

**IDENTIFICANDO LAS BARRERAS DE ACCESO A LA ATENCIÓN Y TRATAMIENTO
DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y LA DIABETES EN LIMA, PERÚ.**

Tabla de contenidos

Acrónimos.....	6
1 Introducción	8
2 Manual de la Organización Mundial de la Salud	10
2.1 Antecedentes: "Rapid Assessment Protocol for Insulin Access"	10
2.2 Metodología del Manual de la Organización Mundial de la Salud.....	11
2.3 Aplicación en el Perú del Manual de la Organización Mundial de la Salud.....	13
2.3.1 <i>Diseño muestral</i>	14
2.3.2 <i>Participantes</i>	14
2.3.3 <i>Desarrollo del trabajo de campo</i>	15
2.3.4 <i>Registro de información, limpieza de datos y análisis</i>	17
2.3.5 <i>Ética</i>	17
3 Perfil país: Perú.....	18
3.1 Información general del país	18
3.2 Indicadores poblaciones y de salud	19
3.3 Organización del sistema de salud	20
3.4 Marco de política de las Enfermedades No Transmisibles en Perú	23
3.4.1 <i>Aseguramiento Universal en Salud</i>	23
3.4.2 <i>Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de Daños No Transmisibles</i>	24
3.4.3 <i>El inicio de la reforma del sector salud</i>	28
3.5 Recursos humanos en salud	30
3.6 Financiamiento en las Enfermedades No Transmisibles	32
3.6.1 Evidencia nacional del financiamiento de las Enfermedades No Transmisibles.....	32
3.6.2 <i>Evidencia local del financiamiento de las Enfermedades No Transmisibles</i> 33	
3.7 Aseguramiento en salud	34
3.7.1 <i>Evidencia nacional del aseguramiento en salud</i>	34
3.7.2 <i>Evidencia local del aseguramiento en salud</i>	34
3.7.3 <i>Motivos para no contar con un seguro de salud</i>	35
4 El manejo de la hipertensión arterial y la diabetes.....	37
4.1 Prevalencia de hipertensión arterial y diabetes en Perú.....	37

4.2	Registros de hipertensión arterial y diabetes en la atención ambulatoria en Perú	38
4.3	El manejo de pacientes con hipertensión arterial o diabetes según las Guías de práctica clínica a nivel nacional	39
4.3.1	<i>Guías de Práctica Clínica para la prevención y control de la hipertensión arterial en el primer nivel de atención.....</i>	<i>39</i>
4.3.2	<i>Guía de Práctica Clínica para el manejo de la diabetes</i>	<i>40</i>
4.4	Conocimiento y utilidad de las Guías de Práctica Clínica por parte del personal de salud.....	41
4.4.1	<i>Primer Nivel de Atención del Ministerio de Salud</i>	<i>41</i>
4.4.2	<i>Hospitales del Ministerio de Salud</i>	<i>42</i>
4.4.3	<i>Policlínicos de EsSalud</i>	<i>42</i>
4.4.4	<i>Hospital de las Fuerzas Armadas.....</i>	<i>43</i>
4.4.5	<i>Clínica privada</i>	<i>43</i>
4.5	Entrenamiento de los profesionales en enfermedades no transmisibles.....	44
5	Participación de trabajadores y pacientes en actividades relacionadas a la hipertensión arterial y diabetes	45
5.1	Participación de trabajadores en actividades con pacientes con hipertensión arterial o diabetes.....	45
5.2	Organizaciones científicas y profesionales	46
5.3	Participación de pacientes en agrupaciones para personas con hipertensión arterial o diabetes.....	46
5.3.1	<i>Agrupaciones de pacientes con diabetes en hospitales del Ministerio de Salud</i>	<i>46</i>
5.3.2	<i>Agrupaciones de pacientes con diabetes en policlínicos de EsSalud.....</i>	<i>47</i>
6	Percepciones sobre las dificultades en el acceso a la atención y medicamentos .	48
6.1	Acceso a consultas médicas.....	48
6.2	Acceso a medicamentos	49
6.3	Automonitoreo de la presión arterial y la glucosa	52
6.4	Acceso a exámenes de laboratorio.....	53
6.5	Acceso a hospitalización	54
6.6	Otras dificultades halladas.....	55
6.7	Dificultades específicas a pacientes con comorbilidad hipertensión arterial y diabetes	56
6.8	La barrera del cambio en los estilos de vida de los pacientes.....	56

6.9	La barrera económica como una de las principales dificultades para el acceso a la atención y medicamentos.....	57
7	Disponibilidad y acceso a la atención y medicamentos	60
7.1	Diagnóstico de pacientes con hipertensión arterial o diabetes con tratamiento	60
7.1.1	<i>Pacientes que requieren tratamiento con medicamentos orales.....</i>	62
7.1.2	<i>Pacientes que requieren tratamiento con insulina.....</i>	63
7.1.3	<i>Disponibilidad de medicamentos orales en el establecimiento de salud donde se atiende el paciente</i>	63
7.1.4	<i>Disponibilidad de insulina en el establecimiento de salud donde se atiende el paciente.....</i>	64
7.2	Adherencia al tratamiento farmacológico.....	65
7.2.1	<i>Pacientes con medicamentos orales para la el tratamiento de la hipertensión arterial y/o diabetes</i>	65
7.2.2	<i>Pacientes con insulina.....</i>	66
7.3	Indicaciones que reciben los pacientes sobre estilos de vida	66
7.4	Ruta del paciente para acceder a atención y medicamentos: citas, consulta, farmacia y laboratorio	67
7.4.1	<i>Establecimientos de salud del primer nivel de atención del Ministerio de Salud</i>	68
7.4.2	<i>Hospital del Ministerio de Salud</i>	69
7.4.3	<i>Policlínicos de EsSalud</i>	70
7.4.4	<i>Hospital de las Fuerzas Armadas.....</i>	71
7.4.5	<i>Clínica privada</i>	72
7.5	Acceso a consultas médicas y exámenes de laboratorio.....	73
7.5.1	<i>Acceso a consultas médicas.....</i>	73
7.5.2	<i>Acceso a exámenes.....</i>	75
7.5.3	<i>Medio de transporte usado para acceder al establecimiento de salud ...</i>	75
7.5.4	<i>Tiempo de espera en ser atendido.....</i>	75
7.6	Hospitalización.....	76
7.7	Referencia y contra-referencia	77
8	Asequibilidad y precio de la atención y medicamentos.....	79
8.1	Precios de las consultas médicas y exámenes de laboratorio.....	79
8.2	Precios de los medios de transporte utilizados para acceder al establecimiento de salud.....	79

8.3	Precios de medicamentos según información secundaria	79
8.3.1	<i>Medicamentos orales para hipertensión arterial</i>	80
8.3.2	<i>Medicamentos orales para diabetes</i>	80
8.3.3	<i>Insulina</i>	80
8.4	Precios de los medicamentos según información brindada por pacientes.....	81
8.5	Composición del precio de los medicamentos	81
8.6	La adquisición, distribución y el abastecimiento de medicamentos	82
9	Recomendaciones.....	84
10	Conclusiones.....	89
	Agradecimientos.....	91
	Referencias	92
	Apéndice 1: Disponibilidad de instrumentos e insumos de laboratorio para pruebas diagnósticas	95
	Apéndice 2: Disponibilidad de medicamentos para la diabetes según sector del establecimiento	98
	Apéndice 3: Disponibilidad de medicamentos para la hipertensión arterial según sector del establecimiento	99
	Apéndice 4: Pruebas de laboratorio y otros exámenes realizados en los últimos 12 meses.....	100
	Apéndice 5: Precios de medicamentos orales para la hipertensión arterial en sector público y privado (2013).....	101
	Apéndice 6: Precios de medicamentos orales para la diabetes, en sector público y privado (2013)	102
	Apéndice 7: Precios de insulina para la diabetes, en sector público y privado (2013)	103
	Apéndice 8: Precio de medicamentos y gasto mensual del paciente.....	104
	Apéndice 9: Precios de pruebas diagnósticas	106

Acrónimos

ADA	American Diabetes Association (Asociación Americana de Diabetes)
ADIPER	Asociación de Diabetes del Perú
AHA	American Heart Association (Asociación Americana del Corazón)
Alliance	Alliance for Health Policy and Systems Research
ASH	American Society of Arterial Hypertension (Sociedad Americana de Hipertensión arterial)
AUS	Aseguramiento Universal en Salud
CRONICAS	Centro de Excelencia en Enfermedades Crónicas
CV	Cardiovascular
DARES	Dirección de Abastecimiento de Recursos Estratégicos en Salud
DGE	Dirección General de Epidemiología
DIGEMID	Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas
DIRESA	Dirección Regional de Salud
DISA	Dirección de Salud
DNI	Documento Nacional de Identidad
ECV	Enfermedades Cardiovasculares
EESS	Establecimiento de salud
ENAHO	Encuesta Nacional de Hogares
ENDES	Encuesta Demográfica y de Salud Familiar
ENINBSC	Encuesta Nacional de Indicadores Nutricionales, Bioquímicos, Socioeconómicos y Culturales relacionados a Enfermedades Crónicas Degenerativas
ENNIV	Encuesta Nacional de Condiciones de Vida
ENT	Enfermedad No Transmisible
EPS	Entidad Prestadora de Salud
ESN	Estrategia Sanitaria Nacional
ESSALUD	Seguro Social de Salud
FFAA	Fuerzas Armadas
FISSAL	Fondo Intangible Solidario de Salud
GPC	Guía de Práctica Clínica
HIS	Health Information System (Sistema de Información en Salud)
IAFAS	Instituciones Aseguradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud

IECA	Inhibidor de la Enzima Convertidora de Angiotensina
IGV	Impuesto General a las Ventas
IIF	International Insulin Foundation (Fundación Internacional de Insulina)
INEI	Instituto Nacional de Estadística e Informática
IPSS	Instituto Peruano de Seguridad Social
IPRESS	Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud
MEF	Ministerio de Economía y Finanzas
MINSA	Ministerio de Salud
NCD	Non Communicable Diseases (Enfermedades No Transmisibles)
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	Organización No Gubernamental
PBI	Producto Bruto Interno
PEAS	Plan Esencial de Aseguramiento en Salud
Petitorio	Petitorio Nacional Único de Medicamentos
PPP	Poder de Paridad de Compra
PPR	Programa de Presupuesto por Resultados
RAPIA	Rapid Assessment Protocol for Insulin Access (Protocolo de Evaluación Rápida del Acceso a la Insulina)
SIS	Seguro Integral de Salud
SISFOH	Sistema de Focalización de Hogares
SUNASA	Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud
SUSALUD	Superintendencia Nacional de Salud
UNIGE	Université de Genève (Universidad de Ginebra)
UPCH	Universidad Peruana Cayetano Heredia

1 Introducción

El reto de las enfermedades crónicas no transmisibles (ENT) ha sido reconocido por la comunidad global durante la reunión de alto nivel de las Naciones Unidas sobre las ENT y la Primera Conferencia Ministerial Global sobre Estilos de Vida Saludables y Control de ENT llevada a cabo en Moscú. La respuesta de la Organización Mundial de la Salud (OMS) se ha plasmado en el desarrollo del "Plan de acción de la estrategia mundial para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles"¹[1] y de una "Agenda de investigación priorizada para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles" [2].

La agenda de investigación en ENT de la OMS se centra especialmente en los países de bajos y medianos ingresos, y especialmente, está dirigida a la prevención y control de ENT. Los principios rectores de la agenda de investigación de las ENT son los siguientes [2]:

- Asegurar que las decisiones y acciones para hacer frente a las ENT se basen en la evidencia generada por investigaciones.
- Identificar las brechas de conocimiento y necesidades de fortalecimiento de la investigación para la acción en salud pública, la prevención de las ENT, las necesidades prioritarias de salud y la equidad sanitaria.
- Fortalecer las capacidades de los países de bajos y medianos ingresos para llevar a cabo investigación sobre temas prioritarios de las ENT.

Siguiendo los principios de esta agenda, hace falta una comprensión clara de las barreras dentro del sistema de salud que limitan el acceso a la atención de las ENT y los medicamentos. El sistema de salud debe responder a las expectativas que tiene la población y sus "necesidades deben ser atendidas con prontitud, sin largas demoras para el diagnóstico y tratamiento" [3]. De este modo, los sistemas de salud deben proporcionar seis elementos clave [4]:

1. La prestación de servicios: la presencia de una atención segura y de calidad, así como infraestructura adecuada, etc.
2. Fuerza laboral: trabajadores de salud.
3. Información: investigación, sistemas de vigilancia, etc.
4. Productos médicos, vacunas y tecnologías.
5. Financiamiento.

¹ El Plan de Acción fue aprobado en la 61ª Asamblea Mundial de la Salud en mayo de 2008 y se respalda en las estrategias existentes de la OMS, tales como: la Estrategia Mundial para la Prevención y el Control de las ENT, aprobada en la Asamblea Mundial de la Salud en mayo de 2000; el Convenio Marco de la OMS para el Control del tabaco; y, la Estrategia Mundial sobre Régimen Alimentario, Actividad física y Salud. El Plan de Acción mencionado tiene como objetivo dirigir a los Estados Miembros, la OMS y la comunidad internacional en el establecimiento y fortalecimiento de las iniciativas para la vigilancia, prevención y manejo de las ENT.

6. Liderazgo y gobernanza: es el rol que cumplen los tomadores de decisiones para lograr trabajar de manera integral con otros actores nacionales que impactan en la salud [3, 5].

Las barreras de acceso en la atención y medicamentos pueden existir en cualquiera de estos elementos mencionados y a veces los problemas en un nivel del sistema de salud pueden influir negativamente en la situación en otro nivel. Por ejemplo, un profesional de salud con una formación deficiente o poco entrenamiento en el manejo de pacientes con una enfermedad específica podría utilizar inapropiadamente insumos o productos médicos para el tratamiento, tal como se ha visto en el caso de la diabetes en ciertos escenarios de bajos ingresos [6]. Un aspecto muy importante para la adecuada identificación de barreras, es la participación de los actores locales y de los tomadores de decisiones.

El objetivo de este estudio es implementar, por primera vez en Perú, una herramienta impulsada por la OMS para identificar las barreras de acceso a medicamentos y atención de pacientes con dos ENT de alta carga de morbilidad y mortalidad en el país: hipertensión arterial y diabetes. Ello con el fin de incidir en el desarrollo de propuestas para fortalecer el sistema de salud peruano y fomentar una respuesta política que contribuya a una mejor salud para las personas con hipertensión arterial y/o diabetes. CRONICAS Centro de Excelencia en Enfermedades Crónicas de la Universidad Peruana Cayetano Heredia (UPCH) implementó este proyecto con el apoyo de Alliance for Health Policy and Systems Research y la Universidad de Ginebra (UNIGE).

2 Manual de la Organización Mundial de la Salud

2.1 Antecedentes: "Rapid Assessment Protocol for Insulin Access"

Una de las iniciativas para la identificación de las barreras de acceso a la atención y medicamentos de diabetes fue la impulsada por *International Insulin Foundation* (IIF), institución que desarrolló una herramienta metodológica llamada *RAPIA Rapid Assessment Protocol for Insulin Access* (Protocolo de evaluación rápida del acceso a la insulina). Esta herramienta consiste en un protocolo de evaluación rápida para estudiar la ruta de acceso a la insulina hasta el punto en que ésta llega al paciente o falla en alcanzarlo [7]. A pesar de que inicialmente el RAPIA se centró en la insulina y en los pacientes con diabetes insulino-dependiente, ahora también es posible emplear dicha herramienta para los medicamentos orales para la diabetes y en pacientes con diabetes no insulino-dependiente.

Los protocolos de evaluación rápida han sido usados extensamente para evaluar los servicios de salud en enfermedades transmisibles, como malaria, tuberculosis y enfermedades de transmisión sexual, con el fin de desarrollar intervenciones [8-14] apropiadas a cada contexto. Los principios básicos de este tipo de evaluaciones son:

- Rapidez: la información debe recogerse rápidamente para ayudar a tomar decisiones sobre qué intervenciones se pueden implementar de forma factible.
- El uso de múltiples fuentes de datos: empleando diferentes métodos y variadas fuentes de información para tener una visión general de la situación local.
- Pragmatismo: el objetivo es obtener la mejor información posible sin necesidad de que esta sea estadísticamente significativa. En su lugar, la validez y la fiabilidad se logran mediante la triangulación o verificación cruzada entre diferentes fuentes de información.
- Costo-efectividad: el objetivo general es el uso de métodos que proporcionan información sin necesidad de invertir muchos recursos y tiempo.

En el caso del RAPIA, esta se estructura como una evaluación multi-nivel de los diferentes elementos que influyen en el acceso de los pacientes a la insulina en un determinado país empleando múltiples fuentes de datos. Su objetivo es proporcionar una guía práctica de campo para ayudar a los equipos en la recolección, análisis y presentación de la información con el fin de evaluar e informar el desarrollo de los servicios de atención de la salud y políticas para la gestión de la diabetes en los países de bajos y medianos ingresos. El proceso de recolección de datos conlleva a un análisis que pone de manifiesto las fortalezas y debilidades del sistema de salud y contribuye a idear acciones concretas de mejora [15-17].

El RAPIA ha sido implementado por el IIF en los siguientes países: Kirguistán, Malí, Mozambique, Zambia, Nicaragua y Vietnam [18-22]. Las implementaciones del RAPIA en los países mencionados han resultado en:

- Mejoras en el acceso a la insulina (Malí, Mozambique y Zambia)
- Desarrollo de políticas en ENT (Mozambique y Zambia)

- Inclusión de las recomendaciones en las políticas y programas gubernamentales (Kirguistán, Malí, Mozambique, Nicaragua y Vietnam)
- Mejora y aumento de la visibilidad de las Asociaciones de Pacientes con Diabetes (Malí, Mozambique, Nicaragua y Zambia)
- Inclusión de las recomendaciones en proyectos y programas de las ONG nacionales (Malí y Nicaragua)
- Financiamiento externo y apoyo a los programas de diabetes (Mozambique, Zambia y Vietnam)
- Uso de RAPIA para el monitoreo y la evaluación (Mozambique)

Por ejemplo, en Kirguistán las recomendaciones del RAPIA llevaron a un "Plan de Acción para la Diabetes", y en Mozambique se incorporaron las recomendaciones en una estrategia global de ENT, lo cual muestra que los hallazgos de la investigación lograron incidir en los responsables políticos.

Los métodos que fueron diseñados para el RAPIA pueden ser ampliamente utilizados por distintos investigadores en sus propios contextos [23, 24]. Es así que el RAPIA inspiró la elaboración de un manual metodológico desarrollado por la OMS, el cual se explica en el siguiente acápite, con el fin de ampliar su aplicación a otras ENT en otros países.

2.2 Metodología del Manual de la Organización Mundial de la Salud

En el año 2012, la OMS impulsó el desarrollo del documento "*How to investigate access to care for chronic non-communicable diseases in low-and middle-income countries*" ("Cómo investigar el acceso a la atención de enfermedades crónicas no transmisibles en los países de ingresos bajos y medianos"). Este documento es un manual que proporciona la explicación de cómo diseñar, planificar y ejecutar estudios con múltiples métodos y procedimientos que permitan describir la situación actual de una o más ENT, así como identificar las posibles barreras para acceder a la atención y medicamentos para cierta(s) enfermedad(es) en un determinado país o región.

El Manual de la OMS señala que se debe involucrar en el proceso de investigación a los actores clave y responsables políticos, informándoles sobre el objetivo y métodos del estudio desde la etapa de planificación del estudio. Según las necesidades específicas, a lo largo del proceso de investigación se puede recibir retroalimentación, así como generar discusiones o conversaciones de los hallazgos tanto con los miembros del equipo de investigación como con determinados actores clave.

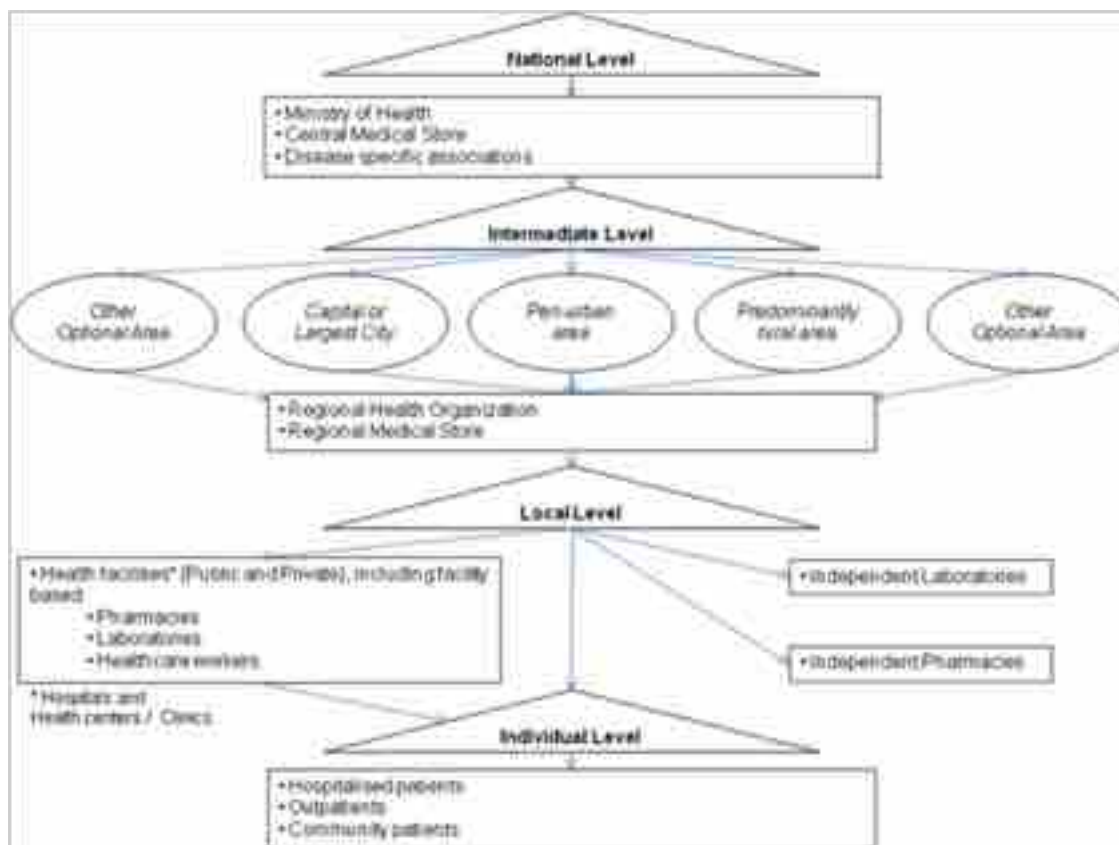
Una vez que la investigación culmina, se debe llevar a cabo la presentación de los resultados a los actores locales clave, así como desarrollar una sesión para definir y priorizar las acciones recomendadas en este estudio con los actores mismos. Este proceso participativo tiene como objetivo lograr la aceptación de los resultados y hallazgos en todos los niveles.

El manual de la OMS se estructura considerando once temas de estudio de las enfermedades que sean seleccionadas, cuatro grupos objetivo, y múltiples fuentes de información. Los once temas de estudio son:

1. Información general.
2. La estructura de atención en salud.
3. Financiamiento.
4. Aseguramiento de salud.
5. Políticas, programas y actividades relacionados a las enfermedades.
6. Sistema de adquisición.
7. Asignación y disponibilidad de la atención.
8. Precio y asequibilidad de la atención.
9. Manejo de la enfermedad y cuestiones vinculadas al tratamiento.
10. Sistema de referencia y contra-referencia.
11. Otras cuestiones relacionadas a los pacientes.

Los cuatro niveles de estudio son: el nivel nacional, nivel intermedio, nivel local, y el nivel individual. En cada nivel se agrupan diversos tipos de informantes, según la realidad de cada país o región. El Manual de la OMS sugiere que en lo posible se incluya al menos tres regiones del país, por lo general se propone incluir la ciudad capital, una zona urbana y una zona predominantemente rural; sin embargo, durante el año 2013, el estudio se ha llevado a cabo sólo en la ciudad capital de Lima. Las zonas propuestas en el Manual de la OMS se pueden aplicar a nivel nacional o a nivel sub-nacional, como una provincia, como se detalla en la siguiente gráfica.

Gráfico 1: Los diferentes niveles de estudio, según el Manual de la OMS



Fuente: Manual de la OMS.

2.3 Aplicación en el Perú del Manual de la Organización Mundial de la Salud

La aplicación del Manual de la OMS en el país se ha desarrollado de acuerdo a diversas fases. En la primera fase, uno de los principales retos consistió en conceptualizar la manera en que podría incluirse más de una enfermedad en el estudio. Luego de hacer una revisión de la problemática de las ENT en Perú y de llevar a cabo una discusión entre investigadores del estudio, se decidió estudiar el caso de la hipertensión arterial y la diabetes, principalmente por su relevancia en la carga de enfermedad en Perú, así como la percepción de una creciente demanda de pacientes con estas enfermedades y una estancada oferta de servicios de salud para una adecuada atención.

Según información de la OMS, el 60% de las muertes en Perú son atribuibles a las ENT, y de éstas, las enfermedades cardiovasculares (ECV) tienen la mayor participación con el 19% del total de la carga de mortalidad, mientras que la diabetes participa con el 2% de la carga [25]. Uno de los factores que contribuyen a esta elevada carga de las ECV es la alta prevalencia de la hipertensión arterial, que en algunas zonas en Perú asciende a 24.1% en población adulta (IC 95%: 21.1%–27.1%); asimismo, la prevalencia de diabetes es en algunas zonas 4.6% (IC 95%: 3.1%–6%) [26].

Luego se llevó a cabo una exhaustiva revisión bibliográfica de fuentes secundarias sobre la hipertensión arterial y la diabetes en Perú, así como del marco normativo y del sistema de salud en general.

Posteriormente, se adaptaron los instrumentos propuestos en el Manual de la OMS a la realidad del país y para cada grupo de entrevistados identificados. En este estudio se aplican técnicas mixtas de recolección, procesamiento y análisis de información cualitativa y cuantitativa. De este modo, la información ha sido obtenida a través de diversas fuentes, empezando por la búsqueda bibliográfica en variados medios:

- Páginas Web de las instituciones vinculadas al sistema de salud del país, tanto del sector público como privado.
- Informes oficiales de las instancias relacionadas a salud.
- Reportes de organismos nacionales y multilaterales.
- Documentos sobre políticas y normatividad de Perú.
- Publicaciones académicas de origen local e internacional.
- Búsqueda de palabras clave en internet para el acceso a la atención médica y medicamentos de ENT.
- Búsqueda de noticias de carácter nacional y local.

La adaptación e implementación de los instrumentos se realizó considerando la situación de las ENT -con énfasis en la hipertensión arterial y la diabetes- en Perú, los resultados de la información secundaria revisada, la realidad del sector salud en Perú y también se tomó en cuenta los aprendizajes y lecciones que dejó la implementación de los pasados RAPIA. Para esto último, se mantuvo comunicación activa con el Dr. David Beran, autor principal de los estudios de RAPIA en diversos países.

En la segunda fase, se llevó a cabo los preparativos para poder iniciar el estudio, así como el desarrollo propiamente del trabajo de campo: 1) aprobación del estudio por el Comité Institucional de Ética (CIE) de la Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2) convocatoria y contratación de personal; 3) entrenamiento del equipo de campo con duración de 1.5 semanas; 4) coordinaciones logísticas de la compra de materiales para el trabajo de campo, identificación de los establecimientos y actores de interés, entre otros; 5) solicitud de permisos de los establecimientos donde se llevaría el trabajo de campo; 6) la recolección y el registro de la información cualitativa y cuantitativa obtenida a través de entrevistas a informantes clave, lo cual se llevó a cabo en un periodo de 2.5 meses; 7) así como la limpieza de datos, análisis de la información recolectada y actividades de diseminación.

2.3.1 Diseño muestral

Se optó por trabajar con población urbana, por lo cual la sede elegida para la implementación de este estudio fue la ciudad de Lima. De acuerdo con el Manual de la OMS se llevó a cabo un muestreo por conveniencia. Es decir que los establecimientos y las personas no fueron seleccionados aleatoriamente, sino con el propósito de cumplir con los objetivos trazados. Asimismo, se incluyeron establecimientos de distintos sectores.

En total, se incluyeron nueve establecimientos de salud, de menor y mayor nivel de complejidad de los siguientes sectores: Ministerio de Salud (MINSa), Seguridad Social (EsSalud), Fuerzas Armadas (FFAA) y del sector privado. Como medida de confidencialidad, solo se presenta el sector (y zona, cuando corresponde) al cual pertenece el establecimiento, tipo de establecimiento y la cantidad de establecimientos en los que se desarrolló el trabajo de campo.

Tabla 1: Establecimientos de salud en los que se realizaron entrevistas

Sector/Zona	Tipo de establecimiento	Cantidad
MINSa/Sur	Puesto de Salud	01
MINSa/ Norte y Sur	Centro de Salud	02
MINSa/Centro y Norte	Hospital	02
EsSalud/Centro	Policlínico	02
FFAA	Hospital	01
Privado	Clínica	01

2.3.2 Participantes

Los participantes del estudio fueron aquellas personas con información clave sobre el funcionamiento del sistema de salud en el nivel al cual pertenece el informante, de modo que sea posible identificar las barreras de acceso a la atención y medicamentos de la población con hipertensión arterial y/o diabetes. A continuación se distinguen los distintos niveles que se consideraron en la recolección de información primaria del estudio en Perú:

i) Nivel macro: funcionarios del sector salud (MINSA, EsSalud), representantes de asociaciones específicas relacionadas a la atención de pacientes con hipertensión arterial y/o diabetes.

ii) Nivel medio: directores y funcionarios de establecimientos de salud como hospitales, centros de salud y clínicas privadas.

iii) Nivel local: personal de salud de los establecimientos de salud de los servicios de farmacia, laboratorio, consulta general, consulta endocrinología, consulta cardiología, consulta de nutrición; trabajadores de farmacias y laboratorios del sector privado.

iv) Nivel individual: pacientes y/o cuidadores.

Los informantes que fueron entrevistados en cada nivel descrito tuvieron que cumplir con los siguientes criterios para poder participar en el estudio:

Criterios de inclusión:

- Personas con 18 años de edad o más.
- Ser paciente o cuidador/a de un/a paciente con diagnóstico de hipertensión arterial y/o diabetes por un profesional de la salud. De no tratarse de un paciente o cuidador sino de otro tipo de informante clave, el criterio consistió en pertenecer a alguna entidad vinculada al tema de la atención de pacientes con hipertensión arterial y/o diabetes.

Criterios de exclusión:

- No estar apto para entender y/o brindar su consentimiento.
- Tener alguna discapacidad que le impida comunicarse o participar.
- No hablar castellano.

2.3.3 Desarrollo del trabajo de campo

Se realizaron en total **140 entrevistas** y conversaciones técnicas, distribuidas de la siguiente manera:

- Entrevistas en el nivel nacional (n=05): a funcionarios del Comité de Expertos de ENT de la Dirección General de Salud de Personas del MINSA y especialistas de organizaciones de pacientes y profesionales vinculados a la atención de la hipertensión arterial y/o diabetes.
- Entrevistas en el nivel intermedio (n=09): a directores y responsables de microrredes y establecimientos del MINSA, EsSalud, FFAA y sector privado.
- Entrevistas en el nivel local (n=65): a trabajadores del sector salud relacionados al MINSA, EsSalud, FFAA y sector privado.
- Entrevistas en el nivel individual (n=61): a pacientes con hipertensión arterial y/o diabetes o sus cuidadores.

Tabla 2: Entrevistas a trabajadores (nivel local)

Especialidad del trabajador	MINSA		EsSalud	FFAA	Privado	Total
	Puesto (01)/ Centro (02) de Salud	Hospital (02)	Policlínico (02)	Hospital (01)	Clínica (01)	
Médico general	4	0	1	0	0	5
Médico internista	0	2	1	1	1	5
Médico cardiólogo	0	2	1	1	1	5
Médico endocrinólogo	0	2	0	1	1	4
Enfermero/a*	3	4	2	1	1	11
Nutricionista	2	2	1	1	1	7
Personal de farmacia interna**	3	1	2	2	1	9
Personal de laboratorio interno**	2	2	2	1	1	8
Personal de farmacia externa**	3	1	1	1	1	7
Personal de laboratorio externo**	3	0	0	0	1	4
Total	20	16	11	9	9	65

*Profesional de enfermería o personal técnico de enfermería.

** Al mencionar que un laboratorio (o farmacia) es "interno" se quiere decir que opera dentro del establecimiento; mientras que si es "externo" quiere decir que se ubica en los alrededores del establecimiento de salud y en la gran mayoría de casos es de régimen privado.

Por cada establecimiento de salud visitado, se buscó entrevistar a los siguientes actores:

- Un jefe de establecimiento.
- De 05 a 10 trabajadores del establecimiento: 01-03 médicos (de medicina general, medicina interna, endocrinología y/o cardiología, según la disponibilidad); 01 nutricionista; 01-02 trabajadores de enfermería; 01 personal de la farmacia del establecimiento; 01 personal del laboratorio. Sin embargo, en el caso de establecimientos de menor nivel de atención, como puesto o centro de salud, la cantidad de trabajadores a entrevistar se adaptó a la realidad de cada establecimiento.
- Dos trabajadores de farmacias y laboratorios privados, ubicados en los alrededores del establecimiento de salud donde se entrevistó.
- En el caso de hospitales: de 05 a 11 pacientes con hipertensión arterial y/o diabetes en consulta externa o internamiento.
- En el caso de establecimientos de menor nivel: de 04 a 06 pacientes con hipertensión arterial y/o diabetes en consulta externa.

Tabla 3: Entrevistas a pacientes (nivel individual)

Enfermedad	MINSA		EsSalud	FFAA	Privado	Total
	Puesto (01)/ Centro (02) de Salud	Hospital (02)	Policlínico (02)	Hospital (01)	Clínica (01)	
Diabetes tipo 1	0	3	0	0	0	3
Diabetes tipo 2	3	5	4	3	6	21
Hipertensión arterial	7	5	2	3	5	22
Diabetes tipo 2 e hipertensión arterial (a la vez)	2	5	4	2	2	15
Total	12	18	10	8	13	61

2.3.4 Registro de información, limpieza de datos y análisis

El registro de información recolectada en campo se realizó por la misma persona que llevó a cabo la entrevista. La información fue digitada en una base de datos en Excel, y pasó por un proceso de supervisión por dos personas del equipo, por lo cual, los comentarios y observaciones generadas en cada supervisión fueron tomados en cuenta por la persona entrevistadora para realizar las respectivas correcciones. Una vez culminado con el registro de información y su respectiva supervisión, se procedió a hacer la limpieza de datos. Finalmente, se llevó a cabo el análisis de la información tomando en cuenta la naturaleza cuantitativa o cualitativa de la misma.

2.3.5 Ética

El estudio contó con la aprobación del Comité Institucional de Ética de la UPCH. Adicionalmente, se obtuvo la aprobación ética de dos hospitales que así lo requirieron, mientras que en los establecimientos de menor nivel se contó con la autorización de los respectivos responsables.

Para llevar a cabo las entrevistas, se informó primero a las personas sobre el estudio y las implicancias de su participación, y sólo fueron incluidos quienes dieron su consentimiento. La hoja informativa del Consentimiento Informado fue entregada a la persona entrevistada. No se solicitó la firma de los participantes. Además, no se incluyeron a menores de edad.

La información que brindaron fue registrada en los cuestionarios y en la base de datos en Excel empleando códigos de identificación con el fin de mantener la confidencialidad de los participantes.

3 Perfil país: Perú

3.1 Información general del país

Perú se ubica en Sudamérica y tiene una superficie territorial de 1,285 millones de kilómetros cuadrados y una población proyectada a junio del 2013 en 30,475,144 habitantes [27]. En el país hay 195 provincias, las cuales se dividen en un total de 1,840 distritos. La capital es la ciudad de Lima, ubicada en la costa central del país, con una población cerca a los 9,540,996 personas [27].

Económicamente, el Perú es considerado como un país de ingreso medio-alto, con un Producto Bruto Interno (PBI) per cápita de US\$ 10,240 (PPP) según estadísticas recopiladas por el Banco Mundial y un índice de desarrollo humano que lo ubica en el puesto 77 a nivel mundial [28]. En los últimos años, el país ha logrado varios avances en desarrollo económico: tasa de crecimiento altas e inflación menor al 4% anual, estabilidad macroeconómica, reducción de la deuda externa a menos de 20% del PBI y de la pobreza monetaria que actualmente asciende a 25.8%, entre otros.

En el año 2013, el presupuesto público se incrementó en 13.5% [29] en relación al año anterior, principalmente gracias a la recaudación tributaria (69% del total). La asignación del presupuesto público del 2013 priorizó los sectores sociales (38% del total), como se muestra en la tabla. Entre los sectores sociales se encuentra la Función Salud, a la cual se le asignó S/.9,831 millones de Nuevos Soles² del presupuesto público, por encima del monto que se ejecutó al finalizar el año 2012 (S/.9 355,5 millones de Nuevos Soles).

Tabla 4: Presupuesto público asignado para el año fiscal 2013, por tipo de intervención (en miles de millones de S/.)

Intervenciones	Monto (miles de mill. de S/.)	Distribución porcentual	Variación % (2013-2012)
Sectores Sociales	40,674	38%	21.6
Servicios Productivos	19,928	18%	17.6
Administración de Justicia	3,668	3%	23.9
Administrativos	13,669	13%	10.6
Seguridad Ciudadana y Defensa	10,918	10%	19.2
Subtotal	88,857	82%	18.6
Gasto Financiero, Previsional y Reserva	19,562	18%	-5.2
Total	108,419	100%	13.5

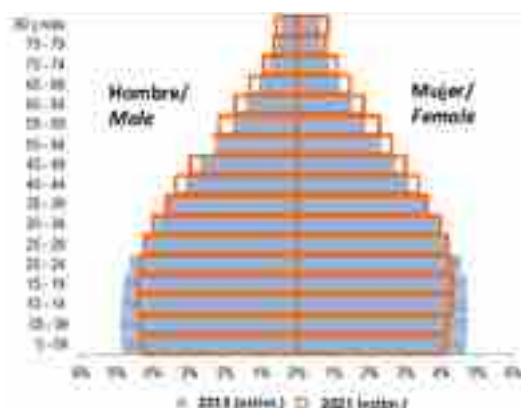
Fuente: Ministerio de Economía y Finanzas (MEF). [29]

² El tipo de cambio fue de 2.7 Nuevos Soles/ Dolar (año 2013).

3.2 Indicadores poblaciones y de salud

La esperanza de vida al nacer en el Perú, estimada para el quinquenio 2010-2015, es de 71.5 años en hombres y 76.8 años en mujeres [27]. Las principales causas de muerte de los peruanos son las neoplasias, influenza y la neumonía, enfermedades bacterianas, enfermedades isquémicas del corazón y enfermedades cerebrovasculares [30]. Asimismo, hay una marcada tendencia al aumento de la participación de las personas de 40 años a más en la pirámide poblacional, aunque en términos absolutos la población es mayoritariamente joven. De hecho, solo el 9.2% de la población total tiene 60 años o más [31].

Gráfico 2: Pirámide poblacional, estimados para el 2013 y 2021



Fuente y elaboración: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Perú. [32]

En el año 2011, según la Encuesta Nacional de Hogares (ENAH), cerca del 70% de la población peruana indicó haber tenido algún problema de salud en el último mes. Esta cifra es considerablemente mayor a lo obtenido en el año 2005 (54%) por la misma encuesta. El 36% de las personas que respondieron haber presentado algún problema de salud, identificaron su malestar como un problema de tipo crónico, cifra que también es superior a lo obtenido en el año 2005 (20%). Entre quienes mencionaron padecer alguna enfermedad crónica y buscaron atención, se pudo identificar que la mayoría recurría a establecimientos del MINSA (30% o más de 1 millón 224 mil atendidos) y farmacias (27% o más de 1 millón 105 de personas atendidas), lo cual brinda evidencia de la alta participación que tienen ambos sectores en la provisión de atención en salud y/o de medicamentos.

Tabla 5: Población con algún problema de salud en Perú (2005 - 2011)

Año	Población con alguna enfermedad (%)	Tipo de enfermedad	
		Enfermedad crónica (%) (1)	Enfermedad no crónica (%) (2)
2011	69.5	36.2	33.3
2010	68.0	31.8	36.2
2009	63.2	25.4	37.8
2008	63.0	24.4	38.6
2007	61.6	23.2	38.4
2006	57.5	22.7	34.8
2005	54.1	20.2	33.9

(1) Se considera población con algún problema de salud crónico a aquella que reportó padecer enfermedades crónicas (artritis, hipertensión arterial, asma, reumatismo, diabetes, tuberculosis, VIH, colesterol, etc.) o malestares crónicos.

(2) Se considera población con algún problema de salud no crónico a aquella que reportó haber padecido síntoma o malestar, enfermedad o accidente en las últimas 4 semanas anteriores a la encuesta.

Fuente: MINSA. "Análisis de la Demanda y el Acceso a los Servicios de Salud en el Perú". [33]

La información presentada muestra el crecimiento de las ENT en la población que padece algún problema de salud comparado a las enfermedades transmisibles. Entre las ENT que más afectan a la población en Perú se encuentran las enfermedades isquémicas del corazón y enfermedades cerebrovasculares.

3.3 Organización del sistema de salud

El sistema de salud peruano se caracteriza por la participación de diversos actores, como el sector público, privado y los agentes individuales (pacientes y cuidadores). Por el lado del sector público, lo componen el MINSA, las Direcciones Regionales/Locales de salud, EsSalud, las sanidades de las FFAA (Policía, Ejército, Marina y Fuerza Aérea). Mientras que por el lado del sector privado, este lo constituyen las empresas privadas que actúan como aseguradoras y/o proveedoras de servicios, entre ellas las Entidades Prestadoras de Salud (EPS). Así también, hay instituciones y asociaciones de diversa índole, como asociaciones y sociedades profesionales, organizaciones académica, organizaciones no gubernamentales (ONG), entre otros. La siguiente tabla presenta una descripción de los principales órganos del sistema de salud:

Tabla 6: Descripción de órganos y/o actores del sistema de salud peruano

Descripción	Atención a población objetivo
<p>MINSA</p> <ul style="list-style-type: none"> -Es un órgano del Poder Ejecutivo. -Es el ente rector del sector salud y de la política nacional del sector. Conduce, regula y promueve la intervención del Sistema Nacional de Salud, con la finalidad de lograr el desarrollo de la persona, a través de la promoción, protección, recuperación y rehabilitación de su salud y del desarrollo de un entorno saludable (Art. 2 – Ley del Ministerio de Salud – Ley N° 27657). 	<p>Todos pueden atenderse, pero el objetivo es la población de bajos recursos.</p> <p>Precios subsidiados por el Estado.</p> <p>Atención a asegurados con Seguro Integral de Salud (SIS).</p> <p>Brinda servicios para todas las enfermedades.</p>
<p>Seguro Integral de Salud</p> <ul style="list-style-type: none"> -Es un organismo del MINSA, con autonomía económica y administrativa, creado en el año 2001 mediante Ley N° 27657 “Ley del Ministerio de Salud”. -Tiene como finalidad administrar los fondos destinados al financiamiento de las prestaciones de salud individual, de conformidad con la Política del Sector, priorizando a la población vulnerable en pobreza y pobreza extrema. -Tiene su sede principal en Lima y cuenta con órganos desconcentrados en el territorio nacional. -El SIS financia los servicios de atención de la población afiliada total o parcialmente. -Las atenciones de los asegurados del SIS se brindan en la red asistencial del MINSA, y también en otros establecimientos con los que se tenga convenios. 	<p>Personas en pobreza o que pertenezcan a algún grupo priorizado por el Gobierno (podría ser no pobre pero usualmente con limitada capacidad de pago, si su actividad económica u otra condición están dentro de los priorizados en la normatividad).</p> <p>Se cuenta con regímenes subsidiado y semi-subsidiado.</p>
<p>Régimen de Seguridad Social – EsSalud</p> <ul style="list-style-type: none"> -Es un organismo adscrito al Sector Trabajo y Promoción Social, con autonomía técnica, administrativa, económica, financiera, presupuestal y contable. -Creado en el año 1999, mediante la Ley N° 27056, sobre la base del antiguo Instituto Peruano de Seguridad Social (IPSS). -Tiene como finalidad dar cobertura a los asegurados y sus derechohabientes, a través del otorgamiento de prestaciones de prevención, promoción, recuperación, rehabilitación, prestaciones económicas, y prestaciones sociales que corresponden al régimen contributivo de la Seguridad Social en Salud, así como otros seguros de riesgos humanos. -Las prestaciones que financia dependen del tipo de 	<p><i>Seguro regular</i></p> <p>Titulares: Los trabajadores dependientes inscritos en planilla y pensionistas.</p> <p>En el caso de los trabajadores activos el aporte asciende al 9% de la remuneración, mientras que en los jubilados es el 4%.</p> <p>Derechohabientes: La familia directa, (el/la) cónyuge o concubino(a), así como los hijos hasta los 18 años o mayores incapacitados total o permanente para el trabajo, siempre y cuando no sean</p>

<p>afiliación.</p> <p>-Las prestaciones pueden brindarse mediante los servicios de EsSalud (establecimientos propios de salud) o de otras entidades del sector salud mediante convenios.</p>	<p>afiliados obligatorios a EsSalud.</p> <p><i>Otros</i></p> <p>Existen también otros esquemas de aseguramiento, como el seguro agrario y el seguro independiente.</p> <p>Brinda la posibilidad de destinar el 25% del aporte para ser atendido (solo enfermedades de menor complejidad) en el sistema privado (EPS).</p>
<p>Sector Privado</p> <p>-Existen lucrativos y no lucrativos.</p> <p>-Atienden de manera particular.</p> <p>-Ofrecen planes de salud y planes de descuento en atenciones, (individuales y familiares), medicamentos, exámenes de laboratorio e imágenes.</p> <p>-Existen diferentes tipos de empresas y entidades vinculadas. Pueden ser clínicas, hospitales, policlínicos, centros médicos, institutos, consultorios, servicios médicos de apoyo y servicios de atención domiciliaria. Brindan atenciones ambulatorias y hospitalización según el nivel del establecimiento.</p> <p>-A este sector también pertenecen las farmacias, cuyo personal en muchos casos es consultado sobre el tratamiento que la persona debe seguir según la sintomatología que refiere.</p>	<p>Población en general con capacidad de pago.</p> <p>Algunos programas privados no cubren enfermedades pre-existentes.</p> <p>Cuentan con una gran variedad de planes de afiliación, programas familiares, etc.</p>
<p>Direcciones Regionales de salud /Redes de salud</p> <p>Como parte del proceso de descentralización, el MINSa ya no opera directamente los establecimientos de salud, sino que éstos fueron transferidos a los Gobiernos Regionales.</p> <p>Las Direcciones Regionales de Salud (DIRESAs) están a cargo de fijar las tarifas y los criterios de exoneración en los diferentes puestos y centros de salud. Para el caso de los centros y puestos de Salud los que según su discrecionalidad fijan las tarifas y los criterios de exoneración siendo muy variados entre uno y otro.</p>	<p>Subsidiado por el Estado.</p> <p>Población en condición de extrema pobreza.</p>
<p>Fuerzas Armadas y policiales</p> <p>-A cargo de los ministerios de Defensa y del Interior.</p> <p>-En establecimientos de las Fuerzas Armadas.</p> <p>-En establecimientos de la Policía Nacional.</p>	<p>Subsidiado por el Estado.</p> <p>Ofrece servicios de salud para personal de las Fuerzas Armadas y Policiales, en actividad o jubilados, así como también</p>

	<p>incluye a sus familiares (derecho-habientes).</p> <p>También pueden atender como clínicas privadas al público en general.</p> <p>Existen tarifas diferenciadas.</p>
--	--

3.4 Marco de política de las Enfermedades No Transmisibles en Perú

3.4.1 Aseguramiento Universal en Salud

En el año 2002 se estableció en el Acuerdo Nacional -suscrito por organizaciones de diversos sectores³ la prioridad de desarrollar el Aseguramiento Universal en Salud (AUS) dada la fragmentación del sector y las inequidades en el acceso a la salud que enfrenta la población. Los siguientes años el tema apareció en distintas escenas públicas como el Acuerdo de Partidos Políticos en Salud, el Plan Nacional Concertado de Salud del MINSA, entre otros.

Sin embargo, recién en abril del año 2009 se aprobó la Ley Marco del Aseguramiento Universal en Salud (Ley N° 29344), la cual establece el derecho que tiene toda la población peruana a acceder a la atención en salud con calidad y de manera oportuna. Esta ley tiene como objeto definir el marco normativo para garantizar el derecho pleno y progresivo de toda persona al AUS. Asimismo, también se plantea normar el acceso y las funciones de: regulación, financiamiento, prestación y supervisión del aseguramiento (Artículo 1º).

La implementación del AUS es un reto del actual gobierno y se desarrolla sobre la base del "Plan Esencial de Aseguramiento en Salud"(PEAS) (Artículo 3º). El PEAS establece una lista de condiciones asegurables e intervenciones mínimas que todos los asegurados tienen derecho a ser financiados. Adicional al PEAS, pueden coexistir planes de aseguramiento que ofrezcan una cobertura más amplia. Para tales efectos, establece un conjunto de principios, características, agentes vinculados, competencias, planes de salud, reglas de financiamiento y criterios de articulación (Artículos 4º al 22º), todo lo cual es importante para la implementación del AUS.

Asimismo, esta Ley crea la Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud (SUNASA) como entidad que debe velar por el cumplimiento del AUS. En el marco de la Reforma del sector salud la SUNASA pasó a denominarse Superintendencia Nacional de Salud (SUSALUD), ampliando el alcance de sus funciones a todos los usuarios del servicio de salud, independientemente de su condición de asegurados, como era anteriormente.

³ Organizaciones gubernamentales, políticas, privadas, religiosas, entre otras.

3.4.2 Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de Daños No Transmisibles

Desde el Estado ha habido iniciativas para dar relevancia a las ENT, como la creación de la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de Daños No Transmisibles en el año 2004, o la aprobación de su Plan General para el periodo 2004-2012, un año más tarde, cuyos objetivos, como se presentará más adelante, no se han cumplido totalmente.

De manera específica para el caso de la diabetes se cuenta con una Ley General de Protección a las Personas con Diabetes y su Reglamento, el cual entre otros aspectos, plantea generar un Registro de Pacientes para hacer un seguimiento de los mismos. Actualmente se lleva a cabo el piloto en Establecimientos de Vigilancia Centinela para Diabetes, mediante el cual se pone en práctica el registro y seguimiento de los pacientes. Sin embargo, al mes de julio de 2014, aún no ha sido aprobada la Guía de práctica clínica para diabetes en el ámbito nacional, ni el Plan General de la ESN de Prevención y Control de Daños No Transmisibles para el periodo actual.

Tabla 7: Normatividad relacionada a la hipertensión arterial y diabetes

Enfermedades Crónicas No Transmisibles		
RM N° 721-2005/MINSA	Plan General de la ESN de Prevención y Control de Daños No Transmisibles 2004-2012.	2005
DS N° 016-2011-EF	Autorizan transferencia de partidas a favor del Ministerio de Salud y de los Gobiernos Regionales para la provisión de servicios en los establecimientos de salud a nivel nacional en el marco de los Programas Presupuestales Estratégicos del Presupuesto del Sector Público para el Año Fiscal 2011.	2011
Diabetes		
DS N° 007-2010-SA	Ratifican la relación de medicamentos e insumos para el tratamiento de la diabetes para efecto de la inafectación del impuesto general a las ventas y de los derechos arancelarios.	2010
Ley N° 28553	Ley general de protección a las personas con diabetes.	2005
DS N° 009-2008-SA	Reglamento de Ley general de protección a las personas con diabetes.	2008
Hipertensión Arterial		
RM N° 491-2009/MINSA	Aprueban Guía de práctica clínica para la prevención y control de la enfermedad hipertensiva en el primer nivel de atención.	2009

El marco normativo concerniente a las ENT en el Perú se orienta principalmente por el Plan General de la ESN de Prevención y Control de Daños No Transmisibles. Se contó con un Plan para el periodo 2004-2012, pero hasta julio de 2014 no ha sido aprobado un nuevo Plan, a pesar de que se cuenta con un documento preliminar del mismo. A continuación se detallarán los alcances del Plan 2004-2012 y posteriormente se presentará una breve descripción del documento preliminar del Plan 2014-2021 al cual tuvimos acceso.

a) Plan General de la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de Daños No Transmisibles 2004-2012

Como se muestra en la Tabla 7, el Plan de la ESN de Prevención y Control de Daños No Transmisibles 2004-2012 se aprobó en el año 2005. Este Plan se orientó a promover estilos de vida saludable, prevenir, diagnosticar y controlar las ENT priorizadas: hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2, cáncer y ceguera.

Los objetivos y metas trazadas en el Plan 2004-2012 (ver Tabla 8) no llegaron a cumplirse en su totalidad y hay múltiples factores que pueden explicar esta situación: no haber contado desde el inicio con una partida presupuestal que la respalde; o el insuficiente número de profesionales asignados en el equipo técnico (compuesto por tres personas) para la conducción de actividades de planificación, coordinación, monitoreo y supervisión de la ESN. La siguiente tabla muestra los objetivos y avances logrados al 2013.

Tabla 8: Objetivos y avances del Plan General de la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de Daños No Transmisibles 2004-2012

Objetivo	Avances a diciembre de 2013
<i>1) Establecer un marco normativo y legal para la prevención y control de los daños no transmisibles</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Se cuenta con Ley general de protección a las personas con diabetes y su Reglamento. Aprobadas en 2005 y 2008, respectivamente. • Se cuenta con Guía de práctica clínica (GPC) para el tratamiento de la hipertensión arterial en el primer nivel de atención. Aprobada en 2009. Aún está pendiente elaborar y aprobar la Guía para el segundo y tercer nivel de atención, además de la guía para pacientes con diabetes mellitus (tipo 1 y tipo 2). • Se cuenta con una propuesta de GPC para el manejo de diabetes en el primer nivel de atención. Está pendiente su aprobación, así como la elaboración y aprobación de la Guía correspondiente al nivel secundario.
<i>2) Promover la participación intersectorial y de la sociedad civil para la generación de estrategias en la prevención y control de daños no transmisibles</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Conformación del Comité de Expertos de la ESN Prevención y Control de Daños No Transmisibles, en el que participan representantes del MINSA: el coordinador de la ESN y seis personas de diferentes direcciones y dependencias del MINSA.

	<ul style="list-style-type: none"> • Designación de Coordinadores de la ESN a nivel nacional, regional y local. • Representantes del sector privado pueden participar como invitados en las reuniones de trabajo del Comité de Expertos, pero no tienen una participación permanente. Este es un aspecto por mejorar, la interrelación con otras instituciones del sector privado, EsSalud, SUNASA (llamado SUSALUD posteriormente), entre otros.
<p><i>3) Identificar la población en riesgo para los daños no transmisibles mediante la detección de sus factores de riesgo</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Durante el año 2013 el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) emprendió reuniones de consulta para incluir preguntas para personas con diabetes en la ENAHO. • En el año 2010 la Encuesta Nacional Demográfica de Salud Familiar (ENDES) que lleva a cabo el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) incluyó la medición de presión arterial en hombres y mujeres de 50 años a más. • Aún no se cuenta con información intersectorial que permite el logro de este tercer objetivo. Los distintos sectores manejan su propia información de pacientes, por lo cual aún está pendiente la articulación de los sistemas de información que permitan el monitoreo de enfermedades y factores de riesgo poblacional.
<p><i>4) Promover la atención integral de los daños no transmisibles desde la prevención, detección precoz, tratamiento y recuperación por ciclos de vida</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • El PEAS ha sido incluido actividades orientadas a este objetivo en pacientes que aún no presentan mayores complicaciones (como daños en órganos blanco) de la hipertensión arterial o diabetes. Sin embargo, el componente de tratamiento y recuperación cuando hay complicaciones o comorbilidad no ha sido contemplado en el PEAS. Esto coloca a los pacientes con complicaciones avanzadas en una situación grave de vulnerabilidad para los que acceden solo al PEAS (aquellos asegurados por SIS). Las personas aseguradas en las FFAA y Policiales o EsSalud, con el esquema de seguro regular, gozan de mayores beneficios en sus planes de salud. • Para promover la atención integral en hipertensión arterial y diabetes, un aspecto básico es la cobertura del aseguramiento en salud. No obstante, un tercio de la población no cuenta con seguro.
<p><i>5) Fortalecer la organización de los servicios de salud con énfasis en el primer nivel de atención mediante la captación de recursos humanos</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Se identificó ausencia de capacitaciones del personal de salud en temas de promoción y manejo de hipertensión arterial o diabetes en el primer nivel de atención. El trabajo de campo realizado evidenció que la falta de planes de capacitación al personal de salud en manejo de pacientes con ENT se da en todos los sectores del sistema de salud.

<p>6) Optimizar el sistema de registro de los daños no transmisibles e impulsar el establecimiento del sistema de vigilancia epidemiológica</p>	<ul style="list-style-type: none"> Desde el año 2012 se implementó un piloto del sistema de vigilancia en diabetes en 18 hospitales de Lima y otras regiones para recopilar información y hacer seguimiento a los pacientes con diabetes. Se recoge información sobre complicaciones, resultados de pruebas diagnósticas y de control, consultas, etc.
<p>7) Promover el financiamiento para la implementación de los Programas de Prevención y Control de Daños No Transmisibles</p>	<ul style="list-style-type: none"> Desde el año 2011 la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de Daños No Transmisibles cuenta con partida presupuestal asignada por el MEF al haber sido incluida como parte del Programa de Presupuesto por Resultados (PPR). Esta partida presupuestal está dirigida a financiar programas para la prevención, diagnóstico y tratamiento de pacientes con hipertensión arterial, diabetes, y otras ENT que aborda esta estrategia.
<p>8) Promover la investigación de los Daños No Transmisibles a fin de establecer los escenarios epidemiológicos y formular las estrategias de intervención</p>	<ul style="list-style-type: none"> Las ENT, como hipertensión arterial y diabetes, no aparecen en la agenda de investigaciones para el periodo 2010-2014 a nivel nacional y regional, a diferencia de los temas vinculados a la salud materno-infantil, enfermedades transmisibles e incluso salud mental [34].
<p>9) Facilitar la disponibilidad de los medicamentos esenciales eficaces, seguros y de calidad así como la accesibilidad y uso racional de los mismos por parte de la población con pobreza y pobreza extrema, para el tratamiento de los Daños No Transmisibles</p>	<ul style="list-style-type: none"> El no contar con una GPC nacional para la diabetes tipo 1 y tipo 2, restringe fuertemente la disponibilidad de los medicamentos esenciales, ya que no es posible incluir medicamentos en el Petitorio Nacional Único de Medicamentos si estos no figuran en la Guía. El desabastecimiento de medicamentos para el tratamiento de la hipertensión arterial o la diabetes amenazan la accesibilidad, tanto en el primer nivel de atención como en los niveles superiores. Desde el año 2010 se implementó una política de exoneración del impuesto general a las ventas y de los derechos arancelarios a una serie de medicamentos según el DS N° 007-2010-SA, entre ellos los medicamentos para el tratamiento de la diabetes. Sin embargo, no tuvo éxito, pues quienes se beneficiaron fueron los vendedores con un mayor margen de ganancia y no los pacientes.

Fuente: RM N° 721-2005/MINSA. Plan de la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de Daños No Transmisibles 2004-2012.

b) Plan General de la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de Daños No Transmisibles 2014-2021

Como se mencionó antes, a julio del 2014 todavía no se había aprobado el Plan General de la ESN de Prevención y Control de Daños No Transmisibles que regirá en el periodo 2014-2021. Sin embargo, el MINSA cuenta con una propuesta del Plan, resultado de un trabajo multisectorial y multidisciplinario, que ha sido presentada y circulada para comentarios por el Comité de Expertos de la Estrategia. En este acápite

se analizará el contenido de la propuesta de Plan, que una vez aprobado, será el instrumento que guíe la política sobre ENT para el periodo 2014-2021.

El Plan en su segunda versión de fecha junio del 2013 contiene lo siguiente: un análisis de la situación de las ENT en Perú, los objetivos del Plan, indicadores y metas, así como los lineamientos estratégicos "*que permitan fortalecer la respuesta y gestión eficaz del Ministerio de Salud a través de servicios que aseguren intervenciones de vigilancia, promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación para atender las necesidades de salud y el abordaje integral de las Enfermedades No Transmisibles (ENT) en la población en general desde el año 2014 al 2021*" [35].

La hipertensión arterial y diabetes son parte de las ENT priorizadas en la propuesta del Plan 2014-2021 junto con la obesidad, enfermedad isquémica del corazón, enfermedad cerebrovascular y osteoporosis. En la propuesta también se resalta la necesidad de mejorar los siguientes aspectos:

- Priorización de la atención de ENT en la agenda sanitaria nacional. Se quiere lograr que las ENT sean consideradas entre las políticas de Estado como prioridad nacional y regional, y que cuenten con los recursos necesarios en ambos niveles.
- Promoción de estilos de vida saludables y la prevención de ENT.
- Fortalecimiento de los recursos humanos para la atención de ENT mediante el desarrollo de capacidades en detección de factores de riesgo.
- Mejora de la capacidad instalada para la prevención y control de ENT mediante el fortalecimiento de la capacidad resolutoria de los establecimientos de salud para abordar las ENT. Se incluye tanto recursos humanos como infraestructura, equipamiento, insumos, sistemas de referencia y contra-referencia operativos, etc.
- Sistemas de información y vigilancia de ENT que incluye el recojo de información sistematizadamente para su análisis e interpretación, control de las ENT mediante acciones e intervenciones de promoción, en primer nivel de atención y hospitales.
- La disponibilidad de medicamentos mediante mejoras en el abastecimiento de medicamentos para ENT de las DIRESAS y DISAS.

3.4.3 El inicio de la reforma del sector salud

El MINSA ha emprendido un proceso de reforma del sector con la finalidad de mejorar el estado de la salud de la población peruana. El día 7 de diciembre de 2013 el Poder Ejecutivo aprobó un paquete de 15 normas con rango de Decreto Legislativo cada una que conforman parte de la reforma del sistema de salud. En esta sección se presentará brevemente el contenido de la reforma que guarda relación con el acceso a la atención y medicamentos de pacientes con ENT.

Las normas aprobadas están orientadas a mejorar la implementación del Aseguramiento Universal en Salud mediante: cambios en la estructura organizacional del MINSA; medidas para aumentar la cobertura del SIS; creación de "Farmacias Inclusivas" para el

acceso de pacientes asegurados del SIS a medicamentos esenciales para la hipertensión arterial o diabetes; propuestas de articulación de las entidades públicas y privadas que conforman el sistema de salud e involucrar al sector privado en la provisión de servicios de salud para pacientes del sector público mediante contratos de gestión; entre otros. Entre los principales componentes de la reforma que se encuentran relacionados con el acceso a atención y medicamentos de pacientes con ENT se encuentran las siguientes normas:

- Decreto Legislativo que aprueba la Ley de Organización y Funciones del MINSA (DL N° 1161):
 - Se incluye como funciones rectoras del MINSA el seguimiento y la evaluación de desempeño por resultados, así como conducir el sistema nacional coordinado y descentralizado de salud.
 - Se crean los despachos viceministerial de Salud Pública y el de Prestaciones y Aseguramiento en Salud. El primero estará a cargo de la política pública; y el segundo de formular, proponer, implementar, ejecutar, evaluar y supervisar la política sectorial relacionada a la organización y gestión de la prestación de servicios de salud, al acceso de atención y al aseguramiento en salud.
- Decreto Legislativo que aprueba disposiciones para el fortalecimiento del SIS (DL N° 1163):
 - Podrá suscribir convenios con instituciones prestadoras de servicios de salud (IPRESS) públicas y privadas.
 - Todas las entidades que reciban reembolsos, pagos o transferencias por los servicios que presten a los asegurados del SIS son sujetas de supervisión, monitoreo y control por parte del SIS.
 - La información sobre personas aseguradas estará registrada en SUSALUD.
 - Todos los afiliados al SIS estarán asegurados con un fondo denominado Fondo Intangible Solidario de Salud (FISSAL).
 - Hasta diciembre del 2016 tanto el SIS como EsSalud podrán contratar servicios de salud a través de las IPRESS privadas y servicios de albergue para el alojamiento y alimentación de sus asegurados y un acompañante.
- Decreto Legislativo que establece disposiciones para la extensión de la cobertura poblacional del SIS en materia de afiliación al régimen de financiamiento subsidiado (DL N° 1164):
 - Se faculta al SIS la afiliación de personas que no cuenten con otro seguro de salud y vivan en centros poblados que aún no hayan sido empadronados por el Sistema de Focalización de Hogares (SISFOH), entre otros grupos priorizados.
- Decreto Legislativo que establece el mecanismo de “Farmacias Inclusivas” para mejorar acceso a medicamentos esenciales a favor de los afiliados del SIS (DL N° 1165):

- Se contratará farmacias y boticas privadas mediante procesos de selección, para que en éstas se entreguen medicamentos a afiliados del SIS con determinadas enfermedades crónicas. Las enfermedades crónicas consideradas serán inicialmente la hipertensión arterial y diabetes.
- Se implementará principalmente en zonas urbano-marginales de Lima.
- Los asegurados con las enfermedades crónicas priorizadas podrán acudir a una farmacia privada para solicitar y recibir gratuitamente los medicamentos recetados en un establecimiento de salud público.
- El MINSa publicará en el Observatorio de Precios de Productos Farmacéuticos la relación de establecimientos comprendidos en el mecanismo de “Farmacias Inclusivas”.
- La ampliación a otras enfermedades y zonas se podrá dar progresivamente.
- Decreto Legislativo que aprueba la conformación y funcionamiento de las Redes Integradas de Atención Primaria de Salud (DL N° 1166):
 - Es aplicable a todas las prestadoras de salud públicas (MINSa, EsSalud, Gobiernos Regionales y Locales, FFAA y Policiales, otros) y las privadas que se adhieran voluntariamente.
 - Las Redes brindarían prestaciones de salud en atención primaria según una cartera de servicios definida por el MINSa.
- Decreto Legislativo que crea el Instituto de Gestión de Servicios de Salud (DL N° 1167):
 - Estará adscrito al MINSa y se encargará de la gestión, operación y articulación de las prestaciones de servicios de salud de alcance nacional pre-hospitalarios y hospitalarios y de prestaciones de salud en Lima Metropolitana. Se le transfiere las funciones de las Direcciones de Salud (DISA) de Lima Sur, Lima Este y Lima Ciudad.
- Decreto Legislativo de las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud de las Fuerzas Armadas (DL N° 1173)
 - Se crean las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud (IAFAS) para las FFAA y Fuerzas Policiales.
 - Se podrán celebrar convenios y contratos con IPRESS públicas, privadas o mixtas, para brindar los servicios de salud.

3.5 Recursos humanos en salud

Para hacer frente a las necesidades de atención en salud de la población en Perú, se cuenta en total con 33,669 profesionales de medicina y 33,491 profesionales de enfermería. Más de la mitad se encuentra trabajando en el MINSa, seguido de EsSalud y el sector privado. Tal como se aprecia en la siguiente tabla, la disponibilidad de profesionales de nutrición es muy baja. Por ejemplo, en el MINSa solo hay 933 profesionales de esta rama.

Tabla 9: Profesionales de la salud, según sector al que pertenece (a noviembre 2012)

Profesión	MINSA y Gobiernos Regionales	EsSalud	FFAA	Policía	Privados	Total
Médico	18,220	9,210	830	1,071	4338	33,669
Enfermero	20,939	9,515	797	1,343	897	33,491
Nutricionista	933	n.d.	8	32	46	1,019
Psicólogo	1,320	n.d.	95	233	88	1,736
Químico Farmacéutico	1,385	n.d.	23	73	47	1,528
Tecnólogo Médico	1,512	2,033	18	209	167	3,939
Técnico Asistencial	40,085	8,658	289	1,430	260	50,722
Otras profesiones	56,376	19,612	4,689	2,173	2874	85,724
Total	140,770	49,028	6,749	6,564	8717	211,828

n.d.: información no disponible.

Fuente: Observatorio de Recursos Humanos en Salud de Perú, Ministerio de Salud [36].

Para el 2012, en el Perú se encontraban en actividad más de 16,000 profesionales de medicina con alguna especialidad, tal como se muestra en la Tabla 10. De los cuales, 4,195 había seguido especialidades orientadas principalmente a la atención de la salud materno-infantil, como son la ginecología y obstetricia, y pediatría. Por el contrario, solo se cuenta con 242 endocrinólogos y 564 especialistas en cardiología, quienes en su gran mayoría pertenecen al MINSA seguido del sector privado. En general, en las instituciones de EsSalud, FFAA y de la Policía existen pocos profesionales de medicina especialistas en cardiología, endocrinología y nefrología, así como nutricionistas para enfrentar la creciente demanda de atenciones de pacientes con ENT.

Tabla 10: Especialidad médica, según sector al que pertenece (a noviembre de 2012)

Especialidad	MINSA y Gobiernos Regionales	EsSalud	FFAA	Policía	Privados	Total
<i>Especialidades vinculadas al manejo de hipertensión arterial y diabetes</i>						
Cardiología	203	43	136	n.d.	182	564
Endocrinología	73	15	70	4	80	242
Medicina Interna	625	39	532	20	267	1,483
Nefrología	112	12	58	4	30	216
Oftalmología	220	21	214	12	138	605
<i>Especialidades con el mayor número de profesionales</i>						
Cirugía General	583	46	674	52	286	1,641
Ginecología y Obstetricia	723	43	1,005	31	288	2,090
Pediatría	722	42	1,018	18	305	2,105
Otras especialidades	2,334	357	2,762	116	1,624	7,193

n.d.: información no disponible.

Fuente: Observatorio de Recursos Humanos en Salud de Perú, Ministerio de Salud [36].

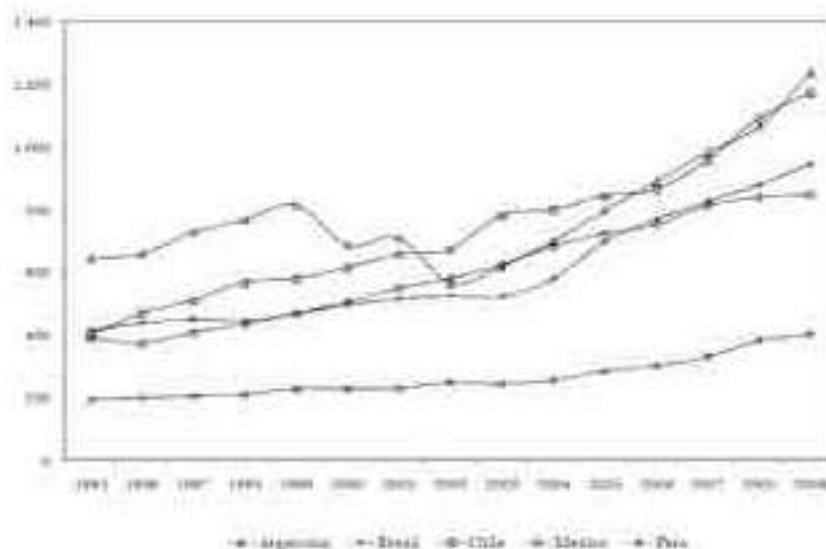
3.6 Financiamiento en las Enfermedades No Transmisibles

3.6.1 Evidencia nacional del financiamiento de las Enfermedades No Transmisibles

En el Perú las principales fuentes de financiamiento del gasto en salud son los siguientes: impuestos, aportes a EsSalud y el financiamiento de los hogares en seguros privados y pagos directos de bolsillo por bienes o servicios de salud. Este último permite financiar cerca del 54% del gasto total en salud y es la primera fuente de financiamiento, seguido del gasto público [37]. El gasto privado de los hogares financia principalmente medicamentos (51% del gasto privado) y consultas médicas (39%) [37].

Como se aprecia en el Gráfico 3, el gasto en salud por habitante en Perú se sitúa desde hace muchos años muy por debajo del que realizan otros países de Latinoamérica, como Argentina, Brasil, Chile y México.

Gráfico 3: Gasto en salud *per cápita*, 1995-2009 (dólares PPP de 2005)



Fuente: Lavilla, Hans (2012). "Empobrecimiento por Gasto de Bolsillo en Salud. Incidencia del Gasto de Bolsillo en Salud en el Perú, 2006-2009". Lima: Universidad Nacional del Callao y Consorcio de Investigación Económica y Social. [37]

El bajo monto del presupuesto público para salud afecta a todas las enfermedades tanto transmisibles como no transmisibles. Sin embargo, estas últimas recién desde el año 2010 fueron incluidas en el programa presupuestal del sector público bajo la denominación de Programa Estratégico de ENT (Ley N° 29465 "Ley de Presupuesto del Sector Público para el Año Fiscal 2010"). Esto permitirá asegurar un mínimo de recursos a futuro para el desarrollo de la ESN de Prevención y Control de Daños No Transmisibles. Entre las ENT incluidas en este Programa Estratégico se encuentra la salud mental, salud bucal, salud ocular, metales pesados, hipertensión arterial y diabetes [38].

El Programa Estratégico de ENT forma parte de la Función Salud y congrega una diversidad de proyectos, pero los de nuestro principal interés son los vinculados al

manejo de la hipertensión arterial y la diabetes, los cuales se denominan: "Programa de tratamiento y control de personas con diabetes" y "Programa de tratamiento y control de personas con hipertensión" [38].

Al constituirse en Programa Estratégico se establece un esquema de Presupuesto por Resultados (PPR), es decir, que se orienta el proceso presupuestario hacia el logro de ciertos objetivos trazados. Para establecer los objetivos, los establecimientos de salud necesitan analizar sus estadísticas de consulta ambulatoria, egresos y emergencias, hechos vitales, entre otras fuentes de información [39]. De este modo, para fines de planificar, programar, monitorear, supervisar y evaluar los resultados, los establecimientos de salud necesitan determinar las metas que se proponen alcanzar para los siguientes indicadores:

- Población informada y sensibilizada en el cuidado de la salud de ENT.
- Tratamiento y control a personas con diabetes.
- Valoración clínica y tamizaje laboratorial de ENT.
- Tratamiento y control a personas con hipertensión arterial.

En el año 2012, según el MEF [40], el presupuesto institucional que se asignó al "Programa de tratamiento y control de personas con diabetes" ascendió a S/.15.9 millones de Nuevos Soles y S/.54.1 millones de Nuevos Soles para el "Programa de tratamiento y control de personas con hipertensión arterial". Los montos presupuestales revelan que el financiamiento público destinado a programas de tratamiento y control de las ENT, específicamente de hipertensión arterial y diabetes, son aún muy bajos para atender las necesidades de la población. De este modo, la evidencia nacional muestra que en Perú el financiamiento del gasto en salud de los hogares sigue siendo mayoritariamente por gastos de bolsillo, el cual asciende al 6% del gasto total familiar en zona rural y 8% en zona urbana para el periodo 2006-2009 [37].

3.6.2 Evidencia local del financiamiento de las Enfermedades No Transmisibles

La importancia del gasto de bolsillo como fuente de financiamiento de los hogares en el Perú, también se halló en las personas que fueron entrevistadas en este estudio. La mayoría de pacientes entrevistados (n=31) manifestaron que reciben apoyo económico de familiares o amigos con el fin de adquirir medicamentos para tratar su enfermedad, como medicinas orales o insulina. Esto se realiza principalmente como un mecanismo temporal de ayuda cuando los medicamentos no están disponibles en el establecimiento donde se atiende la persona y debe adquirirlos en farmacias del sector privado, o cuando un examen no es cubierto por su seguro. La situación del paciente se complica cuando tiene que viajar a Lima para realizarse sus consultas médicas, ya que en este caso el aporte de los familiares se destina a solventar también los gastos de transportes y alimentos. La necesidad de recibir apoyo de familiares o amistades se da principalmente en los pacientes que se atienden en el MINSA, ya sea que cuenten o no con seguro.

3.7 Aseguramiento en salud

3.7.1 Evidencia nacional del aseguramiento en salud

Según la Encuesta Nacional de Hogares [27] al año 2011 el 64.5 % de la población cuenta con algún tipo de seguro de salud. En la Tabla 11, se aprecia la evolución de la cobertura de aseguramiento y es importante notar que en casi una década la cobertura de aseguramiento ha crecido considerablemente, ya que se hallaba en 32.3% en el año 2000. La mayor cobertura alcanzada se ha debido en buena medida al crecimiento del Seguro Integral de Salud (SIS), pero aún la tercera parte de la población no tiene seguro alguno.

Tabla 11: Aseguramiento en salud en Perú, en porcentajes de población (2000-2011)

Condición de aseguramiento	2000	2004	2005	2007	2008	2009	2010	2011
Conseguro	32.3	37.3	36.2	42.1	53.7	60.5	63.5	64.5
SIS(*)	9.3	14.9	14.1	17.0	28.1	33.8	36.3	36.1
EsSalud	19.7	17.4	17.3	19.6	20.1	21.2	21.6	22.7
EsSalud y seguro privado	0.4	0.9	0.5	0.9	0.9	1.0	0.8	1.0
Seguro privado	1.6	1.5	1.7	1.5	1.6	1.5	1.4	1.4
FFAA y policiales	1.3	1.7	1.8	1.9	1.8	1.8	1.7	1.9
Otros		0.9	0.8	1.1	1.2	1.2	1.7	1.5
Sin seguro	67.7	62.7	63.8	57.9	46.3	39.5	36.5	35.5

(*) Hasta el año 2000, se refiere al Seguro Escolar Obligatorio y a proyectos piloto del Seguro Materno-Infantil. Desde el 2002 se remite al SIS.

Fuente: ENNIV 2000, ENAHO 2004-2011

Elaboración: Observatorio de la Salud.

3.7.2 Evidencia local del aseguramiento en salud

En línea con los resultados nacionales que se mostraron en la Tabla 11, la mayoría de los pacientes o cuidadores entrevistados en el estudio contaba con algún seguro de salud. Claramente, hay que considerar que al realizar el estudio en establecimientos de salud se está dejando de lado a la población que no llega a atenderse a estos lugares por falta de un seguro. En el caso de los pacientes entrevistados en los policlínicos de EsSalud y el hospital de las FFAA se encontró una cobertura del 100% en la muestra. Mientras que en los demás establecimientos, entre 23% de los que fueron enrolados en algún establecimiento MINSA y 31% de quienes se atendían en el sector Privado no estaban afiliados a algún seguro de salud, tal como se muestra en la siguiente tabla.

Tabla 12: Condición de aseguramiento en pacientes entrevistados

Establecimiento de salud donde se entrevistó	Total (N)	Con seguro (%)	Diabetes	Hipertensión Arterial	Ambas
MINSA	30	77%	7	11	5
EsSalud	10	100%	4	2	4
FFAA	8	100%	3	3	2
Privado	13	69%	5	4	0
Total	61	82%	19	20	11

Fuente: información primaria del estudio.

Entre quienes sí acceden a un seguro, la mayoría se concentra en el SIS y EsSalud, seguido de las FFAA (ver Tabla 13). Solo dos personas reportaron tener dos seguros de salud a la vez: SIS y la cobertura de la FFAA, así como EsSalud y FFAA.

El costo mensual de la prima del seguro varía considerablemente según el sector. En el caso del SIS, todos mencionaron que el seguro es gratuito para ello. En EsSalud, cuatro pacientes pagan entre S/.18 Nuevos Soles y S/.37 Nuevos Soles, tres pagan entre S/.56 Nuevos Soles y S/.74 Nuevos Soles, mientras que seis personas desconocían el monto que pagaban. En el sector privado, seis no saben el monto, una paga S/.90 Nuevos Soles y otro paga S/.26 Nuevos Soles. En las FFAA, las personas desconocían el monto mensual a pagar porque se trata de parientes de un titular quien sí paga por ellos.

Tabla 13: Tipo de seguro de salud en pacientes entrevistados

Seguro	Total (N)	Participación (%)	Diabetes	Hipertensión	Ambas
SIS	18	36%	7	8	3
EsSalud	20	40%	8	7	5
FFAA	7	14%	3	2	2
Seguro Privado	3	6%	1	2	0
SIS y FFAA	1	2%	0	0	1
FFAA y EsSalud	1	2%	0	1	0
Total	50	100%	19	20	11

Fuente: información primaria del estudio.

3.7.3 Motivos para no contar con un seguro de salud

Entre quienes indicaron no contar con un seguro de salud, los motivos referidos para no haber accedido a uno son variados, por ejemplo:

- i. No contar con los medios económicos para seguir pagando el seguro. En un caso, la persona indicó que no hace uso del SIS, porque considera que debe

hacer largas filas para realizar las gestiones necesarias y el tiempo de espera para la consulta médica es más largo.

- ii. Haber tenido alguna "mala experiencia" con el personal o la atención, demoras para obtener cita en la fecha que lo requieren y el tiempo de espera.
- iii. Haber dejado de trabajar y no obtener los beneficios del seguro de EsSalud y al no estar al día en el pago no puede ser atendido.
- iv. Haber intentado afiliarse a un seguro privado, pero no haber podido al no cubrir a pacientes con hipertensión arterial y diabetes a la vez.
- v. Desinterés en acceder a un seguro.

4 El manejo de la hipertensión arterial y la diabetes

4.1 Prevalencia de hipertensión arterial y diabetes en Perú

La generación de indicadores de prevalencia de hipertensión arterial y diabetes, tanto a nivel nacional como regional, plantea retos importantes para el país. Muchas de las encuestas epidemiológicas consideran tres mediciones de presión arterial para hacer uso de las dos últimas medidas en la generación del indicador hipertensión arterial. Para el caso de diabetes se recomienda la toma de una muestra de sangre venosa, usualmente en ayunas, dado los rangos de variación existentes en la medición de glucosa en sangre. El despliegue de estas iniciativas de vigilancia plantea retos adicionales vinculados al control de calidad de la información, incluyendo la logística de despliegue para la toma de muestras de sangre, control de calidad del laboratorio a ser usado, así como la familiaridad con nuevas técnicas de mediciones y cuestionarios. Existe la guía “STEPS” de la OMS [41] que brinda herramientas e instrumentos para la vigilancia de ENT y sus factores de riesgo en los países, sin embargo esta guía no ha sido utilizada en el Perú para estudios a nivel nacional.

La Encuesta Nacional de Indicadores Nutricionales, Bioquímicos, Socioeconómicos y Culturales relacionados a Enfermedades Crónicas Degenerativas (ENINBSC) [42]) es a la fecha la única encuesta, a pesar de sus limitaciones, de ENT a nivel nacional. Esta fue llevada a cabo en el año 2005 y estuvo diseñada para tener una representatividad a nivel de cinco regiones y a nivel nacional. Esta encuesta incluyó dos mediciones de presión arterial y una muestra de medición rápida de glucosa en sangre capilar, por lo que sus estimados podrían contener algunos sesgos de medición. En la Tabla 14 se presentan los estimados de prevalencia calculados por la ENINBSC para hipertensión arterial (9.5%) y diabetes (2.8%). Estos estimados están muy por debajo de aquellos reportados en otros estudios en el Perú utilizando técnicas como las indicadas en el párrafo previo [43-45].

Tabla 14: Prevalencia de hipertensión arterial y diabetes en población de 15 años a más

Dominio geográfico	Hipertensión arterial	Diabetes
Lima Metropolitana	11.6%	4.6%
Resto de la Costa	11.2%	2.5%
Sierra urbana	5.2%	0.7%
Sierra rural	7.2%	0.3%
Selva	9.1%	2.5%
Perú	9.5%	2.8%

Fuente: CENAN-INS [42].

Recientemente, la ENDES [46] ha incorporado la medición de presión arterial en la encuesta del año 2010, sin embargo esta contempla solamente la toma de dos medidas de presión arterial cuando lo recomendable son tres. Los resultados del año 2010 obtenidos en la ENDES muestran una prevalencia anual de 25.2% para la

población de 50 años a más. Los distintos grupos de edades que participan en ambas encuestas es una de las principales razones que explica la diferencia de magnitudes en los estimados de prevalencia (9.5% vs 25.2%) sin descartarse diferencias adjudicables a las técnicas utilizadas para la medición de presión arterial.

Algunos estimados de niveles de presión arterial a nivel nacional han sido reportados y aparecen en el perfil de país según ENT publicado por la OMS en el *NCD Country Profile* [47]. Este reporte indica una prevalencia nacional de hipertensión arterial para personas adultas en Perú de 34.3%; sin embargo, no se especifica la fuente de los datos y tampoco el grupo de edad de la población adulta vinculada a dicha prevalencia que es considerablemente mayor a lo obtenido por la ENDES en el año 2010.

Para el caso de diabetes, no se cuenta con estimados nacionales que hayan sido capturados y reportados por informes técnicos de diabetes a nivel internacional. De hecho, el *WHO Country Profile PERU* [47] y la última actualización del Atlas de Diabetes [48] para el año 2013 no cuenta con información del indicador prevalencia de diabetes para el Perú. Usando metodologías de imputación, el Atlas de Diabetes asigna una prevalencia nacional de diabetes para el país de 4.5% [48].

Se desprende que en el Perú no existen un sistema activo de monitoreo y vigilancia de las ENT. Por ende, el costo de no contar con información de calidad y relevante es muy alto, pues no permite tener un claro panorama para informar la toma de decisiones a nivel nacional o regional. Conocer el estado de la población afectada por hipertensión arterial y/o diabetes en Perú y sus tendencias en el tiempo constituye un vacío de información muy importante para el país.

4.2 Registros de hipertensión arterial y diabetes en la atención ambulatoria en Perú

Los casos de hipertensión arterial atendidos, según los registros del sistema de atención ambulatoria de los establecimientos de salud del MINSA, fueron 257,047 en el año 2012, tal como se aprecia en la Tabla 15. En la tabla en mención se aprecia que el total de atenciones realizadas para el año 2012 ascendió a 128,255.

Tabla 15: Diagnóstico de hipertensión arterial en la consulta ambulatoria registrados en establecimientos MINSA (2010- 2012)

Rango de edad	Hipertensión Arterial				Diabetes Mellitus*			
	Al 31 dic. 2010		Al 31 dic. 2012		Al 31 dic. 2010		Al 31 dic. 2012	
	Perú	Lima**	Perú	Lima**	Perú	Lima**	Perú	Lima**
De 0 a 11 años	-	-	1,449	401	947	331	1,032	480
De 12 a 17 años	2,320	693	1,303	252	624	310	748	376
De 18 a 29 años	5,671	1,431	9,323	1,280	2,321	1,098	3,355	1,436
De 30 a 59 años	61,084	21,482	74,240	22,225	49,188	23,369	62,077	28,072
De 60 años a más	135,378	49,191	170,732	54,409	48,657	24,989	61,043	29,300
Total	204,453	72,797	257,047	78,567	101,737	50,097	128,255	59,664

*Tipo I y tipo II.

** No incluye la Provincia Constitucional del Callao.

Fuente: Base de datos HIS. [49]

Los registros de atención ambulatoria del MINSA permiten una evaluación de las tendencias del volumen de consultas por hipertensión arterial y diabetes y demuestran un incremento en el periodo 2010 al 2012. Sin embargo, estos datos son difíciles de poner en contexto porque no dan cuenta de la cantidad de individuos que utilizan estos servicios, es decir, un mismo usuario puede ser registrado como caso en varias consultas distintas. Un problema adicional es el sub-registro, pues no todos los médicos completan esta información por cada individuo. A pesar de estas limitaciones vinculadas a la calidad del dato, se percibe un incremento en el número de atenciones en los periodos de reporte.

4.3 El manejo de pacientes con hipertensión arterial o diabetes según las Guías de práctica clínica a nivel nacional

En esta sección se presenta una revisión sobre las GPC disponibles para los profesionales de la salud y que han sido aprobadas por el MINSA, para su puesta en práctica en los distintos sectores del sistema de salud peruano.

4.3.1 Guías de Práctica Clínica para la prevención y control de la hipertensión arterial en el primer nivel de atención

Al mes de julio de 2014, en Perú se cuenta con una GPC orientada a la prevención y control de la hipertensión arterial en el primer nivel de atención. Esta guía ha sido aprobada por el MINSA en julio de 2009 (RM 491-2009/MINSA). Además, en esta GPC se establece que la Dirección General de Salud de las Personas (DGSP) del MINSA y las Direcciones Regionales de Salud son responsables de su "difusión, supervisión e implementación" en el ámbito de jurisdicción que les corresponde.

En la GPC para la prevención y control de hipertensión arterial en el primer nivel de atención, se establecen principalmente lo siguiente: definiciones técnicas, pautas y metodología para el diagnóstico según el reporte de los Institutos Nacionales de Salud de los Estados Unidos "*The Seventh Report of the Joint National Committee (JNC-7)*" [50], factores de riesgo, exámenes a realizar, los tratamientos sugeridos para el nivel de atención primario, complicaciones de la hipertensión arterial, criterios de referencia y contra-referencia, y descripción de farmacoterapias.

La GPC para hipertensión arterial establece que los pacientes con hipertensión arterial que presentan diabetes o algún daño en órganos deben ser referidos a establecimientos de salud de mayor nivel de complejidad, o aquellos que no consiguen controlar la enfermedad con los esquemas terapéuticos iniciados en el primer nivel de atención.

El tratamiento farmacológico que se sugiere en el nivel primario, y que complementa el cambio de estilos de vida que el paciente debe seguir, depende del estadio de hipertensión y los factores de riesgo que presenta cada paciente como se presenta en la siguiente tabla.

Tabla 16: Descripción de tratamiento farmacológico de la hipertensión arterial en el primer nivel de atención

Descripción	Esquema de Tratamiento 1	Esquema de Tratamiento 2
Pacientes	1-2 factores de riesgo cardiovascular (CV) e hipertensión en estadio 1*	3 o más factores de riesgo CV e hipertensión en estadio 2*
Paso 1: Inicio de tratamiento	Un inhibidor de la enzima convertidora de angiotensina (IECA) (Enalapril)	Un IECA (Enalapril) y un diurético (Hidroclorotiazida)
Si no se logra PA<140/90mmHG a las 2-4 semanas de iniciar tratamiento		
Paso 2	Añadir un diurético (Hidroclorotiazida)	Añadir un calcioantagonista (Amlodipino)
Paso 3	Añadir un calcioantagonista (Amlodipino)	Referir a Nivel-II
Paso 4	Referir a Nivel-II	

PA: Presión arterial.

Fuente: RM 491-2009/MINSA

*Según descripción de "The Seventh Report of the Joint National Committee (JNC-7)" [50]. A pesar de estar al tanto de la actualización y publicación del JNC-8 [51], no es el propósito de este reporte el comparar las potenciales discrepancias con las guías más recientes.

Adicionalmente, en la GPC para la prevención y control de hipertensión arterial se establece las siguientes funciones según el nivel del establecimiento:

- Primer Nivel de Atención: manejo integral de pacientes con hipertensión no complicada
- Segundo y Tercer Nivel de Atención: manejo integral de pacientes con hipertensión con o sin complicaciones crónicas (daño de órgano blanco)

4.3.2 Guía de Práctica Clínica para el manejo de la diabetes

A diferencia de lo que ocurre con la hipertensión arterial, el reto de las GPC en diabetes es aún mayor. A julio del 2014, aún no se cuenta con una GPC que haya sido aprobada por el MINSA.

Sin embargo, se cuenta con una propuesta de GPC, elaborada por un comité de expertos convocados por el MINSA, titulada "Guía de práctica clínica para la prevención, diagnóstico, tratamiento y control de la diabetes mellitus tipo 2 en el primer nivel de atención" [52]. En esta propuesta se incluyen: definiciones, aspectos epidemiológicos, signos y síntomas, criterios diagnósticos, factores de riesgo, exámenes a realizar, los tratamientos sugeridos, complicaciones, criterios de referencia y contra-referencia y descripción de farmacoterapias.

El contar con una GPC nacional para diabetes -al menos para el nivel de atención primaria- es de gran importancia, porque esta permite orientar el tratamiento que se dará a cada paciente según la realidad del contexto de salud peruana, y además, porque permite sustentar las demandas de bienes y servicios que se necesitan para la atención de pacientes con esta enfermedad, al estipular el manejo de tratamiento que deben brindarse en cada nivel de atención.

4.4 Conocimiento y utilidad de las Guías de Práctica Clínica por parte del personal de salud

En esta sección se presenta el análisis de las respuestas brindadas por el personal de salud (médicos, enfermeras y nutricionistas) de los distintos establecimientos visitados, sobre el conocimiento, uso y utilidad de las GPC en su práctica diaria.

Como se presenta a lo largo de esta sección, en los establecimientos de mayor nivel de atención, como hospitales del MINSa y de las FFAA, y políclínicos de EsSalud, se cuenta con guías o protocolos de atención para el manejo de pacientes con hipertensión arterial o diabetes. Estos han sido elaborados por sus propios departamentos de medicina, según sea la especialidad, basándose en guías extranjeras y/o documentos de trabajo de alcance nacional.

4.4.1 Primer Nivel de Atención del Ministerio de Salud

De los nueve profesionales entrevistados en establecimientos de primer nivel de atención, solo dos afirmaron conocer alguna GPC para el tratamiento estándar de la hipertensión arterial o la diabetes; los demás profesionales indicaron no saber o afirmaron que no existen tales guías en Perú o en el establecimiento de la entrevista. Entre quienes conocen la existencia de las GPC, un profesional refirió conocer la guía para la atención de hipertensión arterial en el primer nivel de atención, la cual halló por su propia cuenta buscando este tipo de instrumentos en internet. Otro profesional mencionó que sí cuenta con guías para la atención de ambas enfermedades, la cual le fue proporcionada por un laboratorio farmacéutico y que cada año recibe una versión actualizada con: los esquemas de tratamientos farmacológicos que el laboratorio produce, información para el manejo de pacientes, e información para el diagnóstico diferencial entre diabetes tipo I y II. Asimismo, mencionó que el MINSa no le ha entregado ninguna guía y no sabe si en el Perú existe una.

Los profesionales que mencionaron no conocer o que no existen las GPC manifestaron su interés por conocerlas ya que les sería útil informarse sobre los esquemas de tratamiento sugeridos para pacientes con diabetes y/o hipertensión. Sin embargo, estos profesionales acceden a los cursos organizados por la Sociedad Peruana de Endocrinología. Los profesionales también mencionaron que la guía elaborada por la Sociedad Peruana de Cardiología les resulta muy útil, ya que en ella se presenta los esquemas de tratamiento farmacológico de acuerdo a las características de cada paciente, por ejemplo, en pacientes con cardiopatía, edemas, etc. También informaron que utilizan artículos científicos, así como lo aprendido en su formación profesional para saber manejar estas enfermedades.

Algunos profesionales de enfermería y nutrición aclararon que ese tipo de guías es de manejo de los profesionales médicos y no conocen si en este tipo de guías habría información relevante para sus labores.

4.4.2 Hospitales del Ministerio de Salud

La mayoría de profesionales mencionó conocer la existencia de las GPC para el manejo de paciente con hipertensión arterial o diabetes. Asimismo, los hospitales MINSA visitados cuentan con un protocolo para la atención de pacientes con diabetes tipo II, generado por el Departamento de Medicina de dicha institución. Sin embargo, vale la pena notar que estas guías atienden cada una de las condiciones por separado y no contempla aquellos casos específicos de pacientes con comorbilidad, hipertensión arterial y diabetes a la vez.

Los profesionales entrevistados manifiestan conocer sobre el manejo de pacientes con hipertensión o diabetes por los siguientes medios:

- Información proporcionada por la Sociedad Peruana de Endocrinología, la cual está basada en la guía de la Asociación Americana de Diabetes (ADA por sus siglas en inglés). Esta guía está orientada a profesionales de medicina.
- Revisión y uso de guías extranjeras, por ejemplo europeas, estadounidenses y canadienses. Manifiestan también que la aplicación de dichas guías no es realista para Perú, ya que en ellas se fomenta el auto-monitoreo de la presión arterial y glucosa sanguínea, pero en el país muy pocos pacientes tienen dinero para comprar un glucómetro y sus insumos, o un tensiómetro electrónico.
- Congresos o simposios de endocrinología, organizados, por ejemplo, por la Asociación de Diabetes del Perú (ADIPER), orientados a profesionales de la salud en general.

La importancia que confieren los profesionales de salud del tercer nivel de atención a las GPC se puede resumir en la siguiente cita de una enfermera:

"(...) debe haber un modelo estándar la cual todos los endocrinólogos deben utilizar a nivel nacional. Es importante para que el paciente reciba el mismo tipo de medicación en cualquier lugar del país. A veces los pacientes dicen que se confunden cuando un médico les manda una cosa, otros [médicos] otra y terminan yéndose al chamán [curandero]". (Enfermera de hospital MINSA)

4.4.3 Policlínicos de EsSalud

Todos los profesionales entrevistados en esta institución manifestaron conocer la existencia y el contenido de las guías o protocolos para el manejo de pacientes con hipertensión arterial o diabetes, las cuales fueron elaboradas específicamente para las prestaciones en EsSalud. A diferencia del MINSA, no solo los profesionales de medicina conocían sobre las guías y su utilidad, sino también los de enfermería y nutrición. Desde que los profesionales ingresan a trabajar a EsSalud son instruidos sobre el manejo de la guía y se les entrega una copia de la guía que corresponde al área de medicina donde trabaja.

Las guías de EsSalud consisten en protocolos específicos para esta institución, que se elaboran y actualizan cada 2-4 años y tienen alcance a nivel nacional. Los trabajadores encuentran estas guías informativas y muy útiles por estar adaptadas a la realidad de EsSalud. En estas se detalla el manejo preventivo y recuperativo, así como información necesaria para el diagnóstico, tratamiento, seguimiento, referencias, exámenes de laboratorio e indicaciones terapéuticas, entre otros. Por ejemplo, la guía para diabetes les informa sobre cómo iniciar el tratamiento que deben seguir en el policlínico, y que si hay complicaciones deben referirlos para ser atendidos en un hospital.

En relación al uso de las guías en la práctica, los trabajadores reportan algunas dificultades. Los entrevistados indican que para poder implementar las guías completamente necesitarían dedicar más tiempo a cada paciente atendido, así podrían hacer seguimiento de sus medidas antropométricas, brindarle más información, etc. Hoy en día, por cada hora tienen que atender aproximadamente cinco pacientes y para aplicar la guía adecuadamente necesitaría atender máximo a cuatro pacientes por hora, según indicó un médico general.

4.4.4 Hospital de las Fuerzas Armadas

Los profesionales entrevistados manifestaron opiniones variadas acerca de la existencia de guías del establecimiento, así como sobre su utilidad y uso. Son principalmente los profesionales de medicina quienes están al tanto de éstas, dado que las recibieron cuando recién entraron a trabajar.

El hospital cuenta con un protocolo para atención de pacientes con hipertensión arterial y otro para pacientes con diabetes. En el caso de la guía de diabetes, esta es una adaptación de la ADA, la cual actualizan cada año para incluir los nuevos medicamentos. Sin embargo, según un especialista de endocrinología no es posible ejecutar todo lo que se establece, ya que hay insuficiente número de personal de nutrición, psicología y podología; estos últimos, de gran importancia para la prevención de pie diabético. En el caso de la guía para hipertensión, ésta se basa en guías y reportes internacionales de instituciones estadounidenses como La Asociación Americana del Corazón (AHA, por sus siglas en inglés) y la Sociedad Americana de Hipertensión Arterial (ASH, por sus siglas en inglés) y también es actualizada cada año. También cuentan con protocolo de atención específico para medicina interna, el cual recibió comentarios para su elaboración de los departamentos de endocrinología, cardiología y nefrología del sector FFAA.

De manera similar a lo hallado en el MINSa, el personal de enfermería y nutrición manifestaron no conocer sobre las guías del establecimiento o nacionales y que el manejo que hacen de los pacientes se fundamenta en los conocimientos adquiridos en su formación, los cursos de capacitación y su experiencia laboral.

4.4.5 Clínica privada

En este sector, los profesionales manifestaron utilizar principalmente las guías internacionales, por ejemplos las guías de ADA y AHA. Uno de los temas más útiles de estas guías es el manejo de las complicaciones. A pesar de ello, refieren que no es posible aplicar las guías plenamente porque en estas se sugieren medicinas que no hay en Perú. En el ámbito nacional, manifestaron que solo conocen el consenso de la

Sociedad Peruana de Endocrinología, elaborado en el 2012 por un grupo de expertos de distintos sectores. En el establecimiento cuentan con guías para hipertensión arterial y diabetes, pero los profesionales entrevistados no cuentan con ella o solo accedieron a esta al momento de pasar por un proceso de inducción al empezar a trabajar en la clínica.

4.5 Entrenamiento de los profesionales en enfermedades no transmisibles

La mayoría de profesionales entrevistados, médicos, enfermeras y nutricionistas, asisten a congresos, seminarios o cursos para actualizarse en el manejo de pacientes con hipertensión o diabetes. Estos eventos suelen ser organizados por el Colegio Médico del Perú, el Colegio de Nutricionistas y algunas Universidades del medio que ofrecen carreras relacionadas a la salud de las personas. La temática del entrenamiento que estos profesionales demandan abarca: el manejo de la enfermedad, tratamiento, complicaciones, formas de prevención, entre otros temas. Por ejemplo, un profesional refirió estar siguiendo una especialización en "nutrición renal" para poder atender a pacientes diabéticos con complicaciones en los riñones.

La Sociedad Peruana de Endocrinología, la Sociedad Peruana de Cardiología así como la Sociedad Peruana de Medicina Interna han sido promotoras de cursos de actualización y congresos con auspicio del Colegio Médico del Perú y el respaldo de universidades locales.

Desde el sector público, los profesionales indican que el MINSA también brinda jornadas de capacitación sobre múltiples temas, que incluye hipertensión arterial o diabetes. Sin embargo, estas jornadas tienen que surgir como iniciativa de las propias redes de salud u hospitales y son eventos de capacitación dirigidos a su propio personal. Un hallazgo adicional fue que los profesionales entrevistados refirieron que hoy en día se brinda menos capacitaciones específicas para hipertensión arterial y diabetes que antes.

Otros eventos a los cuales los distintos profesionales de salud tienen acceso para capacitarse en temas vinculados a la hipertensión arterial y/o diabetes son aquellos organizados por diversas instituciones privadas, tales como las sociedades profesionales científicas. Muchos de estos eventos reciben financiamiento de laboratorios farmacéuticos privados, por ejemplo Sanofi, Lilly, Merck-Sharp, Abbott, Pfizer. Del mismo modo, se menciona que dichos laboratorios farmacéuticos también realizan sus propios cursos y congresos sobre temas similares, por ejemplo, sobre manejo de insulina e hipoglucemiantes orales.

Por su parte, profesionales de laboratorios y farmacias privadas indican que reciben capacitaciones mensuales de su centro de trabajo especialmente en temas relacionados a la hipertensión arterial y, en menor medida, información sobre diabetes.

5 Participación de trabajadores y pacientes en actividades relacionadas a la hipertensión arterial y diabetes

En esta sección se presenta los resultados la participación de los pacientes entrevistados en actividades desarrolladas en agrupaciones de pacientes y organizaciones científicas. Existe una participación de parte de los profesionales de salud en algunas actividades, fuera de la consulta clínica, especialmente con pacientes diagnosticados con diabetes. Sin embargo, los retos más significativos para participar activamente son manifestados por los pacientes, como las limitaciones de tiempo y horarios y también la movilización, logística y costos, para llegar a las sesiones. Estas observaciones resaltan una brecha y necesidad importante a ser cubierta por parte de los pacientes. De por sí, por las dificultades encontradas, iniciativas que se concentren en “esperar” a que el paciente con una condición crónica llegue a un establecimiento de salud se anticipa que no lleguen a la totalidad de potenciales beneficiarios.

5.1 Participación de trabajadores en actividades con pacientes con hipertensión arterial o diabetes

Entre las actividades que realizan los profesionales se encuentran las campañas de despistaje y prevención de hipertensión arterial o diabetes. Las que pueden incluir atención clínica del paciente, control de la glucosa y presión arterial, charlas informativas sobre síntomas, nutrición, etc.

En algunos casos se trata de actividades promovidas directamente por la red o micro-red de salud, en el caso de los establecimientos del primer nivel del MINSA; por tanto el personal del establecimiento adscrito debe participar. Sin embargo, la mayoría de veces son actividades realizadas en el marco de programas del establecimiento, como el del Adulto Mayor o son actividades específicas del Programa Estratégico para la atención de pacientes con hipertensión arterial o diabetes. La frecuencia en que se realizan estas actividades va de una a cuatro veces al año y pueden ser en el mismo establecimiento o en espacios públicos, como plazas, mercados. El personal de salud participa de acuerdo a su profesión o área de trabajo.

En menor medida se reporta la participación de los profesionales en las asociaciones o club de pacientes. Aquellos profesionales de enfermería y medicina que colaboran con el club de pacientes con diabetes, como es el caso de dos establecimientos de salud, contaron que realizan charlas educativas sobre nutrición, la importancia de la adherencia al tratamiento y prevención de las complicaciones. En algunos casos las charlas pueden ir acompañadas además de control de signos vitales. Se reúnen entre una y cuatro veces al mes en las instalaciones del respectivo establecimiento.

Por último, los profesionales médicos informan participar en actividades académicas, como investigaciones, publicaciones y ponencias. Asimismo, algunos están afiliados a asociaciones, como ADIPER, que realizan actividades relacionadas a la formación de educadores en diabetes dirigidos a personal de salud del MINSA o EsSalud que atiende a pacientes con ese diagnóstico.

5.2 Organizaciones científicas y profesionales

La mayoría de profesionales entrevistados, entre médicos, enfermeros, nutricionistas y químicos farmacéuticos, afirmaron pertenecer al colegio profesional de su respectiva carrera. Por otro lado, el personal técnico de enfermería, laboratorio y farmacia respondieron no estar afiliados a una organización o asociación vinculada a su profesión, lo cual indica una brecha que atender con estos profesionales.

En menor medida, los profesionales médicos y nutricionistas indicaron estar afiliados a alguna asociación o sociedad científica de hipertensión arterial y/o diabetes. Estas diversas organizaciones llevan a cabo, con cierta regularidad, congresos, cursos, seminarios y publicación de material científico dirigido especialmente a profesionales de la salud, en torno a diversos temas relacionados a la hipertensión arterial y/o diabetes.

En cuanto a los profesionales de medicina, menos de la mitad señalan pertenecer a alguna sociedad de la especialidad médica que estudiaron. Aquellas, además, organizan congresos y cursos sobre ambas enfermedades.

5.3 Participación de pacientes en agrupaciones para personas con hipertensión arterial o diabetes

Por el mismo hecho de la cronicidad de la hipertensión arterial y la diabetes, las agrupaciones de pacientes con estas enfermedades cumplen un rol importante como medio de información, educación, así como de socialización entre sus participantes. En el presente estudio se reportaron diferencias importantes en la participación de los pacientes con hipertensión arterial y/o diabetes según el sector de salud en el que se atiende.

En establecimientos de menor nivel del MINSa, en el sector privado y en el hospital de las FFAA se identificó que los pacientes que se atienden allí no conocen sobre la existencia de agrupaciones de pacientes con su misma enfermedad. Esta observación aplica tanto para grupos de pacientes organizados en el establecimiento donde se atienden o fuera de este.

En contraste, en los hospitales del MINSa y en los policlínicos de EsSalud los pacientes mencionaron que sí conocen de la existencia de agrupaciones para pacientes con diabetes por medio de otros pacientes que se atienden en el mismo establecimiento, por invitación de un médico o enfermera o porque se encuentran participando de las actividades del grupo. Aunque este hallazgo aplica para el caso de diabetes, los mismos participantes mencionaron que no conocen de agrupaciones similares para pacientes con hipertensión arterial.

5.3.1 Agrupaciones de pacientes con diabetes en hospitales del Ministerio de Salud

En los hospitales del MINSa se identificó la existencia de agrupaciones que reúnen a pacientes con diabetes. Estas agrupaciones llevan a cabo de una a tres sesiones semanales que duran aproximadamente 90 minutos y que consisten en: realizar charlas educativas sobre la diabetes, nutrición y actividad física; realizar paseos; llevar un control de signos vitales de los participantes y se incide en la importancia del

control de la glucosa; entre otros. En cada sesión participan, de manera voluntaria, entre 40 y 50 pacientes. En el caso de una de las agrupaciones, se cuenta con una junta directiva, conformada por pacientes; sin embargo, las charlas y los controles son llevados a cabo por profesionales de salud. En estos hospitales no existen agrupaciones para pacientes con hipertensión arterial.

Los pacientes que a pesar de conocer sobre la existencia de dichas agrupaciones no participan de las mismas esgrimieron los siguientes motivos: falta de tiempo, dificultades para desplazarse a causa de lesiones en las piernas o problemas de visión, motivos económicos ya que al estar en silla de rueda solo puede movilizarse en taxi, entre otros motivos.

5.3.2 Agrupaciones de pacientes con diabetes en policlínicos de EsSalud

En los policlínicos de EsSalud que participaron del estudio se constató que existe un programa para pacientes con diabetes. Los pacientes participan de manera voluntaria, y asisten a reuniones semanales, las cuales son dirigidas por profesionales de enfermería del policlínico. En determinadas sesiones también participan profesionales de medicina y nutrición. A los pacientes que participan se le realiza controles mensuales de glucosa, y reciben también charlas sobre nutrición, factores de riesgo para el desarrollo de complicaciones y actividad física.

Entre los motivos indicados por aquellos pacientes que conocen acerca de estos programas en los policlínicos pero no participan de los mismos se mencionan: tener problemas con los horarios de las sesiones, problemas económicos para solventar el transporte y no disponer de tiempo para participar de las actividades programadas.

6 Percepciones sobre las dificultades en el acceso a la atención y medicamentos

En esta sección se presentan las dificultades en el acceso a la atención y medicamentos para las enfermedades consideradas en el presente estudio según las perspectivas de los pacientes y los trabajadores. Este enfoque sirve como antesala a los dos siguientes capítulos, en los que se ahondará en las dificultades vinculadas a la disponibilidad y asequibilidad de la atención y los medicamentos.

6.1 Acceso a consultas médicas

Una de las principales dificultades en hospitales del MINSA, FFAA y policlínicos de EsSalud es la disponibilidad de citas

"Hay mucha dificultad para sacar la cita para la médico endocrinóloga, y para no perder mis controles y no quedarme sin pastillas tengo que sacar cita con la médico internista. Es una salida que tengo que hacer pero pienso que no es lo ideal porque debo seguir con la médico que conoce todos mis problemas de salud". (Paciente de policlínico de EsSalud).

Debido al alto flujo de pacientes y al reducido número de profesionales en los establecimientos del sector público, principalmente de especialistas, las citas se obtienen para, por lo menos, un mes después de lo deseado.

"(...) no hay cupos de citas, hay escasez de médicos especialistas, y hay necesidad en los pacientes, la cual aumenta constantemente y el personal que debe atenderlos no aumenta en la misma proporción". (Personal de medicina de EsSalud).

En el sector privado no es una dificultad encontrar disponibilidad para ser atendido por un médico especialista. Esta disponibilidad no se ve afectada a pesar de que estos especialistas, que combinan la práctica privada con servicio en el sector público, no atienden necesariamente todos los días en su consultorio del sector privado. Sin embargo, tal como menciona el personal de salud y los pacientes entrevistados, los problemas principales son los altos costos de las consultas y el tiempo que les demora en llegar y esperar para ser atendidos.

"La única [dificultad] es que mi doctora labora acá solo ciertos días, pero siempre encuentro cita. Si tengo alguna consulta urgente, tengo el teléfono de la doctora". (Paciente de clínica privada).

En el sector público, también existen inconvenientes en acceder a consultas médicas por problemas administrativos con el seguro, principalmente el SIS. Algunos pacientes se enteran que su afiliación se encuentra desactualizada el mismo día de la cita médica, por lo cual no pueden hacer efectiva la consulta. En esos casos, algunos optan por atenderse de manera particular en el mismo establecimiento para no perder su turno, pero muchas veces no pueden costear dicho servicio. Asimismo, tanto en el MINSA como en EsSalud, sobre todo en el primero, los hospitales se saturan de pacientes por un exceso de personas referidas por afecciones que pueden ser tratadas en los establecimientos de primer nivel de atención.

Otras dificultades que fueron identificadas, en hospitales del MINSA, tienen que ver con la ruta que le toma al paciente desde que llega al establecimiento hasta que inicia su consulta. Es decir el tiempo que demoran en ser atendidos se incrementa por problemas administrativos del establecimiento como por ejemplo el extravío de las historias clínicas. Muchas veces las historias están incompletas, con resultados o exámenes perdidos, lo que retrasa la atención del paciente y no ayuda a establecer un diagnóstico y seguimiento adecuado:

"Para la consulta hay muchos problemas con las historias clínicas. Hay pacientes que están citados hace un mes y cuando les toca su consulta, como hoy, no llegan sus historias y el médico les ha tenido que atender con historias clínicas provisionales. El problema de esto es que el médico no tiene sus resultados pasados y esto genera dificultades para que el médico pueda controlar adecuadamente al paciente. [Esto sucede] porque están mal archivadas o quizás porque el paciente ha tenido alguna consulta cercana en otros servicio o participa en un protocolo de investigación (...) Además no hay una buena organización en el archivo. Esto siempre ha sido un problema".
(Personal de enfermería de hospital MINSA)

Asimismo, tanto pacientes como trabajadores reconocen que durante la consulta los profesionales de medicina no se dan tiempo para educar sobre la enfermedad y los cuidados que debe tener el paciente. La siguiente cita ejemplifica el efecto que puede tener la mala o incompleta información que brinda el profesional de salud en futuras decisiones y comportamientos del paciente.

"Un endocrinólogo me dijo que si no bajaba de peso que no venga [a consulta médica][y yo ya no venía, dejé de venir 15 años al endocrinólogo. En ese tiempo no estaba diagnosticada [con diabetes]". (Paciente de hospital FFAA)

Es importante diferenciar lo que ocurre en establecimientos del primer nivel de atención del MINSA como centros y puestos, en los que si bien no es una dificultad la disponibilidad de citas, como sí lo es en los hospitales, los propios profesionales señalan como impedimento para la atención el no contar con los equipos y servicios necesarios para obtener y brindar un diagnóstico adecuado de hipertensión arterial o diabetes. Esta dificultad genera que aumenten las referencias de los pacientes a los hospitales por no contar con los recursos para diagnosticarlos o darles tratamiento, y también genera demoras en los trámites necesarios para la referencia en el caso de los pacientes que se atienden con seguro SIS.

6.2 Acceso a medicamentos

Las dificultades vinculadas con el acceso a los medicamentos son de dos tipos. Primero, tiene que ver con el acceso oportuno a las medicinas, condicionado a la falta de recursos económicos del paciente o al desabastecimiento que atraviesan por periodos las farmacias internas de los establecimientos de salud. Segundo, se puede considerar la poca adherencia al tratamiento farmacológico que tienen los pacientes, que en parte se entiende por las barreras económicas para acceder a la medicina, pero también por el olvido o la poca importancia que le da el paciente a sus dolencias. A continuación se desarrollarán ambos puntos.

Acceder a los medicamentos puede ser un problema para cumplir con el tratamiento. En los establecimientos de menor y mayor nivel de complejidad del MINSA es posible encontrar un número reducido de tipos de fármacos antihipertensivos y/o antidiabéticos orales; y, definitivamente, la insulina no se encuentra disponible a diferencia de los policlínicos de EsSalud y del sector privado. Sin embargo, tanto en el MINSA como en EsSalud y la FFAA es una dificultad importante la poca variedad de tipos de medicamentos con las que cuentan. Por ejemplo, carecen de medicamentos que contienen combinaciones de dos compuestos farmacológicos. Asimismo, en los establecimientos que sí expenden medicamentos combinados, es frecuente que haya periodos de desabastecimiento del stock.

"La farmacia [del hospital] debería tener todos los medicamentos. Sólo encuentro medicina básica acá, es decir la medicina más común que necesita un paciente con hipertensión o diabetes. Medicina para problemas como la circulación no hay, como diltiazem y cilostazol, y tengo que comprarlos en la calle [en una farmacia privada]". (Paciente de hospital MINSA)

"El MINSA no abastece, solo hay metformina y glibenclamida" (Profesional de medicina de hospital MINSA)

En casos donde el médico prescribe medicamentos comerciales, el paciente debe adquirirlos en farmacias privadas, incluso aquellos que cuentan con algún tipo de seguro público como SIS o EsSalud, pues es casi infrecuente que acepten cubrir el tratamiento. Por ejemplo, según la propia versión de un profesional médico, se recomienda comprar medicamentos comerciales pues los que consigue el Estado son de laboratorios sin el debido certificado de calidad, que puede ser contraproducente para el paciente. En otros casos, el tratamiento con genéricos no es efectivo y pacientes requieren medicinas combinadas o comerciales, que no están disponibles en los hospitales públicos.

Otro problema que se presenta es la falta de stock disponible en las farmacias de los establecimientos de salud. Es muy frecuente que haya periodos de desabastecimiento en los establecimientos de menor nivel (centros y puestos del MINSA), y como consecuencia, como lo indica la siguiente cita, los pacientes deben comprar sus medicamentos en farmacias privadas. De no ser posible, una alternativa usual es interrumpir el tratamiento hasta que restituyan el stock de medicinas.

"Cuando se les acaba el stock de medicamentos [los pacientes] vienen acá o cuando el médico les da receta de medicamentos que no hay en la farmacia del policlínico, por ejemplo, cuando son pastillas combinadas [dos compuestos] o de marca". (Personal de farmacia privada ubicada al exterior de policlínico de EsSalud)

Personal de farmacia de dos establecimientos de salud del MINSA – uno de menor y otro de mayor nivel de complejidad- señala que el stock de glibenclamida, metformina o enalapril, no cubre la demanda real de cada mes:

"Del 22 al 25 de cada mes se hace el requerimiento [de medicamentos], demora dos días en llegar y en la quincena ya se están acabando los medicamentos. En almacén de la red del MINSA a veces no hay medicamento y somos 32 centros

de la red. Pido 200 medicamentos [pero me] dan 100. El paciente compra sus medicinas fuera cuando no hay aquí". (Personal de farmacia de centro de salud MINSA)

Las razones para el desabastecimiento son variadas, una de ellas se relaciona con las dificultades a nivel central en los procesos de licitación y compra de medicamentos. Por ejemplo, según un profesional de medicina de un hospital del MINSA: "se convoca licitación de compra, el perdedor impugna, se demora la compra y por consiguiente la distribución". EsSalud no está exenta de este tipo de problemas. En uno de los policlínicos de EsSalud, personal de farmacia indicó que en total en el último año hubo desabastecimiento de metformina por 26 días, losartan por 86 días y valsartan por 133 días.

Además de los problemas con las compras de medicamentos a nivel central, no se hace una estimación adecuada de la cantidad que se debe comprar, lo que se necesita sobrepasa la proyección anual de la compra institucional.

"Existe un rápido aumento de la población con diagnóstico de diabetes e hipertensión lo que genera que se sobrepase la proyección anual de la institución, ocasionando que el stock no sea suficiente y ocasiona falta de insumos para realizar los exámenes de laboratorio y falta de medicamentos para los pacientes. El stock se queda chiquito". (Profesional de nutrición de hospital FFAA)

Otro de los problemas encontrados en el acceso a medicamentos es una situación específica a los pacientes afiliados al SIS. Si el paciente no tiene el diagnóstico confirmado entonces las medicinas no son cubiertas por el seguro. Sin embargo, hay casos, por ejemplo, de pacientes diabéticos que requieren antihipertensivos pues si bien aún no tienen la enfermedad, se encuentra en estado de pre-hipertensión arterial pero al no tener el diagnóstico no pueden tomar esta medicación. De lo visto en la sección correspondiente a la GPC de hipertensión se sabe que el tratamiento de la enfermedad en este estadio de pre-hipertensión no es farmacológico, sino principalmente se refiere a cambios en los estilos de vida. Aún así, si algún profesional médico opta por recetar al paciente anti-hipertensivos, el problema se suscita en la farmacia del establecimiento, donde el personal le indica al paciente que debe adquirir los medicamentos de forma particular porque no cuenta con el diagnóstico de la enfermedad.

El sector privado no presenta problemas de desabastecimiento de medicamentos, y en todo caso, los pacientes pueden acudir a farmacias privadas para comprar aquellos medicamentos que no encuentren en el establecimiento privado.

"Nosotros manejamos un buen stock, no tenemos problemas, pero económicamente se ve que varios pacientes tienen dificultades para seguir con el tratamiento. No pueden pagar los medicamentos que tiene que llevar. En esas ocasiones los pacientes llevan genérico o la cantidad que puedan llevar". (Profesional de medicina de clínica privada)

Para finalizar, se mencionó también a la falta de adherencia al tratamiento como un problema vinculado al acceso a medicamentos. Para los profesionales de medicina,

enfermería y nutrición de todos los sectores, la adherencia al tratamiento farmacológico, junto con el cambio en los estilos de vida de los pacientes es el principal problema que encuentran en su ejercicio profesional. Los pacientes pueden tener rechazo a ingerir diferentes dosis de medicamentos orales o inyectarse insulina varias veces al día, además de sentir molestias por efectos adversos que pueden presentarse, como ardor en el estómago, hipoglucemia, diarreas, etc. También pueden interrumpir el tratamiento debido a no contar con dinero o se olvidan por las contingencias diarias.

"(...) existe un desconocimiento en los pacientes sobre las enfermedades crónicas, desconocen que necesitan tratamiento permanente. Ellos creen que se curarán". (Profesional de medicina de clínica privada)

Un punto fundamental que limita la adherencia al tratamiento farmacológico es que más allá de los problemas económicos que pueden presentarse para adquirir o no los medicamentos, la falta de cumplimiento con las dosis y horarios prescritos también están en función al descuido u olvido de ingerir las medicinas. Pero, también hay aquellos que lo interrumpen o abandonan el tratamiento por los efectos secundarios o cuando dejan de sentir síntomas o molestias, lo que, a posterior, genera recaídas.

"Los pacientes se resisten a tomar varias pastillas al día, algunos señalan que si toman pastillas en la noche no pueden dormir o sienten amarga la boca, entonces se saltan dosis, cambian el esquema. Se les explica cómo funcionan los medicamentos, se les dice que no ocasionan molestias que ellos comentan, que esos síntomas como amargura en la boca y que no pueden dormir, tienen otras causas [pero igual dejan de tomar la medicación]". (Profesional de medicina de clínica privada)

La baja adherencia está en función también de la educación que recibe el paciente sobre la enfermedad que padece. Los profesionales reconocen que no hay una comprensión de la enfermedad, del tratamiento que debe seguir, además de las posibles complicaciones en su salud. Una explicación apunta al poco tiempo que el profesional dispone para realizar la consulta, que no permite informar al paciente sobre la enfermedad.

"[Los pacientes] no toman conciencia de su enfermedad, podría ser porque el tiempo de atención no permite darle una explicación necesaria acerca de la enfermedad y cómo debe tomar sus medicamentos, el tiempo no es suficiente. Son cuatro horas para 20 pacientes, 12 minutos por paciente, en este tiempo no se logra un buen reporte [de información sobre la enfermedad para el paciente]". (Profesional de medicina de policlínico EsSalud)

Finalmente, también ocurre que los pacientes con diabetes abandonen el tratamiento luego de desanimarse al recibir los resultados de sus análisis de sangre, cuando estos no muestran mejoría. Entonces, tienden a pensar que el tratamiento que les han indicado no es correcto o que no les hace efecto.

6.3 Automonitoreo de la presión arterial y la glucosa

Los equipos para el automonitoreo, como glucómetro y tensiómetro electrónico, no están cubiertos por ningún seguro de salud, ni privado ni público. Es poco frecuente que los pacientes adquieran los equipos pues, por lo general, carecen de recursos

económicos o si cuentan con el dinero, o incluso con el equipo, sus conocimientos y práctica acerca de cómo operar dicho equipo es insuficiente o inexistente. Frente a esa situación, algunos optan por medirse la presión o la glucosa en farmacias privadas o en centros de salud del MINSa cercanos a la zona donde residen. Sólo en el caso de los pacientes que tienen ambas enfermedades, hipertensión arterial y diabetes a la vez, se da que la mayoría cuenta con equipos de automonitoreo.

"Menos del 10% de los pacientes cuenta con un equipo de monitoreo y estos no necesariamente están calibrados". (Profesional de medicina de policlínico EsSalud)

Además, las farmacias internas de los establecimientos de salud no venden los equipos e insumos adicionales requeridos para el automonitoreo. Por ejemplo, si un paciente contara con el equipo para monitorear su glucosa, es necesario contar con las tiras reactivas, las mismas que no son abastecidas por los establecimientos de salud al cual acuden. En algunos centros de salud del MINSa existe un stock en el almacén, pero destinado no para la venta o entrega directa al paciente, sino para el manejo del personal de enfermería, quien ofrece el servicio de medición de glucosa.

Cabe precisar que la farmacia del establecimiento privado sí expende los insumos para el glucómetro. Sin embargo, el glucómetro y el tensiómetro electrónico solo se adquieren en algunas farmacias de clínicas privadas y en farmacias privadas externas. Asimismo, también es común que los laboratorios farmacéuticos se comuniquen con los pacientes que son consumidores frecuentes de la insulina que ellos producen y les obsequian los insumos para el glucómetro.

6.4 Acceso a exámenes de laboratorio

Una de las dificultades para acceder a los exámenes de laboratorio en los establecimientos públicos tiene que ver con la disponibilidad de reactivos necesarios para las pruebas en sangre. El stock de aquellos ítems no logra cubrir la demanda por exámenes de los pacientes. Por ejemplo, es muy común que en determinados periodos del mes haya escasez de reactivos para hemoglobina glicosilada, creatinina o microalbuminuria en hospitales del MINSa. En algunos hospitales los reactivos solo alcanzan para los primeros quince días, luego se terminan teniendo que esperar hasta el siguiente mes para tener disponibilidad de los mismos. Esto se debería a que las proyecciones anuales que hacen para la compra de reactivos no van de acuerdo a la demanda real. Consecuencia de ello, los pacientes deben acudir a laboratorios privados o esperar hasta que haya una reposición de los insumos requeridos.

"Por lo menos cada dos meses los reactivos de laboratorio se acaban y los pacientes tienen que esperar de una semana hasta 15 días para que llegue el reactivo [de hemoglobina glicosilada] y se puedan realizar su prueba". (Personal de laboratorio de hospital del MINSa)

Pruebas como la hemoglobina glicosilada, creatinina o tolerancia a la glucosa no se realizan en centros y puestos de salud del MINSa, por lo cual se requiere que los pacientes sean referidos a hospitales de la jurisdicción. Esto genera una recarga en el sistema, así como pérdida de tiempo y dinero para el paciente.

"La prueba de hemoglobina glicosilada no se contempla dentro de los servicios que deben ofrecer el centro de salud, dada la capacidad, gasto por insumos y la falta de equipo para procesar hace que tenga muy altos costos para el presupuesto asignado y para el nivel de establecimiento, ya que la hemoglobina glicosilada no forma parte de la batería de exámenes mínimos para este nivel de establecimiento". (Personal de laboratorio de centro de salud MINSA)

Otras veces los establecimientos en los que son atendidos no cuentan con los equipos necesarios para realizar otros procedimientos clínicos, tales como ecocardiograma o ecodoppler. En esos casos se refiere al paciente a otro establecimiento que pueda brindar dichos servicios. Por ejemplo, en algunos hospitales solo cuentan con dos equipos para la prueba del monitoreo ambulatorio de presión arterial (Holter de presión arterial), de ahí que los pacientes deben esperar entre uno y dos meses para realizarse la prueba.

"Hay exámenes [ecocardiograma] que no tenemos y los debemos referir a otro establecimiento de EsSalud, pero los exámenes [de sangre] se toman siempre, aun si no hay reactivos en el policlínico, se toma la muestra al paciente y se envía para su proceso en establecimientos del seguro cercanos". (Personal de laboratorio de policlínico EsSalud)

En el caso particular de establecimientos de EsSalud, el personal de enfermería considera que es una dificultad que solo los profesionales de medicina puedan acceder a los resultados de los exámenes de laboratorio, cuando los pacientes tienen citas más frecuentes con ellos a través del Programa de Diabetes. Además mencionaron esto con el fin de estar alertas sobre un resultado anormal y tomar medidas al respecto, por ejemplo, para hacer seguimiento a los pacientes que más lo requieren.

En menor medida, los profesionales indican que hay dificultades vinculadas al largo tiempo que toma realizar algunas pruebas. Por ejemplo, prueba de tolerancia a la glucosa. En esos casos el paciente debe disponer de un promedio de tres horas para que la prueba pueda realizarse. Señalan también que debido al incremento de usuarios, el tiempo de espera es de hasta 30 minutos en algunos laboratorios de establecimientos públicos.

Otra dificultad mencionada por el personal de los laboratorios públicos y privados es que los pacientes que acuden a realizarse los exámenes no reciben indicaciones adecuadas o no las ponen en práctica, lo que muchas veces conlleva a resultados equivocados.

"Los médicos no indican aspectos básicos que el paciente debe cumplir para una prueba de laboratorio. Por ejemplo la depuración de la creatinina: el paciente se saca una muestra de sangre y trae otro día la muestra de orina, cuando ambas deberían ser analizadas el mismo día, esto conlleva a errores en el análisis". (Personal de laboratorio de hospital FFAA)

6.5 Acceso a hospitalización

La dificultad principal para acceder a una admisión y la eventual hospitalización de pacientes que lo requieran es que no hay suficiente cantidad de camas disponibles para la demanda de hospitalizaciones. A consecuencia de ello, se puede ver a

pacientes que tienen que esperar en los servicios de emergencia hasta que se desocupe alguna cama. En algunas ocasiones se intenta derivar a otro establecimiento público, pero es poco probable que se proceda con la transferencia solicitada debido a que los potenciales receptores también se encuentran en condiciones similares de déficit de camas.

"Faltan camas (...), los pacientes permanecen hacinados en el servicio de emergencia, con camillas en los pasillos. Se da prioridad a pacientes que sean de la jurisdicción, que son conocidos por el personal porque son pacientes que han tenido ingresos previos o regulares en su atención médica". (Profesional de medicina de hospital MINSA)

"Si llega a emergencia y no hay cama puede estar hasta 10 días en emergencia. Un paciente por norma del MINSA debe estar máximo 24 horas en emergencia, [pero] acá está 10 a 15 días". (Profesional de medicina de hospital MINSA)

6.6 Otras dificultades halladas

Según opinión del personal de salud, los pacientes "no toman conciencia de su enfermedad". Con esto quieren decir que aquellos siguen un estilo de vida contraproducente para su salud. Por ejemplo, muchos de los pacientes con hipertensión arterial y/o diabetes no hacen un cambio en sus hábitos alimenticios, tampoco hacen deporte o alguna otra actividad física. Además, no conocen las posibles complicaciones. Conforme el paciente tiene un nivel educativo superior y un mayor nivel socioeconómico, mejora el conocimiento sobre la enfermedad según un médico de un hospital MINSA.

"Se le explica lo que debe hacer y hace lo contrario, que no fume, que no beba, que no tome azúcar; tienen instinto de autodestrucción, no siguen la dieta, no compran medicina o la compran y no la toman, se sienten mejor y dejan las medicinas. No toman conciencia de su enfermedad" (Profesional de medicina de hospital MINSA).

Por otro lado, señalan las dificultades que atraviesan los adultos mayores, quienes acuden sin compañías a los servicios de salud. Muchos no logran entender las indicaciones del especialista pues presentan alguna discapacidad física, por lo tanto incumplen con el tratamiento. Esto se da tanto en establecimientos públicos como privados.

"Una dificultad para este tipo de pacientes [con hipertensión arterial o diabetes] es que la mayoría son personas ancianas, y necesitan ayuda en sus trámites. A veces no escuchan bien o no leen bien, y uno tiene que tener paciencia para explicarles todo., Yo digo, estas personas ¿no tienen familiares? [Estos pacientes] no deberían venir solos al hospital". (Personal de enfermería de hospital MINSA)

"El problema de las personas de la tercera edad es que tienen que tomar varias medicinas y tomarse varias pruebas de laboratorio y si no tienen a alguien que les ayude se les complica todo". (Personal de laboratorio de hospital FFAA)

6.7 Dificultades específicas a pacientes con comorbilidad hipertensión arterial y diabetes

Los pacientes con un diagnóstico simultáneo de hipertensión arterial y diabetes no se atienden en establecimientos de menor nivel del MINSA, sino en hospitales de ese sector debido a que solo en estos encuentran a médicos especialistas con los que puede atenderse. En dichos establecimiento hay un mayor abastecimiento de insumos para el diagnóstico y tratamiento, sin embargo esto también repercute en que invertirán más en gastos de movilidad.

Los pacientes de EsSalud con estas comorbilidades sí se logran atender en los policlínicos y acuden al hospital solo cuando las pruebas o exámenes que requieren no están disponibles, o si se les presenta alguna complicación de la enfermedad. En el hospital de la FFAA y la clínica privada donde se realizó el estudio también atienden a pacientes con ambas enfermedades, aunque en este último (privado) muchas veces derivan al paciente a realizarse pruebas a laboratorios externos.

En general, este tipo de pacientes con ambas enfermedades son los que mayor atención prestan a automonitorearse -con tensiómetro electrónico y glucómetro- y a asistir a sus consultas médicas, que en algunos casos son mensuales. De este modo, estos pacientes se preocupan más por cumplir con chequeos de la glucosa y la presión arterial más rigurosos, pero no necesariamente son estrictos con el cumplimiento de su tratamiento farmacológico.

Por otro lado, un grupo de profesionales señala que estos pacientes que presentan ambas enfermedades son más informados sobre su estado de salud, conocen los factores de riesgo y se preocupan más por el cuidado de su salud y en realizarse los exámenes correspondientes. Los pacientes con ambos diagnósticos requieren de un mayor número de exámenes clínicos.

"Si, por ejemplo, a un paciente con diabetes normalmente se les realiza las pruebas de hemoglobina glicosilada, glucosa basal y perfil lipídico, a un paciente con hipertensión [arterial] y complicaciones renales se les realiza más pruebas, como por ejemplo creatinina, microalbuminuria". (Personal de laboratorio de hospital MINSA).

Respecto de los medicamentos, además de los problemas económicos que se incrementan al padecer dos enfermedades, la adherencia al tratamiento tiende a disminuir pues al tener más medicamentos que consumir resulta más complicado tratar de recordar más indicaciones y poder financiar la compra de medicamentos. Del mismo modo, presentan más efectos secundarios, lo cual los desincentiva de tomar la medicación.

6.8 La barrera del cambio en los estilos de vida de los pacientes

El cambio en los estilos de vida, junto a la adherencia al tratamiento farmacológico, es para los médicos, enfermeras y nutricionistas de todos los sectores uno de los principales problemas que encuentran en el manejo de pacientes con hipertensión arterial o diabetes. Cambiar los estilos de vida, que implica adoptar nuevos hábitos alimentarios y practicar actividad física, constituyen obstáculos para el control de la enfermedad. En algunos casos, solo cuando el paciente ha experimentado un

empeoramiento de su enfermedad y se ha visto en peligro inminente es que han tomado conciencia de la importancia de seguir con las indicaciones, por ejemplo, suprimiendo la ingesta de ciertos alimentos por otros, tomando los medicamentos en los horarios indicados, etc.

"Los hábitos son difíciles de cambiar, salvo que tengan un evento grave, tipo accidente cerebro vascular, y, por temor, recién cambian su estilo de vida". (Profesional de medicina de centro de salud MINSA)

"Es difícil que dejen el arroz, para muchos el arroz es sagrado, prefieren morir, no quieren arroz integral. El arroz es alimento con alto índice glicémico, se convierte en glucosa rápidamente. Los pacientes no lo dejan a pesar que se les explica en la consulta nutricional. Se les recomienda quinua o arroz integral y ellos preguntan si pueden comer aunque sea un poquito, yo les digo que ya, ni modo. Pero comen y mueren poco a poco". (Nutricionista de hospital del MINSA)

Además, los pacientes se muestran poco tolerantes al no ver resultados inmediatos o creen que solo con el tratamiento farmacológico es suficiente para obtener mejores resultados.

"No cambian [la dieta], piensan que van a manejar la diabetes solo con medicamentos. Les recalcamos que no es así, que la dieta es imprescindible". (Profesional de medicina de hospital MINSA)

6.9 La barrera económica como una de las principales dificultades para el acceso a la atención y medicamentos

Más del 75% del personal de salud, entre profesionales de medicina, enfermería, de farmacias y laboratorios, indica que el acceso a los medicamentos, seguido por los exámenes de laboratorio, constituyen las principales barrera económica para que los pacientes no continúen con el tratamiento. La dificultad de asumir los gastos de medicamentos y exámenes aumenta si el paciente no cuenta con seguro de salud. No obstante, los afiliados a un seguro, principalmente de instituciones públicas, no están exentos de incurrir en pagos de bolsillo para ser atendidos y recibir tratamiento.

Contar con seguro (SIS, EsSalud, FFAA o privado) disminuye algunos costos del tratamiento, pero en lo referido a medicamentos las dificultades que se presentan son similares al paciente que no cuentan con uno. A pesar de que la cobertura de seguro incluye medicinas total o parcialmente, estas no siempre se encuentran disponibles en las farmacias de los establecimientos, como se presentó en las secciones previas.

Las dificultades incrementan cuando el medicamento prescrito al paciente asegurado no es genérico sino de marca o de última generación. En esos casos, es poco probable que el seguro, salvo el privado, los cubra, asumiendo los costos de su propio bolsillo, tal como lo hace un paciente particular.

"Lo que pasa es que el SIS cubre todo lo que son medicamentos genéricos, pero no a todos les recetan genéricos, a algunos les recetan medicamentos de marca. Por lo que conversamos [con los médicos] me comentan que es porque algunos pacientes que ya tienen avanzada la enfermedad necesitan medicamentos

combinados, que tienen dos compuestos a la vez y muchos de estos medicamentos son patentados y sólo son vendidos bajo una marca comercial". (Personal de enfermería de hospital MINSA)

Como se mencionó, quienes tienen mayores dificultades para continuar con el tratamiento son los pacientes sin seguro, pues deben incurrir en gastos de bolsillo por todas las atenciones. Incluso, entre aquellos pacientes con poca solvencia económica, que hacen un esfuerzo por atender en establecimientos privados, suelen buscar al profesional médico en su consulta en el algún establecimiento público.

Según lo mencionado por personal que labora en farmacias privadas, es frecuente que los pacientes soliciten medicamentos de marca más baratos equivalentes a lo prescrito o sus similares en genéricos. El personal suele recomendarle que fraccione la compra de un mes para una semana o según la disponibilidad de dinero.

En cuanto a los exámenes de laboratorio, son los pacientes sin seguro de salud quienes tienen mayor dificultad para realizarlos pues no cuentan con dinero para acceder a ellos. Poco más de la mitad de profesionales de medicina considera que los pacientes no pueden acceder a exámenes de laboratorio por falta de dinero.

"Para una batería completa de pruebas para pacientes con diabetes se puede gastar entre S/. 120 y S/. 180 Nuevos Soles [equivalente al 16% y 24% de un sueldo mínimo vital al mes] y en pacientes con hipertensión arterial entre S/. 20 Nuevos Soles a S/. 80 Nuevos Soles [equivale al 3% y 11% de un sueldo mínimo vital al mes]". (Personal de laboratorio de hospital MINSA)

Varios profesionales coinciden que la prueba de hemoglobina glicosilada y tolerancia a la glucosa para paciente con diabetes son caras en laboratorios privados así como en los del establecimiento de salud.

El paciente sin seguro puede realizarse los exámenes en el laboratorio del establecimiento o, en su defecto, buscar uno privado, pero puede que los médicos tratantes no aceptan estos resultados cuando el paciente acude en su siguiente cita. Otras veces, acude directamente al laboratorio sin orden médica, pues no han pasado consulta y solo sacan cita para que el profesional interprete los resultados. Al contrario, también pueden que no regresen a la cita médica, "auto-diagnosticándose", como señala un personal de laboratorio externo. En ambos casos, a opinión de los profesionales, se debe a la falta de recursos económicos que permitan solventar el camino regular de contar con una atención y acompañamiento por un profesional entrenado.

En cuanto a las consultas médicas, si bien la mayoría cuenta con seguro médico, la dificultad está en el costo para transportarse hasta el establecimiento entre las personas de escasos recursos. Pero, aquellos que se atienden de forma particular, son los más afectados, pues no solo tienen los problemas de transporte y, efectivamente, el monto por la consulta; sino también deberán condicionar la siguiente cita a la realización de pruebas de laboratorio, pues sin el resultado de estas no puede regresar al consultorio médico.

Finalmente, el no llevar un cuidado adecuado de la enfermedad, a largo plazo les termina generando mayores costos económicos tanto para el paciente como para el

sistema de salud. Este es el caso de los pacientes que terminan padeciendo complicaciones asociadas a su enfermedad que deben ser atendidas con urgencia, como por ejemplo un infarto cardiaco en pacientes con hipertensión arterial, o ulceraciones en los pies en pacientes con diabetes.

"Curar los pies diabéticos origina gastos para el paciente, a pesar que les pedimos lo necesario, como anestesia, cloruro de sodio, guantes y gasas. A veces el SIS está en vano porque cuando van a farmacia no hay todo lo que necesitan y los pacientes tienen que comprar en una farmacia de afuera". (Profesional de enfermería de hospital MINSA)

7 Disponibilidad y acceso a la atención y medicamentos

En esta sección se presentan los hallazgos de diferentes componentes relacionados a la disponibilidad y el acceso a las consultas médicas, exámenes, medicamentos, información sobre cuidados de su enfermedad, adherencia al tratamiento, así como la ruta que siguen los pacientes para lograr ser atendidos, entre otros aspectos.

7.1 Diagnóstico de pacientes con hipertensión arterial o diabetes con tratamiento

Como se presentó en la sección de metodología 5% de los pacientes que participaron en el estudio tiene diabetes tipo I, el 34% tiene diabetes tipo II, el 36% tiene hipertensión arterial, y el 25% padece hipertensión arterial y diabetes tipo II. La edad promedio a la que fueron diagnosticados los pacientes varía mucho, según el tipo de enfermedad y el sector del establecimiento en el que se atienden, como se muestra en la Tabla 17. En general, los pacientes reciben el diagnóstico de diabetes a una edad promedio entre los 43 y 59 años, mientras que el diagnóstico de la hipertensión arterial pueden recibirlo entre los 47 y 65 años.

Tabla 17: Edad promedio de diagnóstico de hipertensión arterial y/o diabetes

Edad promedio de diagnóstico (en años)	MINSA	EsSalud	FFAA	Privado
<i>En pacientes con una sola enfermedad</i>				
Diabetes	43	56	59	51
Hipertensión Arterial	64	62	52	47
<i>En pacientes con ambas enfermedades</i>				
Diabetes	48	58	47	48
Hipertensión Arterial	51	58	65	48

Fuente: información primaria del estudio.

En la Tabla 18 se presenta el auto-reporte que dieron los pacientes sobre la manera en que un profesional de salud le diagnosticó la hipertensión arterial. Se observa que según lo que recuerdan los pacientes, el diagnóstico se realizó principalmente tomando dos o más mediciones de presión arterial en momentos distintos y la sintomatología brindada por el paciente. Llama la atención que algunos pacientes entrevistados en algún establecimiento del MINSA y del sector privado mencionaran que se les realizó solo una medición de presión arterial. Sin embargo, es posible que el paciente se haya referido a que se realizó una sola medición en cada consulta diferente, lo cual también sería válido para realizarles el diagnóstico.

Cabe señalar, que ocho de un total de 22 pacientes (36%) con hipertensión arterial mencionaron que recibieron el diagnóstico inicial de su enfermedad luego de acudir a Emergencias de un hospital público o clínica privada por haber tenido alguna descompensación u otro padecimiento. Aparte, 13 pacientes (60%) fueron

diagnosticados en una visita ambulatoria por consultorio en donde el motivo de la consulta estuvo vinculado a presentar síntomas como dolores de cabeza y mareos.

Tabla 18: Prueba con la que se realizó diagnóstico de hipertensión arterial

Manera en que se le diagnosticó hipertensión arterial	MINSA	EsSalud	FFAA	Privado
a) Con síntomas que el paciente le dijo al médico	5%	0%	0%	14%
b) Con dos o más mediciones distintas de presión en momentos diferentes	58%	67%	40%	71%
c) Con una sola medición de presión arterial	11%	0%	0%	0%
d) Con a y b (síntomas y dos o más mediciones de presión arterial)	0%	33%	20%	0%
e) Con a y c (síntomas y una sola medición de presión arterial)	11%	0%	20%	0%
f) Con síntomas y con pruebas de sangre u orina	5%	0%	20%	14%
g) No recuerda	11%	0%	0%	0%

Fuente: información primaria del estudio.

Asimismo, el diagnóstico de pacientes con diabetes, como se muestra en la siguiente tabla, fue realizado principalmente con la prueba de glucosa en sangre tomada en ayunas en todos los sectores. En el caso de la diabetes, un tercio de los pacientes fue diagnosticado en Emergencias de algún hospital público o clínica privada. Adicionalmente, casi la mitad recibió el diagnóstico en consulta médica al presentárseles malestares como mareos, excesiva sed, cansancio, etc.

Tabla 19: Prueba con la que se realizó diagnóstico de diabetes según sector

Prueba con la que obtuvo el diagnóstico de diabetes	MINSA	EsSalud	FFAA	Privado
a) Prueba de glucosa en sangre en ayunas	89%	88%	60%	88%
b) Prueba de glucosa en sangre, cualquier momento (sin ayunas)	6%	0%	20%	0%
c) Prueba de tolerancia a la glucosa	0%	13%	0%	0%
d) Dos pruebas: glucosa en sangre en ayunas y tolerancia a la glucosa	0%	0%	0%	13%
e) Dos pruebas: glucosa en sangre en ayunas y glucosa en orina	0%	0%	20%	0%
f) No recuerda	6%	0%	0%	0%

Fuente: información primaria del estudio.

Cabe mencionar, que tal como se aprecia en el Apéndice 1, en los distintos establecimientos incluidos en este estudio se halló que contaban con equipos diagnósticos bioquímicos para exámenes de glucosa en sangre. Además, el auto-reporte del personal de laboratorio mostraba que la mayoría contaba con reactivos al momento de la entrevista (entre mayo y junio de 2013), aunque no se determinó si la cantidad era suficiente para el promedio de orden de exámenes, lo cual difiere de lo mencionado por pacientes y otros profesionales como se presentó en la sección 6. Los principales problemas de stock se dan en las pruebas de hemoglobina glicosilada y microalbuminuria tanto en un hospital del MINSA como en un policlínico de EsSalud.

7.1.1 Pacientes que requieren tratamiento con medicamentos orales

Al menos, el 75% de los pacientes entrevistados en cada sector han recibido prescripción de tratamiento farmacológico para su enfermedad como se muestra en la siguiente tabla.

Tabla 20: Pacientes con prescripción de tratamiento farmacológico

Sector	Total (N)	Requieren medicinas orales (%)	Diabetes	Hipertensión arterial	Ambas*	
					Diabetes	Hipertensión
MINSA	30	80%	7	12	5	6
EsSalud	10	90%	4	2	3	4
FFAA	8	75%	2	3	1	2
Clínica privada	13	100%	6	5	2	2

Fuente: información primaria del estudio.

*Para el cálculo del porcentaje de pacientes que requieren medicinas orales se ha considerado que el/la paciente tome medicación para ambas enfermedades a la vez.

7.1.2 Pacientes que requieren tratamiento con insulina

En la muestra de pacientes seleccionada en cada establecimiento, se halló que entre el 50% y 60% de los pacientes entrevistados en establecimientos del MINSa y en el hospital de FFAA requiere insulina según prescripción de algún médico. Esta cifra fue considerablemente menor en los policlínicos de EsSalud y de la clínica privada (13%). No es posible determinar si esta diferencia se debe al nivel de complejidad de los establecimientos elegidos de EsSalud y del sector privado, o a otros factores.

Tabla 21: Pacientes con tratamiento de insulina

Sector	Total* (N)	Requiere insulina (%)	Sólo Diabetes	Diabetes e Hipertensión
MINSa	18	50%	5	4
EsSalud	8	13%	0	1
FFAA	5	60%	2	1
Clínica privada	8	13%	1	0

*Total de pacientes con diabetes o diabetes e hipertensión a la vez.

Fuente: información primaria del estudio.

7.1.3 Disponibilidad de medicamentos orales en el establecimiento de salud donde se atiende el paciente

Al analizar el lugar de compra de medicamentos orales, un hallazgo importante es que la menor cantidad de pacientes que compran fuera del establecimiento donde se atienden se halla en los sectores EsSalud y FFAA. En parte, esto se debe según las entrevistas sostenidas con funcionarios de dichos sectores, a que los pacientes sí reciben todos los medicamentos que requieren pero el problema que enfrentan es la puntualidad con la que son entregados.

Tabla 22: Pacientes que compran medicamentos orales fuera del establecimiento donde se atienden

Sector	Total* (N)	Compran fuera de EESS (%)	Sólo diabetes	Solo hipertensión arterial	Diabetes e hipertensión arterial
MINSa	25	76%	4	10	5
EsSalud	10	20%	1	0	1
FFAA	7	14%	1	0	0
Clínica privada	13	77%	5	3	2

*Pacientes con prescripción de tratamiento farmacológico.

Fuente: información primaria del estudio.

Aquellos pacientes que mencionaron no adquirir los medicamentos orales en el establecimiento donde se atienden señalaron los siguientes motivos:

- i. Algunos pacientes que se atienden en establecimiento de menor nivel de atención del MINSA no compran allí sus medicamentos para diabetes porque no los venden.
- ii. Por la existencia de un desfase entre la fecha en la que la persona obtiene la siguiente cita y la fecha en la que fue emitida la última receta médica. En estos casos, algunos terminan adquiriendo su medicación en establecimientos privados.
- iii. Se atienden en hospital público del MINSA pero no venden pastillas prescritas por médico (genéricas y de marca), por ello compran en farmacia privada.
- iv. Compran en farmacia privada cuando no hay stock del medicamento en el policlínico EsSalud donde se atiende.
- v. Algunos pacientes prefieren comprar en farmacias fuera de la clínica privada porque pueden encontrar precios más baratos.

Al analizar estos resultados junto con la información auto-reportada por personal de farmacia de los distintos establecimientos sobre la disponibilidad de medicamentos orales (ver Apéndice 2) se halla que la glibenclamida y la metformina son los medicamentos antidiabéticos con mayor número de establecimientos que la proveen y con mayor disponibilidad para cubrir la demanda. Esto último no se cumple en los puestos y centros de salud del MINSA, donde solo dos de cada tres establecimientos proveen esta medicación, y entre aquellas que la proveen, solo un establecimiento cuenta con stock suficiente para un mes.

Los medicamentos para la hipertensión arterial de mayor cobertura en los establecimientos de salud de los distintos sectores son principalmente el captopril y el enalapril, tanto en centros, policlínicos, como hospitales públicos y en clínica privada. Sin embargo, otros medicamentos como atenolol, hidroclorotiazida, losartán potásico, metildopa y valsartán no están disponibles en establecimientos de menor nivel de atención del MINSA, pero sí se hallan en los otros establecimientos públicos y privados del sistema.

7.1.4 Disponibilidad de insulina en el establecimiento de salud donde se atiende el paciente

Más de las tres cuartas partes del total de pacientes con diabetes que requieren insulina en el MINSA, la adquieren fuera de dicho establecimiento (ver Tabla 23). Esto no se halló en los pacientes que se atienden en el hospital de FFAA o en el sector privado, pero es importante notar el reducido número de pacientes en estas categorías, especialmente en el caso de EsSalud. En este último, el único paciente que fue entrevistado y requería insulina como parte de su tratamiento, mencionó que la adquiriría fuera del establecimiento cuando no estaba en stock.

Tabla 23: Pacientes que compran insulina fuera del lugar donde se atienden

Sector	Total* (N)	Compran fuera de EESS (%)	Sólo diabetes	Diabetes e hipertensión
MINSA	9	78%	4	3
EsSalud	1	100%	0	1
FFAA	3	0%	0	0
Clínica privada	1	0%	0	0

*Pacientes con prescripción de tratamiento con insulina.

Fuente: información primaria del estudio.

Al preguntarles los motivos por los cuales no adquieren la insulina en el mismo establecimiento donde se atiende, se reportaron los siguientes argumentos:

- i. No se encuentra disponible en la farmacia del establecimiento. Los pacientes indican que en la farmacia de los hospitales públicos del MINSA donde se atienden la diabetes no venden insulina o no venden la insulina de la marca que ellos usan.
- ii. Desabastecimiento del stock por temporadas. Los pacientes adquieren la insulina en la farmacia del establecimiento de EsSalud. Sin embargo, en ocasiones tienen que comprar en farmacias privadas puesto que no hay stock disponible.

Además de las dificultades que enfrentan los pacientes para el acceso a la insulina, ellos deben sobrellevar también las dificultades con el acceso a las jeringas y agujas. Es así, que algunos pacientes indican que compran las jeringas en farmacias externas privadas o de establecimientos privados pues las jeringas y agujas especiales para insulina no las venden en establecimientos MINSA donde se atienden. Finalmente, un paciente resaltó la ventaja de poder realizar el pago de la insulina y los insumos que requieren con tarjeta de crédito, lo cual no es posible realizar en un hospital público.

La información que se presenta en el Apéndice 2 muestra que no hay abastecimiento de insulina y jeringas especiales para su uso en puestos y centros de salud del MINSA.

7.2 Adherencia al tratamiento farmacológico

En esta sección se presentan los hallazgos obtenidos sobre el cumplimiento del tratamiento farmacológico por parte de los pacientes.

7.2.1 Pacientes con medicamentos orales para la hipertensión arterial y/o diabetes

- i. Más del 50% de los pacientes refirió no cumplir con su tratamiento por diversas razones. Entre ellas figura el no llevar los medicamentos consigo cuando salen de casa a pesar de contar con ellos. Hay pacientes que se olvidan de tomar sus pastillas, otros que incumplen intencionalmente por no tolerar bien los efectos secundarios de estas (metformina y captopril) o por considerar que ya tiene la enfermedad controlada. Otro motivo importante por el cual incumplen con el tratamiento es por no poder comprar los medicamentos en

farmacias privadas cuando no hay stock de medicamentos en los establecimientos donde se atienden.

- ii. Una tercera parte de los pacientes manifiesta cumplir parcialmente con el tratamiento. Es decir, cumple con tomar la medicación todos los días, pero no siempre con el horario. Esto puede ocurrir porque el paciente está distraído, ocupado con otras labores, o está fuera de casa y no lleva el medicamento consigo. En esos casos, el paciente toma la dosis faltante cuando se acuerda.
- iii. Son pocos los pacientes que cumplen todos los días con la dosis y los horarios indicados. Ellos manifestaron que cumplen con el tratamiento pues no desean tener mayores complicaciones con la enfermedad que padecen, por ejemplo, para evitar un derrame cerebral, o porque ya se les presentó alguna descompensación o complicación antes.

7.2.2 Pacientes con insulina

- i. Menos de la mitad de pacientes con tratamiento de insulina, de un total de 14, cumplen todos los días con aplicarse la dosis de insulina prescrita por el médico y en el horario indicado. Sin embargo, un paciente indica que en el último año, cuando estuvo en una ciudad fuera de Lima, no encontró los insumos (agujas/jeringas) y pasó 3 días sin aplicarse la insulina.
- ii. Otros pacientes comentaron que entre una o dos veces por semana suelen olvidarse una de las dosis de insulina. Esto puede ocurrir, por ejemplo, porque el paciente sale apurado de casa o tiene otras actividades fuera, por lo cual no lleva consigo la insulina, pues esta debe permanecer refrigerada. Uno de los pacientes indicó que se aplica la insulina dejando un día por decisión propia pues considera que la enfermedad está controlada y la dosis indicada es elevada.
- iii. Algunos pacientes no pueden aplicarse la insulina de manera continua pues no cuentan con recursos económicos suficientes para comprarla. Estos pacientes cuentan con SIS, pero mencionan que el seguro no cubre dicho tratamiento.

7.3 Indicaciones que reciben los pacientes sobre estilos de vida

Aparte de los medicamentos, se preguntó a los pacientes sobre qué otros tratamientos les habían indicado en el establecimiento donde se atienden, para controlar su enfermedad (ver Tabla 24). Un hallazgo interesante es que los pacientes que dijeron que no recibieron ninguna indicación adicional al tratamiento farmacológico se encuentran en mayor medida en los establecimientos del MINSA, especialmente en el menor nivel de atención (67% en establecimientos de menor nivel de atención y 17% en los de mayor nivel). Algunas de las principales recomendaciones que se brindan a pacientes con hipertensión arterial o diabetes en el sector público y privado son: i) disminuir consumo de azúcar/harinas; ii) aumentar el consumo de frutas y verduras; iii) realizar actividad física. Sin embargo, la recomendación sobre reducir el consumo de sal se halló tan sólo en el 30% de los pacientes entrevistados. Resalta también que hacer actividad física es una de las principales recomendaciones que reciben los pacientes de sus médicos en EsSalud (80%), FFAA (100%) y en el sector privado (50%),

seguido de la disminución del consumo de azúcar y harinas (70%, 50% y 67%, respectivamente).

Tabla 24: Indicaciones recibidas sobre cambios en estilos de vida para el control de la enfermedad

Indicaciones recibidas	MINSA				EsSalud		FFAA		Privado	
	EESS de primer nivel de atención		EESS de mayor nivel de atención							
1. Disminuir consumo de sal	17%	2	28%	5	30%	3	13%	1	17%	2
2. Disminuir consumo de azúcar/harinas	33%	4	39%	7	70%	7	50%	4	67%	8
3. Disminuir consumo de grasas	25%	3	56%	10	50%	5	25%	2	58%	7
4. Aumentar el consumo de frutas y verduras	25%	3	44%	8	60%	6	38%	3	67%	8
5. Bajar/mantener peso saludable	8%	1	11%	2	10%	1	13%	1	0%	0
6. Realizar actividad física	8%	1	33%	6	80%	8	100%	8	50%	6
7. Tener cuidado de pies	0%	0	6%	1	30%	3	0%	0	17%	2
8. Evitar estrés/mejorar manejo de emociones	8%	1	22%	4	10%	1	38%	3	33%	4
9. Disminuir ingesta de alcohol/tabaco	0%	0	6%	1	0%	0	25%	2	8%	1
10. Información muy general	0%	0	6%	1	10%	1	25%	2	8%	1
11. Ninguna	67%	8	17%	3	0%	0	0%	0	8%	1
12. Recibe información en un EESS del MINSA de mayor complejidad	33%	4	0%	0	0%	0	0%	0	8%	1
13. Recibe información en un EESS de otro sector del que se atiende	25%	3	11%	2	10%	1	0%	0	0%	0
14. No recibe información en el establecimiento donde se atiende la enfermedad	8%	1	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0

EESS: Establecimiento de salud.

Fuente: información primaria del estudio.

7.4 Ruta del paciente para acceder a atención y medicamentos: citas, consulta, farmacia y laboratorio

En esta sección se describirá la ruta que sigue cada paciente con diabetes y/o hipertensión arterial en el establecimiento donde se atiende con el fin de entender

cómo logran acceder al tratamiento de su enfermedad, los procesos de obtención y desarrollo de las consultas médicas, el recojo de medicamentos y realización de exámenes de laboratorio. Sin embargo, de acuerdo al tipo de establecimiento y a la situación particular de cada paciente, el proceso varía y cobra diversos matices.

7.4.1 Establecimientos de salud del primer nivel de atención del Ministerio de Salud

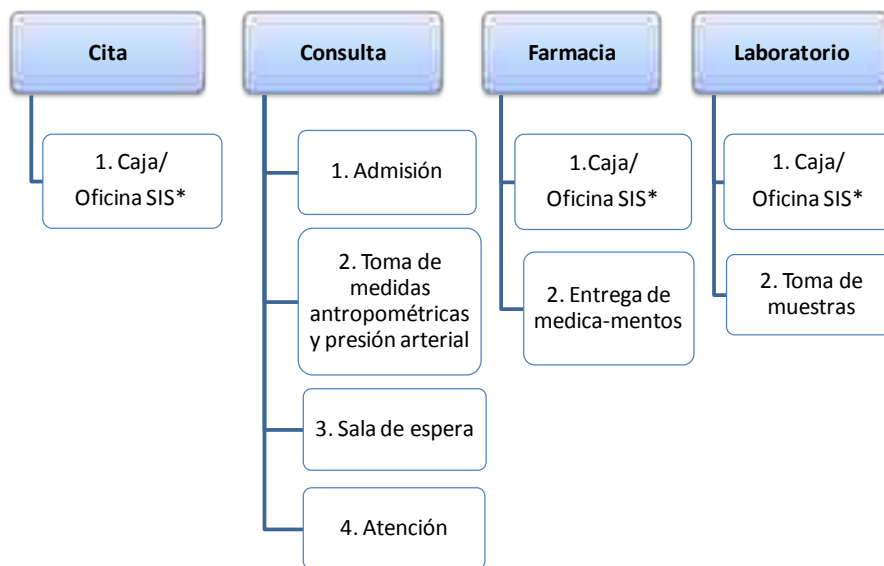
Los pacientes con diabetes y/o hipertensión arterial entrevistados acuden al consultorio médico para tratarse la enfermedad o actualizar la referencia hacia un hospital donde sí realizan el tratamiento que requiere; otro grupo de pacientes señala que solo acuden a la posta o centro de salud para medirse la presión arterial, pero se atienden en hospitales del MINSA o EsSalud.

Los pacientes pueden atenderse de manera particular, por lo que deberán acudir a caja y cancelar el pago de la consulta médica; o empleando el SIS, para lo cual tendrán que solicitar la ficha de atención en la oficina del seguro dentro del establecimiento. Casi siempre el mismo día que acuden a sacar cita para medicina general se realiza la consulta. En cuanto al tiempo que les toma ser atendidos en caja o en la oficina del SIS, dependerá de la hora en la que acuden, suele tardar menos tiempo cuando el paciente llega antes de la hora de inicio de atención (8:00AM).

El siguiente paso es acudir al área de admisión, donde se tramita la historia clínica. Después se toma a los pacientes sus medidas antropométricas (peso y talla) así como se les mide la presión arterial. Finalizado estos procedimientos se disponen a esperar su turno, tiempo que puede oscilar entre 30 y 90 minutos.

Se espera que después de la atención en el consultorio, el paciente acuda con la receta prescrita a la farmacia del establecimiento para solicitar medicamentos de forma gratuita, si cuenta con SIS, o a comprarlos si se atiende de forma particular. Aunque, como se ha mencionado con anterioridad, de no haber en stock, debe adquirirlos fuera. Si les prescriben exámenes de laboratorio, los pacientes deben pagar en caja si es que no cuentan con seguro, mientras que los que tiene seguro acuden a la oficina del SIS para solicitar la autorización para realizarse las las pruebas.

Gráfico 4: Ruta de atención de un establecimiento de salud de primer nivel de atención



* Solo quienes no cuentan con Seguro Integral de Salud cancelan en Caja por el servicio.

7.4.2 Hospital del Ministerio de Salud

Es poco frecuente que los pacientes que acuden a un hospital del MINSA encuentren cita médica el mismo día que la solicitan. Por lo general, lo mínimo que esperarán hasta su consulta es 15 días, dependiendo de la especialidad del médico, y el tiempo que les demora conseguir la cita en persona varía desde 35 hasta 150 minutos. Tanto para la cita y la consulta deben acudir desde tempranas horas si es que quieren tener mejores opciones de ser atendido.

Los pacientes con seguro deben acudir a la oficina del SIS y solicitar una hoja de atención; los que no están asegurados deberán pagar en caja por derecho a la consulta. Luego, en ambos casos, deben acudir a los respectivos consultorios y entregar el comprobante al personal de enfermería. Los pacientes deben pasar por mediciones de presión arterial, peso y talla. Adicionalmente, pueden incluir la prueba de glucosa en ayunas, para lo cual deben pagar en caja S/. 1.00 Nuevo Sol por la tira reactiva. Este servicio se realiza como parte de las actividades correspondientes al "Programa de tratamiento y control de personas con diabetes" del hospital, que forma parte del Programa de Presupuesto por Resultados descrito previamente en el tercer capítulo.

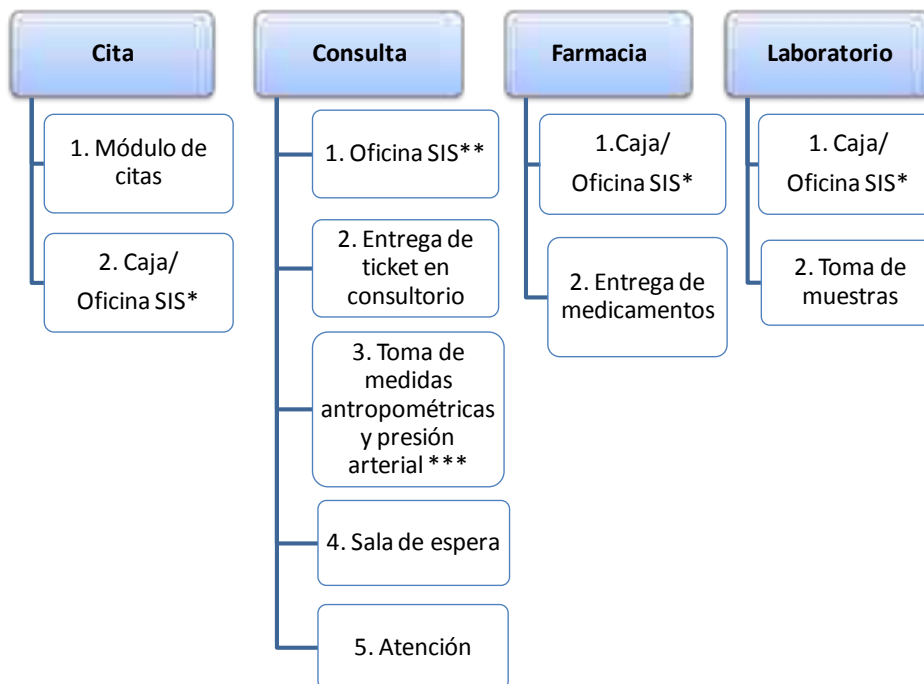
Los pacientes aguardan en sala de espera entre 80 hasta 180 minutos. Los pacientes entrevistados con ambas enfermedades indican que se tratan la hipertensión arterial con el mismo especialista (endocrinólogo) que se encarga de la diabetes.

En cuanto a los medicamentos, aquellos que adquieren en la farmacia del hospital indican que demoran entre 10 a 30 minutos en recogerlos. Los que cuentan con SIS deberán previamente acudir a la Oficina del SIS para que autoricen la entrega de medicamentos. Cabe precisar que hay pacientes, con y sin seguro, que acuden a

farmacias privadas pues no encuentran los medicamentos prescritos en la farmacia del hospital.

Por último, algo similar ocurre con las pruebas de laboratorio, si los pacientes cuentan con SIS entonces deberán acudir a la oficina del seguro y luego, ese mismo día u otro, según las indicaciones, se podrán realizar las pruebas de laboratorio. Ningún paciente indicó que se realiza exámenes en establecimientos privados.

Gráfico 5: Ruta de atención del hospital del MINSA



*Solo quienes no cuentan con Seguro Integral de Salud cancelan en Caja por el servicio.

**Quienes cuentan con SIS deben solicitar hoja de atención.

***Medición de glucosa, pero solo en pacientes que no cuentan con análisis de glucosa.

7.4.3 Policlínicos de EsSalud

Los pacientes entrevistados que se atienden en un policlínico de EsSalud obtienen sus citas para consulta médica de manera presencial o por vía telefónica, esta última suele ser la opción más empleada. Sin embargo, para conseguir la cita deben llamar desde las 6:30am, y según un paciente, debe llamar hasta tres veces y esperar por cada llamada en promedio 10 a 15 minutos hasta conseguir la cita. Los pacientes con hipertensión arterial o diabetes son citados, en principio, por el médico cada tres meses. Sin embargo, algunos pacientes con ambas enfermedades indican que es más complicado obtener cita para cardiología por lo que optan por acudir con internista o tratarse la enfermedad con el médico endocrinólogo.

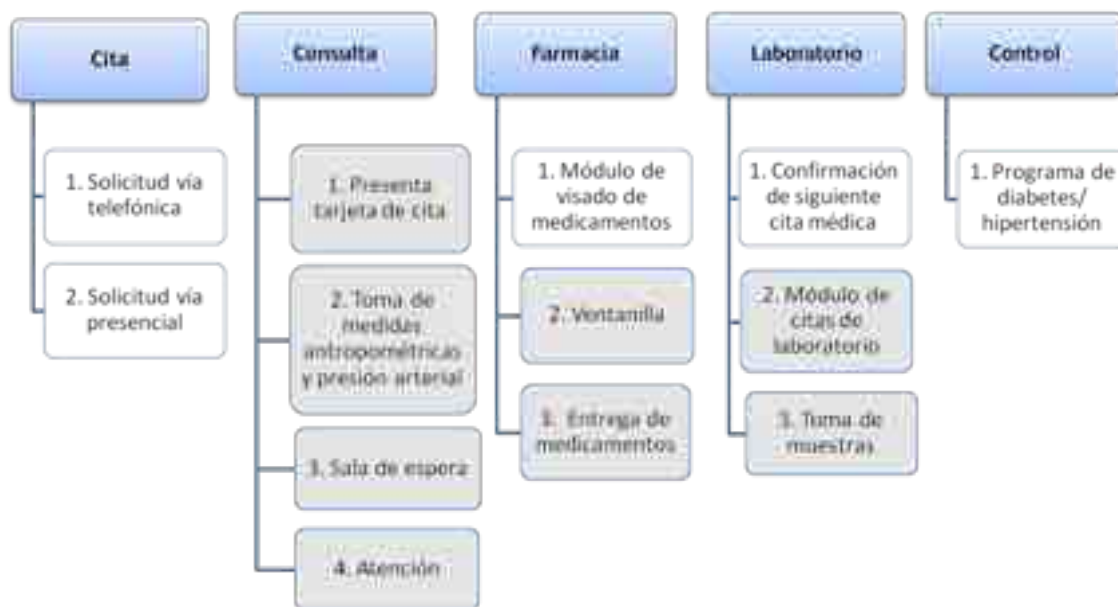
Antes de la consulta, que suele durar entre 10 y 20 minutos, el paciente aguarda en sala de espera entre 30 minutos y 2 horas para ser atendido. Si debe acudir a un establecimiento de mayor nivel de atención, como un hospital, para realizarse alguna prueba específica o acudir a otro especialista debido a una complicación de su enfermedad, entonces se presentará en la oficina de referencias con las indicaciones

dadas por el médico tratante. Durante la siguiente semana, personal del establecimiento se contacta con el paciente para avisarle que está lista la solicitud. Con la referencia aprobada, donde se indica la fecha y el consultorio al que debe acudir, el paciente puede acceder al servicio que requiere.

En cuanto a farmacia, las recetas se prescriben para un tratamiento de tres meses por cada consulta médica realizada, pero los pacientes deberán acudir mensualmente a recoger medicamentos para 30 días, lo cual les suele generar incomodidad por el tiempo y costo de transporte que les toma. Cuando no hay en stock de medicamentos, algunos compran en farmacias privadas, otros aguardan hasta que repongan los medicamentos, y acuden o llaman para verificar si ya se cuenta con los mismos. Por último, para acceder a los servicios de laboratorio, es imprescindible que el paciente tenga confirmada la fecha de la siguiente consulta médica pues de ese modo se programan las pruebas, cuyos resultados irán directamente a la historia clínica para el conocimiento del médico tratante.

Los pacientes al estar dentro del Programa de hipertensión arterial o diabetes deben acudir mensualmente al policlínico para sus respectivos controles, realizados por el personal de enfermería, con una duración no mayor a 10 minutos. A los pacientes con diabetes, además de las medidas antropométricas y la toma de presión arterial, les hacen examen de glucosa.

Gráfico 6: Ruta de atención en policlínico de EsSalud



7.4.4 Hospital de las Fuerzas Armadas

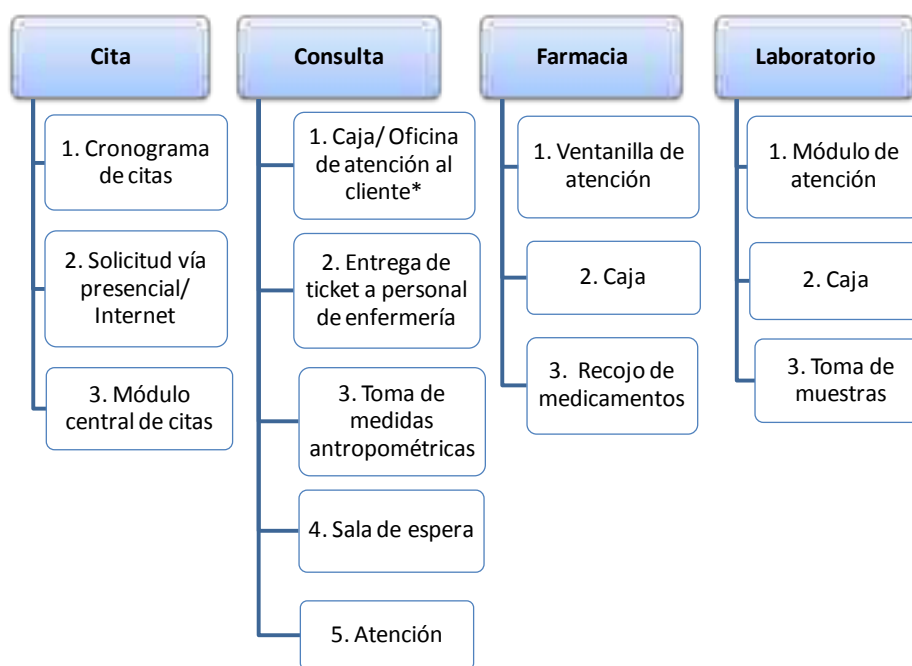
Para poder acceder a la atención los pacientes del hospital de FFAA tienen primero que acercarse al módulo de citas, en las fechas que establece el cronograma para cada consultorio. Aunque también hay la posibilidad de acceder vía Internet. Pueden demorarse de una a cinco horas para acceder a la cita, como afirmaron tres pacientes.

Sin embargo, algunas personas logran obtener un cupo para ser atendidos en menos de 30 minutos, al contar con la ayuda de alguna amistad que trabaja en el hospital. Los pacientes entrevistados que tienen ambas enfermedades se tratan la hipertensión arterial con el endocrinólogo que le atiende la diabetes.

El día de la consulta los pacientes cancelan en caja el importe por la atención. Luego se dirigen a los consultorios y entregan los comprobantes al personal de enfermería, quien procede a tomarle las medidas antropométricas y la presión arterial. El tiempo que aguardan en sala de espera oscila entre 45 y 180 minutos; la consulta dura de 5 a 20 minutos.

Después de consulta los pacientes acuden a la farmacia del hospital, donde deben esperar en promedio 45 minutos, de contar con los medicamentos en stock. Cuando no hay, deben retornar otro día o llamar para preguntar si ya están disponibles. En cuanto a los exámenes de laboratorio, dependerá del tipo de prueba indicada para que los pacientes retornen al día siguiente o programen una fecha para realizarse las pruebas.

Gráfico 7: Ruta de atención del hospital de FFAA



* Los pacientes que se atienden por primera vez deben tramitar la historia clínica en esta oficina.

7.4.5 Clínica privada

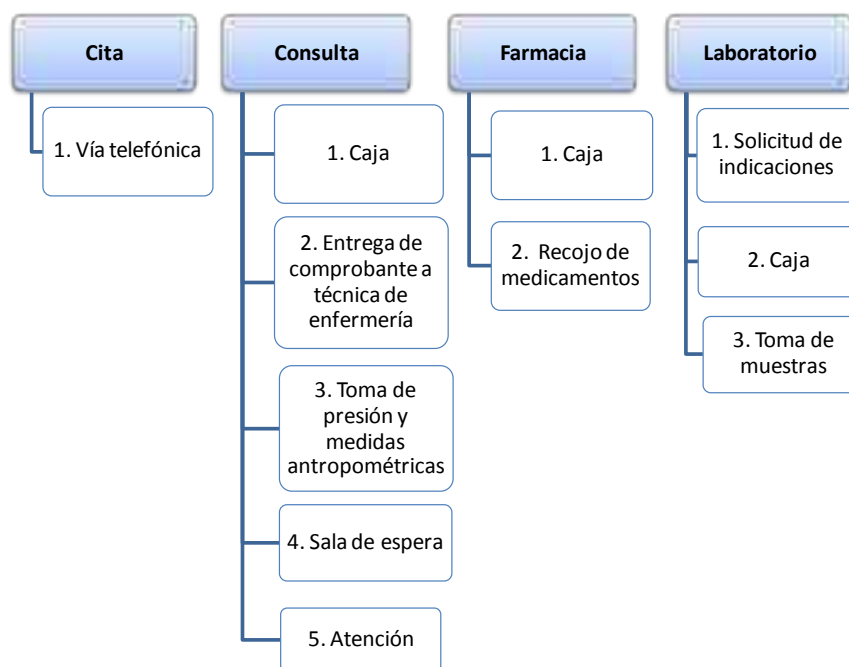
La mayoría de pacientes de la clínica privada que fueron entrevistados indicaron que suelen solicitar la cita médica vía telefónica. Aquellos que tienen diabetes acuden al consultorio de endocrinología. En cuanto a los pacientes con hipertensión arterial, de todos los casos solo uno acude a medicina interna, los demás se atienden con el consultorio de cardiología.

El día de la consulta el paciente primero se dirige a caja, lo cual le toma de cinco a 20 minutos, y luego se dirige a la sala de espera, donde el personal técnico le toma la

presión arterial y medidas antropométricas. Luego aguarda la consulta en sala de espera entre 15 y 180 minutos.

La mayoría de pacientes compran sus medicamentos en farmacias privadas y manifiestan que la atención suele ser rápida. Para finalizar, los pacientes acuden a laboratorio de la clínica y piden las indicaciones para realizarse los exámenes. El día que deben realizarse el examen se dirigen a pagar en caja y se acercan a la recepción de laboratorio para los exámenes correspondientes.

Gráfico 8: Ruta de atención en clínica privada



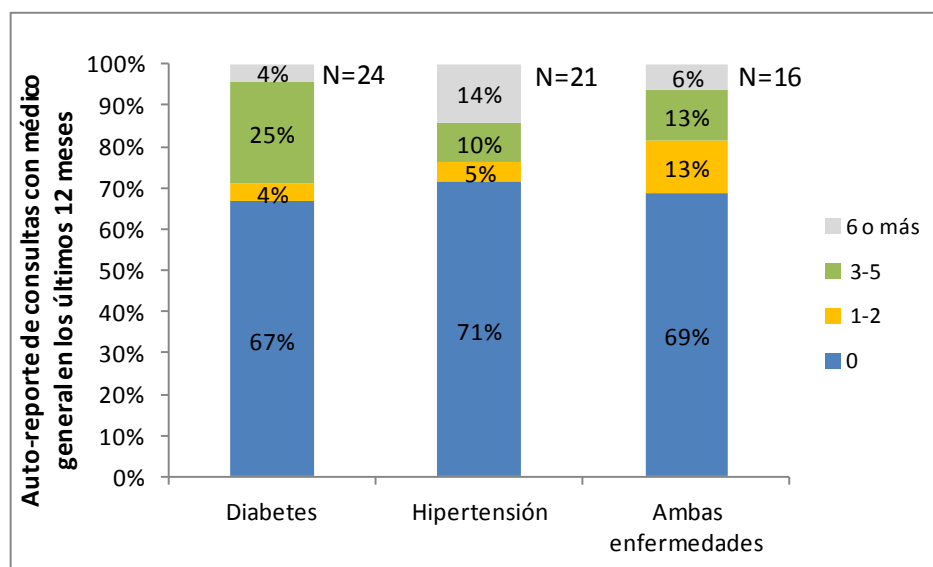
7.5 Acceso a consultas médicas y exámenes de laboratorio

En esta sección se presenta los resultados del auto-reporte brindado por los pacientes acerca de las consultas y exámenes de laboratorio a los que pudieron acceder en los últimos 12 meses. Hemos incluido como parte del análisis el transporte que emplea el paciente para trasladarse hasta el establecimiento, así como el tiempo de espera para la consulta médica.

7.5.1 Acceso a consultas médicas

Al preguntarles a los pacientes sobre la cantidad de consultas a las que tuvieron acceso durante los últimos 12 meses, se obtuvo que siete de cada diez pacientes no tuvo cita con algún médico general (Ver Gráfico 9). Sin embargo, la mayoría de pacientes sí accedió a una o más consultas con algún médico especialista (ver Gráfico 10). En promedio, los pacientes con hipertensión arterial tienen más consultas con médico general, sin embargo, los pacientes con diabetes y con comorbilidad de diabetes e hipertensión arterial acceden más a consultas médicas con especialistas. Entre las especialidades más demandadas se encuentra endocrinología y cardiología.

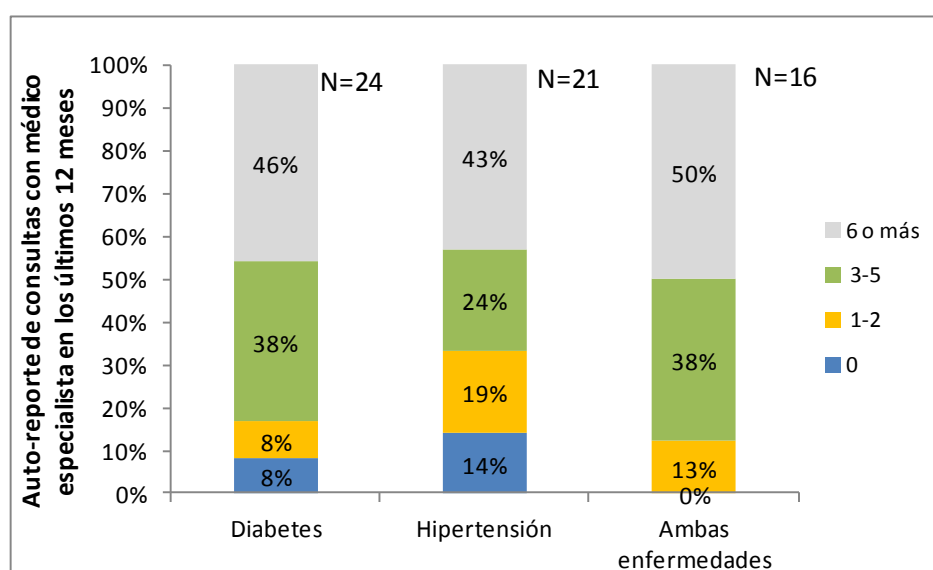
Gráfico 9: Auto-reporte de consultas con médicos generales en los últimos 12 meses



Fuente: información primaria del estudio.

Al analizar el acceso a las consultas médicas por especialistas (ver Gráfico 10) se observa que los pacientes con diabetes y aquellos con comorbilidad de diabetes e hipertensión arterial son los que más acceden a consultas con especialistas, ya que entre el 84% y 88% de ellos, respectivamente, reportó haber tenido de 3 a más consultas en el último año. Todas las personas con comorbilidad de diabetes e hipertensión arterial manifestaron haber tenido al menos una consulta médica con especialista. En contraste, el 8% de pacientes con diabetes y 14% de pacientes con hipertensión no tuvieron consulta con algún médico especialista en el último año.

Gráfico 10: Auto-reporte de consultas con médicos especialistas en los últimos 12 meses



Fuente: información primaria del estudio.

7.5.2 Acceso a exámenes

Al analizar las principales estadísticas de los resultados auto-reportados por los pacientes en el Apéndice 4, se observa que la mitad de los pacientes con diabetes se realizó de 4 a más pruebas de glucosa en ayunas y 2 o más exámenes de perfil lipídico, además, tuvieron al menos una prueba de hemoglobina glicosilada y un examen completo de orina. Sin embargo, menos de la mitad de los pacientes se realizó pruebas de creatinina, microalbuminuria o electrocardiograma.

En los pacientes con hipertensión arterial, la mitad se realizó al menos una prueba anual de glucosa en ayunas, un examen completo de orina, un perfil lipídico y un electrocardiograma. En contraste, las pruebas de creatinina y microalbuminuria son usadas por la minoría de pacientes.

La mitad de las personas con comorbilidad de diabetes e hipertensión arterial se realizan anualmente más de 2 pruebas de glucosa en ayunas y más de un examen completo de orina, así como al menos una prueba de hemoglobina glicosilada, perfil lipídico y creatinina. Solo la minoría accede a pruebas de microalbuminuria y electrocardiograma.

Cabe señalar que en cuanto a la prueba de hemoglobina glicosilada, se realizan alrededor de 700 pruebas al mes en uno de los hospitales del MINSa; en un policlínico de EsSalud, cerca de 500 pruebas; alrededor de 400 en el hospital de la FFAA; y 250 en la clínica privada.

7.5.3 Medio de transporte usado para acceder al establecimiento de salud

La principal forma de transportarse varía según el sector que se esté analizando. Las personas que fueron entrevistadas en establecimientos de menor nivel de atención del MINSa -como puesto y centros de salud- se trasladan desde su vivienda hacia éste a pie o en mototaxi y llegan en menos de 30 minutos. Si el traslado es desde el domicilio de la persona hasta un hospital público del MINSa, entonces el medio que la mayoría de pacientes emplea es el transporte público. Este medio de transporte y el taxi son los más usados por los pacientes que se trasladan a alguno de los policlínicos de EsSalud, al hospital de FFAA o a la clínica privada. A la mayoría de personas que se trasladan hacia algún hospital del MINSa como hacia algún policlínico de EsSalud o clínica privada, les toma menos de 30 minutos llegar al establecimiento. La situación es distinta para quienes acuden al hospital de la FFAA, ya que a la mitad de los paciente les toma entre 1 y 2 horas llegar, mientras que a la otra mitad le toma de 30 a 60 minutos

7.5.4 Tiempo de espera en ser atendido

Los tiempos que deben esperar los pacientes desde que llegan al establecimiento de salud hasta ser atendidos fluctúan considerablemente según el sector (ver Tabla 25). El menor tiempo de espera se alcanza en los puestos y centros de salud del MINSa (73 minutos en promedio), seguido de la clínica privada y el hospital de FFAA (ambos cercanos a los 80 minutos). La espera en los policlínicos de EsSalud dura en promedio 113 minutos, pero puede llegar hasta los 225 minutos. Finalmente, la duración más

larga se da en los hospitales públicos del MINSA, con un promedio de 160 minutos, y puede llegar a durar 315 minutos. En parte, esto se debe a que los pacientes suelen llegar con varias horas de anticipación al inicio del horario de atención para poder ser atendidos ese día.

Tabla 25: Tiempo de espera de la consulta médica según sector

	Puesto y Centro de Salud MINSA	Hospital MINSA	Policlínico EsSalud	Hospital FFAA	Clínica Privada
<i>Tiempo de espera en minutos para ser atendido (desde que llega al establecimiento)</i>					
Promedio	73	160	113	82	81
Mínimo	23	60	45	25	30
Máximo	210	315	225	133	120

Fuente: información primaria del estudio.

7.6 Hospitalización

En el último año, solo ocho de un total de 61 pacientes fueron hospitalizados a causa de alguna complicación de la hipertensión arterial y/o diabetes. Cinco de ellos se atendieron en hospitales del MINSA, uno en un hospital de FFAA y dos en clínicas privadas.

Al indagar por el motivo de la hospitalización, se obtuvo lo siguiente:

- Descompensación a causa de la hipertensión arterial y/o diabetes.
- Infección en el tracto urinario y descompensación.
- Derrame cerebral en paciente con hipertensión arterial y diabetes no controlada.
- Operación para colocación de marcapaso en paciente con hipertensión arterial y diabetes.
- Arritmia cardiaca.

Algunos pacientes reconocen que la falta de control en su presión arterial o glucosa les termina generando complicaciones relacionadas a la hipertensión arterial o diabetes.

"Me caí por mareos producto de la diabetes y me trajeron de emergencia en la mañana. Estuve "hospitalizada" todo el día, hasta las seis de la tarde. Me pusieron insulina porque estaba con glucosa de 420. Primera vez que me pusieron insulina". (Paciente con diabetes de clínica privada)

"He sido hospitalizada tres veces en este último año (...) por descuido porque mi diabetes es agresiva". (Paciente con diabetes de hospital MINSA)

Los pacientes que fueron hospitalizados mencionaron las siguientes dificultades que enfrentar durante la hospitalización y sólo cuatro personas indicaron que no enfrentaron dificultad alguna:

- i. Problemas burocráticos para lograr la admisión hospitalaria. En el caso de un paciente, un familiar gestionó el SIS para lograr que lo hospitalicen. Sin embargo, comentó que hubo demoras en realizar los trámites.
- ii. Problemas económicos para lograr la admisión hospitalaria. Para ser hospitalizado en un hospital de la FFAA se pedía a un paciente una garantía para cubrir los gastos que se generasen durante su hospitalización, de lo contrario no procedía el internamiento.
- iii. Problemas económicos para cubrir algunos gastos como insulina.

7.7 Referencia y contra-referencia

En los establecimientos del MINSA, tanto de menor como de mayor nivel de atención, los médicos se basan en guías elaboradas por el MINSA para realizar los procesos de referencia y contra-referencia de pacientes que cuentan con Seguro Integral de Salud. Para los pacientes no asegurados, las referencias se dan como indicaciones en la receta médica. Para las interconsultas dentro del mismo establecimiento los médicos manejan fichas internas. Se realiza referencia desde establecimiento de menor nivel de atención hacia hospitales del MINSA para que pacientes pasen consulta médica con especialista, exámenes de laboratorio y recojan medicamentos, dado que no se cuentan con estos servicios en el nivel de atención donde fueron entrevistados. Los pacientes deben retornar al establecimiento asignado para renovar la referencia antes de que caduque.

En cuanto a la referencia a otros establecimientos, esta se da solo para procedimientos especiales, como cateterismo cardiaco, o complicaciones severas, por ejemplo retinopatías o problemas cardiológicos de gran complejidad. En esos casos, el médico entrega al paciente una orden de solicitud acompañada de un informe que sustente el procedimiento. Luego, es el mismo paciente quien se encarga de tramitar en la institución referida.

Otra razón para realizar la referencia es debido a que llegan pacientes por Emergencia y en el establecimiento no cuentan con los equipos, con los recursos humanos y con el ambiente adecuado, aunque por el nivel de complejidad si deberían tener. Sin embargo, señalan que los hospitales que a los que deberían referir a los pacientes no los reciben cuando no hay disponibilidad de camas.

Los policlínicos de EsSalud y el hospital de FFAA utilizan formatos de referencia elaborados por las respectivas instituciones. Asimismo, el personal entrevistado en los establecimientos de estos sectores, señalaron que no cuentan con una guía de referencia para otros establecimientos, sino que los médicos usan su experiencia profesional para determinar si amerita el traslado del paciente. Lo mismo sucede en el caso de las interconsultas dentro de la misma institución.

En el caso de los pacientes de EsSalud, estos son referidos cuando presentan complicaciones, como retinopatía diabética, nefropatía diabética, pie diabético, , entre otros; y requieren de la evaluación de un especialista en un hospital de la red de EsSalud que le corresponde al paciente, cuando no está disponible en el equipo profesional del policlínico. También se da la referencia cuando indican procedimientos pero el establecimiento no cuenta con el equipo o hay desabastecimiento de reactivos.

En los casos presentados, el médico genera una hoja de referencia, con la cual el paciente acude a la oficina de referencia para que de trámite a la solicitud. Después de un determinado número de días, el personal del establecimiento entra en contacto con el paciente para que recoja la referencia aprobada, la cual contiene la fecha y el día de la cita.

De un total de 22 personas que mencionaron haber sido referidos a un hospital debido a alguna complicación relacionada a su enfermedad, se obtuvo que la mayoría no tuvo dificultad para ser referidos, sin embargo, seis personas sí refirieron que se dieron problemas. Este es el caso de los pacientes de establecimientos de primer nivel de atención del MINSA y EsSalud, quienes consideraron una dificultad el tiempo que toma tramitar la referencia y, además, tener que actualizarla cada cierto tiempo yendo a establecimiento de origen para que no pierda validez.

8 Asequibilidad y precio de la atención y medicamentos

En esta sección se presenta el análisis de la información sobre precios de los medicamentos, consultas médicas y exámenes de laboratorio empleando información secundaria y también información primaria de las entrevistas realizadas. En los Apéndices 5, 6 y 7 se presentan los cuadros con la información estadística calculada a partir de la información del estudio.

8.1 Precios de las consultas médicas y exámenes de laboratorio

El precio de las atenciones médicas varía en función al sector. Todas las consultas médicas de EsSalud para los afiliados que fueron entrevistados no requieren de realizar copagos al igual que los asegurados por el SIS. Los demás pacientes que se atienden en el MINSa sin seguro o aquellos que se atienden en el hospital de FFAA con seguro, pagan entre S/.5.00 y S/.7.00 por la consulta. La situación es muy distinta en el sector privado, donde el precio varía en cada establecimiento, y a veces, también según la demanda por los servicios del médico. Así, en los pacientes entrevistados, se obtuvo que el precio máximo que pagaron por una consulta médica en una clínica privada fue S/.49.00.

De las pruebas para el diagnóstico y control de la diabetes y presión arterial, se tiene que las más costosas de realizar son la hemoglobina glicosilada, tolerancia a la glucosa, y microalbuminuria (ver Apéndice 9). Mientras que las pruebas más asequible son la de glucosa en sangre tomada en ayunas y la creatinina.

8.2 Precios de los medios de transporte utilizados para acceder al establecimiento de salud

En la siguiente tabla se presentan los costos de transporte promedio estimados para cada sector. El traslado hacia algún puesto o centro de salud del MINSa presenta el menor costo por ida (S/.0.75), seguido del hospital MINSa (S/.2.39) y policlínico de EsSalud (S/.2.62). La clínica privada y el hospital de la FFAA tienen los costos promedio más altos de traslado (S/.3.15 y S/.4.55, respectivamente).

Tabla 26: Costo de transporte según sector

Precio de transporte (sólo ida), en S/.	Puesto y centro de salud MINSa	Hospital MINSa	Policlínico EsSalud	Hospital FFAA	Clínica Privada
Promedio	0.75	2.39	2.62	4.55	3.15
Mínimo	0.00	0.70	0.50	1.20	0.00
Máximo	3.00	10.00	6.00	12.00	7.00

Fuente: información primaria del estudio.

8.3 Precios de medicamentos según información secundaria

El análisis que se presenta a continuación se ha realizado empleando data del Observatorio de Precios de Medicamentos de DIGEMID (MINSa) sólo para Lima, debido a que la información primaria que se recolectó también fue solo para esta región. La información fue descargada en el mes de julio de 2013 para el caso de los

medicamentos para tratar la hipertensión arterial, así como en agosto de 2013 para los medicamentos para la diabetes.

8.3.1 Medicamentos orales para hipertensión arterial

Dos de los principales medicamentos que se venden para el control de la presión arterial son captopril (25mg y 50mg) y enalapril (5mg, 10mg y 20mg). En los establecimientos privados, la mediana del precio unitario de captopril 25mg es S/. 0.10 Nuevos Soles y S/.0.30 Nuevos Soles para captopril 50mg. En el sector público, la mediana del precio unitario es S/.0.02 Nuevos Soles. El ratio de medianas del precio en el sector privado entre el precio en el sector público es de 5 a 1, lo cual muestra la brecha que existe entre lo que pagan los pacientes cuando tienen que adquirir sus medicamentos en una farmacia privada frente a si lo adquieren en el establecimiento público donde se atienden. De manera similar, el ratio de medianas de precios para enalapril 10mg es de 10 a 1 (privado frente a público), para losartán 50mg es 12.5 a 1, mientras que para hidroclorotiazida 25mg puede llegar hasta 50 a 1.

8.3.2 Medicamentos orales para diabetes

Al realizar el mismo tipo de análisis en los medicamentos orales para tratar la diabetes, se obtiene que el ratio de mediana de precios de glibenclamida 5mg asciende a 15, la metformina 850mg a 16.6 y la glimepirida 2mg a 56.5. Es decir, los precios que fijan las farmacias y establecimientos privados pueden llegar a ser considerablemente más altos que en los establecimientos públicos. Como hemos mencionado previamente los pacientes no tienen otra salida que adquirir sus medicamentos en las farmacias privadas, más aún si les han prescrito medicamentos compuestos como glibenclamida-metformina (5mg-500mg), los cuales no son posibles de adquirir en establecimientos del sector público.

8.3.3 Insulina

En el caso de la insulina, si bien se han considerado ocho presentaciones para el análisis, los establecimientos del sector público solamente cuentan con dos presentaciones distintas: la insulina humana tipo N de acción intermedia y la insulina humana tipo R de acción lenta o regular. Respecto a estas dos variedades, el precio unitario en los establecimientos privados oscila entre S/.35 Nuevos Soles y S/.83.21 Nuevos Soles por vial de 10ml. La mediana es S/.54.20 Nuevos Soles para la insulina de acción intermedia y S/.66 Nuevos Soles para la insulina de acción corta o regular. En los establecimientos públicos, el precio oscila entre S/.9 Nuevos Soles y S/.38.75 Nuevos Soles, y la mediana es S/.19.19 Nuevos Soles para la insulina de acción intermedia y S/.23.88 Nuevos Soles para la insulina de acción corta o regular. Las presentaciones de insulina de acción rápida (Gliulisina y Lispro) solamente se venden en establecimientos privados con precios que pueden llegar a costar S/.139.31 Nuevos Soles (Lispro). Finalmente, el precio de las insulinas de acción prolongada (Glargina) presentan el mayor precio registrado en base de datos de precios de medicamentos, a S/.240 Nuevos Soles. Al tener poca información disponible sobre los precios de insulina en los establecimientos públicos, se cuenta con poco margen para hacer comparaciones de la situación entre el sector público y privado. De hecho, tal como se aprecian en

secciones previas, los pacientes que se atienden en el MINSA terminan comprando su insulina en farmacias privadas.

8.4 Precios de los medicamentos según información brindada por pacientes

La información brindada por los pacientes (ver Apéndice 8) nos permite conocer que el medicamento antidiabético más utilizado es la metformina 850mg y, en caso de los pacientes que realizan pagos de bolsillos, llegan a gastar hasta S/.1.2 Nuevos Soles, que se traduce en un costo mensual de S/.45.3 Nuevos Soles. Los medicamentos combinados, como por ejemplo glibenclamida-metformina (5mg-500mg) y glimepirida-metformina (4mg-1000mg), pueden costar mensualmente en entre S/.150 Nuevos Soles y S/.248 Nuevos Soles, respectivamente. Estos costos mensuales de tratamiento representan montos prohibitivos y no asequibles para la población en general, considerando que el salario mínimo mensual, en el periodo 2013-2014, es S/.750 Nuevos Soles. Por lo cual, los tratamientos con la medicación combinada mencionada equivaldrían al 21% y 33% del sueldo mínimo.

Los tratamientos para diabetes que requieren insulina también constituyen un reto para quienes deben realizar gastos de bolsillo. Por ejemplo, nueve personas entrevistada reportaron ser consumidores de insulina humana N (en vial de 10ml 100UI/ml), cuyo tratamiento puede llegar a costar hasta S/.156 Nuevos Soles sólo en gastos de insulina al mes, según la informado. El gasto de insulina sumado al de jeringas y agujas (S/.32.5 Nuevos Soles), tiras reactivas (S/.187.2 Nuevos Soles) y lancetas (S/.30 Nuevos Soles), puede ascender hasta S/.405.7 Nuevos Soles al mes, equivalente al 54% del sueldo mínimo mensual. El monto mencionado no incluye la inversión que previamente debe haber hecho la persona en comprar un glucómetro, que tiene un costo estimado entre S/.230 Nuevos Soles y S/.350 Nuevos Soles. Cabe señalar que el monto mensual que deben gastar las personas que necesitan insulina, variará considerablemente dependiendo de la dosis que requiere, la frecuencia con la que se monitorea la glucosa, la frecuencia con la que emplea jeringas, agujas, entre otros factores.

La situación de la hipertensión arterial nos muestra que en la mayoría de medicamentos el gasto mensual es asequible y por debajo de los S/.15 Nuevos Soles. Sin embargo, existen dos medicamentos con precios muy elevados y cuyo uso como fármacos para tratar la hipertensión arterial puede llegar a costar mensualmente S/.141 Nuevos Soles en el caso de losartán potásico de 50mg y S/.222 Nuevos Soles en el caso de irbesartán de 300mg. Adicionalmente, si el paciente optara por comprar un tensiómetro electrónico para el automonitoreo de la presión arterial, tendría que invertir aproximadamente S/.150 Nuevos Soles.

8.5 Composición del precio de los medicamentos

Los medicamentos están afectos de distintos sobrecostos que se calculan sobre el valor CIF (*Cost, Insurance and Freight*) del medicamento como los siguientes [53]:

- Impuesto ad valorem de 12%
- Impuesto General a las Ventas (IGV) de 18%

- Seguro de 2%
- Margen de ganancia del importador entre 20%-30%
- Margen de ganancia del distribuidor mayorista -solo aplicable en el caso en que el medicamento se vende en el sector privado- de 25%
- Margen de ganancia del vendedor minorista de 50%
- Margen de ganancia de establecimientos públicos de 25%

El margen de ganancia del vendedor minorista es lo que más puede llegar a variar, así como el del distribuidor mayorista, cuyas ganancias van de acuerdo al precio del medicamento y pueden ser considerablemente altas.

En el caso de los medicamentos antidiabéticos, varios de estos fueron exonerados del pago de arancel a la importación y del IGV (Normas: DS 016-2006-SA, DS 005-2008-SA, DS 005-2009-SA and DS 007-2010-SA), con la finalidad de reducir el precio de venta al público y promover un mayor acceso. Esta medida se dio también para medicamentos oncológicos y antiretrovirales. Estudios realizados por diversas entidades [54, 55] mostraron que los precios al público no se redujeron como se esperaba y que en algunos casos estos precios incluso aumentaron [54]. Una de las explicaciones es que de los 31 principios activos que fueron incluidos, 17 presentaban una oferta potencial monopólica [55]. De este modo, en la venta al por menor de medicamentos para la diabetes se observó que en el 75% de medicamentos el beneficio de la exoneración no se trasladó al precio de venta [55]. Esta cifra ascendió a 44% en el caso de los precios de venta en el sector público.

8.6 La adquisición, distribución y el abastecimiento de medicamentos

En la mayoría de los establecimientos de las distintas entidades del sector público se determina la cantidad de medicamentos e insumos a comprar de acuerdo a la demanda efectiva en el último año. Para ello se hace una proyección anual de lo que se espera necesitar, basándose en información histórica, y se procede con el pedido de compra cada trimestre con el apoyo de las áreas u oficinas que ejecutan funciones relacionadas a la logística y planeamiento. Sin embargo, un problema relacionado a la estimación de la demanda es que los médicos no registran muchas veces de forma correcta el diagnóstico de los pacientes.

Las adquisiciones de medicamentos se realizan principalmente sustentándose en el listado que aparece en el Petitorio Nacional Único de Medicamentos Esenciales para las adquisiciones del MINSa. Este Petitorio considera aquellos medicamentos fundamentales para atender las necesidades de salud de la población. En la práctica, las distintas entidades del sector salud manejan diferentes Petitorios, los cuales son usados en las adquisiciones, específicamente, para la selección de medicamentos según los protocolos de atención con los que se cuenta. Así, el Petitorio de EsSalud es distinto al del MINSa en cuanto a medicamentos para la diabetes e hipertensión arterial. Al comparar el Petitorio de ambas entidades, es interesante notar que mientras en el MINSa solo están incluidas la insulina humana y la insulina isófana, en EsSalud están incluidas adicionalmente la insulina glargina y la insulina lispro.

Tanto en EsSalud, como en MINSA, FFAA y otras entidades públicas, si los medicamentos se adquieren mediante compras corporativas, es de esperar que se den retrasos que afectan el abastecimiento oportuno en los establecimientos. Las compras conjuntas se implementaron desde el año 2003 con el fin de reducir el precio de compra, lo cual sí se ha logrado, pero enfrentando también dificultades propias de los procesos de adquisiciones estatales. El marco legal de las compras de medicamentos ha sido analizados a profundidad en varios estudios [56, 57] en los que además se describen los procesos de selección para la adquisición de estos bienes.

La adquisición de medicamentos es un proceso asociado a una serie de problemas que explican el desabastecimiento de medicamentos en los distintos establecimientos del sector público, como por ejemplo: demoras en la elaboración de estudios de mercado para la determinación del precio referencial; demoras e incumplimientos con los plazos acordados por parte del proveedor seleccionado; procesos de compra declarados desiertos; procesos de impugnación de postores que terminan retrasando el proceso; compras que resultan con fallas en los productos lo cual requiere realizar trámites de devolución o juicios al laboratorio, etc.

Relacionado a los problemas mencionados, la supervisión es importante en la ejecución de los contratos [55, 58], ya que este tipo de incumplimientos conllevan a caídas en el stock. En esa línea, Seinfeld y La Serna [56] mencionan que el marco legal existente para las contrataciones estatales ofrece incentivos para las demoras en los procesos y no garantiza precios competitivos. Además, añade que es importante contar con sistemas de vigilancia de la calidad de medicamentos.

Se espera que se den mejoras a futuro con la creación de la Dirección de Abastecimiento de Recursos Estratégicos en Salud (DARES) en el 2010, el cual se constituye como órgano a cargo de las compras de medicamentos del Petitorio del MINSA, entre otros. Desde el 2011, esta entidad ha participado en la organización de las compras conjuntas de las distintas entidades públicas del sector salud. Además de los problemas asociados a las compras, durante el primer trimestre del año suelen darse -según funcionarios entrevistados- problemas de desabastecimiento en los establecimientos de salud del MINSA, en parte, debido a las demoras en contabilizar las compras y distribuirlas a las redes y los establecimientos. Esta situación está asociada a la falta de guías de buenas prácticas para la distribución de medicamentos y su correcta supervisión [58].

9 Recomendaciones

Para mejorar la atención y el acceso a medicamentos de los pacientes diagnosticados con diabetes y/o hipertensión arterial, proponemos las siguientes recomendaciones, basadas en la evidencia presentada en este estudio.

1. A nivel del MINSA como ente rector

Desde su creación, la ESN de Prevención y Control de Daños No Transmisibles viene realizando acciones para hacer frente a la hipertensión arterial y la diabetes. Sin embargo el cumplimiento de la totalidad de sus objetivos, trazados en el Plan General 2004-2012, se ha visto impedido por diversos factores. De esta manera, por ejemplo, existen vacíos en la normatividad nacional, como el desarrollo y aprobación de las GPC de alcance nacional para diabetes e hipertensión arterial en todos los niveles de atención.

- 1.1 Fortalecer la coordinación de la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de Daños No Transmisibles, para que se constituya como un espacio de articulación entre las distintas instituciones del sector. Además se requiere visibilizar y difundir el trabajo que realizan, así como aumentar el número de personal dedicado a estas funciones.
- 1.2 Aprobar el Plan de la Estrategia Sanitaria Nacional de Control y Prevención de Daños No Transmisibles para el periodo 2014-2021.
- 1.3 Reforzar el Piloto del Sistema de Vigilancia de Diabetes, con la finalidad de que la información pueda emplearse en la planificación y toma de decisiones de las entidades públicas y privadas del sector salud.
- 1.4 Generar normativa especial para el manejo de pacientes con diabetes tipo I, inexistente en la actualidad. Designar el desarrollo de la normativa (para diabetes tipo I y tipo II) como prioridad en el Plan de la Estrategia 2014-2021.
- 1.5 Elaborar y aprobar GPC de hipertensión arterial para el segundo y tercer nivel de atención. En el caso la diabetes mellitus tipo II, elaborar y aprobar las guías para todos los niveles de atención. En estas guías se debe establecer claramente las responsabilidades en diagnóstico, tratamiento y seguimiento, incluyendo la atención de profesionales de medicina general en el primer nivel de atención, e información útil para profesionales de enfermería, nutrición y otras especialidades pertinentes.

2. Desarrollo de investigación

El desarrollo de investigaciones sobre la hipertensión arterial y la diabetes en el Perú aún es escaso. Es necesario generar evidencia que sirva para tomar decisiones y llevar a cabo acciones para hacer frente a estas enfermedades.

- 2.1 Incluir en las agendas de investigación nacional y del MINSA el estudio sobre la diabetes e hipertensión arterial, no solo mediante estudios clínicos

epidemiológicos, sino mediante diversos tipo de estudios que permitan entender las creencias, actitudes y comportamiento de los pacientes de estas enfermedades, así como promover estudios sobre la capacidad de respuesta del sistema de salud para atender a estos pacientes, entre otros temas.

- 2.2 Incluir en la agenda pública la importancia de contar con estudios de bioequivalencia, la ausencia de estos dificultan la compra de medicamentos genéricos de calidad.

3. Adquisición de recursos

Los recursos humanos, físicos y financieros para la atención de pacientes con hipertensión y diabetes no logran satisfacer la demanda real. Consecuencia de ello, por ejemplo, los establecimientos soportan periodos de desabastecimiento de reactivos para pruebas de laboratorio y medicamentos. En vista de ello, se propone:

- 3.1 Realizar estudios técnicos para proyectar adecuadamente los recursos físicos, humanos y financieros necesarios para cubrir la mayor demanda que se espera para atender a pacientes con enfermedades no transmisibles.
- 3.2 Mejorar las capacidades de quienes tienen la función de llevar a cabo la programación de bienes y servicios de acuerdo a la demanda real. Por ejemplo la dotación de instrumentos para el monitoreo de la presión arterial y la glucosa, que requieren los establecimientos de salud para brindar una adecuada atención. La demanda no debe basarse solo en el histórico, sino también en variables como aumento poblacional, progresión de las enfermedades no transmisibles, aumento de asegurados, etc.

4. Atención ambulatoria

Los establecimientos de salud del primer nivel de atención no se encuentran preparados para brindar atención de control y seguimiento a los pacientes con diabetes, hipertensión arterial complicada o con ambas enfermedades. Los pacientes acuden principalmente para solicitar o renovar la referencia a un nivel superior. Esto ocasiona, en parte, la saturación de los hospitales y policlínicos.

- 4.1 Fortalecer los establecimientos del primer nivel de atención del MINSA para que puedan brindar atenciones de control y seguimiento a pacientes con diabetes e hipertensión arterial complicada, de esta manera se reduce la saturación en la que están los establecimientos del segundo y tercer nivel de atención. Para ello se deberá evaluar la posibilidad de realizar en el primer nivel de atención pruebas que no estaban contempladas, como la hemoglobina glicosilada; asimismo, se recomienda abastecer de un mayor número y variedad de medicamentos por ejemplo, la disponibilidad de la hidroclorotiazida; así como también se requiere contar con profesionales de medicina general lo suficientemente entrenados para atender pacientes con estas enfermedades.

- 4.2 Programar las citas médicas de control de la enfermedad para todo el año. Esto incluso facilitará que el paciente pueda atenderse con el mismo profesional de medicina. Se debe tomar en cuenta que si el curso de la enfermedad varía el paciente pueda solicitar y reprogramar el número de citas que se requiera.

5. Diagnóstico

- 5.1 Fomentar la importancia de un adecuado diagnóstico de la enfermedad. Por ejemplo, el diagnóstico de la hipertensión arterial con tres mediciones de la presión en distintos momentos.
- 5.2 Sensibilizar al personal de salud acerca de que el primer diagnóstico de la enfermedad ofrece una oportunidad única para ganar la confianza del paciente e implementar actividades para la prevención de complicaciones.

6. Disponibilidad de medicamentos para el tratamiento de diabetes y la hipertensión arterial

La baja disponibilidad de medicamentos e insumos médicos en los establecimientos de salud se explica por múltiples causas. Una de ellas está relacionada con la proyección inexacta de lo que se espera para el año que repercute en prolongados periodos de desabastecimiento. Otra causa es que muchos tipos de medicamentos solo son distribuidos en hospitales o policlínicos, mas no en los establecimientos de primer nivel de salud del sector público.

- 6.1 Estudiar mecanismos idóneos y más precisos para la estimación de la demanda de insumos y medicamentos, ya que actualmente los pedidos de estos bienes se realizan siguiendo información histórica del número de recetas y pacientes atendidos en todas las instituciones.
- 6.2 Vincular el suministro de jeringas con el de insulina y que estas estén disponibles en las farmacias de los establecimientos de salud. Para ello, es necesario implementar cambios en la normatividad para permitir que la insulina pueda utilizar la cadena de frio con la que cuentan los establecimientos del primer nivel del MINSa para vacunas. Especialmente, que puedan aplicar insulina en pacientes que por algún descuido hayan dejado su medicación en casa, o que vivan en la comunidad y no puedan comprar toda la medicación completa pero pueden adquirirla de forma unitaria según lo que necesitan.
- 6.3 Agregar criterios que aseguren la calidad de los medicamentos adquiridos por compras públicas, y evitar que el precio sea el único o el más importante criterio de selección.
- 6.4 Incluir en el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de pacientes con diabetes tipo I así como las complicaciones de la diabetes e hipertensión arterial.

7. Asequibilidad de los medicamentos e insumos médicos

La diferencia entre los precios de los medicamentos que ofrecen las farmacias del sector público y privado es muy grande. Al igual que los pacientes particulares, aquellos con algún tipo de seguro público terminan adquiriendo medicamentos en las farmacias privadas debido a la falta de disponibilidad que atraviesan las farmacias de los establecimientos donde se atienden.

- 7.1 Monitorear y generar alertas sobre la disponibilidad de medicamentos para el tratamiento de la diabetes e hipertensión arterial en todos los establecimientos de salud, especialmente del sector público, con la finalidad de tomar medidas ante la escasez de medicamentos.
- 7.2 Mejorar el registro y presentación de la información de precios de medicamentos de la DIGEMID. La base de datos de precios de medicamentos debe ser útil al usuario final, además de contribuir a reducir las asimetrías de información. Se sugiere adaptar el formato actual a uno más amigable que supere la brecha educacional y digital.
- 7.3 Ofrecer mecanismos de pago al crédito de medicamentos para pacientes con enfermedades crónicas.

8. Educación al paciente con hipertensión arterial y/o diabetes

La educación brindada al paciente para el control de su enfermedad durante la consulta médica suele ser mínima. Además de la consulta, son pocos los espacios que tiene el paciente para conocer y comprender su enfermedad, y así empoderarse con un rol activo en el control de su enfermedad.

- 8.1 Definir roles y responsabilidades entre los profesionales de medicina y personal de salud en general para la educación e información a pacientes, generando mecanismos de incentivos para cumplan dichos objetivos.
- 8.2 Entrenar al personal de salud para que tengan las herramientas para educar al paciente, familiares y/o cuidadores sobre la prevención y el control de la diabetes o hipertensión arterial. Se requiere desarrollar materiales de entrenamiento estandarizado para profesionales de enfermería, personal técnico de laboratorio y farmacia, y otros que se consideren necesarios.
- 8.3 Implementar actividades para el empoderamiento de profesionales de enfermería y personal técnico de enfermería en el manejo preventivo de las enfermedades no transmisibles y sus complicaciones.
- 8.4 Ofrecer entrenamiento a pacientes que cuentan con tensiómetros y/o glucómetros para fomentar un uso adecuado de los mismos.
- 8.5 Usar el tiempo de espera para informar al paciente sobre su enfermedad. Por ejemplo, la importancia de la adherencia al tratamiento farmacológico, cambios en los estilos de vida, entre otros temas.

- 8.6 Promover la participación de los pacientes en los clubes existentes, así como fomentar la creación de clubes de pacientes con diabetes o hipertensión arterial en todos los niveles de atención y en los distintos sectores.

9. Monitoreo de la diabetes y/o hipertensión arterial

Los costos elevados de los equipos e insumos para el auto-monitoreo de la diabetes o la hipertensión, que en la actualidad se encuentran fuera de la cobertura de cualquier seguro de salud, dificultan la realización de este procedimiento por parte de los pacientes.

- 9.1 Asegurar que el 100% de establecimientos de salud del primer nivel de atención cuenten con glucómetros y tensiómetros disponibles y debidamente calibrados para brindar el servicio de monitoreo de los pacientes. Asegurar también que cuenten con los insumos necesarios para su uso.
- 9.2 Fomentar las mediciones de presión arterial de forma gratuita en todos los establecimientos de salud. Asimismo, implementar la medición de glucosa en sangre con glucómetro portátil en todos los establecimientos de salud a un precio asequible para la población.
- 9.3 Ofrecer mecanismos de pago al crédito de equipos e insumos para el auto-monitoreo en pacientes con enfermedades crónicas.

10. Actividades de prevención de la diabetes e hipertensión arterial

La promoción de estilos de vida saludable y prevención de la diabetes e hipertensión promovidas desde los establecimientos de salud del primer nivel de atención son actividades muy importantes, pero poco frecuentes.

- 10.1 Impulsar en los establecimientos del primer nivel de atención la realización de campañas permanentes de tamizaje de la hipertensión arterial y la diabetes, así como sesiones demostrativas de preparación de comidas saludables. Se debe lograr establecer mayor vínculo entre el establecimiento de salud, las autoridades locales y la comunidad.
- 10.2 Desarrollar guías sobre alimentación saludable para pacientes con diabetes y/o hipertensión arterial, adaptadas al contexto y cultura local, utilizando productos de la zona y de bajo costo. Asimismo, difundir dichas guías mediante campañas informativas en medios de comunicación masivos.

10 Conclusiones

Este estudio presenta la situación actual del manejo de las ENT en Perú, específicamente de la hipertensión arterial y diabetes, empleando una herramienta de investigación propuesta por Alliance/OMS. Esta información fue recolectada en distintos niveles del sistema de salud empleando fuentes primarias y secundarias. La recolección de información primaria se desarrolló en la ciudad de Lima. El análisis integrado de la información permitió conocer las principales dificultades en la atención de los pacientes y generar recomendaciones. Sin embargo, las diferencias entre instituciones hacen más complejo el análisis, siendo este estudio un primer paso para conocer la problemática.

Al mes de julio del 2014, los avances respecto al Plan General que se trazó para la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de Daños No Transmisibles 2004-2012 fueron parciales y un nuevo Plan aún no se había aprobado para un siguiente periodo. Asimismo, existen vacíos importantes en la normatividad peruana relacionada al manejo de estas enfermedades, como el desarrollo y aprobación de las GPC de alcance nacional para diabetes e hipertensión arterial. El no contar con un sistema activo y articulado de vigilancia de las ENT y de la disponibilidad de los recursos del sistema de salud -humanos, físicos y financieros- impide tener información clave para la toma de decisiones a nivel nacional y regional.

En este estudio se identificó que las consultas médicas en el sector público se realizan con más de un mes de retraso de la fecha requerida por el paciente. Además, acceder a la consulta demanda un largo tiempo de espera, el cual no está siendo aprovechado para instruir a los pacientes sobre su enfermedad. Esto se da principalmente en las consultas con especialistas (cardiología y endocrinología), dado el déficit que existe en todo el sector público de estos profesionales. Los pacientes con comorbilidad de diabetes e hipertensión arterial enfrentan mayores dificultades en tener que acceder a más citas con especialistas, comprar más medicamentos, etc.

Un hallazgo importante es que un tercio del total de pacientes es diagnosticado luego de ser atendidos en Emergencias de algún hospital público o clínica privada por alguna complicación de su enfermedad.

Las dificultades en el acceso a los medicamentos se dan en varios frentes, como: la desconfianza de los pacientes y del personal de salud sobre la eficacia de los medicamentos genéricos; las abismales diferencias de precios de medicamentos entre el sector público y privado, que pueden llegar a una proporción de 1 a 50; el desabastecimiento de medicamentos generado por múltiples causas como demoras e incumplimientos de los proveedores seleccionados, procesos de compra declarados desiertos, etc.

Consecuencia de ello, tres cuartas partes de los pacientes del MINSA terminan comprando parte o la totalidad de sus medicamentos orales en farmacias privadas. Mientras que solo del 14% al 20% en EsSalud y FFAA. La situación empeora para aquellos pacientes que necesitan insulina y se atienden en el MINSA, ya que la gran mayoría de ellos terminará adquiriendo tanto la insulina como las jeringas en farmacias privadas a causa del desabastecimiento temporal en algunos hospitales y la

inexistencia en los centros de salud. Los medicamentos orales combinados para la diabetes pueden costar mensualmente hasta S/.248 Nuevos Soles, equivalente al 33% del sueldo mínimo. En el caso de pacientes con tratamiento de insulina, el gasto mensual puede ascender a S/.405.7 Nuevos Soles, es decir, equivalente a cerca de la mitad del sueldo mínimo mensual. La situación de la hipertensión arterial nos muestra que los medicamentos básicos como enalapril y captopril conllevan a un gasto mensual asequible y por debajo de los S/.15 Nuevos Soles. Sin embargo, no es así cuando el paciente ya presenta complicaciones y debe incurrir a otros medicamentos.

Pocos son los pacientes que pueden contar con equipos para el automonitoreo de la presión arterial o glucosa. Esto se debe en parte al alto costo de los equipos y la falta de conocimiento en el manejo. Otra dificultad, es el alto costo de las lancetas y tiras reactivas en el caso de quienes usan glucómetro, gastos no cubiertos por los seguros.

El cambio en los estilos de vida, junto a la adherencia al tratamiento farmacológico, es para el personal de salud uno de los mayores obstáculos para el control de la enfermedad. En parte, se debe a que existen serios problemas en cuanto a la información y educación del paciente sobre su enfermedad. La mayoría de veces, esta no es brindada en la consulta médica. Así, a diferencia de los demás sectores, un alto porcentaje de pacientes que manifiestan no haber recibido información alguna sobre cambios en estilos de vida para el control de su enfermedad se encuentran en MINSA, especialmente en el primer nivel de atención que es donde debería estar operando la prevención.

Finalmente, en contraste con la saturación de pacientes que se encuentra en los hospitales y establecimientos donde es posible encontrar especialistas, en el primer nivel de atención se atienden principalmente pacientes con hipertensión sin complicaciones. Los demás pacientes, aquellos con diabetes y con ambas enfermedades acuden al primer nivel de atención para ser referidos a un establecimiento de nivel superior o para renovar la referencia antes de que caduque. Esto implica un mayor tiempo y costo para el paciente y para el sistema de salud. Adicionalmente, se identificó que en muchos médicos generales, según lo que ellos expresan, hay desconocimiento sobre cómo tratar adecuadamente la hipertensión arterial o diabetes.

La implementación de este estudio ha permitido identificar que los retos que toca enfrentar para lograr que los pacientes con ENT reciban una atención adecuada son grandes, especialmente con la implementación del AUS que conllevará a una mayor demanda de servicios. Sin embargo, se espera que los cambios que se están implementando con la Reforma de Salud cierren algunas brechas en el acceso a la atención y los medicamentos.

Agradecimientos

A lo largo del desarrollo de este estudio, hemos recibido el apoyo de diferentes instituciones y personas, que aportaron desde su experiencia y de manera desinteresada en este estudio, contribuyendo con alguno(s) de los siguientes procesos: facilitar el acceso a establecimientos, brindar entrevista, contactar con los profesionales para entrevistas, participar en reuniones, entre otros. Con el fin de mantener la confidencialidad prometida, no listamos los nombres de quienes participaron en el estudio, pero les agradecemos profundamente el tiempo, el apoyo e información brindada. Un agradecimiento especial al equipo de campo, revisores y quienes contribuyeron en distintas fases del estudio, entre ellos: Carlos Huayanay, Miriam Gonzales, María Sofía Chumpitaz, Rodrigo Carrillo, Francisco Diez Canseco, Germán Málaga, Isabel Benate, Julio Medina, Percy Cárdenas, Romina Tejada, Lucero Cahuana, entre otras personas.

Referencias

1. WHO, *Action Plan for the Global Strategy and Control of Noncommunicable Diseases*, 2008, World Health Organization: Geneva.
2. WHO, *Prioritized research agenda for prevention and control of noncommunicable diseases*, S. Mendis and A. Alwan, Editors. 2011, World Health Organization: Geneva.
3. WHO, *The World Health Report 2000*, 2000, World Health Organization: Geneva.
4. WHO, *Strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action*, 2007, World Health Organization: Geneva.
5. Reich, M., et al., *Global action on health systems: a proposal for the Toyako G8 summit*. The Lancet, 2008. **371**(9615): p. 865-869.
6. Gill, G.V., et al., *The insulin dilemma in resource-limited countries. A way forward?* Diabetologia, 2011. **54**(1): p. 19-24.
7. Beran, D., J. Yudkin, and M. de Courten, *Assessing health systems for insulin-requiring diabetes in sub-Saharan Africa: developing a 'Rapid Assessment Protocol for Insulin Access'*. BMC Health Services Research, 2006. **6**(1): p. 17.
8. Scrimshaw, N.S. and G.R. Gleason, eds. *Rapid Assessment Procedures - Qualitative Methodologies for Planning and Evaluation of Health Related Programmes*. 1992, International Nutrition Foundation for Developing Countries (INFDC): Boston.
9. Manderson, L., Aaby, P., *An epidemic in the field? Rapid assessment procedures and health research*. Social Science and Medicine, 1992. **35**: p. 839-50.
10. Ong, B. and G. Humphris, *Rapid Appraisal Methods in Health*, in *Researching the People's Health*, J.a.w. Popay, G, Editor 1994, Routledge: London.
11. Beebe, J., *Basic Concepts and Techniques of Rapid Appraisal*. Human Organization, 1995. **54**(1): p. 42-51.
12. Scrimshaw, S.C.M., Hurtado, E., *Rapid assessment procedures for nutrition and primary health care. Anthropological approaches to improving programme effectiveness.*, 1997, The United Nations University: Tokyo.
13. Rhodes, T., Stimson, G.V., Fitch, C., Ball, A., Renton, A., *Rapid assessment, injecting drug use, and public health*. Lancet, 1999. **354**: p. 65-8.
14. WHO, *SEX-RAR guide : the rapid assessment and response guide on psychoactive substance use and sexual risk behaviour*, 2002, World Health Organization: Geneva, Switzerland.
15. Beran, D., A. McCabe, and J.S. Yudkin, *Access to medicines versus access to treatment: the case of type 1 diabetes*. Bull World Health Organ, 2008. **86**(8): p. 648-9.
16. Beran, D. and J.S. Yudkin, *Diabetes care in sub-Saharan Africa*. Lancet, 2006. **368**(9548): p. 1689-95.
17. IIF. *Projects*. Available from: <http://www.access2insulin.org/projects.html>.
18. Abdraimova, A. and D. Beran, *Report on the Rapid Assessment Protocol for Insulin Access in Kyrgyzstan*, 2009, International Insulin Foundation: London.
19. Beran, D., et al., *Report on the Rapid Assessment Protocol for Insulin Access in Vietnam*, 2009, International Insulin Foundation: London.
20. IIF, *Final Report of the International Insulin Foundation on the Rapid Assessment Protocol for Insulin Access in Mali*, 2004, International Insulin Foundation: London.
21. IIF, *Report of the International Insulin Foundation on the Rapid Assessment Protocol for Insulin Access in Mozambique*, 2004, International Insulin Foundation: London.
22. IIF, *Report of the International Insulin Foundation on the Rapid Assessment Protocol for Insulin Access in Zambia*, 2004, International Insulin Foundation: London.
23. Higuchi, M., *Costs, availability and affordability of diabetes care in the Philippines*, 2009, Foundation for Advanced Studies on International Development: Tokyo.
24. Higuchi, M., *Access to diabetes care and medicines in the Philippines*. Asia Pac J Public Health, 2010. **22**(3 Suppl): p. 96S-102S.
25. WHO. *Countries - Perú*. 2012 [cited 2012 5 February 2012]; Available from: <http://www.who.int/countries/per/en/>.

26. Lerner, A., et al., *The "rule of halves" does not apply in Peru: awareness, treatment, and control of hypertension and diabetes in rural, urban, and rural-to-urban migrants*. *Critical pathways in cardiology*, 2013. **12**(2): p. 53-58.
27. Instituto Nacional de Estadística e Informática. *Compendio Estadístico del Perú 2013*. [Boletín especial N° 17.] 2013; Available from: http://www.inei.gov.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1097/libro.pdf.
28. World Bank. *World Development Indicators*. 2012 [cited 2013; Available from: <http://data.worldbank.org/data-catalog/world-development-indicators>.
29. Ministerio de Economía y Finanzas. *Guía de Orientación Presupuesto del Sector Público del año 2013* Available from: http://www.mef.gov.pe/contenidos/presu_public/documentac/guia_ppto2013.pdf.
30. Ministerio de Salud. *Principales Causas de Mortalidad por Sexo*. 2010 [cited 2013].
31. Instituto Nacional de Estadística e Informática, *Estimaciones y Proyecciones de Población, 1950 - 2050* in *Boletín especial N° 17*: Lima.
32. Instituto Nacional de Estadística e Informática, *Estimaciones y Proyecciones de Población, 1950 - 2050* in *Boletín de Análisis Demográfico N° 36*: Lima.
33. Dirección General de Epidemiología del Ministerio de Salud. *Análisis de la Demanda y el acceso a los servicios de salud en el Perú*. 2012 [cited 2013].
34. Cabezas, C., et al. *Prioridades de investigación en salud en el Perú 2010-2014: La experiencia de un proceso participativo y descentralizado. Sistematización de la experiencia*. 2012.
35. Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de los Daños de No Transmisibles, *Plan Estratégico de Prevención y Control de Enfermedades No Transmisibles 2014 - 2021. Documento de Trabajo Segunda Versión.*, 2013, Ministerio de Salud: Lima.
36. Dirección General de Gestión del Desarrollo de Recursos Humanos del Ministerio de Salud. *Observatorio de Recursos Humanos en Salud de Perú*. 2013 [cited 2013; Available from: <http://www.minsa.gov.pe/dggdrh/observatorio/coredata.html>.
37. Lavilla, H. *Empobrecimiento por Gasto de Bolsillo en Salud. Incidencia del Gasto de Bolsillo en Salud en el Perú, 2006-2009*. 2012 [cited 2013; Available from: http://cies.org.pe/files/documents/investigaciones/salud/empobrecimiento_por_gasto_de_bolsillo_en_salud.pdf.
38. Ministerio de Economía y Finanzas. *Budget for results*. Available from: http://www.mef.gov.pe/index.php?option=com_content&view=article&id=2122&Itemid=101162&lang=es.
39. Ministerio de Economía y Finanzas. *Definiciones operacionales y criterios de programación 2013. Documento de trabajo preliminar*. 2012 [cited 2013; Available from: ftp://ftp2.minsa.gov.pe/descargas/Transparencia/O9GestionIns/PresxRes/Def_Operac_25.06.2013.pdf.
40. Ministerio de Economía y Finanzas. *Transparencia Económica - Consulta Amigable*. 2013 [cited 2013; Available from: <http://apps5.mineco.gov.pe/transparencia/Navegador/default.aspx?y=2012&ap=Proyecto>.
41. World Health Organization. *WHO STEPwise approach to Surveillance (STEPS). STEPS Manual*. Available from: <http://www.who.int/chp/steps/manual/en/index.html>
42. CENAN-INS. *Encuesta Nacional de Indicadores Nutricionales, Bioquímicos, Socioeconómicos y Culturales*. 2006 [cited 2013; Available from: http://www.minsa.gov.pe/portada/Especiales/2007/nutricion/publicaciones/INFORME_FINAL_ENIN.pdf.
43. Miranda, J.J., R.H. Gilman, and L. Smeeth, *Differences in cardiovascular risk factors in rural, urban and rural-to-urban migrants in Peru*. *Heart*, 2011. **97**(10): p. 787-96.
44. Medina-Lezama, J., et al., *Prevalence and patterns of hypertension in Peruvian Andean Hispanics: the PREVENCIÓN study*. *J Am Soc Hypertens*, 2007. **1**(3): p. 216-25.
45. Medina-Lezama, J., et al., *Prevalence of the metabolic syndrome in Peruvian Andean hispanics: the PREVENCIÓN study*. *Diabetes Res Clin Pract*, 2007. **78**(2): p. 270-81.
46. Instituto Nacional de Estadística e Informática. *Encuesta Demográfica y de Salud Familiar*. 2011.
47. WHO. *NCD Country Profiles - Peru*. 2012 [cited 2013 7 December 2013]; Available from: http://www.who.int/nmh/countries/per_en.pdf

48. International Diabetes Federation, *IDF Diabetes atlas*, 2013: Brussels.
49. Ministry of Health. *Base de datos HIS*. 2012 [cited 2013 10 October 2013]; Available from: http://www.app.minsa.gob.pe/bsc/Detalle_IndBSC.asp?lcind=10&lcobj=3&lcper=1&lcfreq=12/11/2012.
50. Jones, D.W. and J.E. Hall, *Seventh report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure and evidence from new hypertension trials*. Hypertension, 2004. **43**(1): p. 1-3.
51. James, P.A., et al., *2014 Evidence-Based Guideline for the Management of High Blood Pressure in Adults: Report From the Panel Members Appointed to the Eighth Joint National Committee (JNC 8)*. JAMA, 2013.
52. Ministry of Health, *Guía de práctica clínica para la prevención, diagnóstico, tratamiento y control de la diabetes mellitus tipo 2 en el primer nivel de atención*. 2013.
53. Meza Cornejo, E. *Medicine Prices, Availability, Affordability and Price Components in Peru 2007* [cited 2013; Available from: http://www.haiweb.org/medicineprices/surveys/200509PE/sdocs/survey_report.pdf.
54. AIS-RedGE. *Impacto de las exoneraciones arancelarias y tributarias en los precios de los medicamentos 2010*.
55. Ministerio de Salud-Dirección General de Medicamentos Insumos y Drogas. *Impacto de las medidas de inafectación tributaria en los precios de los medicamentos para el tratamiento de la Diabetes*. 2011.
56. Seinfeld, J. and K. La Serna. *Análisis económico de las compras públicas de medicamentos 2007*; Available from: http://srvnetappseg.up.edu.pe/siswebciup/Files/DD0710%20-%20Seinfeld_La%20Serna.pdf.
57. Espinoza, H. and R. Cruzado. *Seguimiento de la gestión del suministro de los medicamentos antirretrovirales y antituberculosis de segunda línea en el Ministerio de Salud*. 2011; Available from: http://www.care.org.pe/websites/fondomundial/CERRANDOBRECHAS/PDFsEstudios/TB2/Lima/H_Espinoza_Informe_final_Seg_Sum_ARV_TB_2L_CARE_2011_V4F.PDF.
58. Ministry of Health & PAHO/WHO, *Pharmaceutical Country Profile*. 2012.

Perfil lipídico	Equipo disponible operativo - Presente	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
	Reactivos presentes- Colesterol total	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
	¿El stock de reactivos para la prueba de Colesterol total suele cubrir 100% las necesidades del mes?	Sí	Sí	Sí	No	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
	Reactivos presentes- HDL	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
	¿El stock de reactivos para la prueba de HDL suele cubrir 100% las necesidades del mes?	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
	Reactivos presentes- LDL	Sí	Sí	Sí	No	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
	¿El stock de reactivos para la prueba de LDL suele cubrir 100% las necesidades del mes?	Sí	Sí	Sí	No	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
	Reactivos presentes- Triglicéridos	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
	¿El stock de reactivos para la prueba de triglicéridos suele cubrir 100% las necesidades del mes?	Sí	Sí	Sí	No	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Microalbuminuria	Equipo disponible operativo - Presente	No	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No	Sí
	Reactivos presentes	N/A	No	Sí	Sí	No	Sí	Sí	N/A	Sí
	¿El stock de reactivos para la prueba de microalbuminuria suele cubrir 100% las necesidades del mes?	N/A	No	Sí	Sí	No	Sí	Sí	N/A	Sí
Creatinina	Equipo disponible operativo - Presente	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí

	Reactivos presentes	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
	¿El stock de reactivos para la prueba de creatinina suele cubrir 100% las necesidades del mes?	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí

N/A: no aplica.

N/I: no hay información.

Fuente: información primaria del estudio.

Apéndice 2: Disponibilidad de medicamentos para la diabetes según sector del establecimiento

	MINSA				EsSalud (Policlínicos)	FFAA (Hospital)	Privado (Clínica)	Farmacias privadas				
	Posta y centros de salud		Hospital									
	Con medicamento disponible	Con stock (1 mes)	Con medicamento disponible	Con stock (1 mes)								
Número de establecimientos	3		1		2	1	1	7				
Medicamentos orales para diabetes												
Glibenclamida	67%	50%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Metformina	67%	50%	N/I	N/I	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Desmopresina cetato	100%	N/I	N/I	N/I	0%	0%	100%	100%	100%	100%	43%	43%
Insulina												
Insulina Cristalina Humana	0%	0%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	86%	86%
Insulina Isófana Humana (de Acción Intermedia Humana)	0%	0%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	43%	43%
Insulina Glargina	0%	0%	0%	0%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	57%	57%
Insulina Lispro	0%	0%	0%	0%	0%	0%	100%	100%	100%	100%	57%	57%
Jeringas especiales para Insulina	0%	0%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	86%	86%
Congelador u otro de cadena de frío presente y operativo	67%	67%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	86%	86%

N/A: no aplica. N/I: no hay información.

Fuente: información primaria del estudio.

Apéndice 3: Disponibilidad de medicamentos para la hipertensión arterial según sector del establecimiento

	MINSA				EsSalud (Policlínicos)	FFAA (Hospital)	Privado (Clínica)	Farmacias privadas				
	Posta y centros de salud		Hospital									
	Con medicamento disponible	Con stock para un mes	Con medicamento disponible	Con stock para un mes								
Número de establecimientos	3		1		2	1	1	7				
Medicamentos orales para hipertensión arterial												
Amlopidino	67%	33%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Atenolol	0%	0%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	86%	86%
Bisoprolol fumarato	0%	0%	0%	0%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	71%	57%
Captopril	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Carvedilol	0%	0%	0%	0%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	86%	57%
Clonidina	0%	0%	0%	0%	0%	0%	100%	100%	100%	100%	71%	57%
Enalapril	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Hidralazina Clorhidrato	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	43%	29%
Hidroclorotiazida	0%	0%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Irbesartan	0%	0%	0%	0%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	86%	86%
Losartan potásico	0%	0%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Metildopa	0%	0%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	71%	71%
Nifedipino	67%	0%	0%	0%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Nitroprusiato sódico	0%	0%	100%	100%	0%	0%	0%	0%	100%	100%	29%	14%
Valsartán	0%	0%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Fuente: información primaria del estudio.

Apéndice 4: Pruebas de laboratorio y otros exámenes realizados en los últimos 12 meses

Descripción	Pacientes con diabetes				Pacientes con hipertensión arterial				Pacientes con hipertensión arterial y diabetes			
	N	Mediana	Mín.	Máy.	N	Mediana	Mín.	Máy.	N	Mediana	Mín.	Máy.
A. Glucosa en ayunas	24	4.5	0.0	24.0	20	1	0.0	6.0	16	2.5	0.0	16.0
B. Tolerancia a la glucosa	24	0.0	0.0	0.0	20	0	0.0	1.0	16	0	0.0	2.0
C. Hemoglobina glicosilada	22	1	0.0	12.0	20	0	0.0	1.0	15	1	0.0	8.0
D. Examen completo de orina	24	1	0.0	12.0	20	1	0.0	6.0	16	1.5	0.0	9.0
E. Examen perfil lipídico	24	2	0.0	12.0	20	1	0.0	6.0	16	1	0.0	12.0
F. Creatinina	23	0	0.0	12.0	18	0	0.0	6.0	16	1	0.0	12.0
G. Microalbuminuria	22	0	0.0	12.0	16	0	0.0	6.0	15	0	0.0	4.0
H. Electrocardiograma	24	0	0.0	2.0	20	1	0.0	4.0	16	0	0.0	2.0

Fuente: información primaria del estudio.

Apéndice 5: Precios de medicamentos orales para la hipertensión arterial en sector público y privado (2013)

Medicamento	Privado (A)				Público (B)				Ratio de medianas (A/B)
	N° Registros	Máximo	Mínimo	Mediana	N° Registros	Máximo	Mínimo	Mediana	
Amlodipino 5mg	1292	6.77	0.08	0.40	23	5.00	0.03	0.04	10.0
Amlodipino 10mg	1388	12.80	0.08	0.50	17	9.00	0.02	0.03	16.7
Atenolol 100mg	898	7.01	0.07	0.20	24	0.20	0.03	0.03	6.7
Captopril 25mg	1645	2.01	0.04	0.10	32	0.05	0.02	0.02	5.0
Captopril 50mg	350	0.92	0.10	0.30	0	0.00	0.00	n.d.	n.d.
Enalapril 5mg	299	3.00	0.09	0.20	0	0.00	0.00	n.d.	n.d.
Enalapril 10mg	1651	6.53	0.04	0.20	27	0.04	0.02	0.02	10.0
Enalapril 20mg	1268	8.89	0.01	0.20	17	0.10	0.03	0.04	5.0
Hidroclorotiazida 12.5mg	553	2.00	0.10	1.15	0	0.00	0.00	n.d.	n.d.
Hidroclorotiazida 25mg	326	2.50	0.15	1.00	14	0.40	0.02	0.02	50.0
Hidroclorotiazida 50mg	1056	8.40	0.07	0.50	0	0.00	0.00	n.d.	n.d.
Irbesartan 150mg	399	7.56	0.25	4.72	0	0.00	0.00	n.d.	n.d.
Irbesartan 300mg	341	9.45	0.40	5.84	0	0.00	0.00	n.d.	n.d.
Losartan 50mg	1573	11.00	0.18	0.50	14	0.08	0.02	0.04	12.5
Losartan 100mg	304	9.93	0.35	5.92	0	0.00	0.00	n.d.	n.d.
Losartan e Hidroclorotiazida 50mg-12.5mg	297	9.63	0.80	4.76	0	0.00	0.00	n.d.	n.d.
Metildopa 250mg	228	2.50	0.49	1.21	20	0.70	0.19	0.28	4.4
Nifedipino 10mg	626	3.13	0.08	0.20	16	0.30	0.05	0.08	2.5
Nifedipino 30mg	534	8.48	0.20	2.45	9	0.99	0.74	0.90	2.7
Nifedipino 60mg	106	11.75	5.75	10.52	0	0.00	0.00	n.d.	n.d.
Valsartan 80mg	640	12.88	0.70	1.81	1	1.20	1.20	1.20	1.5
Valsartan 160mg	654	12.88	1.00	2.67	1	1.49	1.49	1.49	1.8

n.d.: no disponible

Elaboración propia con la información del Observatorio de Precios de Medicamentos (DIGEMID).

Apéndice 6: Precios de medicamentos orales para la diabetes, en sector público y privado (2013)

Medicamento	Privado (A)				Público (B)				Ratio de medianas (A/B)
	N° Registros	Máximo	Mínimo	Mediana	N° Registros	Máximo	Mínimo	Mediana	
Glibenclamida 5MG	1421	2.5	0.01	0.30	28	0.11	0.01	0.02	15.0
Glibenclamida Metformina 500mg+2.5mg	753	14.5	0.9	1.84	0	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Glibenclamida Metformina 500mg+5mg	805	4.5	0.97	2.00	0	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Glimepirida 2MG	476	4.4	1.02	2.26	1	0.04	0.04	0.04	56.5
Glimepirida 4MG	603	7.8	0.01	3.00	0	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Metformina 500 MG	849	2.5	0.27	1.03	0	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Metformina 850 MG	2251	7.5	0.05	0.83	24	0.3	0.05	0.05	16.6

n.d.: no disponible

Elaboración propia con la información del Observatorio de Precios de Medicamentos (DIGEMID).

Apéndice 7: Precios de insulina para la diabetes, en sector público y privado (2013)

Insulina	Privado (A)				Público (B)				Ratio de medianas (A/B)
	N° Registros	Máximo	Mínimo	Mediana	N° Registros	Máximo	Mínimo	Mediana	
Glargina 300UI-3ML	29	87.78	43.80	58.85	0	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Glargina 1000UI-10ML	54	240.00	61.11	153.88	0	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Glulisina 100UI	25	96.52	34.98	54.27	0	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Humana 30-70 100UI	49	32.00	20.00	24.34	0	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Humana N	144	83.21	35.00	54.20	8	36.90	9.00	19.19	2.8
Humana R	4	77.96	39.00	65.82	2	38.75	9.00	23.88	2.8
Humana Comb.	5	53.23	53.23	53.23	0	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Lispro	135	139.31	34.40	39.62	0	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.

n.d.: no disponible

Elaboración propia con la información del Observatorio de Precios de Medicamentos (DIGEMID).

Apéndice 8: Precio de medicamentos y gasto mensual del paciente

Medicamento/Equipo/Insumo	N	Costo unitario		Gasto mensual	
		Mínimo	Máximo	Mínimo	Máximo
Medicamentos orales para diabetes					
Glibenclamida 5mg	4	0.0	1.5	0.0	2.3
Metformina Clorhidrato 500mg	3	0.5	1.5	6.0	45.0
Metformina Clorhidrato 850mg	20	0.0	1.2	0.0	45.3
Glimepirida 2mg	2	2.2	n.d.	33.0	n.d.
Glimepirida / Clorhidrato Metformina 4mg/1000mg	3	2.0	8.3	120.0	247.5
Glimepirida / Pioglitazona 2mg/15mg	1	2.0	n.d.	60.0	n.d.
Glibenclamida / Metformina 5mg/500mg	3	1.3	5.0	40.0	150.0
Insulina					
Insulina	N	Costo unitario		Gasto mensual	
		Mínimo	Máximo	Mínimo	Máximo
Insulina Glargina - Vial de 10 ml (100UI/ml)	1	85.0	n.d.	85.0	n.d.
Insulina Glulisina - Cartucho de 3 ml (100UI/ml)	1	80.0	n.d.	80.0	n.d.
Insulina Humana N - Vial de 10 ml (100UI/ml)	9	22.0	60.0	10.0	156.0
Insulina Humana R - Vial de 10 ml (100UI/ml)	1	40.0	n.d.	40.0	n.d.
Insulina Lispro - Cartucho de 3 ml (100UI/ml)	2	40.0	n.d.	16.0	n.d.
Equipo e insumos para control diabetes					
Equipo e insumos para control diabetes	N	Costo unitario		Gasto mensual	
		Mínimo	Máximo	Mínimo	Máximo
Jeringas (de 1ml)	4	0.0	0.4	0.0	7.5
Agujas (de 1ml)	5	0.0	0.8	0.0	25.0
Glucómetro (un equipo)	8	230.0	350.0	n.d.	n.d.
Tiras Reactivas (unidad)	6	0.0	2.1	0.0	187.2
Lancetas (unidad)	8	2.0	n.d.	30.0	n.d.
Medicamentos orales para Hipertensión					
Medicamentos orales para Hipertensión	N	Costo unitario		Gasto mensual	
		Mínimo	Máximo	Mínimo	Máximo
Amlodipino 10mg	2	0	0	0	0
Atenolol 100mg	2	0	0	0	0
Bisoprolol fumarato	Sin información				
Captopril 25mg	4	0	1.5	1.8	15
Carvedilol 25mg	1	0	n.d.	0	n.d.
Clonidina	Sin información				
Enalapril 10mg	5	0.15	0.2	2.55	9
Enalapril 20mg	6	0	0.4	0	12

Identificando las barreras de acceso a la atención y tratamiento de la hipertensión arterial y la diabetes en Lima, Perú - Reporte Final (Julio, 2014)

Hidralazina Clorhidrato	Sin información				
Hidrocortizida 25mg	4	0	0	0	0
Irbesartan 150mg	3	0	1	0	30
Irbesartan 300mg	4	0	7.4	0	222
Losartan potásico 50mg	5	0	2.35	0	141
Losartan potásico 250mg	1	0	n.d.	0	n.d.
Metildopa	Sin información				
Nifedipino	Sin información				
Nitroprusiato sódico	Sin información				
Valsartán 80mg	3	0	n.d.	0	n.d.
Valsartán 100mg	2	0	n.d.	0	n.d.
Equipo para control de hipertensión arterial	N	Costo unitario		Gasto mensual	
		Mínimo	Máximo	Mínimo	Máximo
Tensiómetro (un equipo digital)	11	148	150	n.d.	n.d.

n.d.: no disponible

Fuente: información primaria del estudio.

Apéndice 9: Precios de pruebas diagnósticas

	Laboratorio interno de establecimientos de salud					Laboratorio externo	
	MINSA		EsSalud	FFAA	Privado		
	Nivel de atención primaria	Hospitales (tercer nivel)					
	Centros de Salud	Hospital	Policlínicos	Hospital	Clínica	Laboratorio 1	Laboratorio 2
1. Glucosa en Sangre en ayunas	S/. 6.00	S/. 7.50	S/. 0.00	S/. 0.30	S/. 13.00	S/. 6.00	S/. 14.00
2. HbA1c (Hemoglobina glicosilada)	*	S/. 15.00	S/. 0.00	S/. 1.80	S/. 47.50	S/. 27.00	S/. 45.00
3. Glucosa en Orina	S/. 5.00	S/. 6.80	S/. 0.00	S/. 0.50	S/. 16.00	S/. 6.00	S/. 17.00
4. Tolerancia a la glucosa	*	S/. 27.50	S/. 0.00	S/. 1.20	S/. 59.40	S/. 25.00	S/. 45.00
5. Perfil lipídico	*	S/. 6.00	S/. 0.00	S/. 2.50	S/. 85.00	S/. 28.00	S/. 47.00
6. Creatinina	S/. 6.00	S/. 7.00	S/. 0.00	S/. 0.40	S/. 17.00	S/. 6.00	S/. 14.00
7. Microalbuminuria	*	S/. 12.00	S/. 0.00	S/. 2.20	S/. 54.50	S/. 42.00	S/. 40.00

*Sin información.

Fuente: información primaria del estudio.