

UNIVERSIDAD DE ALCALÁ
ORGANIZACIÓN IBEROAMERICANA DE SEGURIDAD SOCIAL

Título Propio

Master en Dirección y Gestión de los Sistemas de Seguridad Social

Trabajo de Investigación

““Estudio comparativo de una Auditoria dirigida al Sistema de Atención de la Insuficiencia Renal Crónica Terminal en EsSalud versus Auditorias dirigidas a Áreas Orgánicas a cargo de esta atención. Periodo 2000-2002”

Alumno

FLAVIO JAVIER AQUIZE DÍAZ

Fecha

18 de julio de 2003

1. TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN:

“Estudio comparativo de una Auditoría dirigida al Sistema de Atención de la Insuficiencia Renal Crónica Terminal en EsSalud versus Auditorías dirigidas a Áreas Orgánicas a cargo de esta atención. Periodo 2000-2002”

2. RESUMEN:

El Seguro Social de Salud (EsSalud) fue creado sobre la base del Instituto Peruano de Seguridad Social como un organismo público descentralizado encargado de administrar el régimen contributivo de la Seguridad Social en Salud y otros seguros de riesgos humanos. Cuenta con un Órgano de Auditoría Interna (OAI) que integra el Sistema Nacional de Control, cuya finalidad es contribuir al establecimiento de un sistema de control eficiente y eficaz en los órganos y dependencias del EsSalud, verificando que sus operaciones se efectúen de acuerdo con las normas y procedimientos vigentes y formulando recomendaciones para su óptimo funcionamiento.

De acuerdo a lo normado por el Sistema Nacional de Control, las auditorías gubernamentales dirigidas a una entidad del sector público proporcionan una evaluación sobre el desempeño (rendimiento) de una entidad, programa o proyecto orientado a mejorar la efectividad, eficiencia y economía en el uso de los recursos públicos.

En el caso del sector salud, por la complejidad que conlleva su manejo, el tipo de supervisión anteriormente mencionado dirigida a una unidad orgánica, programa o proyecto, no resulta suficiente, debido a que para la supervisión, monitoreo y control de los principales problemas de salud pública que el sector salud debe afrontar, se requiere contar con una evaluación más global y sistémica de dicha problemática, debiendo en muchos casos, tener que interrelacionar varias áreas orgánicas al interior de una entidad e incluso varias entidades, para poder comprender las verdaderas causas del problema, evaluar la eficacia de las medidas adoptadas y llegar así, a plantear las recomendaciones más pertinentes para corregir la problemática encontrada.

Para efectos del presente estudio se han revisado las Acciones de Control efectuadas por el OAI de EsSalud en el periodo 2000-2002 que estuvieron relacionadas a la atención recibida por los asegurados que padecen de Insuficiencia Renal Crónica Terminal (IRCT), evaluándose las características de los exámenes de control, dirigidos a una área orgánica específica que brinda directamente atención a los pacientes, como las Auditorias al Centro de Hemodiálisis o a las Unidades de Diálisis de los Hospitales Nacionales; las cuales fueron contrastadas con otra Acción de Control que estuvo dirigida a evaluar de manera sistémica la atención que brinda la Institución en su conjunto, al paciente portador de esta enfermedad.

3. INTRODUCCIÓN

La problemática de la IRCT en el Perú, al igual que muchas otras enfermedades crónicas, vienen siendo manejadas por los Organismos Públicos a cargo del Sector Salud, de acuerdo con las dificultades que se van presentando, careciendo de una estrategia integral y sistémica dirigida a enfrentar de la mejor manera posible sus dañinas consecuencias . De igual manera las evaluaciones y controles efectuados anteriormente sobre el tema fueron focalizados a alguna problemática o dependencia de manera individual, no contando con un enfoque global al momento de su evaluación.

La IRCT es el estado de pérdida de más del 95% de la función renal de una persona, lo cual es incompatible con la vida, salvo que se instaure en el paciente un tratamiento que sustituya las funciones dejadas de realizar por el riñón. Actualmente son tres las alternativas terapéuticas más comúnmente usadas, la hemodiálisis, la diálisis peritoneal, y el trasplante renal, existiendo importantes diferencias entre ellas, con relación a indicación médica, calidad de vida y costos. Lamentablemente, los dos primeros tratamientos no logran curación y el tercero de ellos requiere un seguimiento permanente y constante, por lo cual, todo paciente que ingresa a un programa de IRCT, deberá estar en tratamiento permanente. Este último aspecto, es un punto crítico que obliga a enfrentar adecuadamente esta problemática.

Las soluciones planteadas para tratar de encarar la problemática anteriormente descrita han sido de carácter transitorio y coyuntural, no cuidando soluciones a largo plazo, tal es así que el tratamiento priorizado en el Seguro Social de Salud, en los últimos años para atender sus aproximadamente 3,500 pacientes con IRCT fue la hemodiálisis, que curiosamente es el procedimiento que se emplea para los casos que requieren tratamiento de emergencia, es decir, es un método “apaga incendios”. Dicho tratamiento se viene brindando al 83% del total de pacientes asegurados, mientras que un 13% recibe Diálisis Peritoneal y sólo un 4% se beneficiaron con un Trasplante Renal. Para financiar estos tratamientos, el año 2000 se tuvo que destinar aproximadamente el 4,5% del presupuesto institucional. Este porcentaje correspondió aproximadamente a 36 millones de dólares, monto sumamente elevado si consideramos que la población receptora de los mismos, solo representa el 0.05 % del total de asegurados que deben ser atendidos por EsSalud, y lo que es peor por los resultados obtenidos, en esta población de pacientes se mantiene el descontento e insatisfacción de los mismos y sus familiares.

Esta problemática, sin embargo, es aún más crítica, dado que en el Perú el 95% de todas las sesiones de hemodiálisis que se realizan en el país son financiadas con fondos de EsSalud, lo cual se contrapone marcadamente si consideramos que la cobertura que alcanza esta Institución es de solo un 26% del total de la población. Este dato es muy preocupante, puesto que significa que la mayoría de los enfermos de IRCT que se encuentran en el 74% restante y que no tienen acceso al Seguro Social de Salud, por ser éste un sistema de carácter contributivo, no podrán acceder a ningún tipo de tratamiento de su enfermedad, dado que el Ministerio de Salud, que es el órgano del Poder Ejecutivo y ente rector del Sistema Nacional de Salud a cargo de la protección de la salud de la población nacional, no tiene políticas ni presupuesto para atender este tipo de dolencia.

Se calcula que de no iniciarse una variación en la manera como se viene afrontando esta problemática, el Seguro Social de Salud requerirá destinar mayores recursos para poder mantener el actual esquema de atención en los próximos años. Así se estima que se

necesitará el 6,5% del presupuesto institucional en el 2005 y el 7,8% en el 2010 para el financiamiento de la terapia dialítica.

Basado en lo anteriormente expresado, con el desarrollo del presente trabajo, se pretende presentar un nuevo enfoque de acción de control que pretenda interrelacionar diferentes áreas orgánicas e incluso diferentes entidades que tengan a su cargo el enfrentar los grandes problemas de Salud Pública que aquejan a la población nacional, y así poder servir como un instrumento de ayuda a la gestión de entidades dedicadas a la protección de la salud de una colectividad, acciones que por su complejidad, trascienden las responsabilidades de una dependencia aislada.

En el presente estudio se revisaron las Acciones de Control efectuadas por el Órgano de Auditoría Interna del Seguro Social de Salud – EsSalud, relacionadas a la atención recibida por los asegurados que padecen de Insuficiencia Renal Crónica Terminal (IRCT) y que tuvieron lugar en el periodo 2000-2002. Para ello se requiere conocer las características generales de la Institución a la fecha del estudio.

3.1 Estructura Orgánica y Funcional del EsSalud (Ver Organigrama, Anexo 1)

El Seguro Social de Salud – EsSalud, fue creado el 29.Ene.99 por Ley N°27056, sobre la base del ex Instituto Peruano de Seguridad Social como Organismo Público Descentralizado, con personería jurídica de derecho público interno, adscrito al Sector Trabajo y Promoción Social, con autonomía técnica, administrativa, económica, financiera, presupuestal y contable.

Tiene por 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.

Su organización y administración, se encuentran regulados por las disposiciones contenidas en la Ley N°27056, Ley de Creación del Seguro Social de Salud y su Reglamento, aprobado por D.S. N°002-99-TR de 26.Abr.99. El Reglamento de Organización y Funciones ha sido aprobado mediante Resolución de Presidencia Ejecutiva N°454-PE-EsSalud-2001 de 29.Ago.2001. En dicho documento se estructura su organización en las siguientes dos Gerencias Nacionales:

3.1.1 Gerencia Nacional de Salud

La Gerencia Nacional de Salud, ex Gerencia Central de Salud, tiene por finalidad dirigir, organizar, normar, evaluar y supervisar y controlar el funcionamiento y desarrollo de las prestaciones de Salud, a efectos de brindar a la población usuaria servicios de calidad de menores costos, con arreglo a lo establecido en el Reglamento de Organización y Funciones, aprobado por Acuerdo N°4-16-IPSS-95 de 1.May.95

3.1.2 Gerencia Nacional de Operaciones

La Gerencia Nacional de Operaciones, ex Gerencia Central de Operaciones, tiene por finalidad fortalecer los canales de comunicación y coordinación de actividades entre los órganos Desconcentrados, la Gerencia General y los órganos Centrales del Seguro Social de Salud (EsSalud), con el propósito de brindar una atención adecuada a los asegurados, de acuerdo a lo establecido en el Reglamento de Organización y Funciones, aprobado por Resolución de Presidencia Ejecutiva N°409-PE-EsSalud-1999 de 30.Dic.1999, teniendo como principales funciones las siguientes:

- Proponer a la Gerencia General los objetivos y estrategias referidos a la mejora de la gestión en los Órganos Desconcentrados.
- Promover y evaluar el desarrollo operativo de los Órganos Desconcentrados.
- Proponer y promover la implementación de alternativas de mejora de la calidad en los servicios que se prestan a los asegurados en los Órganos Desconcentrados.

- Coordinar con los Órganos Centrales los requerimientos de los recursos humanos, médicos, financieros, de infraestructura, de sistemas de información y de servicios de los Órganos Desconcentrados.
- Establecer canales de comunicación permanentes entre la Gerencia General, Órganos Centrales y Órganos Desconcentrados para el cumplimiento de los objetivos institucionales.
- Impulsar y apoyar a los Órganos Desconcentrados en el logro de sus objetivos.

Bajo la dependencia orgánica y funcional de la Gerencia Nacional de Operaciones se encuentran los Hospitales Nacionales, que en número de cinco se distribuyen en todo el país, siendo para el caso del presente estudio supervisados los dos Hospitales Nacionales ubicados en Lima, el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen y el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins. Asimismo se evaluó el accionar de otro Órgano Desconcentrado, creado específicamente para el tratamiento de esta enfermedad, denominado Centro de Hemodiálisis.

3.1.2 Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen

El Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, es un Órgano Desconcentrado de EsSalud, responsable de brindar prestaciones de salud de alta especialización, garantizando la recuperación y rehabilitación de los asegurados, y usuarios en general que lo demanden, con arreglo a lo establecido en el Reglamento de Organización y Funciones, aprobado por Acuerdo N°006-04-CA-IPSS-96.

Sus funciones generales son las siguientes:

- Formular y establecer las políticas, planes y programas en concordancia con los lineamientos de desarrollo institucional.
- Proponer a la Presidencia Ejecutiva, para la aprobación del Consejo Directivo las políticas de salud y diseños de programas específicos a llevarse a cabo, de acuerdo a los objetivos institucionales.

- Desarrollar actividades de recuperación, rehabilitación, promoción y protección de la salud, así como de capacitación, docencia e investigación.
- Brindar atención médica especializada a través de consulta externa, emergencia y hospitalización, así como de los servicios de Soporte al Diagnóstico, y Centros Asistenciales de menor nivel según calificación del daño programático.
- Aplicar las normas de salud en el ámbito de su jurisdicción y velar por su cumplimiento.

3.1.3 Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins

El Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, tiene por finalidad brindar en condiciones óptimas los servicios necesarios para la recuperación y rehabilitación de la salud, de los asegurados y derechohabientes, ofertando los mismos a usuarios terceros, con arreglo a lo establecido en el Reglamento de Organización y Funciones, aprobado por Acuerdo N°064-D-HNERM-IPSS-98.

Sus funciones generales son las siguientes:

- Formular los planes y programas del hospital en concordancia con los Lineamientos de Política Institucional.
- Dirigir, supervisar y evaluar el otorgamiento de las prestaciones especializadas a los asegurados, derecho habientes y usuarios terceros.
- Recepcionar pacientes de Centros Asistenciales de menor nivel de atención según calificación del daño programático.
- Cumplir y hacer cumplir las normas establecidas por el órgano rector competente.

3.1.3 Centro de Hemodiálisis

De acuerdo con lo establecido en la Resolución N°767-GG-IPSS-95 de 4.Jul.95, que aprueba la Estructura Orgánica y su Reglamento de Organización y Funciones, el Centro de Hemodiálisis es responsable de prestar atención especializada en diálisis al asegurado en el ámbito nacional y bajo la modalidad de venta de servicios al sector privado nacional e internacional. Tiene por finalidad normar, coordinar y ejecutar procedimientos de prevención, recuperación y rehabilitación de la salud de pacientes, comprendidos en el Programa de Hemodiálisis y Diálisis Peritoneal de EsSalud, en concordancia con los lineamientos y objetivos institucionales.

La Gerencia del Centro de Hemodiálisis, Órgano de Línea de la actual Gerencia Nacional de Operaciones, fue creada por Resolución de Presidencia Ejecutiva N°020-PE-IPSS-94 de 10.Feb.94, como Centro Especializado, dependiendo orgánicamente de la Gerencia Nacional de Operaciones y Funcionalmente de la Gerencia Nacional de Salud. Tiene autoridad técnica en su especialidad sobre la Red Hospitalaria Nacional, de acuerdo con lo dispuesto por Resolución de Presidencia Ejecutiva N°001-PE-IPSS-95 de 4.Ene.95.

La Gerencia del Centro de Hemodiálisis, tiene, entre otros, los objetivos siguientes: Garantizar la atención de diálisis en forma eficiente y eficaz, con calidad y calidez; administrar el uso eficiente de equipos, material médico y medicinas en beneficio de los asegurados; impulsar y desarrollar programas de capacitación e investigación en el área de diálisis y otros para mejorar la calidad de atención y rendimiento de sus trabajadores; determinar de manera competitiva en el mercado, las tarifas de venta de Servicios de Hemodiálisis y Diálisis Peritoneal.

Para el logro de sus objetivos, cuenta entre otros, con los Organos de Apoyo y de Línea siguientes:

Órganos de Apoyo:

- Oficina Administrativa

- Unidad de Informática

Órganos de Línea:

- Departamento de Diálisis
- Departamento de Ayuda al Tratamiento
- Departamento de Producción

4. MATERIAL Y MÉTODOS

Para el presente estudio se ha considerado analizar las acciones de control desarrolladas por el Órgano de Auditoría Interna del Seguro Social de Salud – ESSALUD durante el periodo 2000 – 2002, estando en el siguiente cuadro, el detalle de las mismas:

Cuadro N°1

Acciones de Control dirigidas a la atención de los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica Terminal en EsSalud desarrolladas por el OAI en el Periodo 2000-2002

Nº DE INFORME	DETALLE DE LA ACCIÓN DE CONTROL	UNIDAD ORGÁNICA EVALUADA
Informe N° 06- OAI/GCRLOyC- ESSALUD-2000	Auditoría de Gestión a la Unidad de Hemodiálisis y Programas Preventivo Promocionales Diabetes Mellitus, Osteoartritis, Sida e Inmunizaciones del HNERM. Ejercicio 1999	Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins (HNERM)
Informe N° 042- OAI/GCRLOyC- ESSALUD-2000	Examen Especial a las Prestaciones Asistenciales y Actividades Administrativas del Centro de Hemodiálisis, Ejercicios 1998 – 1999	Centro de Hemodiálisis
Informe N° 005- OAI/GAIII-ESSALUD- 2001	Examen Especial Calidad y Operatividad de los Servicios Contratados de Hemodiálisis del Centro de Hemodiálisis, Ejercicios 1999 – 2000	Centro de Hemodiálisis
Informe N° 009- OAI/GAIII-ESSALUD- 2002	Examen Especial "Sistema de Atención al Paciente con Insuficiencia Renal Crónica Terminal (IRCT) en EsSalud, Periodo 2001	Gerencia Nacional de Salud, Gerencia Nacional de Operaciones, Hospitales Nacionales y Centro de Hemodiálisis

Las Acciones de Control mencionadas en el presente cuadro fueron evaluadas de acuerdo a la Oportunidad de entrega del Informe, el alcance de la Acción de Control y las Observaciones y Conclusiones efectuadas.

5. RESULTADOS

Luego del análisis de los cuatro Informes de Control ejecutados en el periodo 2000-2002, de acuerdo a los criterios establecidos de Oportunidad, Ámbito de Aplicación, Impacto de lo observado, y Monto presupuestado evaluado, se obtuvieron los siguientes resultados:

5.1 Oportunidad de la Acción de Control

Para analizar la oportunidad de la Acción de Control, se ha tomado en cuenta el Presupuesto de tiempo establecido en el Memorándum de Planificación correspondiente a cada Acción de Control, registrándose para efectos del análisis la fecha programada de inicio y el total de días útiles programados emplear, cotejándolos con la fecha de elevación al Despacho del Jefe del Órgano de Auditoría Interna del Informe resultante y la respectiva aprobación del mismo. Así se obtuvieron los siguientes resultados:

Nº de informe	Fecha de inicio	Fecha programada de termino	Total días programados (*)	Fecha de emisión del informe	Total días empleados (*)	Nº días Ejecución/Nº días Programado
Informe Nº 06 - - 2000	7.ENE.2000	23.FEB.2000	34	20.MAR.2000	54	1.5
Informe Nº 042 - - 2000	06.ABR.2000	05.ABR.2000	42	13.OCT.2000	134	3.19
Informe Nº 005 - - 2001	12.ENE.2001	12.ENE.2001	40	24.ABR.2001	73	1.8
Informe Nº 009 - -2002	18.OCT.2001	27.SET.2001	48	8.MAY.2002	153	3.18

Fuente: Memorándum de Planificación correspondientes a cada Acción de Control

(*) Días útiles

Como se aprecia en el presente cuadro, la totalidad de informes excedió el tiempo programado emplear en la ejecución del mismo, variando de un 50% y 80% de días adicionales a más de un 200% de días adicionales

5.2 Alcance y Carácter de la Acción de Control

Para obtener el Alcance y Carácter de cada Acción de Control, se analizaron sus correspondientes informes, obteniéndose los siguientes resultados:

Nº de informe	Alcance	Carácter
Informe Nº 06 - - 2000	Unidad de Hemodiálisis y Programas Preventivos Promocionales del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins	Auditoría de Gestión establecida en el Plan Anual de Control del año 2000 (Acción Nº 007-2000-PR)
Informe Nº 042 - - 2000	Procesos Productivos Asistenciales y Administrativos del Centro de Hemodiálisis	Examen Especial efectuado como Acción No Programada en el Plan Anual de Control del año 2000
Informe Nº 005 - - 2001	Áreas Administrativas y Asistenciales del Centro de Hemodiálisis	Examen Especial establecido en el Plan Anual de Control del año 2001 (Código 0251-2001-052)
Informe Nº 009 - -2002	Operaciones técnico administrativas de los procesos y recursos utilizados en el manejo de los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica Terminal (IRCT) en la Institución	Examen Especial efectuado como Acción de Control, no programada en el Plan Anual de Auditoría del año 2001

Fuente: Informes de Control del OAI (EsSalud)

Como se aprecia en el presente cuadro, las tres primeras Acciones de Control, fueron dirigidas a Unidades Orgánicas de EsSalud, así, el Informe Nº 06 -OAI/GCRLOyC-ESSALUD-2000 estableció en su alcance al Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, mientras que los Informes Nº42-OAI/GCRLOyC-ESSALUD-2000 y Nº 005-OAI/GAIII-ESSALUD-2001 hicieron lo propio con el Centro de Hemodiálisis. La cuarta Acción de Control, es decir el Informe Nº 009-OAI/GAIII-ESSALUD-2002, incluyó en cambio en su alcance a los procesos y recursos utilizados en el manejo de los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica Terminal (IRCT) a nivel de toda la Institución.

También se puede apreciar, que de las cuatro acciones de Control desarrolladas, una correspondió a una Auditoría de Gestión y las tres restantes se ejecutaron como Exámenes Especiales. Asimismo dos de las mismas fueron acciones programadas en los respectivos Planes Anuales de Control y dos se desarrollaron como Acciones no Programadas.

5.3 Observaciones Efectuadas y sus Conclusiones

En relación a las observaciones efectuadas, se establecieron las siguientes:

5.3.1 Auditoría de Gestión a la Unidad de Hemodiálisis y Programas Preventivo Promocionales Diabetes Mellitus, Osteoartrosis, Sida e Inmunizaciones del HNERM. Ejercicio 1999 (Informe N° 06 -OAI/GCRLOYC-ESSALUD-2000)

A. Programas Preventivo Promocionales

1. Deficiencias en la Programación y reprogramación de actividades, generó distorsiones ligadas a la ejecución de metas
2. Duplicidad en los reportes de producción de los programas preventivo promocionales con la consulta externa, altera el valor bruto de la producción
3. Deficiente Supervisión de la producción de actividades denota programación de horas extras no justificadas
4. Inadecuados sistemas de supervisión en el consumo de insumos del programa de planificación familiar generan riesgos de gastos excesivos a la Institución.

B. Bioseguridad

5. Inobservancia de las Normas de Bioseguridad genera riesgos potenciales de infecciones intrahospitalarias en la Unidad de Hemodiálisis

C. Procesos Logísticos

6. Demora en los Procesos Logísticos para la adquisición de repuestos, limita la ejecución del mantenimiento correctivo de los equipos de hemodiálisis

7. Insuficiente Supervisión y control en el mantenimiento preventivo de los equipos de la Unidad de Hemodiálisis, limita la capacidad operativa

Conclusiones

1. Se han apreciado durante el periodo evaluado, diversas deficiencias de programación, planificación y supervisión que están ligadas directamente con el desarrollo de las actividades y que por ende han incidido en el cumplimiento de los objetivos y metas en los Programas Preventivos Promocionales, así como en la Unidad de Hemodiálisis. A esta situación se aunó la carencia de un sistema de cómputo que permita registrar en una base de datos las atenciones brindadas, así como realizar la verificación de derecho de atención y seguimiento de los pacientes de la Unidad de hemodiálisis y del Programa de ETS/VIH-SIDA, áreas que representan atenciones de gran costo institucional.

Hechos que se observan principalmente por existir niveles de reprogramación muy significativos en algunos programas preventivos, como el caso de los Programas de Cáncer, ETS/VIH-SIDA, Diabetes Mellitus, los que se traducen al final del ejercicio 1999, según la evaluación del plan operativo, como actividades no ejecutadas en el 100%. La situación mencionada determina que la ejecución presupuestal no haya sido estimada inicialmente en función a la programación, lo que incide e niveles de inoperatividad, falta de proyección y eficacia parcial en el desarrollo de las actividades preventivo promocionales.

Además debe comentarse que algunos de los Programas al no desarrollar metas dispuestas, no ejecutaron el presupuesto aprobado, lo cual significó compromisos presupuestales durante el año que llevaron a niveles de inoperatividad, en especial para el logro de los objetivos como Institución, los que estaban señalados en el Plan Operativo y regulados en la Directiva N° 01-GG-IPSS-98 de Ejecución, Evaluación y Control Presupuestal.

2. Durante el ejercicio auditado se han apreciado diversas deficiencias de carácter logístico que han incidido en la operatividad y desarrollo de las actividades, algunas vinculadas a la programación de necesidades y otras directamente relacionadas al proceso de otorgamiento de las prestaciones, siendo necesario resaltar de manera especial lo concerniente al mantenimiento de los equipos de hemodiálisis, tanto preventivo como recuperativo. En este contexto se puede apreciar la falta de repuestos, utilización de piezas de un a máquina para otra y el incumplimiento del programa de mantenimiento aprobado.

Situación que se ve acrecentada al existir desabastecimiento de productos derivados de la lentitud de los procesos logísticos, en especial o referido a líneas arteriales, venosas y otros insumos básicos para las sesiones de hemodiálisis; de igual manera, para los programas preventivos, donde utilizan determinados insumos y medicamentos como es el caso del Programa de Planificación Familiar y ETS/VIH-SIDA, en donde se ha determinado, en el periodo evaluado faltantes y/o excedentes de algunos productos que son indispensables para su operatividad.

3. No se viene cumpliendo algunas disposiciones de Bioseguridad que deben guardarse en la Unidad de Hemodiálisis, aspectos ligados principalmente a limitaciones estructurales; al insuficiente abastecimiento de insumos e inobservancia de las normas pro el personal que labora en los diferentes turnos, los que se vienen comportando como factores potenciales de complicación que pudiera surgir en el devenir de la atención misma, sobre todo por el riesgo que significa para este servicio; aspectos que inobservan el reglamento de Bioseguridad señalado en la normatividad institucional.

5.3.2 Examen Especial a las Prestaciones Asistenciales y Actividades Administrativas del Centro de Hemodiálisis, Ejercicios 1998 – 1999 (Informe N° 042-OAI/GCRLOyC-ESSALUD-2000)

Observaciones

A. Administrativas

1. Deficiencias en los Procesos de Adjudicación Directa y de Menor Cuantía por incumplimiento de la normatividad vigente generaron distorsiones cualitativas y cuantitativas para la Institución.
2. Deficiencias en las etapas del proceso de Adjudicación Directa N° 332 para el mantenimiento de equipos médicos, muestra incumplimiento de requisitos establecidos en la normatividad vigente
3. Carencia de un Programa anual para la adquisición y ejecución del servicio de alimentación y nutrición, conllevó a un inadecuado procedimiento administrativo de adquisición.
4. Inadecuada aplicación de penalidades ocasionó que en el periodo 1998-1999 se dejará de percibir el importe de S/. 6,980.38 nuevos soles¹
5. Ejecución del excedente del presupuesto 1997 destinado a bienestar social, sin aplicar criterios de razonabilidad ocasionó el pago de S/. 66,009.30 nuevos soles²
 - a) Gastos excesivos cargados al rubro capacitación sin ponderación de costo beneficio, se realizaron en el periodo 1998 por S/. 38,770.08 Nuevos Soles
 - b) Compra de productos no autorizados por S/. 23,999.54 Nuevos Soles

¹ Equivalentes a aproximadamente US \$ 2,000.00 dólares americanos (Tipo de cambio 1 US \$ = 3.5 Nuevos Soles)

² Equivalentes a aproximadamente US \$ 18,860.00 dólares americanos

- c) Se aceptaron gastos indebidos en las rendiciones de los anticipos otorgados para actividades de capacitación

B. Asistenciales

- 4. Inadecuada evaluación de los pacientes en Diálisis generó sesgo en el enfoque terapéutico para conseguir la rehabilitación y mejorar la calidad de vida del paciente en hemodiálisis.

- 2.1 Progresiva disminución de los parámetros bioquímicos y antropométricos utilizados para la valoración nutricional revelarán inadecuado soporte nutricional del paciente.

- 2.1 Inadecuada valoración de los factores que inciden en los niveles de hematocrito de los pacientes, y del uso de eritropoyetina, revela la falta de evaluación y seguimiento clínico integral

- 5. Carencia de Medida de Control para el consumo de medicamentos condicionan riesgos de pérdidas y sobrestock

- a) El sistema de registro del consumo de medicinas en las diferentes áreas del Centro de Hemodiálisis, o permite identificar el consumo por paciente, ni precisar los gastos insumidos en cada uno de ellos.

- b) Sobrestock de Calcitriol revelaría inadecuada estimación de necesidades para su programación y reprogramación

- 6. Inadecuada eliminación de los filtros utilizados en las salas de reprocesamiento y tratamiento involucran riesgo de Bioseguridad.

Conclusiones

En el examen realizado se ha apreciado que diversos procedimientos administrativos limitan la operatividad de las actividades orientadas a brindar la atención especializada a los pacientes que requieren de sesiones de hemodiálisis temporal o permanente; debilidades ligadas a los procesos logísticos que rigen el abastecimiento de insumos o la contratación de servicios brindados por terceros; en especial porque este tipo de prestación (sesión de hemodiálisis) requiere del abastecimiento de instrumental, equipamiento, insumos, entre otros, de manera permanente; y condiciona que se tenga que evaluar constantemente las condiciones señaladas para los procesos de abastecimiento a fin de cumplir con la normativa existente.

Con relación a la calidad de los servicios que se otorga al asegurado, en el Centro de hemodiálisis, así como por los centros particulares contratados; ésta se viene realizando de manera homogénea y acorde con los estándares de calidad señalados, lo que ha sido materia de exigencia durante el periodo examinado y se ha logrado, habiéndose efectuado una evaluación de los procesos de la atención en sí, la adquisición de equipamiento moderno y el fortalecimiento de los niveles de resolución de este centro asistencial.

Los niveles de Bioseguridad se encuentran dentro de rangos aceptables para la prestación, sin embargo aún queda pendiente resolver algunas precisiones derivadas de la complejidad del servicio que se brinda y de las condiciones de implementación que se viene produciendo a la fecha del presente informe

Asimismo debe concluirse que existieron esfuerzos para la capacitación del personal y de los Órganos Desconcentrados acorde con el plan establecido a nivel nacional

5.3.3 Examen Especial Calidad y Operatividad de los Servicios Contratados de Hemodiálisis del Centro de Hemodiálisis, Ejercicios 1999 – 2000 (Informe N° 005-OAI/GAIII-ESSALUD-2001)

Observaciones

1. Prevalencia de hepatitis C y Anemia en pacientes atendidos en centros contratados, es significativamente mayor que en Centro de Hemodiálisis – EsSalud, lo que incide en su calidad de vida y repercute en la imagen institucional
2. Inadecuada supervisión sobre cumplimiento de contratos de los centros de diálisis, ocasiona riesgo de complicaciones en el tratamiento de pacientes y de acciones médico legales contra la Institución.
3. Deficiente calificación técnica para el servicio de lavandería e incumplimiento contractual, ocasionó otorgamiento de la buena Por a postor que no ofertó mejores condiciones técnicas, así como pago indebido de S/. 9,124.67 Nuevos Soles
4. Con relación al proceso de evaluación y calificación de propuestas técnicas
 - 4.1 En cuanto al incumplimiento de la cláusula contractual y el pago indebido por S/. 9,124.67 Nuevos Soles
 - 4.2 En los procesos de Adjudicación Directa de servicios se limitó participación de postores y se incurrió en dilación, ocasionando riesgo de no contar con servicios de calidad, a precios adecuados y en forma oportuna
5. Inadecuado procedimiento para determinar el valor referencial en las Bases del Concurso Público N° 0099P00111, generó incremento de S/. 7'277,142.28 Nuevos Soles³ en la Asignación Presupuestal y repercusión en la Imagen Institucional

Conclusiones

1. La Prevalencia de Hepatitis C y Anemia en los pacientes dializados durante el año 2000, fue mayor en los Centros Contratados, que en el Centro de Hemodiálisis de

EsSalud, por cuanto en el primer grupo el 75% de pacientes (746), están infectados con Hepatitis C, en tanto que en el segundo, dicha infección alcanza al 68% de pacientes (275); asimismo, en lo referente a la Anemia que requiere tratamiento según protocolo, su Prevalencia fue de 82% en los Centros Contratados y 13% en el Centro de Hemodiálisis de EsSalud. Esta situación ocasiona detrimento en la calidad y esperanza de vida de los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica Terminal que son dializados en los Centros Contratados, así como riesgo de repercusión en la imagen institucional.

(Observación N°1)

2. Los Centros Contratados para prestar servicios de diálisis, durante el periodo OCT.99 – OCT.2000, no cumplieron con efectuar el tratamiento integral de los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica Terminal, toda vez que se evidencio:

- Un elevado porcentaje de pacientes que carecen de evaluación tanto del sistema neurológico (85%), como de abdomen (77%), y registro de signos vitales (25%), los cuales constituyen prácticas y procedimientos importantes en pacientes proclives a complicaciones tales como Hepatitis y Anemia, a lo que se añade que en algunos casos, no se efectuó el control de peso pre y post diálisis, así como el registro de la Historia Clínica de ingreso de los respectivos pacientes.
- Que en el 22% de dichos Centros, algunas de las atenciones fueron efectuadas por médicos que no acreditaban la especialidad de nefrología.
- No se asegura el funcionamiento de las máquinas para hemodiálisis que garanticen la continuidad del tratamiento, por cuanto el 72%, carece de generador de energía eléctrica de arranque automático, y el 22% no cuenta con la totalidad de dichas maquinas en condiciones operativas. Asimismo, en el 33% de los Centros, el procedimiento para extraer la muestra de agua para la determinación del grado de pureza, es inadecuado por cuanto lo

³ Equivalentes a US \$ 2'079,183.5 dólares americanos

efectúan directamente del tanque de agua blanda, posibilitando su contaminación.

Lo mencionado ocasiona riesgo de agravamiento en el estado de salud de pacientes hemodializados en Centros Contratados, y posibles acciones médico-legales contar la Institución, así como desigualdad en la calidad respecto a la del Centro de Hemodiálisis de EsSalud.

(Observación N°2)

3. El proceso de evaluación y calificación de propuestas técnicas de la Adjudicación Directa N° 379-DLS-GCH-ESSALUD-99 "Contratación del Servicio de Lavandería de Ropa Hospitalaria del Centro de Hemodiálisis" fue inadecuado por cuanto la Comisión de Evaluación Técnica, otorgó mayor puntaje a un postor que no reunía las mejores condiciones técnicas y económicas, desestimando a otro calificado que presentó mejor propuesta técnica, hecho que motivó el otorgamiento de la buena pro a la empresa CECY'S CLEAN EIRL, por un importe de S/. 189,600.00 Nuevos Soles, monto que es mayor en S/. 37,200.00 Nuevos Soles al ofertado por el postor calificado con menor puntaje.

Por otra parte, el procedimiento de pago de servicio contratado se sustentó en el pesaje efectuado al retiro de la ropa hospitalaria sucia, debiendo ser éste a la entrega de la ropa lavada y planchada, situación que ocasionó el pago indebido de S/. 9,124.67 Nuevos Soles por el periodo de ENE. A NOV.2000.

(Observación N°3)

4. En los procesos de adjudicaciones directas con publicación y sin publicación, para la contratación de servicios, se evidenció lo siguiente:
 - Servicio de Fotocopiado: No se contó con el mínimo de tres (3) cotizaciones en la fecha máxima fijada para la entrega de propuestas, oportunidad en la que

debió declararse desierta; sin embargo, se otorgó la buena pro a la empresa COPISERVICE EIRL

- Servicio de Mantenimiento de Instalaciones, Infraestructura y Equipos Electromecánicos: Participación de empresas con accionistas comunes, tales como JOSÉ GERMÁN OBISPO DELGADO (persona natural) y SYOUT INGENIERÍA APLICADA SRL, a las cuales se les otorgó la buena pro por el importe total de S/. 18,890.00 Nuevos Soles.
- Servicio de Mantenimiento de Equipos de Hemodiálisis: La convocatoria se efectuó por una cantidad de equipos menor a la requerida por el usuario, a lo que se agrega que no contó con la justificación correspondiente. Asimismo, en la publicación de la respectiva convocatoria, se incurrió en error en lo referente a la fecha de presentación de propuestas, lo que generó que CONSUCODE (Consejo Superior de Contrataciones y Adquisiciones del Estado) formule la observación pertinente.
(Observación N°4)

5. En el Concurso Público N° 0099P00111 – Contratación de Centros de Diálisis, el valor referencial se fijó utilizando criterios técnicos que no se ajustaron a los procedimientos establecidos para tal efecto, no obstante que la Institución cuenta con información histórica tanto de valores referenciales, como de precios adjudicados por servicios de diálisis, hecho que motivó observaciones por parte de empresas postoras, las que al no haber sido acogidas por el Comité Especial, fueron elevadas a CONSUCODE, el que mediante Pronunciamiento N° 041-2000 (GAE) de 24.JUL.2000, dispuso la determinación del valor referencial, en base al promedio de las cotizaciones del mercado, por lo que la Gerencia de Programación de la Gerencia Central de Logística, estableció el nuevo valor referencial unitario de S/. 196.78 Nuevos Soles/sesión diálisis (valor referencial total S/. 19'134,100.08 Nuevos Soles); lo que significó un incremento del 61% en relación al monto fijado en las Bases del Concurso Público (S/. 121.94/sesión diálisis y un valor referencial total de S/. 11'856,957.80 Nuevos Soles),

ocasionando el incremento de la asignación presupuestal en S/. 7'277,142.28 Nuevos Soles.

(Observación N°5)

5.3.4 Examen Especial “Sistema de Atención al Paciente con Insuficiencia Renal Crónica Terminal (IRCT) en EsSalud, Periodo 2001 (Informe N° 009-OAI/GAIII-ESSALUD-2002)

Nota.- Dado que en el presente estudio, se plantea comparar un tipo de auditoria dirigida a un sistema de atención de una enfermedad relevante, frente a las auditorias comúnmente efectuadas a una área orgánica; se detallará en este caso, el contenido de la primera observación de este Informe, que es la que aborda el tema de la ausencia de sistematización en el manejo de la IRCT.

1. La falta de sistematización en el manejo de la Insuficiencia Renal Crónica Terminal, promueve a la hemodiálisis como principal alternativa de tratamiento, descuidando las actividades de carácter preventivo y relegando el trasplante renal como tratamiento más eficiente, generando congestión en los servicios, disminución de la calidad de vida de los pacientes e incremento de los costos de tratamiento

La Insuficiencia Renal Crónica Terminal (IRCT), es el estado de pérdida de más del 95 % de la actividad de los riñones de una persona; lo cual es incompatible con la vida, a no ser que se instale alguna terapia que logre sustituir estas funciones. A nivel mundial, se viene impulsando tres tratamientos preferentes para esta problemática: La hemodiálisis, la diálisis peritoneal y el trasplante renal.

El costo de la atención que demandan los asegurados sometidos a tratamiento es muy alto, tal es así que en el año 2000, se destinó el 4,5% del presupuesto institucional equivalente a \$ 35'987,598, para financiar el costo de atención de

estos pacientes que representan únicamente el 0,05 % del total de la población que EsSalud debe atender.

Debido a que en los años siguientes los costos se irán incrementando en paralelo al mayor ingreso de pacientes que reclamarán tratamiento, es conveniente evaluar las razones por las cuales no existe eficiencia en el manejo de esta patología; en tal sentido, se analizaron aspectos relacionados con las actividades preventivas, la hemodiálisis como principal opción de tratamiento, el desarrollo del trasplante renal, la diálisis peritoneal continua ambulatoria y el acceso de pacientes con IRCT a EsSalud, los cuales se detallan a continuación:

1.1 Las actividades de carácter preventivo desarrolladas por EsSalud, para prevenir la IRCT, al igual que las enfermedades que la originan, como la Diabetes y la Hipertensión Arterial, han sido insuficientes, generando un incremento significativo de dichos casos.

Entre los años 1997 a 1999, tuvo lugar el auge de las actividades preventivas promocionales en la Institución. Sin embargo, el monitoreo de su desarrollo, se midió a través del reporte de 18 a 19 actividades desagregadas que debían ejecutarse para cada paciente inscrito en los denominados Programas Preventivos Promocionales, que incluían entre otros, a los pacientes con Diabetes Mellitus (DM) e Hipertensión Arterial (HTA). Esta modalidad de evaluación, no otorgaba la certeza de un adecuado manejo que permitiera prevenir de manera efectiva dichas enfermedades o cuando menos retardar su evolución, por cuanto los únicos reportes que se obtenían como resultado del manejo de los pacientes, solo contenían información respecto al número total de actividades realizadas a los pacientes, más no permitían conocer de manera individualizada el resultado de la labor preventiva efectuada en los mismos, no existiendo por tanto registros que permitan a la Gerencia de Programas Externos (GPES) de la actual Gerencia Nacional de Salud, a afirmar en base a resultados haber desarrollado una adecuada labor preventiva.

A partir del año 2000, las actividades preventivo promocionales en la seguridad social han sufrido "cambios", pasando de la mencionada atención de salud medida por actividades, a un nuevo modelo denominado de "atención integral", el cual fue propuesto mediante Carta Circular N°043-GCS-EsSalud-2000 de 18.Feb.2000, sustentándose en la ausencia de articulación entre las prestaciones de salud brindadas en los servicios recuperativos y las otorgadas por los programas preventivo promocionales.

El nuevo modelo de atención integral consideró los siguientes segmentos poblacionales, a los cuales los denominó: Programas de Prevención Integral de la Gestante; Niño y Adolescente y Adulto y Adulto Mayor, que lejos de proporcionar resultados más efectivos, a la fecha aún no han podido ser implementados de acuerdo a lo planificado. Tampoco se ha previsto un aumento importante en la cobertura de las atenciones a los pacientes, como se aprecia en los casos de DM e HTA, que según los consolidados de los Informes Operacionales de los Órganos Desconcentrados se observa una disminución del número de pacientes atendidos durante los dos últimos años, hecho que es contradictorio con la tendencia actual de estas enfermedades que vienen incrementándose año tras año. El detalle de lo anterior se muestra en los siguientes cuadros:

Número de casos de Diabetes Mellitus manejados por EsSalud a nivel nacional

Año	Cantidad	Variación Porcentual con relación al Año anterior
1998	60 746	
1999	61 092	Incremento de 0,57 %
2000	52 000	Decremento en 14,88 %
2001	50 973	Decremento en 1,98 %

Fuente: Informes Operacionales de los Órganos Desconcentrados que manejan el Programa de Control de DM.

Número de casos de Hipertensión Arterial manejados por EsSalud a nivel nacional

Año	Cantidad	Variación Porcentual con relación al Año anterior
1998	91 979	
1999	103 920	Incremento de 12,98 %
2000	101 400	Decremento en 2,42 %

Año	Cantidad	Variación Porcentual con relación al Año anterior
2001	112 465	Incremento de 10,9 %

Fuente: Informes Operacionales de los Órganos Desconcentrados que manejan el Programa de Control de HTA.

Este debilitamiento de la actividad preventiva en EsSalud, es preocupante toda vez, que según la Sociedad Peruana de Diabetes, en el Perú existen aproximadamente un millón de diabéticos, estimándose que cerca de la mitad de los mismos desconoce su enfermedad y que probablemente recién acudirán a los centros de salud, al presentar alguna complicación. Se calcula que el diez (10) por ciento de los pacientes con diabetes desarrollarán IRCT, es decir de acuerdo a la cifra manifestada por la citada sociedad, existirían 100 000 nuevos casos con esta complicación, y dado que la Seguridad Social cobertura aproximadamente al 25% de la población peruana, nos correspondería atender 25 000 de estos pacientes. Considerando que el costo anual promedio de la atención de un paciente con IRCT en el Perú es de US\$ 10 000, tendríamos que destinar 250 millones de dólares en la atención de este porcentaje de asegurados.

Si a lo anterior agregamos que según la Sociedad Peruana de Cardiología, el 20% de los peruanos sufre de hipertensión y que ésta viene involucrando cada vez más a jóvenes de 30 a 35 años de edad, el panorama anterior se complica aún más, dado que la hipertensión es luego de la diabetes, la enfermedad que provoca mayor daño secundario al riñón.

Asimismo, es importante comentar que como parte de la labor preventiva, no se ha orientado esfuerzos que contribuyan a controlar los factores de riesgo de las enfermedades que originan la IRCT, toda vez que muchos de éstos son prevenibles.

Según información proporcionada por la Sociedad Latinoamericana de Nefrología e Hipertensión, en los países latinoamericanos, incluido el Perú, la incidencia anual de la IRCT (casos nuevos que desarrollan esta manifestación), se ha calculado en 132 pacientes por millón de habitantes, de los cuales, EsSalud, hasta el año 2000, atendió

aproximadamente a un 39%. El detalle de la incidencia, se aprecia en el siguiente cuadro:

Año	1998	1999	2000
Población Nacional	24 800 000	25 808 679	26 231 821
Pacientes nuevos atendidos en EsSalud	1234	1550	1352
Incidencia (pmp) *	49,8	60,1	51,5

* Tasa por millón de Población Nacional (valor calculado 132 pmp).

Fuente: Registro Nacional de Diálisis, Area de Desarrollo de la Gerencia del Centro de Hemodiálisis.

Estos pacientes que ingresan a recibir una terapia de sustitución renal, mayormente lo hacen por los servicios de emergencia de los hospitales nacionales, en un estado de descompensación que requiere una atención inmediata, siendo la hemodiálisis el procedimiento de elección en estos casos.

En tal sentido, las actividades de carácter preventivo desarrolladas por EsSalud, para prevenir la IRCT y las enfermedades que más frecuentemente la originan como son la Diabetes Mellitus y la Hipertensión Arterial, vienen siendo insuficientes en todos sus niveles, no estando acorde con lo establecido en la normatividad vigente, ni con los conceptos establecidos por la OPS cuando define los niveles de la prevención en:

- **Nivel Primordial:** Es el nivel de prevención más recientemente reconocido, cuyo objetivo es evitar el surgimiento y la consolidación de patrones de vida social, económica y cultural que se sabe contribuyen a elevar el riesgo de la enfermedad.
- **Nivel Primario:** Limitación de la incidencia (aparición de nuevos casos de la enfermedad) mediante el control de sus causas y factores de riesgo, tanto en la población general como en grupos de expuestos a factores específicos de riesgo.

- Nivel Secundario: Comprende todas las medidas disponibles para la detección precoz de la enfermedad para perseguir la curación o la reducción de las consecuencias más graves de la enfermedad mediante diagnóstico y tratamiento precoces, requiere necesariamente de “tamizajes” que a veces resultan costosos y difíciles de implantar.
- Nivel Terciario: Su objetivo es reducir el progreso o las complicaciones de una enfermedad ya establecida, procurando disminuir las secuelas y discapacidades y minimizar los sufrimientos causados por la pérdida de salud y facilitar la adaptación de los pacientes a cuadros incurables.

Esta situación se debe a:

- Se tiene implementado un modelo de atención de espera, que asiste a las personas que por su propia voluntad tiene la decisión de consultar, es decir en condición de enfermos o presentando algún síntoma.
- La Gerencia Nacional de Salud (ex Gerencia Central de Salud) no sustentó la importancia de la continuidad del desarrollo de las actividades preventivas, que si bien es cierto, requerían de cambios o mejoras orientadas a hacerlas más efectivas en términos de resultados, ello no justificaba su debilitamiento, disminuyendo sus recursos.
- Que el mercado fija las pautas sobre la salud, se ha venido destinando mayores recursos a las actividades recuperativas, existiendo una tendencia a que las actividades de promoción, prevención y atención primaria, al no beneficiar a ningún grupo de poder económico, tiendan a desaparecer.

Situación que genera:

- Que no se desarrolle una intervención precoz; es decir, la prevención no se inicia antes que se instale la enfermedad, en un nivel primario o primordial, de tal manera que la relación costo-beneficio sea más óptima.

- No contar con un sistema de atención preventiva eficaz que permita evitar o al menos retardar la aparición de enfermedades, que al llegar a una fase recuperativa, involucran mayor costo.
- Consumo de enormes cantidades de recursos, sin mayor impacto en la salud de la población asegurada.
- Al no haberse dado en forma gradual el cambio de actividades preventivas a un modelo de atención integral, viene siendo difícil la implementación del nuevo Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS), por cuanto ello depende de cambios simultáneos en la política financiera, de recursos humanos, logísticos y de cultura organizacional, lo cual no se viene dando.
- Que el 95% de los pacientes que ingresan a tratamiento de hemodiálisis, lo hagan con cuadros severos de descompensación que requieren atención de emergencia, la mayoría de las veces, sin estar previamente inmunizados contra la Hepatitis B, ni contar con un acceso vascular que facilite el procedimiento, estando expuestos por tanto, a mayor riesgo de contraer infecciones o padecer algún otro tipo de complicación al recibir el tratamiento.

1.2. Se ha priorizado la hemodiálisis como principal opción de tratamiento de la IRCT, aun cuando no brinda al paciente una mejor calidad de vida y crea congestión en los servicios.

La hemodiálisis constituye la terapia que atiende al mayor porcentaje de pacientes urémicos en la Institución, situación que origina congestionamiento de las áreas hospitalarias que prestan este servicio, además de una menor calidad de vida al paciente al afectar su desenvolvimiento social, laboral y familiar; los porcentajes de pacientes que son tratados de IRCT en la Institución bajo las tres modalidades se muestran a continuación:

Pacientes en tratamiento por:	Saldos al 31.Dic. de cada año					
		1997	1998	1999	2000	2001 (Jul.)
Hemodiálisis	Cantidad	2 060	2 255	2 474	2 743	2 805

Pacientes en tratamiento por:	Saldos al 31.Dic. de cada año					
		1997	1998	1999	2000	2001 (Jul.)
	Porcentaje	(86,5%)	(84,9%)	(80,9%)	(80,4%)	(83,4%)
Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria (DPCA)	Cantidad	220	287	442	548	535
	Porcentaje	(9,2%)	(10,8%)	(14,5%)	(16,1%)	(15,9%)
Trasplante Renal	Cantidad	101	112	139	122	22
	Porcentaje	(4,2%)	(4,2%)	(4,5%)	(3,6%)	(0,6%)
Total		2 381	2 654	3 055	3 413	3 362

Fuente: Registro Nacional de Diálisis, Area de Desarrollo de la Gerencia del Centro de Hemodiálisis.

Del análisis del cuadro precedente se observa que en promedio, el 83,25% de pacientes reciben tratamiento de su IRCT con hemodiálisis, el 13,29% por Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria (DPCA) y sólo el 4,14% fueron sometidos a trasplante renal. Esta última terapia, a pesar de ser la más recomendable, fue la que menos se desarrolló de los tres tratamientos existentes, observándose inclusive una tendencia decreciente en los dos últimos años (Ver gráfico, Anexo2). En el caso de la Diálisis Peritoneal, existió un crecimiento importante en los años 1999 y 2000, sin embargo, también se aprecia una tendencia a estabilizarse e incluso a disminuir a partir del 2001.

La congestión en los servicios o unidades de hemodiálisis institucionales, se relaciona con aspectos que favorecen el ingreso y otros que dificultan el egreso a dichos servicios o unidades, detallándose los siguientes:

Los que favorecen el ingreso:

- 1) Inexistencia de una política efectiva que prevenga el desarrollo de nuevos casos de IRCT ó de las enfermedades que la desarrollan (DM, HTA, Uropatía Obstructiva, entre otras) ó cuando menos retardar su aparición.

- 2) Pacientes que desarrollan IRCT en el Perú y no se encuentran asegurados, pretenderán estarlo, contando para ello, con algunas ventajas que les otorga el marco legal vigente.
- 3) Captación de pacientes cuando ya cursan la enfermedad y no en la fase de prevención de la misma.
- 4) Contar con un modelo de atención de salud de “espera”, es decir, dejamos que sea el paciente quién decida cuando solicitar tratamiento, lo cual generalmente ocurre cuando se encuentra muy descompensado, necesitando obligatoriamente de una hemodiálisis de emergencia, incrementándose los riesgos de complicaciones de este procedimiento, infecciones principalmente, además de aumentar aún más los costos, de por sí ya elevados del mismo.
- 5) No se cuenta con una estrategia institucional para limitar el ingreso de pacientes con enfermedades terminales en los que a criterio de la especialidad, no esté indicada una hemodiálisis.

Los que dificultan el egreso:

- 1) Escaso desarrollo de estrategias para la captación de órganos que incide en el número de trasplantes renales que se efectúan en el país.
- 2) Restricción al ingreso de pacientes al Programa de Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria, sobre todo en el 2001.
- 3) Falta de cupos en el Centro de Hemodiálisis y en las Clínicas Contratadas, manteniendo la congestión existente y el sobre uso de los servicios.

- 4) Las malas condiciones físicas, nutricionales, psicológicas, culturales y sociales de muchos pacientes, no les permite calificar como aptos para ingresar a un programa de diálisis peritoneal ó a la lista de espera de trasplante renal. Asimismo, el alto porcentaje de prevalencia de hepatitis C en los pacientes sometidos a diálisis en la Institución (70%), viene excluyendo de la mencionada lista de espera a pacientes que por lo demás cumplen con el resto de requerimientos.

Esta situación origina que la atención en los servicios de hemodiálisis brindados en los hospitales nacionales, se distancie de los estándares que la propia institución establece como criterios exigidos a las clínicas contratadas, aspectos que se detallan en el siguiente cuadro:

Aspectos considerados en el tratamiento de Hemodiálisis (HD)	Servicio de HD (HNGAI)	Unidad de HD (HNERM)
Número de puestos de hemodiálisis	Una Sala con 22 puestos	Dos Salas con 12 Puestos cada una
Número de nefrólogos por sala	1 por turno (22 puestos)	1 por turno para las dos Salas (24 puestos)
Número de pacientes programados para atenderse	132	144
Número de pacientes atendidos	260	335
Número de sesiones realizadas/ mes	2 340 (36 % más de lo permitido)	2 700-2 900 (57 a 69 % más de lo permitido)
Número de turnos de atención/día	Se programan 3 turnos diarios, sin embargo, por la demanda se llegó a programar 2 turnos más en las noches	Se programan 3 turnos diarios, sin embargo, por la demanda se llegó a programar 2 turnos más en las noches
Número de pacientes nuevos por mes	35	60 (promedio en el 2001)
Estructura Orgánica	Servicio que depende del Departamento de Nefrología que a su vez depende de la Gerencia Médica	Unidad que depende del Departamento integrado de Nefro-Urología que a su vez depende de la Gerencia Quirúrgica
Sistema de registro de las atenciones	Informático (mecanizado)	Manual

Respecto al cuadro precedente, es importante señalar que en los Hospitales Nacionales Edgardo Rebagliati y Guillermo Almenara, en los cuales se atiende más del número permitido de sesiones, los pacientes que reciben dicho tratamiento se encuentran la mayoría de las veces, en condiciones más críticas que los de las Clínicas Contratadas, sobretodo cuando ingresan por los Servicios de Emergencia, descompensados o con alguna complicación, siendo la situación más difícil para el HNERM, debido a que a pesar de soportar una mayor demanda de sesiones, no es considerado como servicio, sino como unidad orgánica, con las limitaciones en el aprovisionamiento de recursos que ello involucra.

Para efectos presupuestarios, la hemodiálisis representa menores costos por paciente, calculados para un año de tratamiento. Sin embargo los resultados obtenidos en calidad de vida de los asegurados, son deficitarios, debido además de las características propias del procedimiento, a la congestión existente y a la falta de recursos que limitan el cumplimiento estricto de las normas de bioseguridad, lo cual genera un alto riesgo de contagio de enfermedades infecciosas, toda vez que se viene observando re uso de líneas arterio venosas y filtros, hacinamiento, maltrato a los pacientes debido a la apertura de un cuarto y quinto turno, que obligaba en algunos casos a reducir el tiempo requerido para el paciente en diálisis. Lo anterior origina complicaciones que requerirán de hospitalizaciones, lo cual encarece los costos de atención. Además, en caso de adquirir infecciones, disminuirá la posibilidad de que el paciente sea trasplantado.

Las políticas institucionales desde los años 1970-1971, han venido favorecido el auge de la hemodiálisis, habiéndose adquirido en tales años, 50 máquinas cuya distribución dio inicio a la creación de macro unidades de hemodiálisis intrahospitalarias en el IV nivel de atención, al ser repartidas en solo dos hospitales nacionales: Edgardo Rebagliati Martins y Guillermo Almenara Irigoyen, cuando lo más conveniente era descentralizarlas en unidades modulares en centros periféricos.

Dicha política Institucional se reforzó al crear el Centro de Hemodiálisis donde se concentró la prestación de este servicio. Dicha tendencia se profundizó a partir de 1998 con la adquisición de aproximadamente 260 máquinas de hemodiálisis ocasionando un sobrestock de éstas e incluso proyectando nuevamente la creación de megacentros de hemodiálisis como son el Proyecto Olavegoya y Santa Rosa. La centralización de la atención de los pacientes que requieren de hemodiálisis en macro unidades, origina que en 9 de los 14 Centros Asistenciales institucionales a nivel nacional, donde se brinda este servicio, vengán atendiendo a más de 100 pacientes mensualmente. La congestión existente y la no identificación del estado de portador son dos de las principales causas que explican la alta prevalencia de hepatitis B y/o C en los asegurados usuarios de esa terapia.

Según el Registro Nacional de Diálisis, se calcula que EsSalud se hace cargo del 95% del total de pacientes con IRCT en el país; para el año 2000, se calculó que 3 463 pacientes en el Perú desarrollaron dicha complicación, de los cuales 1 352 (39%) pacientes nuevos ingresaron a EsSalud, con este diagnóstico, tal como se aprecia en el siguiente cuadro:

Año	Población peruana	Incidencia de IRCT ⁴	N° estimado de pacientes con IRCT en el Perú	N° de pacientes con IRCT que ingresaron a EsSalud	Diferencia no atendida en EsSalud	Porcentaje de atendidos por EsSalud (%)
2000	26 231 821	132 x millón	3 463	1 352	2 111	39,05

Fuente: - Registro Nacional de Diálisis
- Sociedad Latinoamericana de Nefrología

Del cuadro anterior se observa que existirían más de 2 000 pacientes que no habrían podido acceder a ningún tratamiento lo cual, como se mencionó anteriormente, llevaría a la muerte del paciente, situación que se vendría presentando, según el cuadro comparativo de mortalidad por IRCT en EsSalud y el resto del país, durante el año 2000, cuyo detalle se muestra a continuación:

N° de fallec. x Insuf. Renal en el país* (a)	Tasa de Mortalidad Bruta x IRCT en EsSalud** (b)	Diferencia: (a) -(b)	Diferencia que no fue atendida en EsSalud (Cuadro anterior)
2 886	832	2 054	2 111

Fuente: * Informe Estadístico de Defunción (Ministerio de Salud)
** Registro Nacional de Diálisis (EsSalud)

Esta situación explica, las razones por las que cualquier persona no asegurada, que se le diagnostica IRCT, al no contar con un servicio público de hemodiálisis al cual acudir, opte por buscar la forma de afiliarse a EsSalud y favorecerse frente a debilidades que el marco legal e institucional le ofrecen.

En tal sentido, a fin de evidenciar dichos aspectos se evaluaron casos de pacientes “nuevos” con IRCT atendidos en el periodo enero - octubre 2001, procediendo a verificar la información relacionada con su inscripción y acreditación, obteniendo de una muestra de 87 pacientes ingresados a la Unidad de Hemodiálisis del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, la existencia de 25 pacientes (28,73%), inscritos como trabajadores obligatorios y trabajadores del hogar, cuya antigüedad en su centro laboral es menor a 5 años. Para el caso del Hospital Nacional Guillermo Almenara

Irigoyen, de una muestra de 67 asegurados, a diferencia del estudio anterior no se consideró a los pensionistas, obteniéndose que el 73% de los pacientes ingresaron con una afiliación menor a los cinco años.

De acuerdo con la historia natural de una IRCT secundaria a enfermedades como la Diabetes Mellitus (DM), Hipertensión Arterial (HTA) y Uropatía Obstructiva, se observa que en promedio se instalan luego de más de 10 años de iniciadas dichas enfermedades y que según las estadísticas alcanzadas, son responsables de más de la mitad de los casos nuevos de IRCT que ingresaron a terapia dialítica en el periodo estudiado.

La situación anterior viene incrementando paulatinamente la población receptora de hemodiálisis, lo cual dificulta el cumplimiento de los siguientes estándares de calidad exigidos para brindar un adecuado tratamiento:

Aspectos considerados en el tratamiento de Hemodiálisis(HD)	Criterios de Calidad en un Servicio de Hemodiálisis
Número de Puestos de Hemodiálisis	Se dividen en módulos de hasta 6 puestos de hemodiálisis cada uno
Número de Nefrólogos por Sala	1 hasta por dos módulos* (12 puestos)
Número de pacientes programados para atenderse	1 paciente por turno por puesto por mes
Número de pacientes atendidos	72 para 2 módulos
Número de sesiones realizadas/ mes	936
Número de turnos de atención/día	Tres turnos
Número de pacientes nuevos por mes	Mínimo por ser unidades regulares de tratamiento
Estructura Orgánica	<ul style="list-style-type: none"> - Personal Directivo - Director Médico - Personal Médico - Personal Paramédico - Personal Administrativo - Personal Técnico
Sistema de registro de las atenciones	Deben contar con Internet para enviar diariamente información al Centro de Hemodiálisis.

Fuente: Especificaciones Técnicas de los Concursos Públicos para contratar Servicio de Hemodiálisis.

⁴ Nefrología Latinoamericana. Publicación Oficial de la Sociedad Latinoamericana de Nefrología e Hipertensión. Vol. 6, N°3, Set 99. Pág. 157

La condición descrita se debe a:

- Ausencia de una política preventiva Institucional, orientada a retardar o limitar la aparición de la fase terminal de la Insuficiencia Renal Crónica, así como de las enfermedades como la Diabetes Mellitus y la Hipertensión Arterial que degeneran en ella, incrementándose la ocurrencia de estas patologías.
- Incremento en el número de pacientes en estado de descompensación sistémica en que la mayoría hacen su debut con IRCT, ingresando por los servicios de emergencia, lo que hace indispensable el tratamiento por hemodiálisis, hasta superar el cuadro.
- Limitación por parte de los profesionales a cargo de los Servicios o Unidades de Hemodiálisis de los Hospitales Nacionales para derivar sus pacientes a otras alternativas terapéuticas, como la diálisis peritoneal o trasplante renal, así como a la prestación del servicio a través de las unidades propias extrahospitalarias de EsSalud o a través de la tercerización.
- No se cuenta con instrumentos que permitan determinar el número de pacientes que van ingresar al programa de hemodiálisis, lo cual impide establecer el requerimiento real del número de sesiones de hemodiálisis para servicios contratados según lo programado por cada hospital y sus proyecciones, a fin de lograr un presupuesto acorde para cubrir las necesidades. Asimismo, las sesiones que no se llegan a adjudicar por quedar desiertas no son sometidas a posteriores convocatorias a fin de cubrir el total de sesiones solicitadas.
- Marco legal vigente, no limita acceso de pacientes con enfermedad (IRCT) pre existente inscritos como asegurados obligatorios, además de no verificarse la información que sustenta la inscripción ó si están en condiciones de desarrollar

actividades laborales para su inclusión en planillas, acorde con la normativa establecida.

- Se ha venido priorizando mayor inversión en el tratamiento recuperativo de la IRCT por la influencia del mercado que impulsa su desarrollo, en desmedro de los tratamientos de prevención primordial y primaria.

La condición descrita genera:

- Hacinamiento y congestión en los servicios y unidades de Hemodiálisis de los cuales dispone la Institución, limitando el cumplimiento de las normas de bioseguridad, lo que a su vez genera riesgo de contraer enfermedades infecciosas, como hepatitis B, C ó HIV, tanto por parte de los pacientes como del personal asistencial.
- Tratamiento del paciente urémico en condiciones de hacinamiento disminuye su calidad de vida al estar expuesto a otras complicaciones.
- Limitaciones para cumplir con los estándares de calidad exigidos para brindar dicho tratamiento, toda vez que existen unidades que abrieron hasta 5 turnos, en lugar de los 3 usuales, con el consiguiente malestar de los pacientes que recibieron su terapia a altas horas de la noche o madrugada.

1.3. A pesar de ser el Trasplante Renal, la terapia más ventajosa para el tratamiento de la IRCT, se ha venido desarrollando en menor grado a nivel institucional.

El tratamiento de la IRCT tiene entre sus opciones al trasplante renal, siendo este procedimiento la opción que otorga mejor calidad de vida al paciente y a mediano plazo, menos costosa que la diálisis, a pesar de ello, no se le ha tomado en cuenta a

efectos de darle mayor impulso para su desarrollo a nivel institucional. Aspectos que se sustentan en las cifras que se detallan en los cuadros siguientes:

Tipo de Tratamiento	Año			
	1997	1998	1999	2000
Hemodiálisis	2 060	2 255	2 474	2 743
Diálisis Peritoneal	220	287	442	548
Trasplantes	101	112	139	122
Total	2 381	2 654	3 055	3 413

Fuente: Registro Nacional de Diálisis, Área de Desarrollo – Centro de Hemodiálisis

Tipo de Tratamiento	Costo total del tratamiento (S/.)	
	al 1 ^{er} año	al 5 ^{to} año
Trasplante Renal	65 000	102 789
Hemodiálisis	26 777	133 885
Diálisis Peritoneal	55 000	275 000

Fuente: Dirección de Trasplantes - Gerencia Nacional de Salud

De otro lado, se observa que al 1.Ene.2001, no obstante existir 720 pacientes en condición de aptos para trasplante renal, al mes de noviembre del mismo año, sólo se ejecutaron un total de 102 trasplantes renales, lo cual no permite descongestionar la demanda a inicio de año más la que se viene generando a la fecha. El número de trasplantes ejecutados en los últimos tres años y según Centro Asistencial, se muestran en el siguiente cuadro:

Centro Asistencial	Año		
	1999	2000	2001
Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins	63	49	50
Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen	41	27	26
Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo - Chiclayo	13	13	9
Hospital Nacional Carlos A. Seguí – Arequipa	22	28	12
Hospital Nacional Sur Este – Cusco	0	3	3
Hospital Víctor Lazarte Echeagaray – La Libertad	0	3	0
Total	139	123	100

Fuente: Dirección de Trasplantes - Gerencia Nacional de Salud

* Avance de ejecución de metas a Nov.2001

De la información del cuadro precedente se desprende que las actividades de trasplantes renales durante los años 1999, 2000 y 2001 tienen una tendencia decreciente y no han sido suficientes frente a la demanda. Asimismo, es de resaltar que del total de trasplantes realizados, el 70,3% se efectuaron en hospitales nacionales de Lima, los cuales vienen recibiendo incluso riñones procurados en provincias, accediendo a ellos, solo los integrantes de la lista de espera del hospital trasplantador. Esta situación refleja un centralismo en el desarrollo del trasplante renal en nuestra Institución, en desmedro de las provincias por el escaso impulso alcanzado, tanto en las actividades de procura como de trasplante.

De otro lado, no se tiene protocolizada la determinación de la condición de apto para trasplante renal de los pacientes, tanto de los nuevos que ingresan, como de aquellos que ya iniciaron el tratamiento y que están en condición de continuador, debido a que muchas veces, los referidos estudios para determinar si reúnen los requisitos para ser trasplantados e incluidos en la lista de espera, dependen de la iniciativa del mismo paciente; situación que viene a ser una de las causas del escaso porcentaje de pacientes que figuran en lista de espera, para beneficiarse de esta terapia, considerada como la mejor alternativa para el paciente urémico.

La condición descrita se debe a:

- Ausencia de un convenio específico con el MINSA a través del cual exista la formalidad o el compromiso de apoyo interinstitucional en la procura de órganos por parte de sus establecimientos de salud.
- No todas las unidades de procura implementadas a nivel institucional cumplen con la aplicación del Acuerdo N°002-18-IPSS-92 de 21.May.92, mediante el cual se autorizó que en los casos que se disponga de un cadáver a favor de un paciente asegurado, sea que aquel hubiera correspondido a un asegurado o no, la Institución asumirá los gastos de sepelio hasta por un monto de S/.1 500.

- Ausencia de gestión orientada a la difusión de la cultura de la donación y trasplante en la población a nivel nacional.
- Falta de supervisión de la Gerencia Nacional de Salud a través de la Dirección de Trasplante a fin de verificar la adecuada implementación de las unidades de procura existentes, para que éstas cumplan con sus actividades asignadas.
- Insuficiente gestión por parte de los Órganos Desconcentrados para la implementación de las unidades de procura en los hospitales III, IV y Nacionales, tal como lo dispuso la Directiva N°12-GG-EsSalud-2000 de 06.Dic.2000.
- Ausencia de una lista de espera única a nivel nacional. Asimismo tampoco se tiene protocolizados los estudios que permitan calificar la condición de apto para trasplante de todos los pacientes en terapia por IRCT.

Lo anteriormente expresado viene originando:

- Ausencia de equidad en el acceso a un trasplante renal debido a no tener protocolizado un estudio que califique la condición de apto para trasplante de los pacientes que ingresan a la Institución con IRCT, ni contar con una lista de espera única a nivel nacional, razones por las cuales se viene trasplantando riñones a pacientes que no necesariamente son los más calificados dentro de la totalidad de los mismos, para un determinado órgano donado.
- Mínima participación de la población en acciones orientadas a la donación de órganos para asumir la donación como un acto de solidaridad y contrarrestar las ideas negativas sobre el tema.
- Al no acceder oportunamente a un trasplante renal, y por consiguiente a una mejor calidad de vida con reinserción en el campo laboral y familiar, muchos pacientes al permanecer en tratamientos de hemodiálisis, vienen perdiendo su condición de

aptos, debido al elevado riesgo de contraer enfermedades de carácter infeccioso ú otras complicaciones que los estén excluyendo de la lista de espera.

- No contribuye a descongestionar sustancialmente las unidades o servicios de HD institucionales, así como disminuir los costos por el elevado número de pacientes a los cuales se les tiene que prestar servicios a través de terceros.
- Pérdida de posicionamiento a nivel nacional y latinoamericano en lo que respecta al trasplante renal.
- Alto riesgo de contagio de enfermedades infecciosas tipo hepatitis en los servicios y unidades de hemodiálisis de la Institución, conduce a la exclusión de los pacientes en forma temporal o permanente de la lista de espera de aptos para trasplante.

1.4 Dilación en la toma de decisiones para solucionar la problemática del programa de Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria, impiden su desarrollo, dejando de constituirse como alternativa de tratamiento para los pacientes con IRCT, no contribuyendo de manera significativa a descongestionar los servicios de hemodiálisis

La Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria (DPCA), es un tratamiento alternativo para tratar la IRCT, mediante el cual se introducen un promedio de dos litros de una solución dializante en la cavidad peritoneal de un paciente, permaneciendo en su interior de 4 a 6 horas, absorbiendo en este tiempo las toxinas que no pueden ser eliminadas por el riñón, drenándose luego este líquido para ser reemplazado por una nueva solución. Este proceso deberá repetirse de tres a cinco veces en el día, estando su ejecución a cargo del propio paciente, quien recibe previamente un ciclo teórico práctico a cargo del médico nefrólogo y del enfermero (a) responsable del programa, quedando en condiciones de “alta” para continuar el tratamiento en su domicilio.

Este procedimiento no está exento de riesgos siendo la peritonitis, la mayor y más seria complicación del mismo, estableciéndose que las causas infecciosas, debidas al ingreso de contaminantes externos a través de cualquiera de los aditamentos requeridos como la bolsa, las líneas, el prolongador ó el catéter peritoneal, son las más frecuentes. Sin embargo, también pueden originarse por factores no infecciosos propios de la misma solución (“peritonitis química”).

La problemática respecto al brote e incremento en la frecuencia de peritonitis ocurridos en el año 2000 y 2001, se produjeron fundamentalmente por los hechos siguientes:

1.4.1 Los estudios realizados por la Sub Gerencia de Epidemiología referente a la alta incidencia de peritonitis no son determinantes para atribuir su causa a factores dependientes únicamente del producto.

Desde la creación del Programa Nacional de Diálisis Peritoneal, en el año 1994, hasta mediados del año 2000, EsSalud vino adquiriendo casi exclusivamente al proveedor Laboratorios Baxter del Perú S.A., los insumos para el tratamiento de los pacientes de este Programa. A mediados del año 1997, este laboratorio efectuó una “conversión” en su sistema de conexión, es decir modificó su sistema “estándar” -que consistía en una única bolsa, que luego de infundirse la solución al paciente permanecía con éste, hasta un nuevo cambio- hacia un sistema de “doble bolsa”, (Sistema Ultrabag) con el que actualmente se trata a los pacientes. Este cambio fue planificado con antelación y se realizó en un tiempo aproximado de 3 meses.

Siendo este sistema (Ultrabag) y la solución de diálisis contenida en su interior (Dianeal), los utilizados por la Seguridad Social en la totalidad de sus pacientes hasta hace poco tiempo, sus ventajas y desventajas, se convirtieron en un obligado término de referencia tanto para la Institución como para el paciente.

De otro lado, mediante la L.P. N°046-EsSalud-99 realizada en marzo del 2000, para adquirir insumos para DPCA, se adjudicó al nuevo proveedor, Laboratorios Trifarma S.A., quien presentó las soluciones de diálisis denominadas Isodial (Solución de Glucosa al 1,5% y 2,5%) e Hiperdial (Solución de Glucosa al 4,25%), elaboradas en nuestro país, bajo la denominación sistema de conexión “Dianectan”. La adjudicación de la buena pro fue impugnada por el antiguo proveedor, iniciándose un conflicto administrativo y posteriormente judicial entre ambas empresas, que perdura hasta la fecha.

Mediante diversos procesos de Adjudicación Directa, la Institución adquirió los nuevos insumos, iniciándose los procedimientos de conversión del insumo anterior al nuevo. Sin embargo, a pesar que ello implicaba no solamente un cambio del sistema de conexión (del Sistema Ultrabag al Sistema Dianectan), sino también de una nueva solución dialítica (de la Solución Dianeal a la Isodial y/o Hiperdial) y pese a los antecedentes del litigio anterior, no se tomaron las previsiones necesarias, efectuándose cambios apresurados de dichos insumos, lo que originó un incremento de los casos de peritonitis, cuya mayor magnitud tuvo lugar en los meses de noviembre y diciembre del 2000, en la ciudad de Trujillo. Efectuadas las evaluaciones correspondientes se atribuyó este brote de peritonitis a la presencia de varios factores concurrentes. Al realizarse las correcciones del caso, la incidencia de peritonitis disminuyó, aún cuando no se llegó a alcanzar una tasa de peritonitis internacionalmente aceptada, de acuerdo con las estadísticas de la Gerencia del Centro de Hemodiálisis.

El denominado “Estudio Exploratorio de Factores Asociados a la Exposición y Ocurrencia de Peritonitis” en el Programa DPCA, realizado por la Sub Gerencia de Epidemiología, referente al aumento en la incidencia de peritonitis concluyó en la existencia de una multicausalidad al haberse determinado factores atribuibles tanto al producto como a la Institución, los cuales, se detallan a continuación:

a. Factores dependientes de la Institución:

- La decisión de cambiar de sistema a pacientes continuadores, sin tomar en consideración que este cambio debe ser gradual.
- Nivel de entrenamiento del paciente que no llega a ser el óptimo.
- Selección de pacientes menores de 15 años.
- Selección de pacientes sin contar con servicios básicos de agua y desagüe para realizar el procedimiento y/o ambientes inadecuados; es decir carentes de paredes revestidas, techo liso, dormitorio con baño, superficie de vidrio de la mesa en que se hace las curaciones para facilitar su limpieza.
- Selección de pacientes que requieren de una tercera persona para efectuar el procedimiento.
- Para el caso de la solución de diálisis, a excepción de las pruebas cualitativas para determinación de hidroximetilfurfural, no se evidencian ensayos para el dosaje de metabolitos de degradación de la glucosa, sugeridos como responsables de brotes de peritonitis química, como el acetaldehído.

b. Factores dependientes del insumo:

- Mayor probabilidad de ocurrencia de peritonitis entre los usuarios del Sistema Dianectan.
- Mayor porcentaje de insumos devueltos del nuevo producto, por problemas en la calidad de la bolsa y por alteraciones organolépticas de la solución (cambios en el color y olor de las soluciones).

Al respecto, se observó que el nuevo proveedor realizó algunos cambios en la configuración de su producto, con la finalidad de disminuir los motivos de devolución de sus bolsas, no habiéndose efectuado a la fecha, estudios que demuestren la efectividad de estas modificaciones, sin embargo, de acuerdo con lo referido por algunos de los responsables de la terapia, se aprecia una disminución en los insumos devueltos.

c. Factores dependientes del usuario:

- Los usuarios de una terapia de DPCA, juegan un doble rol en su tratamiento, debido a que intervienen como “pacientes” y también participan como “operarios” de la técnica, siendo por tanto su adiestramiento y concientización uno de los pilares del éxito ó fracaso de la misma.
- Edad, enfermedades concomitantes.
- Disponibilidad de servicios básicos (agua y desagüe).

Lo comentado en los puntos a) y b), refleja la necesidad de precisar las deficiencias atribuibles al insumo para DPCA. Respecto al control de calidad, en los informes de ensayo emitidos por el Instituto Nacional de Salud, se aprecian resultados conformes de pruebas de absorbancia del Hidroximetilfurfural, por el método espectrofotométrico, efectuados a insumos de los dos proveedores de la Institución (Baxter y Trifarma), el cual es el único metabolito de la glucosa considerado para analizar en las farmacopeas internacionales consultadas.

De otro lado, las especificaciones técnicas elaboradas para los procesos de adquisición de los insumos para DPCA, no garantizan la obtención de un producto de calidad; asimismo, según refiere la Gerencia de Selección y Evaluación de Recursos Médicos, la evaluación de su funcionalidad es de responsabilidad del usuario (médicos y enfermeras). Sin embargo, de acuerdo a lo expresado, se requiere de un detalle más preciso del tipo de solución que se busca adquirir y probar previamente la funcionalidad de los sistemas de conexión propuestos. Además, dichas especificaciones deben actualizarse de acuerdo a los nuevos avances científicos y a cualquier modificación del marco legal.

La situación descrita, se ha originado debido a:

- No existe un área funcional que se responsabilice del manejo de la totalidad de pacientes usuarios de esta terapia, sino que tanto el Centro de Hemodiálisis, como los hospitales nacionales y los de nivel IV están facultados a administrar directamente sus servicios de diálisis peritoneal.
- Las especificaciones técnicas elaboradas por la Institución, que son utilizadas en los procesos de selección de insumos para DPCA, no garantizan la obtención de un producto de calidad.
- Falta de profundización en las investigaciones para determinar las causas dependientes del insumo.
- Ausencia de un equipo que además de expertos clínicos, esté integrado por personal administrativo involucrado en la problemática y que se haga cargo de diseñar adecuadas especificaciones técnicas que cumpliendo con el marco legal vigente, nos aseguren la adquisición de productos de calidad y al mejor precio.
- La conversión de un sistema a otro no se planificó de manera gradual, dado que la compra del nuevo producto desplazó de los almacenes de los Centros Asistenciales al antiguo y fue esta dinámica la que primó para convertir de sistema a los pacientes sin la preparación, reentrenamiento y adecuaciones correspondientes, lo que expuso a los pacientes a un mayor riesgo de contaminación.
- La presencia de un segundo postor determinó un juego de oferta y demanda que fue conducido inadecuadamente por los ofertantes, creando un entorno conflictivo que llegó hasta la utilización de pacientes con fines confrontacionales, lo cual jugó un rol preponderante en la evolución de la problemática, no permitiendo tomar decisiones técnicas oportunas.

- El conflicto de intereses de los laboratorios ha determinado que la evolución de un proceso netamente médico sea manejado por otro tipo de intereses.
- La Institución no obtiene ventaja de su posición de único comprador, que permita una mejor capacidad de negociación y así planificar mejores estrategias para crear y mantener un mercado que asegure adquirir insumos de buena calidad y al menor precio, por cuanto se sabe que a partir del ingreso del nuevo proveedor en el año 2000, los costos por adquirir un mismo producto empezaron a bajar, lo cual viene generando un importante ahorro de recursos para la Institución, cuya magnitud se muestra en el siguiente cuadro:

Cuadro Comparativo del Costo Promedio de adquirir una Bolsa de 1.5 % por 2lts. de Solución de Diálisis Peritoneal en Mar.2000 y en Mar.2001

	Marzo 2000	Marzo 2001	Diferencia
Costo Unitario (S/.)	25,69	19,62	6,07
Nº de bolsas utilizadas por paciente en un año	1 460	1 460	
Costo anual x paciente	37 507,00	28 645,2	8 861,8
Costo por atender a los 564 pacientes inscritos para Mar.2001	21 153 948,00	16 155 892,80	4 998 055,2

Fuente: Area de Costos del Centro de Hemodiálisis

Con esta potencial diferencia de aproximadamente S/. 5 millones, la Institución puede adquirir 254 742 bolsas de 1,5% por 2lt del mismo proveedor, las cuales beneficiarían a 174 nuevos pacientes durante 1 año. El poder contar con mayor número de proveedores permitirá disminuir los costos del tratamiento de DPCA, que según un estudio de costos de la Gerencia del Centro de Hemodiálisis, resulta ser la terapia de sustitución renal más cara, 2,7 veces más costosa que el trasplante renal y dos veces mayor a la hemodiálisis, como se aprecia en el siguiente cuadro:

Tipo de Tratamiento	Costo Total (S/.)

	Al 1 ^{er} año	Al 5 ^{to} año (acumulado)
Trasplante Renal	65 000	102 789
Hemodiálisis	26 777	133 885
Diálisis Peritoneal	55 000	275 000

Fuente: Dirección de Trasplantes - Gerencia Nacional de Salud

Los hechos comentados generan:

- No poder contar con información consolidada, actualizada y completa que permita un adecuado monitoreo de las complicaciones surgidas por el procedimiento y que pueda brindar información que sustente la toma de decisiones.
- Falta de integración de las diferentes áreas que brindan servicios de diálisis peritoneal en la Institución.
- Los proveedores participantes en la problemática generada por el posicionamiento en el mercado, influyen en los asegurados para la aceptación ó rechazo de uno u otro sistema.
- Al no definirse claramente una posición institucional sobre el tema, se genera desconfianza en el paciente-operador de esta terapia, lo cual es un hecho muy delicado, toda vez que se conoce que la falta de motivación y peor aún de rechazo del usuario para la realización de esta técnica, es una de las principales causas de fracaso y debería considerarse como una contraindicación absoluta de la misma⁵.
- Que en el último año, no se haya venido apoyando a descongestionar los Servicios de Hemodiálisis de la Institución.
- Falta de sustento técnico para tomar una decisión definitiva, respecto a cual es el insumo más conveniente para que la Institución lo adquiera.

1.4.2 El Programa de Diálisis Peritoneal no contribuye de manera significativa en descongestionar los Servicios o Unidades de Hemodiálisis.

⁵ Drs. Montenegro, J y Olivares, J. "La Diálisis Peritoneal" Pág. 15-17

El Programa Nacional de Diálisis Peritoneal, fue creado en el año 1994, contando con 32 pacientes al término del mismo; se observó un crecimiento sostenido hasta el año 2000, siendo que a partir del año 2001 se presentó una disminución en el número de pacientes al programa, tal como se detalla en el siguiente cuadro:

Año	Cantidad De Pacientes	Variación Anual (%)
1994	32	
1995	125	290
1996	150	20
1997	220	46,6
1998	287	30,45
1999	442	54
2000	548	23,9
2001	564 (Mar.2001)	2,9
2001	507 (Oct.2001)	- 10,1
2002	492	-3,0

Fuente: Registros del Programa Nacional de Diálisis Peritoneal del Centro de Hemodiálisis

Como se aprecia en el cuadro anterior la tendencia al incremento en el número de pacientes se hace más lenta a partir del año 2000, para finalmente empezar a decrecer en el año 2001, al haberse restringido el ingreso de pacientes al programa, mediante Carta Circular N°001-PROG-DIPAC-GCH-EsSalud-2001 de 5.Jun.2001, no existiendo a la fecha una solución definitiva por parte de la gestión para revertir dicha situación.

Asimismo, del total de pacientes en 1996, el 39% se encontraba en el interior del país y un 61% en Lima (HNERM, HNGAI y el Centro de Hemodiálisis) siendo que para fines del año 2000, la distribución porcentual de pacientes se invirtió en la misma medida, quedando el 61% de pacientes en el interior del país. Esta situación hacía necesario un mayor control de estos pacientes por los encargados del programa de DPCA, es decir, del Centro de Hemodiálisis y los Hospitales Nacionales.

Como resultado de la evaluación a la documentación alcanzada por la Gerencia del Centro de Hemodiálisis y los Hospitales Nacionales Edgardo Rebagliati Martins y Guillermo Almenara Irigoyen, respecto al manejo de los pacientes que se encuentran en tratamiento por DPCA, se observan los siguientes hechos:

- Muchos de los pacientes no cumplen con los criterios de selección para su ingreso al programa.
- No todos los pacientes cuentan con informes elaborados a cargo del equipo multiprofesional que haya permitido su ingreso al programa.
- No se gestiona con la debida antelación, el programa de visitas de supervisión a las unidades de diálisis peritoneal que conforman la red que está a cargo de la Gerencia del Centro de Hemodiálisis, realizándose las supervisiones en forma limitada, según los informes correspondientes a los años 1999, 2000 y 2001.
- De 18 establecimientos que conforman la Red de DPCA, que está a cargo de la Gerencia del Centro de Hemodiálisis, sólo 3 cuentan con médico nefrólogo; las demás cuentan con profesionales médicos generales o de otras especialidades y enfermeras "capacitadas" en el manejo de los pacientes del programa; sin embargo, de acuerdo a los informes de supervisión a varias de éstas unidades se encontró que muchos de los pacientes:
 - a) No reunían los criterios de selección para recibir tratamiento mediante DPCA.
 - b) Presentaban granulomas en los orificios de salida, requiriendo de cauterización, para cuyo procedimiento las enfermeras a cargo del programa, aun de los hospitales III no estaban capacitadas.
 - c) Presentaban calambres, edemas, entre otras complicaciones, que hacían necesario variar el esquema de tratamiento.
 - d) No registraban el volumen de ultrafiltración, requerido para reajustar el esquema de tratamiento del paciente en caso necesario.
- No se cuenta con registros de dosaje de Calcio, Fósforo, Hierro y Electrolitos, lo que permite afirmar que los pacientes no son sometidos a dichos controles,

generando un riesgo de uso innecesario de productos farmacológicos costosos.

- Los pacientes no cuentan con los controles periódicos de PET (Test de Equilibrio Peritoneal) y KT/V, necesarios para evaluar si el peritoneo es funcionante o no; así como el comportamiento de la evolución del paciente, a fin de determinar si prosigue con el esquema de tratamiento instaurado o requiere variar.

Los aspectos incumplen lo establecido en:

a) Las “Guías de Procedimientos de Diálisis Peritoneal”, aprobadas por Resolución N°004-GCS-EsSalud-2001 de 19.Feb.2001.

- Evaluación Multidisciplinaria, en la que el paciente es evaluado de acuerdo con los parámetros establecidos para cada miembro del equipo (médico, enfermera, psicóloga, nutricionista, asistente social). Al final cada profesional emite un informe detallado que se adjunta a la historia del paciente para la determinación del ingreso (numeral 3, Selección de pacientes para DPCA).
- Criterios de Inclusión de un paciente en DPCA:
 - a. Paciente con IRCT, con Depuración de Creatinina menor a 10 ml/min.
 - b. Paciente que esté seguro de su capacidad para desarrollar el procedimiento y que haya aceptado el proceso de evaluación selectiva del equipo multidisciplinario.
 - c. Paciente que haya perdido toda opción para el tratamiento en hemodiálisis.
 - d. Paciente con capacidad de realizar su propio autocuidado.
 - e. Pacientes pediátricos, cardiopatas y diabéticos.
 - f. Contar con soporte familiar.
 - g. Tener en cuenta la rehabilitación laboral del paciente.
 - h. Tener en cuenta el aspecto socio económico del candidato y su

entorno.

- i. Vivienda o ambiente destinado al tratamiento completamente acabado, con servicios básicos, ingreso familiar que asegure un soporte suficiente de alimentos de alto valor biológico, tipo de convivencia de preferencia que no exista hacinamiento, no presencia de animales domésticos.

(Numeral 5.1)

- Seguimiento del paciente, considerando entre otros:
 - a. Evaluación de su tratamiento
 - b. Evaluación del orificio de salida
 - c. Pruebas de evaluación peritoneal (PET, KT/V y PCR cada 6 meses y posterior a peritonitis)
 - d. Evaluación nutricional global subjetiva
 - e. Cambio de prolongador de catéter cada 6 meses
 - f. Evaluación de rehabilitación del paciente.

(Numeral 6)

- El Test de Equilibrio Peritoneal (PET), tiene como objetivos: optimizar la diálisis peritoneal, evaluar la permeabilidad de la membrana peritoneal de forma individual, seleccionar de manera más exacta un régimen de diálisis peritoneal, evitar las complicaciones derivadas de la formulación de un régimen inadecuado de diálisis peritoneal, se realiza al mes de iniciada la diálisis peritoneal, repitiéndose cada 6 meses y post episodio de peritonitis (numeral 13).
- El KT/V, es un indicador utilizado para valorar la prescripción mínima aceptable en un paciente sometido a diálisis, tiene como objetivo obtener datos acertados para los cálculos de depuración y se debe realizar a los tres meses de iniciada la diálisis peritoneal y luego cada 6 meses o cambio

de esquema de tratamiento (Numerales 15 y 16).

- b) Acuerdo de Consejo Directivo N°2.2-IPSS-94 de 11.Jun.94, mediante el cual se aprobó la aplicación a nivel nacional del Programa de DPCA, en razón de que permita un manejo más fluido de las Unidades de Hemodiálisis.

En tanto que para la hemodiálisis se requiere de infraestructura, equipamiento especializado, equipos médicos y asistenciales para atención permanente; la aplicación de la DPCA se constituye en una alternativa inicial apropiada para el tratamiento de la IRC, en especial para los pacientes pediátricos, ancianos, diabéticos e infectados (hepatitis y sida), población que tiene una evolución no muy favorable en hemodiálisis, ofreciendo mejor calidad de vida, con mayores expectativas de rehabilitación e idénticas posibilidades de trasplante renal.

La condición descrita se debe a:

- El Programa de DPCA al no contribuir en el descongestionamiento de los servicios y unidades de hemodiálisis de manera significativa no ha cumplido con el objetivo de su creación.
- La presencia de un proveedor único en el suministro de las soluciones de diálisis peritoneal, hasta el año 2000, no permitió disminuir los costos de tratamiento.
- La aprobación de la Directiva N°001-GCS-IPSS-98 que dispuso que los Hospitales Nacionales administren directamente sus programas de DPCA, desconcentró los recursos y debilitó su desarrollo efectivo como programa.
- Insuficiente coordinación y compromiso de los profesionales del Centro de Hemodiálisis y de los Hospitales Nacionales, a fin de lograr una mayor supervisión y control de los pacientes en tratamiento con diálisis a nivel nacional.
- No se ha dado a conocer de manera integral la problemática presentada durante los ocho primeros años de su implantación a fin de superarla y

avanzar en su desarrollo orientado a contribuir en el descongestionamiento de los servicios o unidades de hemodiálisis.

- No se ha cumplido en el desarrollo de la DPCA como una alternativa inicial sobre el paciente diagnosticado de IRC, en vías de ingresar a un programa de diálisis periódica hasta un trasplante renal.
- El poco desarrollo en que incurrió el programa de DPCA, no sustentó adecuadamente la asignación de recursos presupuestales para que durante los últimos años, ésta contribuyera de manera significativa a descongestionar las unidades de hemodiálisis.
- El ingreso de los pacientes al programa es a requerimiento del mismo, es decir no es direccionado y orientado por el especialista, como era su finalidad para lograr la descongestión de las unidades de hemodiálisis.

La condición descrita genera:

- Mínima contribución en lograr mayor fluidez en el manejo de las unidades de hemodiálisis, disminuir los costos del tratamiento de la IRCT y en mejorar la calidad de vida de los pacientes.

Otras Observaciones efectuadas en el Informe N° 009-OAI/GAIII-ESSALUD-2002

2. No a todos los pacientes con IRCT que ingresan a los Hospitales Nacionales Edgardo Rebagliati Martins y Guillermo Almenara Irigoyen, se les practica pruebas serológicas que permitan detectar a portadores de hepatitis, situación que incrementa el riesgo de contagio de pacientes sanos y los costos de atención de los mismos

3. Actividades de vigilancia epidemiológica de enfermedades no infecciosas como diabetes mellitus e hipertensión arterial no han brindado información necesaria para la toma de decisiones con relación a los casos de pacientes con insuficiencia renal crónica terminal

4. Ausencia de gestión relacionada con las Unidades de Procura de Órganos y otro, genera limitaciones para llevar a cabo los trasplantes renales

Conclusiones

1. El Seguro Social de Salud - Essalud, no viene desarrollando actividades de carácter preventivo de la IRCT y de las enfermedades que degeneran en ella, como la Diabetes Mellitus y la Hipertensión Arterial; se mantiene un modelo basado en la actividad hospitalaria, es decir de espera de daños y no la preventiva, generando un incremento significativo de casos de pacientes que ingresan a tratamiento de IRCT con cuadros de descompensación severa, requiriendo atención de emergencia, lo cual los expone a mayor riesgo de contraer enfermedades infecciosas que complican su estado de salud y generan mayores costos en su tratamiento.

(Observación N°1.1)

Aun cuando la hemodiálisis no brinda al paciente una mejor calidad de vida, es la opción que se ha priorizado para el tratamiento de la IRCT a nivel institucional, lo cual viene generando congestión y hacinamiento en los Servicios y Unidades de Hemodiálisis, lo cual a su vez ocasiona un alto riesgo de contagio de infecciones no sólo a pacientes sino al personal asistencial. Situación que se agrava por el mínimo intercambio de información entre las áreas que prestan este servicio y limitaciones para cumplir con los estándares de calidad exigidos para brindar el tratamiento, toda vez que la demanda por dicho tratamiento exige que las unidades oferten hasta 5 turnos, en lugar de los 3 establecidos, con el consiguiente malestar de los pacientes que reciben su terapia a altas horas de la noche o madrugada.

(Observación N°1.2)

El Trasplante Renal, es la terapia más ventajosa para el tratamiento de la IRCT; sin embargo, a nivel institucional, cuya actividad en trasplantes representa al país, se ha venido desarrollando en menor número, con relación a otros países latinoamericanos,

existiendo una tendencia decreciente en los últimos años. No se ha incorporado a otras instituciones, ya sea del Estado o del sector privado, a fin de que se comprometan o contribuyan en la solución del problema, el manejo integral de la IRCT en el país, está prácticamente a cargo de EsSalud. Asimismo, no se ha potencializado las Unidades de Procura de Órganos al no estar integrada a nivel nacional, lo que ocasiona que los pacientes, al no acceder oportunamente a un trasplante renal, no tengan la posibilidad de una mejor calidad de vida, reinserción en el campo laboral y familiar, teniendo que permanecer en tratamientos de hemodiálisis de por vida y en muchos casos dada las condiciones de hacinamiento y congestión en los servicios, exista el riesgo de contraer enfermedades infecciosas que podrían ocasionar la pérdida de su condición de aptos para trasplante.

(Observación N°1.3)

El Programa de Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria (DPCA), puesto en marcha para descongestionar los Servicios de Hemodiálisis de los Hospitales Nacionales, no viene siendo impulsado como alternativa de tratamiento de pacientes con Insuficiencia Renal Crónica Terminal (IRCT), lo que no ha contribuido a que se logre mayor fluidez en el manejo de las Unidades de Hemodiálisis, disminución de costos del tratamiento y principalmente mejorar la calidad de vida de los pacientes.

(Observación N°1.4)

A la mayoría de los pacientes nuevos con IRCT que ingresan a los Hospitales Nacionales Edgardo Rebagliati Martins y Guillermo Almenara Irigoyen, no se les practica pruebas serológicas que permitan detectar a los portadores de hepatitis B y C, lo que genera, riesgo de mayor incidencia y prevalencia de hepatitis en los pacientes, contagio accidental del personal asistencial al desconocer el estado del paciente, pérdida de la condición de apto para acceder a un trasplante renal y mayores costos en las sesiones de hemodiálisis.

(Observación N°2)

No se cuenta con información actualizada del desarrollo de las actividades de vigilancia epidemiológica de enfermedades no infecciosas como Diabetes Mellitus e Hipertensión Arterial, para la toma de decisiones orientadas a un mayor control en el incremento de casos de IRCT, lo que ocasiona debilidades en la planificación de recursos humanos y materiales para efectuar intervenciones eficaces en el control de los factores de riesgo en la población asegurada.

(Observación N°3)

Por falta de capacitación, evaluación de indicadores, capacidad operativa y de equipamiento, las Unidades de Procura de los Hospitales Nacionales de EsSalud, tienen limitaciones para cumplir con sus actividades de detección y donación de órganos para los trasplantes renales, lo que no permiten optimizar las actividades de trasplante, comparar el indicador global de procura de órganos por millón de habitantes y el sinceramiento de operativos suspendidos y sus causas.

(Observación N°4)

7. DISCUSIÓN

De acuerdo a los resultados obtenidos, se puede constatar que la problemática de la Insuficiencia Renal Crónica Terminal es muy compleja, evidenciándose diferentes deficiencias a todo nivel que se aprecian en las diferentes observaciones planteadas en los Informes de Auditoría analizados. Sin embargo, para poder tener una visión integral de cómo se viene enfrentando esta patología y los logros obtenidos, se hace necesario el estudiarla de manera sistémica, para de esta manera identificar los puntos críticos en donde resulta prioritario el actuar prioritariamente.

La falta de este enfoque sistémico en el manejo de la Insuficiencia Renal Crónica Terminal, ha determinado que la gestión actúe de manera reactiva a la aparición de complicaciones de la enfermedad, es por ello que se ha promocionado la hemodiálisis como la principal alternativa de tratamiento, debido a que este tratamiento es el indicado

para los casos que llegan por la Emergencia, descompensados y que requieren atención urgente. Al carecer de una política que enfrente esta enfermedad, se ha descuidado por un lado las actividades de carácter preventivo, que eviten ó por lo menos retarden el ingreso de nuevos pacientes y por el otro no se ha potenciado el trasplante renal como el tratamiento más eficiente, el que brinda mayor calidad de vida al enfermo renal, y que además resulta a la postre, la terapia más económica. La carencia anterior ha generado que se congestionen los servicios de hemodiálisis, se disminuya la calidad de vida de los pacientes y se incrementen los costos de tratamiento.

Llegar a entender la problemática anterior, a partir de la evaluación de las diferentes atenciones que una área orgánica, en forma aislada, brinda a los pacientes enfermos de IRCT, resulta a todas luces insuficiente. En cambio, al realizar una evaluación en sentido inverso al anterior, es decir, partiendo de la historia natural de la enfermedad renal y desde ahí, analizar la contribución de diferentes áreas orgánicas participantes en su atención, es un método más factible y práctico de realizarlo.

El inconveniente de una evaluación sistémica es que al trascender los límites funcionales y organizacionales de una dependencia, no detecta deficiencias particulares de estas áreas, por lo cual no puede, ni debe reemplazar a los exámenes efectuados o planificados realizar individualmente a las mismas. Sin embargo, dado que sirven de una guía a nivel macro, que considera las políticas a un mediano y largo plazo, y de acuerdo a los beneficios descritos en el presente trabajo, es recomendable realizar este tipo de estudio con una periodicidad bianual

8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Gaceta Jurídica, Compendio Mensual de Legislaciones Pág. 355, Ley Orgánica del Sistema Nacional de Control y de la Contraloría General de la República)
- "Epidemiología Básica", documento técnico emitido por la Organización Panamericana de la Salud, que identifica cuatro niveles de prevención que corresponden a las diferentes fases del desarrollo de la enfermedad:

- “Guías de Procedimientos de Diálisis Peritoneal”, aprobadas por Resolución N°004 -GCS-EsSalud-2001 de 19.Feb.2001, Capítulo 4, Selección de Pacientes para el Programa de DPCA, en el acápite V. Procedimiento, inciso 4.
- Nefrología Latinoamericana. Publicación Oficial de la Sociedad Latinoamericana de Nefrología e Hipertensión. Vol. 6, N°3, Set 99. Pág. 157
- Normatividad Evaluada:
 - Ley N°26790, Ley de la Modernización de la Seguridad Social en Salud y su Reglamento aprobado por D.S. N°009-97-SA.
 - Ley N°26842, Ley General de Salud.
 - Resolución de Gerencia General N°1017-GG-EsSalud-2000 de 6.Dic.2000, que aprueba la Directiva N°012-GG-EsSalud-2000, “Normas para el Funcionamiento de las Unidades de Procura en los Hospitales de Nivel IV y III de EsSalud”.
 - Resolución de Gerencia General N°437-GG-IPSS-96, que aprueba la Directiva N°002-GG-IPSS-96 que norma el funcionamiento del Sistema Automatizado de Trasplante (SAT) de 11.Mar.96.
 - Resolución de Gerencia Central de Salud N°19-GCS-EsSalud-99 del 22.Nov.99, que aprueba el Manual de Indicadores de Gestión en Salud.

9. ANEXOS