la normativa en este sector haya afectado con la gestión que se da en el equipamiento? ¿cuáles han sido?</p>	<p>Hay varios, un tema muy crítico en el país por ejemplo es la hemodiálisis. ¿Cómo se relaciona a los equipos? La norma dice que tú no puedes tener un establecimiento con más de tres unidades de hemodiálisis. Y una unidad solo puede tener 5 equipos. Entonces no puedes tener una clínica con más de 15 equipos. Y eso hace que haya profesionales que tenga su clínica dentro de su casa. Las casas las han modificado para ser pseudo clínicas donde el espacio debajo de la escalera es un espacio de almacén con un letrero, pero es el espacio debajo de la escalera. Tienes 12,000 pacientes hemodializándose en espacios donde no son adecuados, en muchos casos si tú ves la línea del agua se mezcla entre las máquinas y lo que lavan los filtros. Felizmente ahora ya no hay filtros reusables. Pero se mezclaban, en una sola línea de agua estaban las máquinas de hemodiálisis y el lavado de los filtros. Si tú ves los procesos de contratos para hemodiálisis, el 20% de esos servicios son a través de contratos que se realizaron a través de procesos</p>	<p>Un tema muy crítico en el país por ejemplo es la hemodiálisis. La norma dice no puedes tener un establecimiento con más de tres unidades de hemodiálisis. Y una unidad solo puede tener 5 equipos. Entonces no puedes tener una clínica con más de 15 equipos. Y eso hace que haya profesionales que tenga su clínica dentro de su casa. Las casas las han modificado para ser pseudo clínicas. Tienes 12,000 pacientes hemodializándose en espacios donde no son adecuados, la línea del agua se mezcla entre las máquinas y lo que lavan los filtros. El 20% de esos servicios son a través de contratos que se realizaron a través de procesos convocados, el 80% de</p>	Normativa para hemodiálisis	93

	<p>convocados por las entidades el resto son ordenes de servicios directas porque las empresas que dan el servicio no quieren presentarse, no cumplen con las normas de una clínica o de un espacio de hemodiálisis, pero estás obligado a contratarles el servicio porque si los pacientes no se hacen la hemodiálisis se mueren, entonces para el 80% de los procesos tienes que hacer órdenes de servicio cada día por cada paciente. Hemodiálisis es uno de los temas que más gasto tiene el sector público. En Essalud más de 300 millones, en MINSA me imagino que también. Más de 12,000 pacientes en Essalud. En Minsa debe estar por allí. En MINSA antes no se daba el servicio, no lo sentían, hace como 4 años ha empezado a dar el servicio. Aquí por ejemplo vemos cómo una norma limita la posibilidad del equipamiento. Otro tema con equipos es que no tienes como garantizar la calidad, otra vez, comparando con medicamentos. Yo compro medicamentos y todavía en el país los registros sanitarios o las autorizaciones hace algunos años han sido muy laxas para todo. Con declaraciones juradas registrabas todo. En medicamentos mejoró, pero aun así como el mercado es tan complejo has tenido que generar un tema de control de calidad. Compras, pero antes del internamiento en los hospitales los medicamentos pasan por la red de control de calidad del MINSA. Yo compro un dispositivo y no puedo hacer control de calidad, compro un equipo y quién me dice si se es bueno o es malo. Nadie. No tengo a dónde ir para que me certifiquen. Solo me baso en la certificación que me dice el tercero. Entonces eso sí es complejo, se han adquirido equipos de toda calidad. Como el acero, hay</p>	<p>los procesos tienes que hacer órdenes de servicio cada día por cada paciente. Hemodiálisis es uno de los temas que más gasto tiene el sector público. En Essalud más de 300 millones, vemos cómo una norma limita la posibilidad del equipamiento.</p> <p>Otro tema es que no tienes como garantizar la calidad. Con declaraciones juradas registrabas todo. Compro un equipo y quién me dice si se es bueno o es malo. Nadie. No tengo a dónde ir para que me certifiquen. Hay una oficina de control de calidad del Ministerio de la Producción, en Villa El Salvador, que les da servicio a las empresas privadas que está fabricando muebles que se va a exportar, las hacían trabajar en esfuerzo y te decían cuánto tiempo iban a durar,</p>	<p>No hay quién garantice la calidad</p>	<p>94</p>
--	---	---	--	-----------

	<p>una oficina de control de calidad del Ministerio de la Producción, que está en Villa El Salvador, tiene un área de control de calidad que les da servicio a las empresas privadas que está fabricando muebles que se va a exportar, Cuando llegué estaban examinando sillas de ruedas, las hacían trabajar en esfuerzo y te decían cuánto tiempo iban a durar, también estaban viendo el acero y me explicaron que existen varios tipos de acero quirúrgico de diferente calidad y pureza, por eso que los precios varían y uno cree que está comprando el mejor acero quirúrgico. Cuando compro un equipo, ¿quién me certifica que el equipo es bueno? Nadie. Eso sí es crítico.</p> <p>Lo otro, crítico también al comprar equipos, primero hay un problema, muy grande que pasó con vacuna. Cuando comienzo a programar la necesidad de equipos que requiero, el principal problema no es tanto el número, porque allí sí tengo tantos pacientes y puedo pedir mi equipo, el problema es definir el estándar del equipo que quiero. Todos quieren el mejor equipo, independiente de que estés en el primer, segundo o tercer nivel de atención, todos quieren el mejor o el de mayor resolución, pero nadie ha estandarizado por niveles qué equipos se deben usar, por ejemplo, un tomógrafo, de 64 cortes yo lo puedo tener en cualquier hospital de nivel 2 nivel, uno de 128 lo puedo tener en un hospital 3 nivel, uno de 528 no lo necesito. Puede tener muchas mejoras, pero no son necesarias para cubrir lo que se requiere. Entonces definir el equipo que quieres y definir el estándar no está escrito en ningún lugar. Todos tienden a pedir el último equipo independiente de la resolución o de la necesidad que</p>	<p>El problema es definir el estándar del equipo que quiero. Todos quieren el mejor equipo, independiente de que estés en el primer, segundo o tercer nivel de atención, el mejor, pero nadie ha estandarizado por niveles qué equipos se deben usar, por ejemplo, un tomógrafo, de 64 cortes yo lo puedo tener en cualquier hospital de nivel 2 nivel, uno de 128 lo puedo tener en un hospital 3 nivel, uno de 528 no lo necesito. Definir el equipo que quieres y definir el estándar no está escrito en</p>	<p>Falta de estandarización de equipos</p>	<p>95</p>
--	---	---	--	-----------

	<p>tenga.</p> <p>En el tema de calidad, hay tres niveles de calidad que se cruzan; la que necesita el paciente, la que quiere el prestador y el que el vendedor ofrece a la entidad. Cuando las cruzas, la entidad no necesita comprar todo lo que te quieren vender, y a veces compras más de lo que el paciente necesita. La calidad debe ser vista por lo que necesita el paciente, no por lo que la entidad quiera comprar ni lo que la empresa quiera vender. Entonces ese espacio de ver qué es lo que necesita el paciente casi nadie lo hace. El que quiere vender te presiona para vender su último equipo, el profesional está emocionado en comprar lo que cree que se requiere como calidad, pero nadie está viéndolo desde el punto de vista del paciente.</p> <p>Otro tema es que cuando comienzas a programar equipos, no has definido si tienes algo tan simple como el área donde vas a instalarlo, o crees también que el equipo funciona solo. Y allí hay temas pequeños y temas mayores. Hay un tema muy grande por ejemplo en Essalud, logró tener su espacio para su generador de isótopos radioactivos y tiene un PCSCAN, nosotros encontramos hecho el lugar de fabricación de isotopos y el lugar donde estaba el PCSCAN que era donde los pacientes van a tomarse el examen. Este examen es importante solo para algunos pacientes, en cánceres donde están muy activas las células, consumen mucha glucosa, entonces estos isótopos se van justo a estos espacios y te dicen qué tan grande está o dónde está. Y puedes ver su magnitud y progresión y determinar el camino terapéutico a seguir, en el futuro incluso podrías agregar un medicamento al radioisótopo y</p>	<p>ningún lugar. Todos tienden a pedir el último equipo independiente de la resolución o de la necesidad que tenga.</p> <p>A veces compras más de lo que el paciente necesita. La calidad debe ser vista por lo que necesita el paciente, no por lo que la entidad quiera comprar ni lo que la empresa quiera vender. Entonces ese espacio de ver qué es lo que necesita el paciente casi nadie lo hace.</p> <p>Cuando comienzas a programar equipos, no has definido si tienes algo tan simple como el área donde vas a instalarlo, o crees también que el equipo funciona solo. Y allí hay temas pequeños y temas mayores. En Essalud, logró tener su espacio para su generador de isótopos radioactivos y tiene un PCSCAN, Lo más crítico en este caso es que no encontramos la cámara caliente, un área obligada donde te deben colocar el radioisótopo antes de entrar a PCSCAN, esa otra cámara no estaba construida, ni siquiera pensada. Habías hecho la planta, habías hecho el PSCAN, y no tenías donde colocar el radioisótopo al</p>	<p>No consideran requisitos mínimos de operación de un equipo</p>	<p>96</p>
--	--	--	---	-----------

	<p>lograr que vaya directo a la zona cancerígena reduciendo tremendamente las dosis de medicamentos que son altamente tóxicos. Es bueno sí, pero para pocos pacientes, unos 10 o 20 pacientes al año. Entonces tienes una tremenda inversión de millones para una cantidad muy pequeña de pacientes. Lo más crítico en este caso es que no encontramos la cámara caliente, un área obligada donde te deben colocar el radioisótopo antes de entrar a PCSCAN, esa otra cámara no estaba construida, ni siquiera pensada. Habías hecho la planta, habías hecho el PSCAN, y no tenías donde colocar el radioisótopo al paciente. Ese es un ejemplo de una inversión de varios millones de soles. Otro ejemplo es la construcción de un hospital que había comprado su tomógrafo antes, el hospital antiguo tenía su tomógrafo nuevo, cuando construyen el hospital nuevo no habían hecho el lugar para el tomógrafo y tuvieron que alquilar un lugar a una cuadra y allí instalarlo. Otro ejemplo es un hospital construido en plena selva con un techo plano, la lluvia era constante, el techo lleno de agua, la misma que filtraba y goteaba mojando todo, malogrando el mobiliario clínico y los equipos. La forma de planear tus necesidades en la mayoría de las veces no se hace en forma integral, alguien cree que necesita un tomógrafo y lo pide, la entidad lo compra sin ver si tiene el lugar donde instalarlo, no has visto qué otros accesorios deberían llevar, no has visto ni siquiera si tienes quién lo va a manejar. Las cámaras frigoríficas para vacunas estuvieron 4 años en el patio de la Dirección Regional de Salud de Ayacucho sin armar, no tenían ingeniero para instalarla, tampoco iban de Lima, no tenían lugar donde instalarla. 4 años</p>	<p>paciente. Ese es un ejemplo de una inversión de varios millones de soles. Otro ejemplo es un hospital construido en plena selva con un techo plano, la lluvia era constante, el techo lleno de agua, la misma que filtraba y goteaba mojando todo, malogrando el mobiliario clínico y los equipos. La forma de planear tus necesidades en la mayoría de las veces no se hace en forma integral, no has visto ni siquiera si tienes quién lo va a manejar. Las cámaras frigoríficas para vacunas estuvieron 4 años en el patio de la Dirección Regional de Salud de Ayacucho sin armar, no tenían ingeniero para instalarla, tampoco iban de Lima, hay que estandarizar, definir que equipos se deben usar por niveles de atención, hay que armar normas que lleven a que estos equipos se adquieran en un plan integral. Se ha comprado incubadoras que han ido a Puno y no han funcionado, porque la altura afectó su funcionamiento, nadie se fijó en altura, igual nadie se fija en infraestructura o en la necesidad de carga eléctrica. Son meses de espera hasta que te cambien todo el voltaje. A veces no se entiende como</p>		
--	--	---	--	--

	<p>las vacunas llegaban y ¿dónde se almacenaban?</p> <p>El tema de equipos es bien complejo, está muy a menos, hay que escribir muchísimo, hay que estandarizar, definir que equipos se deben usar por niveles de atención, hay que armar normas que lleven a que estos equipos se adquieran en un plan integral. Cuando se haga el requerimiento debemos preguntarnos si tenemos el lugar donde se instalará, si se tiene la potencia de carga eléctrica necesaria, si se cuenta con el personal capacitado para su uso. Se ha comprado incubadoras que han ido a Puno y no han funcionado, porque la altura afectó su funcionamiento, ecógrafos que no funcionaban por la altura, tenemos un país muy complejo, nadie se fijó en altura, igual nadie se fija en infraestructura o en la necesidad de carga eléctrica. Te llegan los equipos y recién vez que requiere un mayor voltaje que el que tiene tu establecimiento, tienes que pedirle a la empresa eléctrica que te coloque mayor voltaje y son meses de espera hasta que te cambien todo el voltaje. Si es que te cambiaban. Si no, pierdes el equipo y lo tienes que dar a otro establecimiento o lo peor queda almacenado sin usar.</p> <p>A veces no se entiende como pueden llevar refrigeradoras eléctricas a lugares donde no hay corriente eléctrica, no hay una planificación. Los requerimientos a veces se dan por el esfuerzo de alguien que está en el momento o por la presión del momento coyuntural, ahora por ejemplo incubadoras está de moda y todos van a comprar incubadoras, salió las muertes de neonatos y activo el requerimiento de incubadoras, pero se necesita desde hace muchos años,</p>	<p>pueden llevar refrigeradoras eléctricas a lugares donde no hay corriente eléctrica, no hay una planificación.</p> <p>No hay un plan integral de equipamiento, tampoco hay un plan</p>	<p>Falta planificación de mantenimiento</p>	<p>97</p>
--	--	--	---	-----------

	<p>algunos equipos se compran porque algo los activa, pero no hay un plan integral de equipamiento, tampoco hay un plan integral de mantenimiento, no hay un plan donde se diga a tantos años yo cierro mi brecha. Ni siquiera se sabe la brecha. No hay ningún inventario que te diga cuántas incubadoras necesitamos en el país. Y de qué niveles, qué tipos, en equipos es más complejo, en medicamentos yo defino amoxicilina de 500 mg tableta, listo, ya está, pero para incubadoras, no, debo definir si son para UCI, para traslado, para intermedio, incubadora estándar, además en el país hay más de 60 tipos de incubadoras. ¿Cuál de esas se necesitan en un hospital?, ¿Con 6, 7, 8 ventanas?, igual para monitores de funciones vitales, ¿cuál monitor? ¿El de 5, 6, 7, 8, 9 o 10 parámetros?, es bien complejo y nadie está regulando. Estamos allí juntando a la gente y lo que podamos pensar en el momento estamos comprando. Pero no hay un estándar. No me dice cuando a mí me categorizas como hospital que tipo de incubadoras debo tener, falta estandarizar por lo menos algo básico pueda solucionar por niveles, si tengo el estándar básico por lo menos defino 3 o 4 tipos de incubadoras en el país, lo primero que voy a hacer es sacar la ficha común para que todos tengan un mismo equipo, pueda hacer comprar conjuntas, tener un plan de mantenimiento. Está muy a menos en el tema de equipos, hay mucho por hacer. no hay un listado básico que me diga cuantos equipos y qué tipo de equipos debo tener, esa es nuestra realidad.</p>	<p>integral de mantenimiento, no hay un plan donde se diga a tantos años yo cierro mi brecha. No hay ningún inventario que te diga cuántas incubadoras necesitamos en el país. Y de qué niveles, qué tipos. Debo definir si son para UCI, para traslado, para intermedio, incubadora estándar, además en el país hay más de 60 tipos de incubadoras. ¿Cuál de esas se necesitan en un hospital?, ¿Con 6, 7, 8 ventanas? Es bien complejo y nadie está regulando. Cuando a mí me categorizas como hospital que tipo de incubadoras debo tener, por lo menos algo básico pueda solucionar por niveles, si tengo el estándar básico por lo menos defino 3 o 4 tipos de incubadoras en el país, lo primero que voy a hacer es sacar la ficha común para que todos tengan un mismo equipo, pueda hacer comprar conjuntas, tener un plan de mantenimiento. No hay un listado básico que me diga cuantos equipos y qué tipo de equipos debo tener</p>	<p>No hay información de inventarios</p> <p>Nadie regula qué equipos usar</p> <p>No hay listado básico de equipamiento</p>	<p>98</p> <p>99</p> <p>100</p>
5. ¿Existe una gestión de la información en este sector que	No, no hay, no tienes donde entrar y ver la cantidad de equipos con que cuentas ni donde ver brecha de los equipos que no tienes. Cada uno ha escrito lo que ha	No tienes donde entrar y ver la cantidad de equipos con que cuentas ni donde ver brecha de los equipos	Falta información de equipamiento	101

<p>ayude en la toma de decisiones y en la gestión que se da en el aspecto de equipamiento? Si la respuesta es no, preguntar en qué situaciones se evidenció?</p>	<p>podido. Y no hay una plataforma, ni DIEM tiene. La SBN es más complejo, mandas todo lo que tienes pero no te lo clasifica, además no es quién, no debería normar. Mantiene el inventario mas no te dice tu brecha. Tienes 10, pero eso no te dice si estás bien o estás mal. O te dice si debes estar 20 o 30, alguien debe definirlo, ¿Qué equipos debe haber en un establecimiento de primer nivel? Ahora último han abierto 7 policlínicos, esta vez es al revés, han contratado especialistas, han contratado ginecólogo, endocrino, cardiólogo, Llego a ver a uno de ellos, al cardiólogo y le consulto si tiene un equipo para hacer un electrocardiograma, y responde que no, le pregunto al ginecólogo ¿tienes un ecógrafo? Y responde que no, ninguno tenía equipos básicos, piensas que debes tener especialistas y los pones sin ningún equipo mínimo, la ayuda que dará será muy limitada.</p> <p>Otro caso, en un equipo muy pequeño, el hemoglobinómetro. ¿Cuál es la política de estado ahora? Bajar la anemia. Esa es una política de Estado. ¿Cómo mides tu intervención en esta política de Estado?, determinas primero cuál es tu nivel de anemia, para esto necesitas un equipo, ese equipo pequeño, ¿está estandarizado?, no, tienes una política de Estado, y un equipo no estandarizado que da resultados que incluso varían cuando tomas a una misma persona más de una vez en un mismo momento. Tienen dos años tratando de homologar la ficha y no logran terminar. Un equipo tan pequeño como un hemoglobinómetro u otro tan grande como un PSCAN de millones de soles y ninguno de los dos funcionaba, y no tienes quien regule, no tienes quien ordene.</p>	<p>que no tienes. Y no hay una plataforma. La SBN es más complejo, mandas todo lo que tienes pero no te lo clasifica. Mantiene el inventario mas no te dice tu brecha. Tienes 10, pero eso no te dice si estás bien o estás mal.</p> <p>Ahora último han abierto 7 policlínicos, han contratado especialistas, ginecólogo, endocrino, cardiólogo. Al cardiólogo y le consulto si tiene un equipo para hacer un electrocardiograma, y responde que no, le pregunto al ginecólogo ¿tienes un ecógrafo? Y responde que no, ninguno tenía equipos básicos, piensas que debes tener especialistas y los pones sin ningún equipo mínimo, la ayuda que dará será muy limitada</p> <p>En un equipo muy pequeño, el hemoglobinómetro. Bajar la anemia. Esa es una política de Estado. ¿Cómo mides tu intervención en esta política de Estado?, determinas primero cuál es tu nivel de anemia, para esto necesitas un equipo, ese equipo pequeño, ¿está estandarizado?, no, tienes una política de Estado, y un equipo no estandarizado que da resultados que</p>	<p>Contratos de especialistas sin su equipamiento mínimo para trabajar</p> <p>Adquisición de equipos de mala calidad</p>	<p>102</p> <p>103</p>
--	---	---	--	-----------------------

		incluso varían cuando tomas a una misma persona más de una vez en un mismo momento. Tienen dos años tratando de homologar la ficha y no logran terminar.		
6. Ante la vasta experiencia que tiene en este sector, ¿qué puntos relevantes considera son los que deben mejorarse en la gestión del equipamiento en el sector salud?	<p>Lo primero es que necesito un normador nacional. Un referente al que yo diga éste es el responsable de definir. Hay una necesidad de definir cuál es el equipamiento básico de un establecimiento por niveles. Luego se necesita definir la brecha en equipos, infraestructura para su instalación, personal para su manejo, equipos accesorios que se requerirán. Luego es hacer un plan, yo necesitaría hacer un plan para cubrir esa brecha y ver en cuántos años pienso cubrirla. Y en ese camino mejorar algunas cosas. Darle el nivel que debe tener DIEM, que regrese a ser una Dirección General y que comience a estandarizar los equipos, que saque las fichas estandarizadas para homologación a fin que se pueda garantizar calidad y tener procesos de adquisición más cortos evitando que se caigan.</p> <p>El registro sanitario de los equipos debe estar empatado con un nivel de calidad. Debe abrirse en el INS o el algún otro espacio, un centro de control de calidad de equipos y que éste sea un requisito para el registro y para la compra. El mismo proveedor debe pagar los controles de calidad, en medicamentos el Estado no lo paga, lo paga el proveedor, cuando el proveedor quiera vender al Estado, va y garantiza dentro de la red de control de calidad del ministerio de salud que su producto es</p>	<p>Necesito un normador nacional. Un referente al que yo diga éste es el responsable de definir</p> <p>Hay una necesidad de definir cuál es el equipamiento básico de un establecimiento por niveles.</p> <p>Definir la brecha en equipos, infraestructura para su instalación, personal para su manejo, equipos accesorios que se requerirán.</p> <p>Hacer un plan, yo necesitaría hacer un plan para cubrir esa brecha y ver en cuántos años pienso cubrirla.</p> <p>Darle el nivel que debe tener DIEM, que regrese a ser una Dirección General y que comience a estandarizar los equipos</p> <p>El registro sanitario de los equipos debe estar empatado con un nivel de calidad. Debe abrirse un centro de control de calidad de equipos y que éste sea un requisito para el registro y para la compra. Cuando el proveedor quiera vender al Estado, va y garantiza dentro de la red de control de calidad del ministerio de salud que su producto es de calidad</p>	Falta normador de equipamiento	104
			Falta de definición de equipamiento básico por nivel de establecimiento.	105
			Falta definición de brecha	106
			Hacer plan para cubrir brecha	107
			Dar al rector el nivel que necesita	108
Garantizar la calidad del equipo	109			

	<p>de calidad, para equipos debe pasar igual.</p> <p>Estandarizar es urgente, aun con todos los problemas que tenemos necesitamos comprar y no podemos. Cambia muy rápido el tema de la tecnología. El avance es rapidísimo en equipos. Puedes estar comprando ahora y a mitad de proceso te sale un equipo nuevo. Debemos tener la claridad de definir el equipo por lo que necesita el paciente, no el especialista, ni la entidad ni el proveedor.</p> <p>El tema de mantenimiento es importante, debemos programar el mantenimiento preventivo y recuperativo para todos los años de vida del equipo, ver si se puede hacer dentro del proceso de adquisición o hacer los dos procesos diferentes, no debemos hacer el proceso de compra sin el de mantenimiento.</p> <p>Lograr que la responsabilidad de cada nivel de gobierno se cumpla, todos tenemos un grado de responsabilidad. A nivel central debemos mejorar los registros sanitarios, generar espacios de control de calidad, estandarizar las fichas técnicas y aprobar fichas de homologación, hacer un estudio de brechas y plan para cerrarlas, a nivel local necesitas contar con personal capacitado para manejar los equipos e implementar los planes de mantenimiento.</p> <p>Se necesita tener en una plataforma informática para manejar la data y poder proponer planes de mejora continua.</p>	<p>Estandarizar es urgente. Debemos tener la claridad de definir el equipo por lo que necesita el paciente, no el especialista, ni la entidad ni el proveedor.</p> <p>Ver si se puede hacer dentro del proceso de adquisición o hacer los dos procesos diferentes, no debemos hacer el proceso de compra sin el de mantenimiento.</p> <p>Lograr que la responsabilidad de cada nivel de gobierno se cumpla, todos tenemos un grado de responsabilidad. A nivel central debemos mejorar los registros sanitarios, generar espacios de control de calidad, estandarizar las fichas técnicas y aprobar fichas de homologación, hacer un estudio de brechas y plan para cerrarlas, a nivel local necesitas contar con personal capacitado para manejar los equipos e implementar los planes de mantenimiento</p> <p>Se necesita tener en una plataforma</p>	<p>Estandarizar equipos</p> <p>Mantenimiento enlazado con la compra</p> <p>Articulación ente niveles de gobierno</p> <p>Tener plataforma</p>	<p>110</p> <p>111</p> <p>112</p> <p>113</p>
--	---	---	--	---

		informática para manejar la data y poder proponer planes de mejora continua.	informática	
7. ¿Cómo considera que ha sido la gestión de los bienes en el sector salud en lo que corresponde a los medicamentos, materiales e insumos médicos en el periodo del 2014 al 2019?	<p>Yo creo que se perdió el tema de gestión, hay mucho problema de gestión actual, se está sosteniendo que faltan normas y leyes, pero lo que más nos sobran son normas y leyes. Estamos en un nivel de desabastecimiento crítico. A mí me tocó vivir unos años muy difíciles, yo encontré el país con 13% de abastecimiento de medicamentos a nivel nacional y no teníamos tanta plata ni tanto personal como ahora. Pero ese 13% creció hasta llegar a un 82%, 2010, 2011 hemos estado en un 82%, ahora no llegamos ni al 50 %. Tienes mucha más plata, tienes mucha más gente, tienes una unidad solo para comprar (CENARES), pero tu nivel de abastecimiento ha caído.</p> <p>Ese operador logístico que se crea para comprar otras cosas porque en medicamentos resulto estar bien, a mí me toca crearlo pero para comprar dispositivos, ropa de cama, equipos, para comprar otras cosas, para crecer, terminó comprando solo medicamentos todos estos años, 100 personas para hacer lo que antes hacíamos 3 personas. Lo que has hecho has subdividido toda la compra de medicamentos. Ahora compras medicamentos para cáncer, para VIH, para N y haces una gran cantidad de procesos para comprar un solo bien que es medicamentos. Eso justifica tu año, pero además te atrasa también. Porque estás haciendo varios procesos, lo que adjudicas en enero febrero, lo estas adjudicando en julio, agosto, setiembre. Por</p>	Se perdió el tema de gestión, se está sosteniendo que faltan normas y leyes, pero lo que más nos sobran son normas y leyes. (CENARES), ese operador logístico que se crea para comprar otras cosas porque en medicamentos resulto estar bien, para comprar dispositivos, ropa de cama, equipos, para comprar otras cosas, para crecer, terminó comprando solo medicamentos todos estos años, 100 personas para hacer lo que antes hacíamos 3 personas. Lo has subdividido toda la compra de medicamentos. Ahora compras medicamentos para cáncer, para VIH, para N, en los procesos han definido entregas a noventa días, retrasando más el ingreso. Recién van a entrar los medicamentos de la compra para este año y ya estamos octubre, es un tema de gestión.	Falta de gestión	114

	<p>otro lado, en los procesos han definido entregas a noventa días, retrasando más el ingreso. Recién van a entrar los medicamentos de la compra para este año y ya estamos octubre, es un tema de gestión.</p> <p>Ha habido algunas dificultades críticas, el tema de descentralización en todas las regiones las IPRESS pasaron a ser parte de las regiones, en Lima, el Ministerio de Salud es un ente regulador, no es un ente prestador, pero todos los hospitales, centros y puestos de salud y las DIRIS pertenecen al Ministerio de salud. Esto se quiso corregir hace varios años haciendo la gestión para entregar las IPRESS a la Municipalidad de Lima, pero nunca acepto recibió los hospitales, como había que entregar a alguien para dejar de ser ejecutor, creó un ente externo, una ejecutora, el IGSS, que era esta ejecutora. A esta ejecutora le pasaron todos los hospitales y los centros de salud de Lima, las IPRESS dejaron de generar las órdenes de compra, pasaron sus contratos a la IGSS , y después de 8 meses el IGSS dijo que no podía ejecutar los contratos transferidos de las IPRESS y les devolvió todos los expedientes, generando un hueco de 9 a 10 meses de falta de compra, en ese mismo momento también hay otro error, como todo estaba así, en caos, el IGSS define comprar y dice mira todo este problema de desabastecimiento crítico, yo les voy a comprar a todo Lima y hace una programación en el 2016, el proceso 09 para dos años y compra como 140 medicamentos para 2 años. Entra ese proceso, cantidades enormes para más de no sé cuántos años y a un precio elevado.</p>	<p>Ha habido algunas dificultades críticas, el Ministerio de Salud es un ente regulador, no es un ente prestador. Esto se quiso corregir hace varios años creó un ente externo, una ejecutora, el IGSS. A esta ejecutora le pasaron todos los hospitales y los centros de salud de Lima, las IPRESS dejaron de generar las órdenes de compra, pasaron sus contratos a la IGSS , y después de 8 meses el IGSS dijo que no podía ejecutar los contratos transferidos de las IPRESS y les devolvió todos los expedientes, generando un hueco de 9 a 10 meses de falta de compra, también hay otro error, el IGSS define comprar y dice mira todo este problema de desabastecimiento crítico, yo les voy a comprar a todo Lima y hace una programación en el 2016, el proceso 09 para dos años y compra como 140 medicamentos para 2 años. ¿Quién lo compra? La OGA. Esos medicamentos han estado almacenados en CENARES por más de un año, 40</p>	<p>Cambios normativos que no se operativizan.</p>	<p>115</p>
--	--	--	---	------------

	<p>¿Quién lo compra? La OGA. Para todo Lima y allí no interviene las DIRIS. Esos medicamentos han estado almacenados en CENARES por más de un año, 40 medicamentos, 260 paletas repletas sin mover una sola unidad. Como lo compra la OGA todo tiene que entrar primero al almacén de CENARES para luego distribuirlos a las DIRIS, los otros 100 medicamentos no podían entrar. Entonces has estado con sobre stock de 40 y desabastecido de 100, más de 1 año.</p> <p>Se dieron también cambios normativos en la ley de contrataciones, el proceso de compra que se inicia un año antes con previsión presupuestal, ahora para dar la Buen Pro se tiene que tener la certificación presupuestal, para tener esa disponibilidad presupuestal se tuvo que pedir a las más de 140 ejecutoras que participan de compra corporativa, esto demoro como 2 a 3 meses para que te llegue hasta el último. Esto origino otro hueco de más de 7 meses.</p> <p>Este año ya sobre eso y con todo el caos que han tenido, han empezado tarde y han terminado tarde también.</p> <p>Estás dificultades traen problemas de ejecución, la compra corporativa al pedir certificaciones presupuestales, secuestras la plata, estás ejecutando en octubre, y ¿qué pasó en enero, febrero, marzo, abril, junio?, CENARES tenía la certificación, las ejecutoras no podían hacer uso de ese dinero, no podían gastar y no tenía el medicamento.</p> <p>Si entramos a la página amigable del MEF, en la línea de medicamentos, podemos ver que el 2017,</p>	<p>medicamentos, 260 paletas repletas sin mover una sola unidad. Como lo compra la OGA todo tiene que entrar primero al almacén de CENARES para luego distribuirlos a las DIRIS, los otros 100 medicamentos no podían entrar. Entonces has estado con sobre stock de 40 y desabastecido de 100, más de 1 año.</p> <p>Se dieron también cambios normativos en la ley de contrataciones, ahora para dar la Buen Pro se tiene que tener la certificación presupuestal, para tener esa disponibilidad presupuestal se tuvo que pedir a las más de 140 ejecutoras que participan de compra corporativa, esto demoro como 2 a 3 meses para que te llegue hasta el último. Esto origino otro hueco de más de 7 meses.</p> <p>Estás dificultades traen problemas de ejecución, al pedir certificaciones presupuestales, secuestras la plata, estás ejecutando en octubre, y ¿qué pasó en enero, febrero, marzo, abril, junio?, CENARES tenía la certificación, las ejecutoras no podían hacer uso de ese dinero, no podían gastar y no tenía el medicamento.</p>	<p>Cambios normativos que afectan la gestión</p>	<p>116</p>
--	--	--	--	------------

	<p>se deja de ejecutar 180 millones de soles en compra de medicamentos y el 2018 esta falta de ejecución llegó a 340 millones en medicamentos, el INEN el año pasado tuvo 120 millones para medicamentos oncológicos, ejecuto apenas el 59%, este año el MEF solo le ha dado 60 millones de soles.</p> <p>Otro problema es estar hablando todos los días de corrupción, todos tienen miedo, nadie quiere firmar, todo se pone más lento.</p> <p>Por otro lado, los medicamentos de más alto costo no están en el PNUME, los aprobaba los Comité Farmacoterapéutico de los hospitales, pero el SIS comenzó a decir que la deuda que tenían era solo de medicamentos, que los médicos aprobaban cosas que no debían, entonces saca una norma y el SIS dice yo voy a evaluar esos medicamentos de alto costo y comienza a evaluarlos, en setiembre del 2017 dice ya no los evalúo, las IPRESS dejan de comprar los medicamentos de alto costo porque no tienen el mecanismo de pago del SIS. Cuando el SIS dice ya no los evalúo, pasa las solicitudes a DIGEMID, DIGEMID dice que no le corresponde, se los da al INS, y el INS también sostiene que no evalúa. En febrero 2018 sale una norma modificando el SISMED, la norma dice el comité tampoco evalúa hasta que el MINSa saque un procedimiento. Se quedó hasta ahora sin procedimiento, el INEN el año pasado tuvo 120 millones, pero como no tuvo el procedimiento gasto solo el 59%. ¿Que hizo el MEF este año? Le ha dado 60. ¿Y la gente? has afectado al pueblo en 60 millones en medicamentos para cáncer. En</p>	<p>Otro problema es estar hablando todos los días de corrupción, todos tienen miedo, nadie quiere firmar, todo se pone más lento.</p> <p>Por otro lado, los medicamentos de más alto costo no están en el PNUME, los aprobaba los Comité Farmacoterapéutico de los hospitales, pero el SIS comenzó a decir que la deuda que tenían era solo de medicamentos, que los médicos aprobaban cosas que no debían, entonces saca una norma y el SIS dice yo voy a evaluar esos medicamentos de alto costo en setiembre del 2017 dice ya no los evalúo, las IPRESS dejan de comprar los medicamentos de alto costo porque no tienen el mecanismo de pago del SIS. Cuando el SIS dice ya no los evalúo, pasa las solicitudes a DIGEMID, DIGEMID dice que no le corresponde, se los da al INS, y el INS también sostiene que no evalúa. En febrero 2018 sale una norma modificando el SISMED, la norma</p>	<p>Nadie quiere responsabilizarse</p>	<p>117</p>
--	---	--	---------------------------------------	------------

	<p>medicamentos, insumos y dispositivos se ha perdido esa gestión.</p> <p>Otro tema muy duro también que era el financiamiento. Cuando empezamos a trabajar medicamentos, se dio el fondo rotatorio del PACFARM, en el Estado falta plata, no somos un país que sobre plata, a pesar que 340 millones que no se ejecutaron no es que no falte, eso es mala ejecución, en el 2010, la brecha en recursos humanos, infraestructura y equipamiento, era más de 10 mil millones de soles en el MINSa, y eso es palpable, tú vas a un hospital, lo miras y esto no es lo que debe existir. Para el director del Hospital ¿qué es más importante?, no es farmacia, no hay anestesiólogo, no hay cirujano, ¿la sala está activa o no esta activa? ¿El equipo está arreglado o no está arreglado?, eso vera el director, los medicamentos... que los compre el paciente, dale la receta y que los compre afuera. Entonces el medicamento nunca ha sido un tema crítico para el director de un hospital. No lo ha visto así.</p>	<p>dice el comité tampoco evalúa hasta que el MINSa saque un procedimiento. Se quedó hasta ahora sin procedimiento, el INEN el año pasado tuvo 120 millones, pero como no tuvo el procedimiento gasto solo el 59%. ¿Que hizo el MEF este año? Le ha dado 60. Se ha perdido esa gestión.</p> <p>Otro tema muy duro también que era el financiamiento. Cuando empezamos, se dio el fondo rotatorio del PACFARM, en el Estado falta plata</p> <p>En el 2010, la brecha en recursos humanos, infraestructura y equipamiento, era más de 10 mil millones de soles en el MINSa, y eso es palpable, tú vas a un hospital, lo miras y esto no es lo que debe existir. Para el director del Hospital ¿qué es más importante?, no es farmacia, no hay anestesiólogo, no hay cirujano, ¿la sala está activa o no esta activa? ¿El equipo está arreglado o no está arreglado?, eso vera el director, los medicamentos. Que los compre el paciente, dale la receta y que los compre afuera. Entonces el medicamento nunca ha sido un tema crítico para el director de un hospital. No lo ha visto así.</p>	<p>Pérdida de financiamiento en farmacia</p> <p>Falta de importancia a la farmacia por parte del director</p>	<p>118</p> <p>119</p>
--	---	---	---	-----------------------

	<p>Por eso se creó dos cuentas diferentes, una de ellas intangible solo para medicamentos, el precio de venta tena un incremento del 25% del precio de compra, del ingreso de la venta de medicamentos el 15% era para gasto administrativo y el 10% para crecimiento. Nadie podía tocar ni un sol. ¿Cuándo se rompe eso? Cuando entra la ley de aseguramiento y entra el SIS y cambia la forma de pago, tienes al paciente del SIS, le das el medicamento, pero no le cobras, te lo reembolsa el SIS, la fuente cambio de ingreso propio a Donaciones y Transferencias - DyT, y se lo pasan al director del hospital y se perdió la cuenta intangible</p> <p>Otro problema fue la forma de pago del SIS, no solo quita la cuenta de intangible sino que comienza a fraccionar el pago, paga trimestralmente, no puedo poner en mi Plan anual de contrataciones, ni sacar un proceso si no tengo la certificación presupuestal del proceso. Entonces si tú me vas a pagar por partes le obligas a fraccionar mis compras. Este año el SIS ha dado el 90% de adelanto a comienzo del año.</p>	<p>Por eso se creó dos cuentas diferentes, una de ellas intangible solo para medicamentos, el precio de venta tena un incremento del 25% del precio de compra, del ingreso de la venta de medicamentos el 15% era para gasto administrativo y el 10% para crecimiento. Nadie podía tocar ni un sol. ¿Cuándo se rompe eso? Cuando entra la ley de aseguramiento y entra el SIS y cambia la forma de pago, tienes al paciente del SIS, le das el medicamento, pero no le cobras, te lo reembolsa el SIS, la fuente cambio de ingreso propio a Donaciones y Transferencias - DyT, y se lo pasan al director del hospital y se perdió la cuenta intangible</p> <p>Otro problema fue la forma de pago del SIS, no solo quita la cuenta de intangible sino que comienza a fraccionar el pago, paga trimestralmente, no puedo poner en mi Plan anual de contrataciones, ni sacar un proceso si no tengo la certificación presupuestal del proceso. Entonces si tú me vas a pagar por partes le obligas a fraccionar mis compras. Este año el SIS ha dado el 90% de adelanto a comienzo del año.</p>	<p>Pérdida del fondo intangible de la farmacia</p> <p>Problemas de pagos del SIS</p>	<p>120</p> <p>121</p>
--	--	--	--	-----------------------

	<p>Por otro lado, el PPR me ha generado lo que antes había, farmacia de IRA, de EDA, de materno, escolar, de TB, se tenía 17 farmacias, el clotrimoxazol estaba en EDA venia el paciente con IRA no le puedo dar a pesar de tenerlo, ¿Qué se hizo con el SISMED?, todo es uno solo. Es una gran fuente de ingreso, pero no de salida, todo es una sola farmacia. ¿Qué ha hecho PpR? Otra vez ha fraccionado todo y no me permiten venderlo, viene gente con recetas a comprar y no se puede porque piden que salga por DyT.</p> <p>Antes la farmacia como era una sola, abrí una ventana a la puerta a la calle, estaba abastecido y podía vender a los que venían de atenciones privadas. Ahora vas con tu receta privada, el primer problema que encontraras es que no tienen, segundo te negaran la venta porque todo lo que es DyT sale por DyT, no lo puedes vender.</p> <p>Con el PPR has creado médicos, enfermeras EDA, enfermeras IDA, enfermeras de inmunizaciones que no hacen CRED.</p> <p>Estos años han sido unos años muy complejos, en normativa, no muy buenos. Y algo que siempre está en la mirada de todos, es que siempre dicen, que van a hacer redes integradas y habrá intercambio prestacional, que cualquier paciente se va a ir a cualquier establecimiento y lo van a atender, sea del seguro o sea de la fuerza armada, y eso es un dicho que se viene repitiendo, pero no se avanza nada. No tienes ni siquiera estructura de costos establecida. No tienes ni siquiera cómo reconocer uno al otro cuánto cuesta, como si para todos</p>	<p>Por otro lado, el PPR me ha generado lo que antes había, farmacia de IRA, de EDA, de materno, escolar, de TB, se tenía 17 farmacias, el clotrimoxazol estaba en EDA venia el paciente con IRA no le puedo dar a pesar de tenerlo, ¿Qué se hizo con el SISMED?, todo es uno solo. ¿Qué ha hecho PpR? Otra vez ha fraccionado todo.</p> <p>Con el PPR has creado médicos, enfermeras EDA, enfermeras IDA, enfermeras de inmunizaciones que no hacen CRED.</p> <p>van a hacer redes integradas y habrá intercambio prestacional, que cualquier paciente se va a ir a cualquier establecimiento y lo van a atender, sea del seguro o sea de la fuerza armada, y eso es un dicho que se viene repitiendo, pero no se avanza nada. No tienes ni siquiera estructura de costos establecida. No tienes ni siquiera cómo reconocer uno al otro cuánto cuesta, como si</p>	<p>Farmacias fraccionadas por el PpR</p> <p>Estructura de costos desiguales</p>	<p>122</p> <p>123</p>
--	--	---	---	-----------------------

	<p>costara igual. Penosamente en la estructura de costos no somos iguales. Essalud paga 16 sueldos y MINSA paga 12. El 60% del gasto en una entidad pública prestadora de servicios es personal y si uno tiene 16 sueldos y el otro 12, cómo dices que la misma prestación cuesta igual. Las regiones han firmado el intercambio prestacional, pero se hace muy poco.</p> <p>Hay un desorden grande. Ya el país era descentralizado y habíamos avanzado incluso teniendo la descentralización. Pero ahora hay mucho desorden, se necesita ordenar.</p> <p>Han colocado a responsables porque ha estudiado en universidades de renombre, no porque tengan capacidad de gestión, tú puedes ser un buen catedrático, puedes tener doctorados, pero necesitas tener un nivel de manejo de gestión. Los estudios están bien pero para decidir por gestores, necesitan que además tengan experiencia en gestión.</p> <p>Lucha contra la corrupción es buena, pero le han dado un poder enorme a contraloría, que incluso el Tribunal Constitucional ha observado la facultad que le han dado a la Contraloría para que haga procesos sancionadores. Sumado a eso, ahora todos se van presos, aunque no tenga juicio, ante esta realidad la mayoría se gestores prefieren no ejecutar, el miedo ha paralizado a mucha gente y hay muchos gestores que ya no quieren tener cargo, mucha gente ahora está pensando con lo que me van a pagar y con los problemas que voy a tener, no vale la pena, varios han dicho que no.</p>	<p>para todos costara igual. Penosamente en la estructura de costos no somos iguales. Essalud paga 16 sueldos y MINSA paga 12. El 60% del gasto en una entidad pública prestadora de servicios es personal. Se necesita ordenar</p> <p>Han colocado a responsables porque ha estudiado en universidades de renombre, no porque tengan capacidad de gestión. Los estudios están bien pero para decidir por gestores, necesitan que además tengan experiencia en gestión.</p> <p>Ahora todos se van presos, aunque no tenga juicio, ante esta realidad la mayoría se gestores prefieren no ejecutar, el miedo ha paralizado a mucha gente y hay muchos gestores que ya no quieren tener cargo. Entonces no tienes los mejores cuadros.</p>	<p>Asignación errada de cargos</p> <p>Temor a asumir responsabilidades</p>	<p>124</p> <p>125</p>
--	--	--	--	-----------------------

	<p>Entonces no tienes los mejores cuadros.</p> <p>El Estado está generando gestores públicos, ¿qué porcentajes de esos servidores públicos están en un cargo? La verdad muy pocos, generas un diferencial de sueldo entre tus directivos que ocasiona incomodidad en el resto.</p>			
<p>8. Con respecto a la gestión de los almacenes e inventarios y el abastecimiento de los medicamentos, materiales e insumos médicos, ¿qué opinión tiene al respecto de la gestión dada en ese periodo 2014 al 2019?</p>	<p>La verdad es que esta casi cero. Hay mucho esfuerzo para lograr asegurar calidad al comprar, pero los productos farmacéuticos son sustancias químicas que se alteran si es que tú no mantienes la cadena de almacenamiento en forma adecuada. En el sector público los almacenes, no cuentan con Buenas Prácticas de almacenamiento - BPA, es muy crítico. Estas mandando medicamentos a regiones enteras donde nadie te garantiza que en la cadena de transporte no se pierda las BPA.</p> <p>Cuando haces farmacovigilancia no puedes definir si el resultado deficiente o malo del medicamento o del insumo es responsabilidad del fabricante o de las condiciones de almacenamiento. La Región San Martín tenía un almacén recién construido, pero sin aire acondicionado, la temperatura dentro era muy elevada, y los productos se afectaban, se inmovilizaba el lote a nivel nacional, se sacaba una alerta, venía el fabricante y decía que le hacían un daño terrible, son miles o millones de soles que se afectaban.</p> <p>Es una obligación del Estado garantizar la calidad del producto hasta que le llegue al usuario y eso se pierde apenas lo compramos e ingresa a nuestros almacenes. Todo el esfuerzo que se hace para tener la ley, para garantizar que los medicamentos sean de buena calidad, para que cuando lo compres entre al sistema</p>	<p>En el sector público los almacenes, no cuentan con Buenas Prácticas de almacenamiento - BPA, es muy crítico.</p> <p>Cuando haces farmacovigilancia no puedes definir si el resultado deficiente o malo del medicamento o del insumo es responsabilidad del fabricante o de las condiciones de almacenamiento. La Región San Martín tenía un almacén recién construido, pero sin aire acondicionado, la temperatura dentro era muy elevada, y los productos se afectaban.</p> <p>Es una obligación del Estado garantizar la calidad del producto hasta que le llegue al usuario y eso se pierde apenas lo compramos e ingresa a nuestros almacenes.</p>	<p>Falta de almacenes con BPA</p>	<p>126</p>

	<p>de control de calidad del MINSA y lo mandas a lugares donde no están adecuadamente almacenados.</p> <p>En transporte tuvimos que sacar una norma que recién he visto que lo están cumpliendo de buenas prácticas de transporte porque lo mandaban en cajas a través de los bus de transporte interprovincial de personas, como encomienda.</p> <p>Pero almacén es un tema muy muy crítico, no sólo por la condición de almacenamiento, sino por la gestión. ¿Qué es lo que pasa cuando el almacén pertenece al hospital o pertenece a la DIRIS o pertenece a la región? El bien es de la DIRIS, del hospital o de la región. Pero ya tengo mi lectura del país. Digo, lo que me está sobrando en Cuzco se lo voy a pasar a Arequipa. ¿Puedo? No puedo. Porque el bien ya es de esa ejecutora.</p> <p>Si tuviese que hacer gestión ahora, generaría algunos macro almacenes a nivel de país, a cargo de operador logístico, el medicamento sería del operador logístico y no de la ejecutora, esto permitiría gestionar a nivel nacional abasteciendo a las IPRESS por un sistema de reposición, en este momento no se puedo hacer eso porque ahora el producto es de Arequipa o es del hospital, de la DIRIS, y cuando lo quieren pasar a otra ejecutora, tienen miedo, ven como que van a perder dinero porque es parte de su presupuesto.</p> <p>No hay una gestión de almacenes nacional, falta un operador logístico nacional que tenga la gestión de almacenes y que vea el suministro del país. Lo importante es que tú puedas tener la gestión logística de tu almacén. Que tú puedas redistribuir de acuerdo a como lo necesita el país, antes que llegue y sea parte de ellos porque luego es difícil sacarlo.</p>	<p>Almacén es un tema muy muy crítico, no sólo por la condición de almacenamiento, sino por la gestión. Tengo mi lectura del país. Digo, lo que me está sobrando en Cuzco se lo voy a pasar a Arequipa. ¿Puedo? No puedo. Porque el bien ya es de esa ejecutora.</p> <p>Si tuviese que hacer gestión ahora, generaría algunos macro almacenes a nivel de país, a cargo de operador logístico, el medicamento sería del operador logístico y no de la ejecutora, esto permitiría gestionar a nivel nacional abasteciendo a las IPRESS por un sistema de reposición, en este momento no se puedo hacer eso porque ahora el producto es de Arequipa o es del hospital, de la DIRIS, y cuando lo quieren pasar a otra ejecutora, tienen miedo, ven como que van a perder dinero porque es parte de su presupuesto.</p> <p>No hay una gestión de almacenes nacional, falta un operador logístico nacional que tenga la gestión de almacenes y que vea el suministro</p>	<p>Falta de gestión en almacenes</p>	<p>127</p>
--	--	--	--------------------------------------	------------

	<p>El SIGA no llegaba al manejo de farmacia. Entonces había el SISMED como software de farmacia y había un SIGA-SISMED. Pero lo más importante eran las NEAS la nota de entrada provisional y el PPA (pedido provisional de almacenes), no te lo debo dar con pecosa sino con un pedido provisional. Al final del mes cuando ya se tenga el consumo debo generar mi pecosa. Eso también ya nadie está monitoreando. Me decían que hace más de 5 años la mesa del SISMED dejó de funcionar. Entonces ¿quién ha estado gestionando? Como ya no se sabe quién es el responsable, se desactivo la mesa. Nuevamente se ha activado otra vez, pero con responsabilidades muy fraccionadas no muy claras.</p>	<p>del país. Eran las NEAS la nota de entrada provisional y el PPA (pedido provisional de almacenes), no te lo debo dar con pecosa sino con un pedido provisional. Al final del mes cuando ya se tenga el consumo debo generar mi pecosa. Eso también ya nadie está monitoreando. Me decían que hace más de 5 años la mesa del SISMED dejó de funcionar. Entonces ¿quién ha estado gestionando? Como ya no se sabe quién es el responsable, se desactivo la mesa. Nuevamente se ha activado otra vez, pero con responsabilidades muy fraccionadas no muy claras.</p>	<p>No se cumple la normativa y procesos establecidos</p>	128
<p>9. ¿Considera que existe una articulación entre los diversos actores involucrados que redundan en la gestión de los medicamentos, materiales e insumos médicos?</p>	<p>No existe una articulación, cada uno ve su parte y hay hasta cruces. No hay articulación.</p>	<p>No existe una articulación, cada uno ve su parte y hay hasta cruces</p>	<p>Falta articulación</p>	129
<p>10. ¿Qué problemática ha observado en el tema del</p>	<p>El que los almacenes especializados de las regiones, de las DIRIS no cuenten con BPA (infraestructura, equipamiento, recurso humano, procedimientos, entre otros), representan un potencial riesgo de conservación</p>	<p>Los almacenes especializados de las regiones, de las DIRIS no cuenten con BPA, representan un potencial riesgo de conservación de los</p>	<p>Riesgo de conservación de los productos farmacéuticos y dispositivos médicos</p>	130

almacenamiento de estos bienes?	de los productos farmacéuticos y dispositivos médicos. Otros aspectos con problemas de gestión son el transporte, la distribución y gestión de stock.	productos farmacéuticos y dispositivos médicos.		
11. ¿Qué factores ha encontrado que considera afecta en la programación que se hace de los medicamentos, insumos y materiales médicos?	<p>Existen factores sociales, climatológicos que afectan en la programación. ¿Quién hace la programación? Lo hace el logístico. Quien generalmente lo que hace es copiar lo del año anterior. Esto porque también le dan poco tiempo para programar, entonces lo que le queda es copiar lo anterior.</p> <p>Otro tema que se da en la programación, es que se da sobre los protocolos establecidos pero que en la realidad no siempre se dan. Por ejemplo con la isoniacida, según lo que dice el protocolo, el medicamento debe darse no solo al paciente sino a dos personas de contacto directo. Pero estos contactos no van. Esto se da para las personas que tienen TBC, algunos de ellos son drogadictos o alcohólicos, no van al establecimiento y sus contactos directos menos, pero se hace la programación por 3, es decir para el paciente y para dos personas más. Entonces terminas con un sobre stock en el almacén y terminas con medicamentos vencidos, porque no pudieron ser consumidos.</p> <p>La prescripción médica, una misma enfermedad puede ser tratada de varias maneras y la receta dependerá de lo que el médico indique. Eso es muy particular de cada profesional. Entonces el médico termina recetando aquello que no fue programado. Esto es porque no se dan las guías de prácticas clínicas.</p> <p>Otro aspecto que afecta la programación es la calidad de información de necesidades, stock, en tránsito, demanda no atendida, entre otros.</p>	<p>¿Quién hace la programación? Lo hace el logístico. Generalmente lo que hace es copiar lo del año anterior. Dan poco tiempo para programar, entonces lo que le queda es copiar lo anterior.</p> <p>se da sobre los protocolos establecidos pero que en la realidad no siempre se dan. La isoniacida, el medicamento debe darse no solo al paciente sino a dos personas de contacto directo. Pero estos contactos no van. Para las personas que tienen TBC, se hace la programación por 3. Entonces terminas con un sobre stock en el almacén y terminas con medicamentos vencidos, porque no pudieron ser consumidos.</p> <p>La prescripción médica, una misma enfermedad puede ser tratada de varias maneras y la receta dependerá de lo que el médico indique. Entonces el médico termina recetando aquello que no fue programado. Esto es porque no se dan las guías de prácticas clínicas.</p>	<p>Poco tiempo para hacer la programación</p> <p>No se cumplen los protocolos de atención en la práctica</p> <p>No se siguen las guías de prácticas clínicas</p>	<p>131</p> <p>132</p> <p>133</p>

12. ¿Considera que la normativa afecta en la gestión de los medicamentos, insumos y materiales médicos? ¿Qué puntos considera que deben ser contemplados que ayuden a una mejora en la gestión?	Debe de modificarse la Subasta inversa para poder dar la Buena Pro a pasar que se haya presentado un solo postor.	Modificarse la Subasta inversa para poder dar la Buena Pro a pasar que se haya presentado un solo postor.	Cambio de normativa de subasta inversa	134
	Debe ampliarse los procedimientos de adquisiciones para cubrir espacios donde hay mucha incertidumbre sobre los beneficios tener la opción de pagar si se ha obtenido los resultados clínicos, lo que se conoce como pago por resultado. Sería recomendable tener a una empresa que suministre los medicamentos, que sea adjudicada no por la cantidad del ítem, sino por un periodo determinado. De esta manera nos aseguraríamos que tendríamos un abastecimiento de los medicamentos.	Debe ampliarse los procedimientos de adquisiciones para cubrir espacios donde hay mucha incertidumbre sobre los beneficios, pago por resultado. Tener a una empresa que suministre los medicamentos, que sea adjudicada no por la cantidad del ítem, sino por un periodo determinado.	Pago por resultado	135
	Debe establecerse el procedimiento para que los comités farmacoterapéuticos puedan ofrecer medicamentos fuera del PNUME.	Debe establecerse el procedimiento para que los comités farmacoterapéuticos puedan ofrecer medicamentos fuera del PNUME.	Falta procedimientos para medicamentos fuera del PNUME	136
	Debe incentivarse el registro de nuevos medicamentos donde se tenga un solo postor a nivel nacional.	Debe incentivarse el registro de nuevos medicamentos donde se tenga un solo postor a nivel nacional.	Incentivar el registro de nuevos medicamentos	137
	Debe trabajarse fichas de homologación para dispositivos médicos y equipos biomédicos.	Debe trabajarse fichas de homologación para dispositivos médicos y equipos biomédicos.	Homologación	138
13. ¿Qué considera podría mejorarse en el tema de la gestión de los suministros de medicamentos, materiales e insumos médicos?	Debe tenerse metas nacionales claras, colocarlas en los acuerdos de gestión, medirlas de forma frecuente, identificar causas de no cumplimiento y plantear soluciones al proceso para evitar que vuelvan a repetirse. La medición requiere contar con data oportuna y de calidad.	Debe tenerse metas nacionales claras, colocarlas en los acuerdos de gestión, medirlas de forma frecuente	Tener metas claras y medirlas	139
	Definir los perfiles del personal necesario, lograr meterlos y mantener un sistema de capacitación permanente.	Identificar causas de no cumplimiento y plantear soluciones al proceso para evitar que vuelvan a repetirse.	Identificar causas de no cumplimiento	140
		Definir los perfiles del personal necesario, lograr meterlos y	Definir los perfiles del personal y capacitación	141

	<p>Plantear un plan de inversiones para tener una cadena de almacenamiento y de transporte que garantice el mantenimiento de la calidad de los medicamentos.</p> <p>Lograr diferenciar la fuente de financiamiento para regresar a tener la cuenta intangible independiente de las fuentes de ingreso.</p> <p>No tener la obligación de sacar los medicamentos por las mismas fuentes de ingreso.</p> <p>Mejorar los presupuestos.</p> <p>Fortalecer la coordinación y articulación entre las instancias del MINSa que tienen que ver con la gestión de estos bienes: DIGEMID, CENARES, DGOS, SIS, así como los gobiernos regionales y locales.</p>	<p>mantener un sistema de capacitación permanente.</p> <p>Plantear un plan de inversiones para tener una cadena de almacenamiento y de transporte que garantice el mantenimiento de la calidad de los medicamentos.</p> <p>Lograr diferenciar la fuente de financiamiento para regresar a tener la cuenta intangible independiente de las fuentes de ingreso.</p> <p>No tener la obligación de sacar los medicamentos por las mismas fuentes de ingreso.</p> <p>Mejorar los presupuestos.</p> <p>Fortalecer la coordinación y articulación entre las instancias del MINSa que tienen que ver con la gestión de estos bienes: DIGEMID, CENARES, DGOS, SIS, así como los gobiernos regionales y locales.</p>	<p>Plan de inversiones</p> <p>Tener cuenta intangible</p> <p>No diferenciar stock</p> <p>Mejorar los presupuestos.</p> <p>Fortalecer coordinación y articulación entre instancias.</p>	<p>142</p> <p>143</p> <p>144</p> <p>145</p> <p>146</p>
<p>14. Si tuviera la opción de tomar decisiones para dar solución a esta problemática, ¿Qué acciones tomaría?</p>	<p>Entre las acciones a realizar para mejorar, transparentar información mostrando al público la situación actual de disponibilidad de medicamentos (sobre stock, desabastecimiento, medicamentos vencidos) a nivel local (establecimiento de salud), nivel regional (almacenes especializados) y nivel nacional basado a través de indicador adecuado y correcto basado en una ficha, como una línea de base y con un compromiso de mejora (por ejemplo si la fecha de corte es 50% para diciembre próximo año a más de 90%, el actual indicador enmascara la real situación).</p>	<p>Transparentar información mostrando al público la situación actual de disponibilidad de medicamentos (sobre stock, desabastecimiento, medicamentos vencidos) a nivel local (establecimiento de salud), nivel regional (almacenes especializados) y nivel nacional basado a través de indicador adecuado y correcto basado en una ficha, con un</p>	<p>Transparentar información</p>	<p>147</p>

	<p>La modalidades de contratación debe orientar a contratar empresas que suministren lo que se requiere en un plazo de tiempo, por ejemplo 2 años y no cantidades exactas de los contratos, porque se hace inmanejable el monitoreo de la ejecución contractual y además porque la programación tiene muchas aristas que conllevan a requerir insuficiente y/o en sobre stock. Ejemplo por falta de guías de práctica clínica, protocolos de tratamiento, muchos cambios de prescripción por la discrecionalidad que manejan los prescriptores serumistas y/o contratados, calidad de información de consumo como la falta de información de demanda insatisfecha</p> <p>A nivel de proceso de almacenamiento, se debe considerar que el producto es de nivel central y no de las regiones que facilite la redistribución a nivel de regiones y/o establecimientos de salud, también el manejo de almacenes macro regionales para garantizar calidad y conservación de los productos considerando que ninguno de los AEM tiene Buenas Prácticas de Almacenamiento.</p> <p>Considerar que el medicamento es un medio no un fin, por lo tanto, debe considerarse el modelo de atención de salud, con un enfoque es preventivo promocional más que recuperativo. Modelo que se basa en la salud familiar, en fortalecer el primer nivel. Eso significa que el nuevo modelo que se adopte también traerá consigo el cambio de financiamiento toda vez que el mayor gasto o inversión será en la atención primaria.</p> <p>Debe darse una mayor importancia a la prevención.</p> <p>Debe haber un responsable nacional para el tema de equipamiento.</p>	<p>compromiso de mejora.</p> <p>La modalidades de contratación debe orientar a contratar empresas que suministren lo que se requiere en un plazo de tiempo, por ejemplo 2 años y no cantidades exactas de los contratos, porque la programación tiene muchas aristas que conllevan a requerir insuficiente y/o en sobre stock.</p> <p>A nivel de proceso de almacenamiento, se debe considerar que el producto es de nivel central y no de las regiones que facilite la redistribución a nivel de regiones y/o establecimientos de salud.</p> <p>Considerar que el medicamento es un medio no un fin, por lo tanto, debe considerarse el modelo de atención de salud, con un enfoque es preventivo promocional más que recuperativo. Modelo que se basa en la salud familiar, en fortalecer el primer nivel.</p> <p>Debe darse una mayor importancia a la prevención.</p> <p>Debe haber un responsable nacional para el tema de equipamiento.</p> <p>Medir el desempeño de los equipos</p>	<p>Contratación por plazos de tiempo</p> <p>Permitir la redistribución de medicamentos</p> <p>Salud preventiva</p> <p>Responsable nacional de equipamiento</p>	<p>148</p> <p>149</p> <p>150</p> <p>151</p>
--	---	---	--	---

	<p>Medir el desempeño de los equipos de gestión de todos los niveles a fin de asegurar que cumplan con las funciones, compromisos, entre otros. Ver modelos de incentivos monetarios y no monetarios.</p>	<p>de gestión de todos los niveles. Ver modelos de incentivos monetarios y no monetarios.</p>	<p>Medir el desempeño de los equipos de gestión</p>	<p>152</p>
--	---	---	---	------------

ANÁLISIS DOCUMENTAL- Contraloría 2° y 3° nivel

Tipo de documento	Descripción	Frases codificadas	Categorías o Subcategorías	Cód.
Informe Ejecutivo	<p>Con la finalidad de contribuir a la mejora en la prestación de los servicios de salud públicos y el correcto uso de los recursos del Estado, la Contraloría General realizó del 28 de mayo al 1 de junio de 2018 el operativo de control “Por una salud de calidad” para supervisar los servicios que brindan los establecimientos de salud de segundo y tercer nivel (mediana y alta complejidad, respectivamente) del Ministerio de Salud, Seguro Social de Salud, Gobiernos Regionales, Fuerzas Armadas y Policía Nacional. Como resultado del operativo se identificó un alto nivel de incumplimiento de las Normas Técnicas de Salud en los servicios de consulta externa, emergencia, farmacia, diagnóstico por imágenes y laboratorio que brindan los hospitales e institutos especializados de salud públicos a nivel nacional, lo que genera el riesgo de una inadecuada atención a los pacientes.</p> <p>Las evidencias de la situación descrita se observan, entre otros, a través de las horas de atención y facilidades de acceso a los pacientes, alta dotación de equipos sin el mantenimiento requerido, elevados niveles de sobrestock de algunos medicamentos y bajo stock de otros, alta exposición a deterioro de los medicamentos por incumplimiento de buenas prácticas de almacenamiento, así como falta de recursos humanos suficientes en los servicios visitados.</p> <p>El 38% no cuenta total o parcialmente con material médico para la atención de los pacientes, con el riesgo de que no se atienda oportunamente a los mismos, lo que puede empeorar su estado de</p>	<p>Se identificó un alto nivel de incumplimiento de las Normas Técnicas de Salud en los servicios de consulta externa, emergencia, farmacia, diagnóstico por imágenes y laboratorio que brindan los hospitales e institutos especializados de salud públicos a nivel nacional</p> <p>Las evidencias de la situación descrita se observan alta dotación de equipos sin el mantenimiento requerido, elevados niveles de sobrestock de algunos medicamentos y bajo stock de otros alta exposición a deterioro de los medicamentos por incumplimiento de buenas prácticas de almacenamiento</p> <p>El 38% no cuenta total o parcialmente con material médico para la atención de los pacientes</p>	<p>Incumplimiento de Normas Técnicas en Salud</p> <p>Equipamiento sin mantenimiento</p> <p>Sobrestock y bajo stock de medicamentos</p> <p>Incumplimiento de buenas prácticas de almacenamiento</p> <p>Falta de material médico en emergencia</p>	<p>153</p> <p>154</p> <p>155</p> <p>156</p> <p>157</p>

	<p>salud y/o riesgo de pérdida de vida.</p> <p>El 44% de los establecimientos visitados no tiene el equipamiento requerido para la atención de los pacientes como por ejemplo, analizador de gases y electrolitos portátil, ecógrafo portátil, monitor de funciones vitales neonatales de 05 parámetros, monitor esofágico de gasto cardiaco continuo, entre otros. En tanto, el 37% no cuenta con la infraestructura requerida, siendo los hospitales de la Policía Nacional (57%), Gobiernos Regionales (50%) y Essalud (37%) los que en mayor porcentaje no cumplen con la infraestructura adecuada. En ambos casos, el riesgo es no brindar atención oportuna y de calidad a los pacientes.</p> <p>En el 63% de establecimientos visitados, los medicamentos considerados en el Listado de Productos Farmacéuticos para la Compra Corporativa correspondiente al abastecimiento del año 2017, aprobado por el Ministerio de Salud, no son solicitados para su compra corporativa o centralizada. El riesgo es que se afecte el derecho de los ciudadanos a obtener oportunamente los medicamentos que necesita y perjudica económicamente al Estado al comprar medicamentos a precios superiores.</p> <p>Los hospitales del Ejército (94%), la Marina de Guerra del Perú (73%), Gobiernos Regionales (67%), Minsa (66%) y Fuerza Aérea del Perú (66%) son lo que presentan los niveles más altos de instituciones que no solicitan la compra corporativa de las medicinas listadas.</p> <p>Del 70% de los medicamentos solicitados a través de una compra corporativa, el 29% se encuentra en condición de sobrestock, el 24%</p>	<p>El 44% de los establecimientos visitados no tiene el equipamiento requerido para la atención de los pacientes como por ejemplo, analizador de gases y electrolitos portátil, ecógrafo portátil, monitor de funciones vitales neonatales de 05 parámetros, monitor esofágico de gasto cardiaco continuo, entre otros. En tanto, el 37% no cuenta con la infraestructura requerida, siendo los hospitales de la Policía Nacional (57%), Gobiernos Regionales (50%) y Essalud (37%) los que en mayor porcentaje no cumplen con la infraestructura adecuada</p> <p>En el 63% de establecimientos visitados, los medicamentos considerados en el Listado de Productos Farmacéuticos para la Compra Corporativa no son solicitados para su compra corporativa o centralizada.</p> <p>Los hospitales del Ejército (94%), la Marina de Guerra del Perú (73%), Gobiernos Regionales (67%), Minsa (66%) y Fuerza Aérea del Perú (66%) son lo que presentan los niveles más altos de instituciones que no solicitan la compra corporativa de las medicinas listadas.</p> <p>Del 70% de los medicamentos solicitados a</p>	<p>Falta de equipamiento requerido para la atención en emergencia</p> <p>No se solicita la compra de medicamentos de manera centralizada</p> <p>Existencia de</p>	<p>158</p> <p>159</p> <p>160</p>
--	---	---	---	----------------------------------

	<p>de substock y el 18% de desabastecimiento. Esta situación podría significar el riesgo de vencimiento de las medicinas en el caso del sobrestock, así como afectar el derecho de los ciudadanos de obtener oportunamente los medicamentos necesarios en el caso del substock y desabastecimiento.</p> <p>El 33% de los establecimientos visitados no cumple con buenas prácticas de almacenamiento y el 45% de los almacenes de medicamentos visitados no cuenta con la Autorización Sanitaria de Funcionamiento. El riesgo es que la provisión de medicamentos a los pacientes se realice sin los estándares de calidad normativos exigidos por la DIGEMID.</p> <p>El 42% no tiene el equipamiento mínimo para el procesamiento de muestras, lo que genera el riesgo de falta de oportunidad en el diagnóstico de los pacientes. En tanto, el 68% no tiene todo el equipamiento mínimo requerido para su funcionamiento. Estos hechos generan el riesgo en la oportunidad y calidad de atención para los pacientes.</p>	<p>través de una compra corporativa, el 29% se encuentra en condición de sobrestock, el 24% de substock y el 18% de desabastecimiento. Afectar el derecho de los ciudadanos de obtener oportunamente los medicamentos necesarios en el caso del substock y desabastecimiento</p> <p>El 33% de los establecimientos visitados no cumple con buenas prácticas de almacenamiento y el 45% de los almacenes de medicamentos visitados no cuenta con la Autorización Sanitaria de Funcionamiento.</p> <p>El 42% no tiene el equipamiento mínimo para el procesamiento de muestras 68% no tiene todo el equipamiento mínimo requerido para su funcionamiento</p>	<p>sobrestock, substock y desabastecimiento de medicamentos</p> <p>Incumplimiento de buenas prácticas de almacenamiento y Autorización Sanitaria de Funcionamiento Falta equipamiento mínimo en laboratorio</p>	<p>161</p> <p>162</p>
--	--	--	---	-----------------------

ANÁLISIS DOCUMENTAL- Defensoría_estratégicos

Tipo de documento	Descripción	Frases codificadas	Categorías o Subcategorías	Cód.
Informe de Adjuntía	<p>En relación a bioseguridad. Se encontró que 59 (29,8%) establecimientos de salud estratégicos supervisados aún no cuentan con servicio básico de agua potable las 24 horas del día; 13 (6,6%) no cuentan con servicio de desagüe; 11 (5,6%) no tienen jabón líquido, solución antiséptica o alcohol gel para lavado de manos; y 53 (26,8%) no tiene papel toalla. En consecuencia, las normas básicas de bioseguridad no se están cumpliendo. Por otro lado, 43 (21,7%) establecimientos no cuentan con guantes y/o mascarillas N95, medios de protección indispensables para evitar el contagio y transmisión de enfermedades entre el personal de salud y los pacientes.</p> <p>En relación a la oferta de servicios. 125 (63,1%) establecimientos de salud estratégicos visitados no pueden realizar radiografías; 53 (26,7%) no realiza ecografías; y solo 114 (57,6%) establecimientos cuenta con un laboratorio que puede realizar todo tipo de pruebas (hematológicas, bioquímicas, inmunológicas, parasitológicas y microbiológicas). En Ica, Madre de Dios, Lambayeque y Tumbes, ninguno de los establecimientos visitados puede tomar placas radiográficas. En 17 (8,6%) establecimientos se encontraron insumos/reactivos de laboratorio vencidos.</p>	<p>11 (5,6%) no tienen jabón líquido, solución antiséptica o alcohol gel para lavado de manos; y 53 (26,8%) no tiene papel toalla, 43 (21,7%) establecimientos no cuentan con guantes y/o mascarillas N95</p>	<p>Falta de insumos de bioseguridad</p>	<p>163</p>
	<p>Las farmacias de 32 (16,2%) establecimientos no cuenta con medidor de temperatura ni humedad ambiental que le permitan garantizar la</p>	<p>125 (63,1%) establecimientos de salud estratégicos visitados no pueden realizar radiografías; 53 (26,7%) no realiza ecografías; y solo 114 (57,6%) establecimientos cuenta con un laboratorio que puede realizar todo tipo de pruebas (hematológicas, bioquímicas, inmunológicas, parasitológicas y microbiológicas). En Ica, Madre de Dios, Lambayeque y Tumbes, ninguno de los establecimientos visitados puede tomar placas radiográficas. En 17 (8,6%) establecimientos se encontraron insumos/reactivos de laboratorio vencidos</p>	<p>Falta de equipamiento en establecimientos estratégicos</p>	<p>164</p>
		<p>Las farmacias de 32 (16,2%) establecimientos no cuenta con medidor</p>	<p>Las farmacias de establecimientos</p>	<p>165</p>

	<p>conservación adecuada de los medicamentos.</p> <p>En relación a la preparación para atención de emergencias. 48 (24,2%) establecimientos no cuenta con coche de paro o maletín de urgencias. En 7 (4,7%) establecimientos de las regiones Madre de Dios, Tumbes, Ancash, Puno, Junín, Amazonas y La Libertad, se encontraron insumos /medicinas vencidas en el coche de paro/maletín de urgencias.</p> <p>En relación a la preparación para atención de referencias. 43 (21,7%) establecimientos de salud estratégicos no cuentan con ambulancia propia operativa y 21 (13,5%) de las ambulancias no se encuentra debidamente equipada.</p> <p>En relación a la atención de gestantes. 28 (14,1%) establecimientos estratégicos no atienden partos vaginales, y de los que lo hacen, solo 123 (72,4%) están preparados para la atención de partos en posición vertical o en cuclillas.</p> <p>Únicamente 107 (54,1%) puede realizar la totalidad de las pruebas de laboratorio de rutina solicitadas a las gestantes durante sus controles de embarazo: grupo sanguíneo, factor Rh, examen de orina, hemoglobina, glucosa, urea, creatinina, RPR, Elisa para detectar VIH.</p> <p>En relación a la detección temprana de cáncer de cuello uterino. Solo en 18 (9,1%) establecimientos de salud estratégicos supervisados se puede realizar la lectura e interpretación de la prueba de citología de</p>	<p>de temperatura ni humedad ambiental que le permitan garantizar la conservación adecuada de los medicamentos</p> <p>48 (24,2%) establecimientos no cuenta con coche de paro o maletín de urgencias En 7 (4,7%) establecimientos de las regiones Madre de Dios, Tumbes, Ancash, Puno, Junín, Amazonas y La Libertad, se encontraron insumos /medicinas vencidas en el coche de paro/maletín de urgencias</p> <p>43 (21,7%) establecimientos de salud estratégicos no cuentan con ambulancia propia operativa y 21 (13,5%) de las ambulancias no se encuentra debidamente equipada.</p> <p>28 (14,1%) establecimientos estratégicos no atienden partos vaginales, y de los que lo hacen, solo 123 (72,4%) están preparados para la atención de partos en posición vertical</p> <p>Únicamente 107 (54,1%) puede realizar la totalidad de las pruebas de laboratorio de rutina solicitadas a las gestantes durante sus controles de embarazo</p> <p>Solo en 18 (9,1%) establecimientos de salud estratégicos supervisados se puede</p>	<p>estratégicos no garantizan la conservación adecuada de los medicamentos</p> <p>Escases de coche de paro o maletín de urgencias</p> <p>Insumos /medicinas vencidas en el coche de paro/maletín de urgencias</p> <p>Falta de ambulancia propia operativa y debidamente equipadas.</p> <p>Establecimientos estratégicos que no pueden atender partos</p> <p>No se puede realizar la totalidad de pruebas de laboratorio para control de gestantes</p> <p>No se puede hacer lectura del</p>	<p>166</p> <p>167</p> <p>168</p> <p>169</p> <p>170</p> <p>171</p>
--	--	--	--	---

	<p>papanicolau para detección temprana de cáncer de cuello uterino, los cuales se ubican en 8 de las 25 regiones del país. 111 (56,1%) establecimientos estratégicos supervisados reportaron que reciben los resultados del papanicolau después de un mes de tomada la muestra.</p> <p>En relación a inmunizaciones. En 7 (4,1%) establecimientos de salud estratégicos que atienden partos no se colocan las vacunas BCG y anti VHB antes del alta de los recién nacidos, como lo establece la norma técnica de salud vigente. En 8 (4%) no realizan el control diario de temperatura a los equipos frigoríficos que contienen vacunas.</p> <p>En relación a la anemia en niños y gestantes. 3 establecimientos de salud estratégicos de Piura, Huánuco y Ancash reportaron no contar con insumos de laboratorio para realizar seguimiento y diagnóstico de los casos de anemia; y 9 (4,5%) a nivel nacional no contaban con sulfato ferroso para tratamiento de anemia en niños (Madre de Dios, Lima, Piura y Loreto). En la región Huánuco existen establecimientos de salud que no cuentan ni con sulfato ferroso en jarabe para tratamiento, ni micronutrientes en sobres para prevención de anemia. En Lima y Piura se encontraron que algunos establecimientos tampoco tenían sulfato ferroso en tabletas para tratamiento de gestantes con anemia.</p>	<p>realizar la lectura e interpretación de la prueba de citología de papanicolau para detección temprana de cáncer de cuello uterino. 111 (56,1%) establecimientos estratégicos supervisados reportaron que reciben los resultados del papanicolau después de un mes de tomada la muestra.</p> <p>En 7 (4,1%) establecimientos de salud estratégicos que atienden partos no se colocan las vacunas BCG y anti VHB antes del alta de los recién nacidos</p> <p>En 8 (4%) no realizan el control diario de temperatura a los equipos frigoríficos que contienen vacunas.</p> <p>3 establecimientos de salud estratégicos de Piura, Huánuco y Ancash reportaron no contar con insumos de laboratorio para realizar seguimiento y diagnóstico de los casos de anemia</p> <p>9 (4,5%) a nivel nacional no contaban con sulfato ferroso para tratamiento de anemia en niños (Madre de Dios, Lima, Piura y Loreto). En la región Huánuco existen establecimientos de salud que no cuentan ni con sulfato ferroso en jarabe para tratamiento, ni micronutrientes en sobres para prevención de anemia. En Lima y Piura se encontraron que algunos establecimientos tampoco tenían sulfato ferroso en tabletas para tratamiento de gestantes con anemia.</p>	<p>papanicolau</p> <p>Falta de vacunación</p> <p>No controlan temperatura a frigoríficos de vacunas</p> <p>Escasez de insumos de laboratorio para anemia</p> <p>Desabastecimiento de productos farmacéuticos para anemia</p>	<p>172</p> <p>173</p> <p>174</p> <p>175</p>
--	--	--	--	---

ANÁLISIS DOCUMENTAL- Defensoría emergencias

Tipo de documento	Descripción	Frasas codificadas	Categorías o Subcategorías	Cód.
Informe de Adjuntía	<p>En el mismo sentido, se advierte que existe una brecha de camas de hospital de alrededor de 18 944 y de 16 000 médicos especialistas en todo el país, particularmente de las especialidades de anestesiología, cirugía general, ginecología y pediatría, según la información difundida por el Minsa en mayo de 2015.</p> <p>Los usuarios, además de enfrentar el problema de salud que les afecta, deben enfrentar el problema adicional del sistema deficiente: la falta de disponibilidad del servicio traducido en la falta de camas, camillas, sillas de ruedas, espacios insuficientes o inadecuados para su atención. Esto ha llevado –en algunos casos de mayor gravedad– a la “institucionalización” de los corredores o pasillos para la atención de las personas; la permanencia en el servicio por encima de las doce horas señaladas en la regulación sanitaria; el que personas de diferente sexo compartan los mismos ambientes; y que la distancia entre las camas sea menor a un metro de distancia. Como se ve, situaciones que debieran ser excepcionales se han incorporado como una práctica usual y ordinaria en los diferentes hospitales, lo que, además de representar una vulneración de los derechos, contribuye a incrementar el riesgo de adquirir infecciones asociadas con la atención de la salud y mayores costos para el sistema sanitario. En esa línea, en la supervisión realizada se pretendió identificar estos aspectos, para que nos ayuden a determinar la magnitud del problema, cómo se distribuye en los diferentes subsistemas y en qué medida afectan los derechos de las personas, para así emitir las recomendaciones y advertencias correspondientes.</p> <p>Forma parte de la esencia del servicio de emergencia garantizar una atención adecuada y oportuna ante toda ocurrencia repentina o inesperada que ponga en riesgo la vida o integridad de la persona, durante las 24 horas del día y de forma permanente. Ello implica que se</p>	<p>Que existe una brecha de camas de hospital de alrededor de 18 944 según la información difundida por el Minsa en mayo de 2015.</p> <p>Los usuarios deben enfrentar la falta de disponibilidad del servicio traducido en la falta de camas, camillas, sillas de ruedas, espacios insuficientes o inadecuados para su atención.</p>	<p>brecha de camas de hospital</p>	176

	<p>cuenta con servicios complementarios que permitan llevar a cabo dicha labor de manera paralela y al mismo tiempo, como son farmacia, laboratorio, radiografía y ecografías. La ausencia o la suspensión, incluso temporal, de cualquiera de ellas, rompen la continuidad de la atención y podrían comprometer la oportunidad del diagnóstico, tratamiento y pronóstico de la vida y la salud de las personas. No obstante, en la supervisión se encontró que dichos servicios no funcionan de manera permanente en muchos espacios para emergencias supervisados. Los resultados muestran que el 20 % (18) no cuenta de forma constante con bancos de sangre, el 10 % (9) no tiene farmacia, el 6,7 % (6) no cuenta con laboratorio, el 51,1% (42) –es decir, más de la mitad– no tiene servicio de ecografía y el 10% (9) no cuenta con el de radiografías</p> <p>La supervisión realizada también tuvo como propósito verificar el acceso a las camas de las unidades de cuidados intensivos (UCI), caracterizadas por albergar a personas que requieren de una monitorización constante de sus signos vitales por presentar alguna condición de gravedad. Buscamos recabar si todos los servicios de emergencia realizan operaciones quirúrgicas de emergencia, así como información sobre el acceso a paquetes globulares en contextos de emergencia. No obstante la importancia de los servicios de emergencia, los resultados de la supervisión evidenciaron que el 28,9 % (26) tiene pacientes pendientes de ingresar a UCI, lo cual responde al número insuficiente de camas. Si bien los porcentajes respecto de aquellos hospitales que realizan cirugías de emergencia y acceden a paquetes globulares es mayor, existe preocupación porque un 6,7 % (6) y un 15 % (14) no realiza cirugías de emergencia y no accede a paquetes globulares, respectivamente. En relación a la disponibilidad de diagnóstico por imágenes, el 90 % (81) de hospitales cuenta con radiografías, el 50 % (45) con ecografías, el 42,2 % (38) con tomografía y el 10 % (9) con resonancia magnética. El dato que mayor preocupación genera es el de ecografías, pues a través de ellas se permite conocer</p>	<p>Farmacia, laboratorio, radiografía y ecografías. La ausencia o la suspensión, incluso temporal, de cualquiera de ellas, rompen la continuidad de la atención y podrían comprometer la oportunidad del diagnóstico, tratamiento y pronóstico de la vida y la salud de las personas. Se encontró que dichos servicios no funcionan de manera permanente. El 20 % (18) no cuenta de forma constante con bancos de sangre, el 10 % (9) no tiene farmacia, el 6,7 % (6) no cuenta con laboratorio, el 51,1% (42) –es decir, más de la mitad– no tiene servicio de ecografía y el 10% (9) no cuenta con el de radiografías</p> <p>El acceso a las camas de las unidades de cuidados intensivos (UCI), albergar a personas que requieren de una monitorización constante de sus signos vitales de gravedad. Evidenciaron que el 28,9 % (26) tiene pacientes pendientes de ingresar a UCI, lo cual responde al número insuficiente de camas</p> <p>El 90 % (81) de hospitales cuenta con radiografías, el 50 % (45) con ecografías, el 42,2 % (38) con tomografía y el 10 % (9) con resonancia magnética. El dato que mayor preocupación genera es el de</p>	<p>Servicios complementarios no funcionan 24 horas en emergencia</p> <p>Escases de camas en UCI</p> <p>Falta servicios de diagnóstico por imágenes</p>	<p>179</p> <p>180</p> <p>181</p>
--	--	---	--	----------------------------------

	<p>con mayor detalle la afectación que puede estar sufriendo la persona. Otro hecho que llama la atención es la tercerización de estos servicios, especialmente de tomografía y resonancia magnética, que son los más especializados, pues el 14,4 % (13) y el 5,6 % (5) de hospitales, respectivamente, terceriza estos servicios</p> <p>En relación a la disponibilidad de los equipos de coche de paro cardiorrespiratorio y los equipos de reanimación manual para adultos y pediátrico, se observa que el problema principal se ubica en el supuesto de resucitador pediátrico, que alcanza un 87 %. Este problema afecta de manera similar a los hospitales del Minsa, EsSalud y los gobiernos regionales</p> <p>Con la finalidad de verificar una adecuada atención en los servicios de emergencia, se indagó si contaban con el equipo biomédico. Si bien la totalidad cuenta con el aspirador de secreciones, en promedio las dificultades se advierten con relación a su mantenimiento, pues alrededor de la cuarta parte no lo reciben.</p> <p>Diferente situación se advirtió en la disponibilidad del ventilador neonatal en los servicios de emergencia, pues algunos subsectores presentaron mayores problemas, siendo más preocupante la de los hospitales de los gobiernos regionales, aunque no es exclusiva a ellos. Un resultado que llama la atención es la situación de las camillas, pues si bien un gran porcentaje de los hospitales visitados cuenta con ellas, también es cierto que muchas no reciben mantenimiento. En el caso del</p>	<p>ecografías, pues a través de ellas se permite conocer con mayor detalle la afectación que puede estar sufriendo la persona.</p> <p>Otro hecho que llama la atención es la tercerización de estos servicios, especialmente de tomografía y resonancia magnética, que son los más especializados</p> <p>En relación a la disponibilidad de los equipos de coche de paro cardiorrespiratorio y los equipos de reanimación manual para adultos y pediátrico, se observa que el problema principal se ubica en el supuesto de resucitador pediátrico, que alcanza un 87 %.</p> <p>En los servicios de emergencia, se indagó si contaban con el equipo biomédico. Si bien la totalidad cuenta con el aspirador de secreciones, en promedio las dificultades se advierten con relación a su mantenimiento, pues alrededor de la cuarta parte no lo reciben</p> <p>Disponibilidad del ventilador neonatal en los servicios de emergencia siendo más preocupante la de los hospitales de los gobiernos regionales</p> <p>Situación de las camillas, pues si bien un gran porcentaje de los hospitales visitados cuenta con ellas, también es cierto que muchas no reciben</p>	<p>Falta disponibilidad de equipos de reanimación cardiovascular</p> <p>Falta mantenimiento de aspirador de secreciones</p> <p>Falta disponibilidad del ventilador neonatal</p> <p>Falta mantenimiento de camillas</p>	<p>182</p> <p>183</p> <p>184</p> <p>185</p>
--	---	---	--	---

	<p>Minsa, alcanza a una de tres camillas, y en el de las regiones, al 19,4 %.</p> <p>Existen problemas con la disponibilidad del equipo nebulizador, aunque en promedio las tres cuartas partes cuentan con él. En los hospitales del Minsa y de los gobiernos regionales, el 11 % y el 13 %, respectivamente, tienen equipos sin mantenimiento. Además, el 22 % de los hospitales de los gobiernos regionales no cuentan con este equipo.</p> <p>El ventilador volumétrico presenta carencias en las Sanidades supervisadas y en pequeños porcentajes en los hospitales de EsSalud y los gobiernos regionales. La falta de mantenimiento afecta a los hospitales del Minsa, los gobiernos regionales y EsSalud</p> <p>La falta de mantenimiento de los monitores de funciones vitales representa un problema en prácticamente todos los subsectores, con un promedio de 19,8 %, aunque en mayor grado en los hospitales del Minsa y los gobiernos regionales. Además, en este último grupo presenta mayores problemas, con un 5,6 % de carencia</p> <p>Si bien la disponibilidad de ambulancias en los hospitales supervisados no presenta grandes problemas, se advierten porcentajes donde falta mantenimiento o no se cuenta con ellos. Estos problemas se concentran en los hospitales del Minsa, gobiernos regionales y EsSalud</p> <p>El acceso a los medicamentos constituye parte fundamental del</p>	<p>antenimiento. En el caso del Minsa, alcanza a una de tres camillas, y en el de las regiones, al 19,4 %.</p> <p>Existen problemas con la disponibilidad del equipo nebulizador, aunque en promedio las tres cuartas partes cuentan con él. En los hospitales del Minsa y de los gobiernos regionales, el 11 % y el 13 %, respectivamente, tienen equipos sin mantenimiento. Además, el 22 % de los hospitales de los gobiernos regionales no cuentan con este equipo.</p> <p>El ventilador volumétrico presenta carencias en las Sanidades supervisadas y en pequeños porcentajes en los hospitales de EsSalud y los gobiernos regionales. La falta de mantenimiento afecta a los hospitales del Minsa, los gobiernos regionales y EsSalud</p> <p>La falta de mantenimiento de los monitores de funciones vitales representa un problema en prácticamente todos los subsectores, con un promedio de 19,8 %, aunque en mayor grado en los hospitales del Minsa y los gobiernos regionales. Además, en este último grupo presenta mayores problemas, con un 5,6 % de carencia</p> <p>Ambulancias, se advierten porcentajes donde falta mantenimiento o no se cuenta con ellos. Estos problemas se</p>	<p>Escasez de equipo nebulizador y falta de mantenimiento</p> <p>Escasez de ventilador volumétrico y falta de mantenimiento</p> <p>Falta de mantenimiento de monitores de funciones vitales</p> <p>Faltan ambulancias y su mantenimiento</p>	<p>186</p> <p>187</p> <p>188</p> <p>189</p>
--	--	---	--	---

	<p>derecho a la salud, y por este motivo, la disponibilidad de los mismos y de los insumos requeridos en los servicios de emergencia fue uno de los objetivos de la supervisión. Los resultados muestran que los insumos presentan mayores problemas, tal como se observa en la falta de jeringas en 14 % de los hospitales supervisados. A su vez, 17 % de ellos no tenía equipos de venoclisis, 18 % no contaba con aguja para sutura, entre los principales resultados.</p> <p>Uno de los aspectos centrales para garantizar el restablecimiento de la salud individual es la disponibilidad de medicamentos. Debido a ello, se preguntó a las personas si encontraron dentro del establecimiento los medicamentos recetados o insumos médicos requeridos.</p> <p>Aproximadamente la tercera parte de las personas entrevistadas no encontró todos los medicamentos recetados en el establecimiento, obligándolos a adquirirlos en otros lugares, probablemente en farmacias particulares. Entre los medicamentos que los pacientes señalaron que tuvieron que adquirir están: Paracetamol, cloruro de sodio, insulina, Salbutamol en aerosol, penicilina en ampollas.</p> <p>Asimismo, indicaron que han salido a comprar insumos médicos como: catéter, mascarillas, vendas, guantes, cánula nasal, agujas, gasa, bisturí, entre otros.</p> <p>Esta situación se agrava cuando se trata de los hospitales administrados por los gobiernos regionales, pues de las 180 personas entrevistadas, 86, es decir, el 47 %, manifestaron que han tenido que salir a comprar insumos o medicamentos. Así también en el caso de los hospitales de las Sanidades de las Fuerzas Armadas y Policiales, de las veinte personas entrevistas, nueve manifestaron no haber encontrado la medicación completa</p>	<p>concentran en los hospitales del Minsa, gobiernos regionales y EsSalud</p> <p>Los insumos presentan mayores problemas, tal como se observa en la falta de jeringas en 14 % de los hospitales supervisados. A su vez, 17 % de ellos no tenía equipos de venoclisis, 18 % no contaba con aguja para sutura</p> <p>Aproximadamente la tercera parte de las personas entrevistadas no encontró todos los medicamentos recetados en el establecimiento, obligándolos a adquirirlos en otros lugares, probablemente en farmacias particulares. Entre los medicamentos que los pacientes señalaron que tuvieron que adquirir están: Paracetamol, cloruro de sodio, insulina, Salbutamol en aerosol, penicilina en ampollas. Asimismo, indicaron que han salido a comprar insumos médicos como: catéter, mascarillas, vendas, guantes, cánula nasal, agujas, gasa, bisturí, entre otros. Esta situación se agrava cuando se trata de los hospitales administrados por los gobiernos regionales, pues de las 180 personas entrevistadas, 86, es decir, el 47 %, manifestaron que han tenido que salir a comprar insumos o medicamentos</p>	<p>Escasez de insumos médicos</p> <p>Desabastecimiento de medicamentos</p>	<p>190</p> <p>191</p>
--	---	---	--	-----------------------

ANÁLISIS DOCUMENTAL- Defensoría_TBC

Tipo de documento	Descripción	Frases codificadas	Categorías o Subcategorías	Cód.
Informe de Adjuntía	<p>Todos los establecimientos de salud supervisados realizan el análisis bacteriológico de las muestras de esputo para el diagnóstico de la tuberculosis. Sin embargo, manifestaron que se registraban demoras para obtener los resultados, principalmente por la falta de personal de laboratorio (57%), la falta de reactivos (22%) o debido a que los microscopios se encuentran inoperativos (14%). Asimismo, en el 76% de los establecimientos de salud supervisados, indicaron que, en los casos en que los resultados de la muestra de esputo son positivos, se envían a laboratorios de referencia para la respectiva prueba de sensibilidad y, de estos, en el 18% indicaron que registraban demoras en la remisión de los resultados. Ello retrasa el tiempo para el inicio del tratamiento de acuerdo al tipo de tuberculosis.</p>	<p>Análisis bacteriológico de las muestras de esputo para el diagnóstico de la tuberculosis. Manifestaron que se registraban demoras para obtener los resultados, la falta de reactivos (22%) o debido a que los microscopios se encuentran inoperativos (14%).</p> <p>En el 76% de los establecimientos de salud supervisados, indicaron que, en los casos en que los resultados de la muestra de esputo son positivos, se envían a laboratorios de referencia para la respectiva prueba de sensibilidad y, de estos, en el 18% indicaron que registraban demoras en la remisión de los resultados. Ello retrasa el tiempo para el inicio del tratamiento de acuerdo al tipo de tuberculosis.</p>	<p>Falta de reactivos y mantenimiento de equipos en laboratorio</p> <p>Demora en resultados de muestras</p>	<p>192</p> <p>193</p>
	<p>Respecto al stock de medicamentos para el tratamiento de los pacientes con tuberculosis, el 11% de los establecimientos de salud supervisados, presentó desabastecimiento de los medicamentos de primera línea, lo cual pone en riesgo la continuidad del tratamiento. Unas de las principales dificultades identificadas en los establecimientos de salud para la adherencia al tratamiento, es que los pacientes no asisten dentro del cronograma establecido y, en otros casos, lo abandonan. Los</p>	<p>Respecto al stock de medicamentos para el tratamiento de los pacientes con tuberculosis, el 11% de los establecimientos de salud supervisados, presentó desabastecimiento de los medicamentos de primera línea, lo cual pone en riesgo la continuidad del tratamiento.</p>	<p>Desabastecimiento de medicamentos</p>	<p>194</p>

	<p>motivos de este abandono se relacionan a las reacciones adversas que produce la ingesta de múltiples medicamentos (42%), la dependencia a las drogas y al alcohol (39%), así como, la falta de disponibilidad de tiempo de los pacientes por motivos laborales (28%). El 33% de los establecimientos no cuentan con ambientes exclusivos y adecuados para que el paciente reciba la medicación.</p>	<p>El 33% de los establecimientos no cuentan con ambientes exclusivos y adecuados para que el paciente reciba la medicación.</p>	<p>Falta de ambientes adecuados</p>	<p>195</p>
--	--	--	-------------------------------------	------------

ANÁLISIS DOCUMENTAL- Defensoría SIS

Tipo de documento	Descripción	Frasas codificadas	Categorías o Subcategorías	Cód.
Informe de Adjuntía	<p>El SIS viene arrastrando una deuda histórica con los establecimientos de salud públicos y privados por las prestaciones de servicios de salud brindadas a las personas aseguradas; por esta razón, mediante Resolución Jefatural N° 007-2017/SIS, del 12 de enero del 2017, se constituyó el grupo de trabajo encargado de identificar y realizar el diagnóstico situacional respecto de dichas obligaciones; además de proponer medidas a adoptar a efectos de mejorar el proceso de control de las prestaciones de salud financiadas con sus recursos.</p> <p>Posteriormente, en junio del presente año, como consecuencia de las denuncias de los establecimientos de salud por falta de pago contra el SIS, la Superintendencia Nacional de Salud (SUSALUD) emitió la resolución N° 005-2017-SUSALUD/ISIAFAS en la que dispuso que la Institución Administradora de Fondos de Salud (IAFAS) SIS determine las deudas de transferencia pendientes al primer trimestre de 2017 y elabore un plan de pago en un plazo no mayor de 30 días, además de excluir de los convenios que se celebre con las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS) las cláusulas que por ser desproporcionales afecten su financiamiento; sin embargo, hasta la fecha no se conocen las acciones adoptadas por el SIS para dar cumplimiento a dicha disposición.</p> <p>La Comisión Interventora advirtió también en su Informe Final que los establecimientos de salud públicos a nivel nacional han destinado los recursos del SIS a otras actividades distintas a las estrictamente vinculadas a la prestación de servicios de salud- tales como infraestructura, equipamiento y sueldos de personal – por ello enfatizaron que los recursos del SIS deben estar orientados a la reposición de medicamentos, insumos y materiales que demanden las personas aseguradas, para lo cual recomendaron realizar con urgencia</p>	<p>El SIS viene arrastrando una deuda histórica con los establecimientos de salud públicos por las prestaciones de servicios de salud brindadas a las personas aseguradas. En junio del presente año, como consecuencia de las denuncias de los establecimientos de salud por falta de pago contra el SIS, la Superintendencia Nacional de Salud (SUSALUD) en la que dispuso que la Institución Administradora de Fondos de Salud (IAFAS) SIS determine las deudas de transferencia pendientes al primer trimestre de 2017 y elabore un plan de pago en un plazo no mayor de 30 días, sin embargo, hasta la fecha no se conocen las acciones adoptadas por el SIS para dar cumplimiento a dicha disposición</p> <p>La Comisión Interventora advirtió también en su Informe Final que los establecimientos de salud públicos a nivel nacional han destinado los recursos del SIS a otras actividades distintas a las estrictamente vinculadas a la prestación de servicios de salud- tales como infraestructura, equipamiento y sueldos</p>	<p>Deuda del SIS</p> <p>Han destinado recursos del SIS para otras actividades que no han sido reposición de medicamentos y materiales</p>	<p>196</p> <p>197</p>

	una evaluación profunda de la estructura del financiamiento del sector salud y los mecanismos de control para mejorar la calidad de las prestaciones de salud.	de personal – por ello enfatizaron que los recursos del SIS deben estar orientados a la reposición de medicamentos, insumos y materiales que demanden las personas aseguradas		
--	--	---	--	--

ANÁLISIS DOCUMENTAL- BID

Tipo de documento	Descripción	Frasas codificadas	Categorías o Subcategorías	Cód.
Informe	<p>El gasto farmacéutico es una proporción importante de los presupuestos de salud. En los países de la OCDE, uno de cada cinco dólares destinados a salud se gasta en medicamentos (Belloni, Morgan y Paris, 2016). Las tendencias del gasto farmacéutico influyen en los patrones generales del gasto en salud. Esto es particularmente relevante en América Latina y el Caribe, donde el gasto farmacéutico ha aumentado en torno al 12% anual de 2013 a 2017, cuatro veces más rápido que en América del Norte y seis veces más rápido que en Europa (Global Health Intelligence, 2014). Las políticas farmacéuticas sólidas son cruciales no solo para reducir esta tendencia sino también para mejorar la relación calidad-precio, dado que cuatro de las 10 principales fuentes de ineficiencia en el gasto en salud están relacionadas con los medicamentos. Un archivo único de información comparada compartido por Chile, Colombia, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, México, Perú y República Dominicana, denominado “Decisiones informadas sobre medicamentos de alto impacto financiero” (DIME) se utiliza como la fuente para analizar las políticas farmacéuticas dirigidas a promover la eficiencia así como el uso de dos medicamentos —ertapenem e insulina glargina— para explorar ineficiencias en la adquisición y el uso de medicamentos en esos países. De las políticas claves recomendadas a nivel internacional (Belloni, Morgan y Paris, 2016; Vogler y Schmickl, 2010), el cuadro 8.4 muestra aquellas adoptadas por los países DIME.</p> <p>Las políticas para controlar los precios incluyen la regulación de los precios y mecanismos para una negociación y compra centralizada de medicamentos. En relación con la regulación de precios, Colombia, Ecuador y El Salvador han adoptado los sistemas de Precios de Referencia Internacional (PRI). Por ejemplo, Colombia tiene referencias de precios de</p>	<p>El gasto farmacéutico es una proporción importante de los presupuestos de salud. En los países de la OCDE, uno de cada cinco dólares destinados a salud se gasta en medicamentos (Belloni, Morgan y Paris, 2016). Las tendencias del gasto farmacéutico influyen en los patrones generales del gasto en salud. Esto es particularmente relevante en América Latina y el Caribe, donde el gasto farmacéutico ha aumentado en torno al 12% anual de 2013 a 2017, cuatro veces más rápido que en América del Norte y seis veces más rápido que en Europa</p> <p>Las políticas farmacéuticas sólidas son cruciales para mejorar la relación calidad-precio, dado que cuatro de las 10 principales fuentes de ineficiencia en el gasto en salud están relacionadas con los medicamentos</p> <p>Las políticas para controlar los precios incluyen la regulación de los precios y mecanismos para una negociación y compra centralizada de medicamentos. En relación con la regulación de precios,</p>	<p>Mejorar gasto en medicamentos</p> <p>Política de control de precios</p>	<p>198</p> <p>199</p>

	<p>17 países y adopta el precio del percentil 25 más bajo. Una evaluación inicial del PRI colombiano observó que el precio promedio de los medicamentos que adoptaba el sistema PRI disminuía en un 40% (Andia et al., 2014; Prada et al., 2018). El PRI de El Salvador utiliza como referencia el precio promedio de los países de América Latina (excluyendo Centroamérica y Panamá).¹⁴ Chile, Costa Rica, México, Perú y República Dominicana no han adoptado sistemas PRI, por lo cual limitan las potenciales mejoras de eficiencia. Sin embargo, en México la Secretaría de Economía establece un precio máximo para medicamentos al público. Todos los países DIME implementan mecanismos para una negociación y compra centralizada de medicamentos, lo cual contribuye a reducir los precios, porque otorga a los gobiernos mayor poder de negociación y fortalece los procesos logísticos, y minimiza las adquisiciones repetitivas de bajo valor.</p> <p>La subutilización de medicamentos genéricos es otra gran fuente de ineficiencia. Los medicamentos genéricos tienen el mismo efecto (bioequivalencia) que los productos de marca, pero normalmente cuestan menos (Belloni, Morgan y Paris, 2016). Por ejemplo, entre cuatro medicamentos de uso común, la diferencia de precio entre los productos de marca y los genéricos llegaba hasta el 41% (Singal, Nanda y Kotwani, 2011). Por lo tanto, no usar genéricos es ineficiente, dado que los mismos beneficios clínicos se pueden lograr con menos recursos. Colombia, Ecuador, El Salvador y México ofrecen incentivos para la producción o el registro de genéricos. Colombia aplica tarifas más bajas, México ofrece exenciones fiscales, Ecuador simplifica los trámites y El Salvador apoya financieramente las mejoras tecnológicas en las empresas farmacéuticas pequeñas y medianas que producen genéricos y favorece la adopción de estándares internacionales de calidad.</p>	<p>Colombia, Ecuador y El Salvador han adoptado los sistemas de Precios de Referencia Internacional (PRI). Por ejemplo, Colombia tiene referencias de precios de 17 países y adopta el precio del percentil 25 más bajo. El PRI de El Salvador utiliza como referencia el precio promedio de los países de América Latina (excluyendo Centroamérica y Panamá).¹⁴ Chile, Costa Rica, México, Perú y República Dominicana no han adoptado sistemas PRI, por lo cual limitan las potenciales mejoras de eficiencia. Sin embargo, en México la Secretaría de Economía establece un precio máximo para medicamentos al público</p> <p>La subutilización de medicamentos genéricos es otra gran fuente de ineficiencia. Los medicamentos genéricos tienen el mismo efecto (bioequivalencia) que los productos de marca, pero normalmente cuestan menos. Por lo tanto, no usar genéricos es ineficiente</p> <p>Colombia aplica tarifas más bajas, México ofrece exenciones fiscales, Ecuador simplifica los trámites y El Salvador apoya financieramente las mejoras tecnológicas en las empresas</p>	<p>Subutilización de productos genéricos</p> <p>Política de incentivos para medicamentos genéricos</p>	<p>200</p> <p>201</p>
--	---	---	--	-----------------------

	<p>Colombia, Ecuador y El Salvador también ofrecen procesos de registro abreviados para los genéricos. Según los datos DIME, a pesar de las potenciales ganancias, países como Chile, Costa Rica, Perú y República Dominicana aún no han aprobado políticas que promuevan los medicamentos genéricos.</p> <p>En cuanto al uso racional de los medicamentos, este concepto se basa en la premisa de que “los pacientes reciben medicinas adecuadas a sus necesidades clínicas, en dosis que satisfacen sus requisitos individuales durante un período de tiempo adecuado, y al menor costo para ellos y su comunidad” (Holloway y van Dijk, 2011). El uso irracional incluye formular múltiples medicamentos por paciente (“polifarmacia”), no recetar siguiendo guías clínicas, automedicación inapropiada y falta de adhesión a protocolos de dosificación (Holloway y van Dijk, 2011).</p> <p>En relación con las políticas para favorecer la prescripción racional, ninguno de los países DIME proporciona incentivos financieros a médicos o farmacias. Colombia ha realizado el único esfuerzo aislado para detectar y notificar el uso no aprobado de medicamentos, que consiste en una</p>	<p>farmacéuticas pequeñas y medianas que producen genéricos y favorece la adopción de estándares internacionales de calidad.</p> <p>Colombia, Ecuador y El Salvador también ofrecen procesos de registro abreviados para los genéricos. Según los datos DIME, a pesar de las potenciales ganancias, países como Chile, Costa Rica, Perú y República Dominicana aún no han aprobado políticas que promuevan los medicamentos genéricos.</p> <p>En cuanto al uso racional de los medicamentos, este concepto se basa en la premisa de que “los pacientes reciben medicinas adecuadas a sus necesidades clínicas, en dosis que satisfacen sus requisitos individuales durante un período de tiempo adecuado, y al menor costo para ellos y su comunidad” (Holloway y van Dijk, 2011). El uso irracional incluye formular múltiples medicamentos por paciente (“polifarmacia”), no recetar siguiendo guías clínicas, automedicación inapropiada y falta de adhesión a protocolos de dosificación</p> <p>En relación con las políticas para favorecer la prescripción racional, ninguno de los países DIME proporciona incentivos financieros a médicos o</p>	<p>Uso irracional de medicamentos</p> <p>Política de uso racional de medicamentos</p>	<p>202</p> <p>203</p>
--	---	--	---	-----------------------

	<p>plataforma de recetas electrónicas que detecta este fenómeno, y cuyo costo se reembolsa solo si se presenta evidencia de beneficios clínicos.</p> <p>Desde una óptica positiva, todos los países DIME adoptan la Denominación Común Internacional (DCI). La DCI relaciona un ingrediente farmacéutico activo con un nombre único que es propiedad pública y reconocido globalmente (OMS, 2017a). Las recetas, el etiquetado y la comercialización con DCI promueven un uso más racional de los medicamentos al establecer estándares internacionales para productos farmacéuticos y favorecer el uso de genéricos (Vogler, 2012).</p> <p>La utilización inadecuada de medicamentos es frecuente, como lo ilustra el uso de la insulina glargina y el ertapenem en una muestra de países de América Latina. La insulina glargina se emplea para tratar la diabetes mellitus tipo 2. En América Latina y el Caribe, nueve de cada 100 personas sufren de diabetes y hacia 2040 se prevé que esta cifra alcance a casi 12 de cada 100 personas, lo que sitúa a la diabetes entre las principales causas de enfermedad y muerte prematura en la región (IDF, 2017). Por lo tanto, los presupuestos públicos deberían asignar recursos a medicamentos que maximicen los resultados de salud a bajo costo. Sin embargo, el costo del tratamiento por paciente al año con insulina glargina puede ser un 120% más alto que el de la insulina humana, que tiene los mismos beneficios clínicos (Hua et al., 2016; Sánchez Choez et al., 2015; Machado-Alba, Medina-Morales y Echeverri-Cataño, 2016). Un problema de eficiencia similar surge con el ertapenem, un antibiótico indicado para tratar infecciones bacterianas intrahospitalarias. El ertapenem no se recomienda como la primera línea de tratamiento, puesto que hay medicamentos mucho más baratos con los mismos efectos clínicos. Por lo tanto, su uso debería restringirse para asegurar la disponibilidad de una terapia de segunda línea si fallan los antibióticos de primera línea. Ni la insulina glargina ni el ertapenem se encuentran en la lista de la OMS de medicamentos esenciales (OMS, 2017). Por consiguiente, su uso es potencialmente ineficiente, dado que no se brinda el tratamiento de menor costo para el paciente.</p>	<p>farmacias. Colombia ha realizado el único esfuerzo aislado para detectar y notificar el uso no aprobado de medicamentos, que consiste en una plataforma de recetas electrónicas que detecta este fenómeno, y cuyo costo se reembolsa solo si se presenta evidencia de beneficios clínicos.</p> <p>La utilización inadecuada de medicamentos es frecuente, como lo ilustra el uso de la insulina glargina y el ertapenem en una muestra de países de América Latina. La insulina glargina se emplea para tratar la diabetes mellitus tipo 2. En América Latina y el Caribe, nueve de cada 100 personas sufren de diabetes y hacia 2040 se prevé que esta cifra alcance a casi 12 de cada 100 personas, lo que sitúa a la diabetes entre las principales causas de enfermedad y muerte prematura en el tratamiento por paciente al año con insulina glargina puede ser un 120% más alto que el de la insulina humana, que tiene los mismos beneficios clínicos. Similar surge con el ertapenem, un antibiótico indicado para tratar infecciones bacterianas intrahospitalarias. El ertapenem no se recomienda como la primera línea de tratamiento, puesto que hay</p>	<p>Utilización inadecuada de medicamentos</p>	<p>204</p>
--	--	---	---	------------

	<p>La efectividad del gobierno, la transparencia, la participación ciudadana en la formulación de políticas y la calidad regulatoria también influyen de manera favorable en el funcionamiento y la eficiencia del sector público (Wagstaff y Claeson, 2004), que cumple un rol crucial en la organización y la operación de la mayoría de los sistemas de salud en América Latina y el Caribe.</p> <p>El desempeño relativamente eficiente de los sistemas de salud de Chile, Costa Rica y Uruguay puede estar relacionado con las mejoras en la regulación del sector público, la transparencia y la rendición de cuentas a los ciudadanos. Estos países han desarrollado sistemas de gobierno electrónico y están avanzando en mecanismos de adquisición electrónica, que posiblemente hayan ayudado a las mejoras de eficiencia (OCDE, 2014b; Scrollini y Durand Ochoa, 2015). Los sistemas de salud podrían ser más eficientes si mejorasen la calidad de las instituciones de salud. Sin embargo, mejorar la calidad de la gobernanza y de las instituciones a menudo requiere reformas organizacionales que exceden las ya mencionadas para lidiar con las ineficiencias en diferentes estructuras y procesos del gobierno (Savedoff y Smith, 2016). Los ámbitos de reforma de los países de América Latina y el Caribe comprenden reducir la fragmentación a través de una mayor coordinación entre diferentes niveles del sistema de salud; apoyar la formación, distribución y productividad de los recursos humanos; e invertir en sistemas de información más sólidos que respalden el monitoreo y la gestión. Y, por último, aunque no menos importante, el</p>	<p>medicamentos mucho más baratos con los mismos efectos clínicos. Por lo tanto, su uso debería restringirse para asegurar la disponibilidad de una terapia de segunda línea si fallan los antibióticos de primera línea. Ni la insulina glargina ni el ertapenem se encuentran en la lista de la OMS de medicamentos esenciales (OMS, 2017). Por consiguiente, su uso es potencialmente ineficiente, dado que no se brinda el tratamiento de menor costo para el paciente.</p> <p>El desempeño relativamente eficiente de los sistemas de salud de Chile, Costa Rica y Uruguay puede estar relacionado con las mejoras en la regulación del sector público, la transparencia y la rendición de cuentas a los ciudadanos. Los sistemas de salud podrían ser más eficientes si mejorasen la calidad de las instituciones de salud.</p> <p>Los ámbitos de reforma de los países de América Latina y el Caribe comprenden reducir la fragmentación a través de una mayor coordinación entre diferentes niveles del sistema de salud, invertir en sistemas de información más sólidos que respalden el monitoreo y la gestión. Y, por último, aunque no menos importante, el acceso a datos detallados es un déficit</p>	<p>Falta coordinación y sistemas de información</p>	<p>205</p>
--	--	--	---	------------

	<p>acceso a datos detallados es un déficit clave en la mayoría de los sistemas de salud de la región. El hecho de que la mayoría de los países no tiene casi ninguna información disponible sobre cómo se asignan los recursos a los salarios de personal de salud, equipos médicos, adquisiciones de medicamentos, y otras categorías de gasto, refleja la falta de criterio y análisis con la que se adoptan las decisiones de asignación.</p> <p>Retomando el tema de las políticas farmacéuticas, las estrategias de regulación de precios deben ir más allá de la fijación de precios de referencia internacionales. La evidencia comparada de los países europeos sugiere que los precios de referencia por sí solos no son la mejor opción para optimizar la relación calidad-precio y que deberían complementarse con las demás políticas farmacéuticas (Drummond et al., 2011). En América Latina y el Caribe se hace escaso uso de los incentivos regulatorios y financieros para favorecer la sustitución de genéricos (y, en términos más amplios, para prácticas de prescripción apropiadas), mientras que dicha sustitución existe en la mayoría de los países europeos (Vogler, 2012). Hungría proporciona un buen ejemplo, ya que otorga una recompensa financiera a los médicos o farmacias que receten o dispensen la versión más barata entre medicamentos terapéuticamente equivalentes (Belloni, Morgan y Paris, 2016).</p> <p>Por último, las políticas farmacéuticas deben formar parte de un enfoque sistémico para mejorar la eficiencia de asignación mediante el desarrollo de sistemas de priorización basados en ETS. En numerosos países de la OCDE, las decisiones sobre el financiamiento de tecnologías de salud</p>	<p>clave en la mayoría de los sistemas de salud de la región. El hecho de que la mayoría de los países no tiene casi ninguna información disponible sobre cómo se asignan los recursos a los salarios de personal de salud, equipos médicos, adquisiciones de medicamentos, y otras categorías de gasto, refleja la falta de criterio y análisis con la que se adoptan las decisiones de asignación.</p> <p>El tema de las políticas farmacéuticas, las estrategias de regulación de precios deben ir más allá de la fijación de precios de referencia internacionales. referencia por sí solos no son la mejor opción deberían complementarse con las demás políticas farmacéuticas En América Latina y el Caribe se hace escaso uso de los incentivos regulatorios y financieros para favorecer la sustitución de genéricos mientras que dicha sustitución existe en la mayoría de los países europeos. Hungría proporciona un buen ejemplo, ya que otorga una recompensa financiera a los médicos o farmacias que receten o dispensen la versión más barata entre medicamentos terapéuticamente equivalentes</p> <p>Las políticas farmacéuticas deben formar parte de un enfoque sistémico</p>	<p>Políticas farmacéuticas</p> <p>Evaluación de tecnologías de salud</p>	<p>206</p> <p>207</p>
--	---	---	--	-----------------------

	<p>(fármacos, equipos, procesos clínicos, etc.) con recursos públicos son transparentes, y están apoyadas por un marco legal e institucional y evidencia fiable (Sorenson, Drummond y Kanavos, 2008; Giedion, Muñoz y Ávila, 2015). El establecimiento de ETS en América Latina y el Caribe está aumentando y estas inversiones empiezan a rendir frutos. Por ejemplo, en Brasil una ETS de 2010 apoyó el cambio de estatinas (fármacos utilizados para prevenir las enfermedades cardiovasculares) de alto costo a otras de bajo costo en los protocolos nacionales de atención primaria, con un ahorro cercano a US\$2.000 millones para el presupuesto del sistema de salud público (Teich y Araujo, 2011).</p> <p>Los estudios de casos de Brasil, Colombia y México ponen de relieve lecciones para implementar prioridades: 1) establecer rigurosas agencias nacionales regulatorias y de vigilancia de las tecnologías de salud;</p> <p>2) garantizar la independencia y el rigor técnico de las evaluaciones de tecnologías (por ejemplo, en México un comité interinstitucional evalúa la evidencia desarrollada por la industria tecnológica y, en algunos casos, elabora sus propias evaluaciones); 3) construir capacidad de evaluación y</p> <p>retener al personal calificado (por ejemplo, en Colombia los profesionales de las tecnologías de la salud reciben formación y salarios competitivos, similares a los de sus pares en la industria y por encima del nivel del sector público);</p>	<p>para mejorar la eficiencia de asignación mediante el desarrollo de sistemas de priorización basados en ETS. En numerosos países de la OCDE, las decisiones sobre el financiamiento de tecnologías de salud (fármacos, equipos, procesos clínicos, etc.) con recursos públicos son transparentes, y están apoyadas por un marco legal e institucional y evidencia fiable. Por ejemplo, en Brasil una ETS de 2010 apoyó el cambio de estatinas (fármacos utilizados para prevenir las enfermedades cardiovasculares) de alto costo a otras de bajo costo en los protocolos nacionales de atención primaria, con un ahorro cercano a US\$2.000 millones.</p> <p>Los estudios de casos de Brasil, Colombia y México ponen de relieve lecciones para implementar prioridades: 1) establecer rigurosas agencias nacionales regulatorias y de vigilancia de las tecnologías de salud; garantizar la independencia y el rigor técnico de las evaluaciones de tecnologías (por ejemplo, en México un comité interinstitucional evalúa la evidencia desarrollada por la industria tecnológica y, en algunos casos, elabora sus propias evaluaciones</p> <p>Retener al personal calificado (por</p>	<p>Establecer agencias regulatorias y de vigilancia de las tecnologías de salud</p> <p>Independencia en evaluación tecnológica</p> <p>Retener a personal calificado con</p>	<p>208</p> <p>209</p> <p>210</p>
--	--	---	---	----------------------------------

	<p>comenzar con la fijación de prioridades para los fármacos para los que haya un consenso en relación con el impacto en el gasto;</p> <p>5) desarrollar una política nacional de gestión de la tecnología para apoyar la creación de un sistema de priorización integrado (sencillos cambios incrementales en cada institución por separado pueden dar como resultado mejoras que permanecen en silos). En este caso, el mejor ejemplo es Brasil, que allanó el camino para un sistema de priorización integrado promoviendo un debate que incluía a todos los actores. Fuente: Giedion et al. (2018).</p> <p>Los principios centrales de un modelo de atención primaria podrían acelerarse implementando sistemas y servicios basados en la salud electrónica (D'Agostino et al., 2017). Algunos ejemplos de soluciones digitales que reducen costos y mejoran la eficiencia son: la telesalud y la salud móvil para apoyar el tratamiento de los pacientes en los hogares; instrumentos para agilizar la toma de decisiones clínicas y monitorear protocolos de tratamiento; sistemas de historia clínica electrónica para reducir la variabilidad y mejorar el monitoreo y la adhesión a los protocolos de tratamiento; aplicaciones basadas en análisis de datos para ayudar a los pacientes a gestionar sus enfermedades y mejorar sus opciones de estilo de vida; automatización de los procesos de apoyo de programación de citas y admisiones, así como de la atención de los pacientes (monitoreo remoto de unidades de cuidados intensivos) (Biesdorf y Niederman, 2014). Para que la región alcance el pleno potencial de las mejoras de eficiencia de la transformación digital, se requieren avances más rápidos en el desarrollo de políticas nacionales de salud electrónica (PAHO, 2016).</p>	<p>ejemplo, en Colombia los profesionales de las tecnologías de la salud reciben formación y salarios competitivos, similares a los de sus pares en la industria y por encima del nivel del sector público) Comenzar con la fijación de prioridades para los fármacos para los que haya un consenso en relación con el impacto en el gasto;</p> <p>Desarrollar una política nacional de gestión de la tecnología para apoyar la creación de un sistema de priorización integrado</p> <p>Los principios centrales de un modelo de atención primaria podrían acelerarse implementando sistemas y servicios basados en la salud electrónica (D'Agostino et al., 2017). Algunos ejemplos de soluciones digitales que reducen costos y mejoran la eficiencia son: la telesalud y la salud móvil, sistemas de historia clínica electrónica, aplicaciones basadas en análisis de datos para ayudar a los pacientes a gestionar sus enfermedades y mejorar sus opciones de estilo de vida programación de citas y admisiones,</p>	<p>buen sueldo</p> <p>Prioridades de fármacos</p> <p>Política de gestión de tecnologías</p> <p>Salud electrónica</p>	<p>211</p> <p>212</p> <p>213</p>
--	--	---	--	----------------------------------

Anexo 7. Proceso de categorización de las entrevistas y análisis documental

CONJUNTO DE CÓDIGOS	SUB CATEGORÍAS
7, 9, 10, 14, 17, 18, 43, 47, 49, 51, 54, 56, 60, 67, 83, 84, 85, 94, 95, 96, 103, 109, 158, 162, 164, 165, 166, 169, 170, 171, 176, 177, 179, 180, 181, 182, 184, 193, 195, 207, 208, 209, 212	Adquisiciones en equipamiento
8, 12, 55, 57, 89, 90, 92, 97, 107, 111, 154, 168, 173, 183, 185, 186, 187, 188, 189	Mantenimiento de equipamiento
1, 2, 3, 16, 19, 59, 86, 93, 99, 104, 105, 108, 110, 151, 153, 178	Normatividad en equipamiento
4, 5, 15, 20, 21, 39, 45, 46, 48, 50, 52, 53, 58, 62, 63, 64, 65, 66, 87, 91, 98, 100, 101, 102, 106, 113, 152, 210, 213	Gestión de información en equipamiento
6, 11, 13, 22, 37, 88	Presupuesto (emergente)
29, 73, 79, 80, 81, 112, 129, 139, 140, 146, 147, 150, 205	Articulación entre entidades
24, 25, 26, 27, 28, 30, 69, 71, 74, 75, 122, 126, 127, 130, 144, 149, 155, 156, 160, 161, 167	Almacenes
33, 68, 76, 131, 132, 118, 120, 121, 123, 142, 143, 145, 196, 197	Programación
23, 31, 35, 38, 39, 41, 42, 44, 70, 72, 77, 78, 82, 114, 115, 116, 117, 119, 124, 125, 128, 134, 135, 136, 137, 138, 141, 148, 157, 159, 163, 172, 174, 175, 190, 191, 192, 194, 199, 201, 203, 206, 211	Normatividad en medicamentos, materiales e insumos médicos
32, 34, 36, 40, 61, 133, 198, 200, 202, 204	Adherencia a guía de práctica clínica – prescripción médica (emergente)

ACTA DE APROBACIÓN DE ORIGINALIDAD DE TRABAJO ACADÉMICO

Yo, **KAREN LIZETH ALFARO MENDIVES**, docente de la Escuela de Posgrado de la Universidad César Vallejo filial Lima Norte.

La tesis titulada "Análisis de la gestión de bienes en el sector salud 2014-2019" de la estudiante María Magnolia Oshiro Chinen, constato que la investigación tiene un índice de similitud de 5% verificable en el reporte de originalidad del programa Turnitin.

La suscrita analizó dicho reporte y concluyo que cada una de las coincidencias detectadas no constituye plagio. A mi leal saber y entender la tesis cumple con todas las normas para el uso de citas y referencias establecidas por la Universidad César Vallejo.

Lima, 5 de febrero del 2020



Karen Lizeth Alfaro Mendives

DNI:40160186


UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO
INSTITUTO DE INVESTIGACIONES
PERUANA EN ADMINISTRACIÓN PÚBLICA Y GOBERNABILIDAD
 Av. Benavente 10, 01000-02, Lima, Perú. Tel: 011 471 1111

TEMAS PARA RESPONDER EL GRUPO DE DEBATE DE:
DESARROLLO DE LA POLÍTICA Y GOBERNABILIDAD

AUTORES:
 Mg. María Hipólita Cárdena Cárdena (011) 471 1111 (ext. 1000)

ASISTENTES:
 Dra. Karen Lynch (011) 471 1111 (ext. 1000)

EDICIÓN DE INVESTIGACIONES:
 Reflexión y Modernización del Estado

ISSN: 2008-3709
 2024

Control de Asistencia

5%

Grupos para el debate de:

Desarrollo de la Política y Gobernabilidad

Nº	Nombre del Asistente	Asistencia
1	Alfonso...	1%
2	...	+1%
3	...	+1%
4	...	+1%
5	...	+1%
6	...	+1%
7	...	+1%
8	...	+1%
9	...	+1%
10	...	+1%
11	...	+1%





UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

Centro de Recursos para el Aprendizaje y la Investigación (CRAI)
"César Acuña Peralta"

FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN PARA LA PUBLICACIÓN ELECTRÓNICA DE LAS TESIS

1. DATOS PERSONALES

Apellidos y Nombres: (solo los datos del que autoriza)

OSHIRO CHINEN, MARIA MAGNOLIA

DNI : 06665792

Domicilio : Jr. Los Miraflores 440 Lince

Teléfono : Fijo : 22283321 Móvil : 998894007

E-mail : magoshiroshiro@yahoo.com

2. IDENTIFICACIÓN DE LA TESIS

Modalidad:

Tesis de Pregrado

Facultad :

Escuela :

Carrera :

Título :

Tesis de Posgrado

Maestría

Doctorado

Grado : DOCTORA

Mención : GESTIÓN PÚBLICA Y GOBERNABILIDAD

3. DATOS DE LA TESIS

Autor (es) Apellidos y Nombres:

OSHIRO CHINEN, MARIA MAGNOLIA

Título de la tesis:

ANÁLISIS DE LA GESTIÓN DE BIENES CU EL
SECTOR SALUD 2014-2019

Año de publicación : 2020

4. AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN DE LA TESIS EN VERSIÓN ELECTRÓNICA:

A través del presente documento, autorizo a la Biblioteca UCV-Lima Norte, a publicar en texto completo mi tesis.

Firma

Fecha : 2 MARZO DE 2020



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

AUTORIZACIÓN DE LA VERSIÓN FINAL DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

CONSTE POR EL PRESENTE EL VISTO BUENO QUE OTORGA EL ENCARGADO DE INVESTIGACIÓN DE

ESCUELA DE POSGRADO

A LA VERSIÓN FINAL DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN QUE PRESENTA:

MARIA MAGNOLIA OCHIÑO CHINEN

INFORME TITULADO:

ANÁLISIS DE LA GESTIÓN DE BIENES EN EL
SECTOR SALUD 2014-2019

PARA OBTENER EL TÍTULO O GRADO DE:

DOCTORA EN GESTIÓN PÚBLICA Y GOBERNABILIDAD

SUSTENTADO EN FECHA: 25 DE ENERO DE 2020

NOTA O MENCIÓN: APROBADO POR MAYORÍA



[Signature]
FIRMA DEL ENCARGADO DE INVESTIGACIÓN