

Creación e implementación del Sistema de Entrega de Medicamentos a Pacientes Crónicos SIENMECRO: estudio cualitativo

Creation and implementation of the SIENMECRO Chronic Patient Drug Delivery System: qualitative study

Luis Fernando Llanos-Zavalaga^{1,2,a}, Alexander Alarcón Tenorio^{1,2,b}

¹Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima, Perú.

²Dirección de Redes Integradas en Salud Lima Norte. Lima, Perú.

^aMédico cirujano, especialista en administración en salud. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6050-6001>

^bLicenciado en administración en salud. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5116-9151>

An Fac med. 2023;84(1):70-75 / DOI: <https://doi.org/10.15381/anales.v84i1.23482>

Correspondencia:

Luis Fernando Llanos Zavalaga
luis.llanos@upch.pe

Recibido: 15 de octubre 2022

Aprobado: 19 de enero 2023

Publicación en línea: 3 de febrero 2023

Conflicto de interés: Los autores declaran no tener conflictos de interés.

Fuente de financiamiento: Autofinanciado.

Contribuciones de los autores: Ambos autores participaron por igual en las etapas de formulación del estudio, diseño, recolección de datos, análisis de datos, redacción y edición del manuscrito, aprobación de la versión final del artículo.

Citar como: Llanos-Zavalaga L, Alarcón A. Creación e implementación del Sistema de Entrega de Medicamentos a Pacientes Crónicos SIENMECRO: estudio cualitativo. An Fac med. 2023;84(1):70-75. DOI: <https://doi.org/10.15381/anales.v84i1.23482>.

Resumen

Introducción: Frente a pandemia producida por el SARS-CoV-2, el gobierno peruano implementó diversas medidas como el cierre temporal de los establecimientos del primer nivel de atención y el sistema sanitario implementó diversas políticas y estrategias; una de ellas, fue la creación e implementación del proyecto del Sistema de Entrega de Medicamentos a Pacientes Crónicos (SIENMECRO). **Objetivo:** Describir el proceso de creación e implementación del proyecto SIENMECRO. **Métodos:** Investigación cualitativa de tipo estudio de caso que implicó la revisión de la documentación existente como textos y videos y, realización de entrevistas en profundidad a funcionarios y colaboradores involucrados desde la elaboración de la propuesta del SIENMECRO. **Resultados:** El proyecto SIENMECRO surge como una iniciativa positiva con la aspiración de impulsar un sistema integrado de salud que aborde la realidad sanitaria desde los determinantes sociales de la salud, debido a las dificultades de los pacientes para acudir a sus controles y recibir su tratamiento. A pesar de que no se contó con un plan integral de implementación y control del proyecto, fue fundamental para cubrir la necesidad de atención sanitaria a un segmento vulnerable de la población, evitando su traslado y preservando la salud de las personas más susceptibles de padecer complicaciones por la infección por COVID-19. **Conclusiones:** Es una iniciativa donde el sistema sanitario toma un rol más proactivo en beneficio de la población, implementando el uso de las tecnologías de información y comunicación en la atención de salud, articulando con los diversos prestadores y acercando los servicios a los ciudadanos más vulnerables.

Palabras clave: Accesibilidad a los Servicios de Salud; Medicamentos; Cuarentena; Infecciones por Coronavirus (fuente: DeCS BIREME).

Abstract

Introduction: Faced with the pandemic produced by SARS-CoV-2, the Peruvian government implemented several measures such as the temporary closure of primary care facilities and the health system implemented various policies and strategies; one of them was to create and implement the Drug Delivery System for Chronic Patients (SIENMECRO) project. **Objective:** To describe the creation and implementation process of SIENMECRO project. **Methods:** Qualitative case study that involved reviewing existing documentation such as texts and videos and conducting in-depth interviews with officials and collaborators involved since the preparation of SIENMECRO proposal. **Results:** SIENMECRO project emerges as a positive initiative with the aspiration of promoting an integrated health system that addresses the health reality from the social determinants of health, due to patients' difficulties to go to their controls and to receive their treatment. Although there was no comprehensive plan for the implementation and control of the project, it was essential to cover the need for health care for a vulnerable segment of the population, avoiding their transfer and preserving the health of the people most likely to suffer complications from COVID-19 infection. **Conclusions:** It is an initiative where the health system takes a more proactive role for the benefit of the population, implementing the use of technology of the information and communication in health care, articulating with the various providers and bringing services closer to the most vulnerable citizens.

Keywords: Accessibility to Health Services; Medicines; Quarantine; Coronavirus Infections (source: MeSH NLM).

INTRODUCCIÓN

La pandemia producida por el SARS-CoV-2 ha impactado profundamente, a nivel mundial, en la actividad regular de nuestra sociedad en todas sus dimensiones ⁽¹⁾. Frente a ella, los diferentes gobiernos fueron implementando medidas consideradas necesarias para contener el avance de la pandemia, como el confinamiento, cierre de servicios y priorización de atenciones, que tuvo un impacto negativo en la continuidad de la atención de salud. A nivel internacional se observó una reducción de las consultas de urgencias, hospitalizaciones y consultas ambulatorias con la consecuente reducción en coberturas de vacunación, atención prenatal, e identificación y adherencia al tratamiento de las enfermedades crónicas ⁽²⁾.

De la misma forma, el gobierno peruano implementó medidas como la declaración de emergencia sanitaria y cuarentena, así como el cierre temporal de los establecimientos del primer nivel de atención. Ante esta coyuntura, la situación crítica de los servicios de salud significó una oportunidad para realizar innovaciones a la forma tradicional con la que se brindaban los servicios antes de la pandemia ⁽³⁾. El sistema sanitario peruano implementó diversas políticas y estrategias con el objetivo de que la población siga teniendo acceso y cobertura a los diferentes servicios en salud. Una de ellas, fue crear e implementar el proyecto del Sistema de Entrega de Medicamentos a Pacientes Crónicos (SIENMECRO), creado mediante la Directiva Sanitaria N° 111-MINSA-2020-DGOS, llamada *“Criterios Técnicos para la operatividad de la entrega de medicamentos, otros productos farmacéuticos y dispositivos médicos para pacientes crónicos procedentes de los Institutos Especializados y hospitales Nacionales y Regionales que serán atendidos por el Primer Nivel de Atención: “Llegando a ti”, que como anexo forma parte integrante de la presente Resolución Ministerial”* ⁽⁴⁾.

SIENMECRO consiste en la entrega de medicamentos a domicilio de pacientes o el traslado de los mismos a un establecimiento cercano a su domicilio. Este proyecto se inició en el mes de marzo del 2020 con un piloto de entrega especialmente a pacientes crónicos del Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas a través de las FarmaDIRIS de la Dirección de Redes

Integradas de Salud (DIRIS) Lima Este. Posteriormente, se incluyeron más instituciones y establecimientos de salud. Hasta la fecha de realización del presente estudio, viene funcionando en Lima Metropolitana y 22 regiones del país a través del Centro Nacional de Abastecimiento de Recursos Estratégicos en Salud (CENARES) ⁽⁵⁾.

Con este proyecto, a nivel nacional hasta fines del año 2020, un total de 16 995 personas con enfermedades crónicas, atendidos en institutos especializados u hospitales, y que se veían limitados a acceder a sus tratamientos de manera normal debido a la pandemia, recibieron medicamentos, productos farmacéuticos y dispositivos médicos en su domicilio o establecimientos de salud del primer nivel de atención cerca de su domicilio ⁽⁵⁾. Asimismo, hasta finales del mes de agosto del 2020, en Lima Metropolitana, 2925 pacientes fueron atendidos directamente mediante teleconsulta o telemonitoreo en un instituto u hospital especializado del Ministerio de Salud. En todos los casos, los pacientes que accedieron recibieron una receta electrónica para la entrega de sus medicamentos ⁽⁵⁾.

La finalidad del proyecto es asegurar el acceso y la continuidad con el tratamiento de sus medicamentos a los pacientes con enfermedades crónicas que son provenientes de instituciones especializadas y hospitales nacionales o regionales, quienes son los beneficiarios de los servicios de salud del Ministerio de Salud y de los Gobiernos Regionales. Todo ello se realiza a través de los establecimientos de salud del primer nivel más cercanos al domicilio del paciente ⁽⁶⁾. En ese contexto, el objetivo de esta investigación fue describir el proceso de creación e implementación del proyecto SIENMECRO.

MÉTODOS

Se realizó una investigación cualitativa de tipo estudio de caso que consistió en la realización de entrevistas en profundidad a funcionarios y colaboradores de la sede central del Ministerio de Salud y de las DIRIS, involucrados desde la elaboración de la propuesta del SIENMECRO, en relación al funcionamiento, y su evaluación en el ámbito nacional y sub-nacional. Finalmente se revisó la documentación existente.

Se entrevistó una muestra intencionada de participantes hasta cumplir el principio de saturación teórica, buscando cubrir las distintas etapas del proceso de desarrollo del SIENMECRO. Además, se realizó la revisión de documentos incluyendo análisis de documentos escritos y audiovisuales.

Para la entrevista, los criterios de inclusión fueron: funcionarios responsables del SIENMECRO en el nivel nacional o de Lima Metropolitana, personal asistencial que participó en la ejecución de solicitud y entrega de medicamentos por lo menos durante tres meses, personal administrativo que participó en la ejecución de solicitud y entrega de medicamentos en Lima Metropolitana.

Se solicitaron los permisos correspondientes a los funcionarios seleccionados mediante consentimientos informados verbales grabados. Se diseñó y validó las guías de entrevista a ser utilizadas, por dos expertos en investigación cualitativa. Luego se contactó mediante llamada telefónica o correo electrónico y se invitó al personal de salud a participar en el estudio; para ello, se les informó el propósito del estudio y se les solicitó la firma del consentimiento informado y se programó la fecha de la entrevista. Debido a la coyuntura a consecuencia de la pandemia COVID-19, las entrevistas se realizaron de manera virtual, mediante el zoom o Google meet y fueron grabadas con la aprobación de cada participante.

Con relación a las consideraciones éticas, este estudio fue elaborado respetando los principios de bioética en investigación y de transparencia y confidencialidad de datos. El protocolo de estudio, incluyendo los instrumentos y consentimiento informado, fue enviado al Comité Institucional de Ética en humanos de la Universidad Peruana Cayetano Heredia para su revisión y aprobación (código SIDI SI 206300). Se garantizó la confidencialidad de las entrevistas grabadas, las cuales fueron resguardadas y almacenadas.

RESULTADOS

Este proyecto surge como una iniciativa a partir del diálogo entre la ministra de salud de aquel entonces y un asesor del despacho ministerial con la finalidad

de hacer llegar los respectivos tratamientos a pacientes crónicos de un instituto especializado: ... *“luego de reconocer las dificultades de estos pacientes para acudir a sus controles y recibir su tratamiento correspondiente durante la pandemia”*. Luego de diálogos con ex-director general de la DIRIS Lima Este, en marzo del 2020, se propone iniciar *“un piloto en dos FarmaDIRIS con la entrega de sus medicamentos a pacientes crónicos del Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas (INCN)”*. Lamentablemente, dada la magnitud de la pandemia de la COVID-19, no se contó con un plan integral de diseño, implementación y control de gestión del proyecto; ni en su fase piloto en Lima Este. Ello fue señalado por dos entrevistados: no hubo un *“documento de planificación, ni propuesta de organización y ejecución, tampoco se estableció un sistema de registro de información, monitoreo y evaluación del funcionamiento del piloto”*. Por lo tanto, el proyecto nace con la premura de responder ante el impacto negativo de la pandemia.

Asimismo, los entrevistados de las diferentes instituciones señalaron que partieron de *“las percepciones positivas de los prestadores en el piloto (DIRIS Lima Este e INCN), y de los pacientes beneficiados con las entregas de medicamentos”*, pese a no existir documento sobre ello. Tres meses después, en julio 2020, se formalizó la creación del Sistema de Entrega de Medicamentos a Pacientes Crónicos (SIENMECRO) mediante la Resolución Ministerial N° 507-2020-MINSA⁽⁷⁾; posteriormente, mediante la Directiva Sanitaria N° 111-MINSA-2020-DGOS se establecen los criterios técnicos para la operatividad de la entrega de medicamentos, otros productos farmacéuticos y dispositivos médicos para pacientes crónicos procedentes de los institutos especializados y hospitales nacionales o regionales que serían atendidos por el primer nivel de atención: *“Llegando a ti”*. Según un entrevistado, hubo algún retraso en su aprobación porque *“los flujogramas hubo que mejorarlos pues presentaban ciertas limitaciones, ya que no reflejaban todas las actividades ni las instituciones involucradas en el proceso del recojo, distribución y la entrega de medicamentos”*. Pese a

ello, durante la entrega de los medicamentos se presentaron algunos inconvenientes señalados por los entrevistados como que *“el paciente se encontraba de viaje”, “cambio de domicilio”, “desconfianza del paciente para compartir datos personales”, “paciente hospitalizado” o “no respondían sus teléfonos”*.

La finalidad del proyecto fue asegurar el acceso y continuidad del tratamiento a pacientes identificados con enfermedades crónicas en institutos especializadas y hospitales nacionales o regionales, quienes fueron los beneficiarios de los servicios de salud del MINSA y gobiernos regionales. Todo ello se realizó a través de los establecimientos de salud del primer nivel, más cercanos al domicilio del paciente⁽⁸⁾. Los establecimientos de salud del primer nivel realizan la dispensación de medicamentos, otros productos farmacéuticos y dispositivos médicos a través de la unidad prestadora de salud de farmacia, o través de sus FarmaDIRIS. Ello se realiza luego de recibir o recoger los productos desde los institutos especializados y hospitales nacionales o regionales, que prescriben a los pacientes con diagnóstico de enfermedad crónica, quienes se atienden en dichos establecimientos en coordinación con las DIRIS, Direcciones Regionales de Salud (DIRESA) o Gerencias Regionales de Salud (GERESA)⁽⁸⁾.

Una vez formalizado el SIENMECRO se realizaron reuniones con las diversas DIRIS de Lima Metropolitana y progresivamente se fueron incorporando diversos institutos y hospitales tales como: Instituto Nacional de Rehabilitación, Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas, Instituto Nacional de Salud del Niño San Borja, Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, Instituto Nacional de Oftalmología e Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado, Hospital Nacional Arzobispo Loayza, Hospital Dos de Mayo, Hospital Víctor Larco Herrera y Hospital Hermilio Valdizán, entre otros. Posteriormente, se incorporaron las DIRESA o GERESA, a nivel regional. De esa forma, según uno de los entrevistados: *“a setiembre 2021, SIENMECRO viene funcionando en todas las DIRIS de Lima Metropolitana; y en 22 regiones del país a través del Centro Nacional de Abastecimiento de Recursos Estratégicos en Salud (CENARES)”*.

Según los entrevistados, cada entidad elabora diferentes reportes limitando generar reportes consolidados por pacientes de todas las DIRIS y nivel nacional; además, *“no se promovió generar bases nominadas”* para hacer seguimiento de la continuidad de la atención. La ausencia de un sistema de monitoreo y evaluación consensuado generó diversas limitaciones relacionadas con la ausencia de una base de datos nominada; ello se relaciona con la ausencia del mejoramiento de los procesos del sistema, *“incapacidad para un adecuado seguimiento y adherencia a los tratamientos de los potenciales beneficiarios”* y *“falta de seguimiento a los casos identificados”*.

El proyecto viene trabajando de la mano con diferentes instancias quienes están involucradas en el proceso, como DIGEMID, que es responsable de organizar la articulación entre institutos, hospitales con establecimientos de salud del primer nivel. Los institutos especializados y hospitales son los encargados de facilitar la relación de pacientes, elaborar los paquetes de medicamentos con sus correspondientes formatos únicos de atención y coordinar el recojo de medicamentos. A nivel Lima Metropolitana, las DIRIS, a través de su dirección de medicamentos, *“son las responsables del recojo, transporte y distribución de los medicamentos a los puntos de entrega; así como coordinar con los pacientes y sus familias para el recojo y/o entrega de los medicamentos”*. A nivel regional, las DIRESAS, GERESAS y los establecimientos de salud del primer nivel, son los responsables de la recepción de los medicamentos y realizar la entrega final a los pacientes o a través de sus puntos de entrega.

Operativamente, el proceso de entrega a nivel en Lima Metropolitana consta de tres etapas: primero empieza en los institutos y hospitales, quienes se encargan de manejar la base de datos de los pacientes crónicos y sus respectivos medicamentos, productos farmacéuticos o dispositivos médicos. Luego, proceden a empacar los medicamentos para cada paciente. Previa coordinación y programación semanal, las DIRIS realizan el recojo de medicamentos desde los institutos y hospitales, y el reparto en los puntos de entrega: instituciones prestadoras

de salud del primer nivel de atención o FarmaDIRIS; finalmente, estas últimas se encargan de entregar a cada uno de los pacientes o familiares y devolver los formatos únicos de atención a los hospitales para que sean reconocidos por el SIS.

A nivel nacional, se desarrollan cuatro etapas: primero, los institutos y hospitales con el listado de sus pacientes crónicos y sus respectivos medicamentos se encargan de organizar el listado de los medicamentos. En seguida, interviene CENARES para realizar el empaque y su refrigeración (en caso se necesite), para luego realizar el envío a la región correspondiente. Después de ello, se encarga las DIRESA o las GERESA con el recojo y traslado hacia los establecimientos de salud más cercano del paciente. Finalmente, dichos establecimientos reciben y realizan la entrega de sus medicamentos al paciente o familiar ⁽⁷⁾.

En caso de la DIRIS Lima Norte, *“las áreas encargadas son la Oficina de la Dirección de Medicamentos, Insumos y Drogas, y la Oficina de Acceso a Medicamentos, quienes se encargan de recoger y entregar los medicamentos a los pacientes residentes en su jurisdicción”*. El equipo encargado se moviliza todos los *“viernes para recoger los medicamentos”* de cada uno de los institutos y hospitales, los recoge junto con los formatos únicos de atención de los pacientes y se firma la conformidad. Al día siguiente se inicia con la distribución de los medicamentos a los establecimientos del primer nivel de atención, se entregan los paquetes con los formatos correspondientes, se recojen en la siguiente semana de distribución y se realiza la misma metodología cada semana.

DISCUSIÓN

Esta es la primera iniciativa en el Ministerio de Salud de acercar proactivamente los medicamentos al ciudadano vulnerable; sin embargo, no ha sido la primera iniciativa en el país. Se han encontrado proyectos similares sobre la entrega de medicamentos a domicilio, en el hospital de Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, que entre los años 2008 al 2014, cuya demanda de entrega

de medicamentos creció en 65%. Ante ello, EsSalud en el 2018 puso en marcha un moderno sistema automatizado de entrega de medicamentos a domicilio, para de esa forma eliminar las colas para la entrega de medicamentos y dar continuidad del tratamiento en pacientes con enfermedades crónicas; su objetivo fue garantizar y fortalecer la entrega oportuna de medicamentos a los pacientes. De igual manera, en el Hospital Guillermo Almenara, un total de 10 pacientes fueron seleccionados para recibir sus medicamentos en sus domicilios; el nombre del proyecto fue *“delivery Almenara”* ⁽⁹⁾.

La falta de una adecuada planificación limita la eficiencia y calidad de toda intervención para poder brindar el servicio a más población que realmente requiere atención y su correspondiente tratamiento. Además, este vacío desde la planificación va acompañado de falta de presupuesto y compromiso de trabajo, lo cual pone en riesgo su sostenibilidad y alcance, así como los beneficios de este proyecto y su potencial institucionalización. Sin embargo, pese a presentar ciertas limitaciones en la planificación y ejecución, el proyecto muestra resultados positivos, ya que fue fundamental para atender la continuidad de la demanda de un grupo importante de los usuarios, que son los pacientes crónicos. Según el análisis de diferentes estudios a nivel internacional, los resultados, en términos de eficiencia y calidad fueron positivos, como es el caso de un estudio publicado en España sobre la implementación de Telefarmacia para los pacientes ambulatorios durante la pandemia de COVID-19 con un grado alto de satisfacción de los usuarios sobre la dispensación y entrega informada de medicamentos ⁽¹⁰⁾. Sin embargo, la ausencia de un adecuado sistema de información impide evaluar la continuidad de tratamiento de todas las personas captadas a lo largo del proceso.

Asimismo, según una revisión narrativa de la Federación Farmacéutica Internacional, la Telefarmacia ha adquirido una importancia cada vez mayor en la prestación de atención farmacéutica y tiene beneficios como un mayor valor para las farmacias y los farmacéuticos, la adaptación a las necesidades de los pacientes, una mejor atención interpro-

fesional y una mayor eficiencia de los sistemas de salud y una mayor prestación de servicios centrados en el paciente ⁽¹¹⁾.

De la misma forma, la entrega de medicamentos a domicilio es un gran avance y genera diferentes beneficios tanto para los usuarios y establecimientos de salud. Así, según Morell y Ramírez, sobre la implementación de telefarmacia en un hospital de Madrid, España, el proyecto mejora con el seguimiento de procedimientos terapéuticos, fortalece el acceso y mantenimiento de los formularios de medicamentos de los sistemas sanitarios, además ayuda con la continuidad asistencial en coyunturas similares a la pandemia de la COVID-19 y permite manejar información individualizada de cada paciente ⁽¹²⁾.

Por otro lado, en un proyecto similar en España, se implementó la entrega de medicamentos a domicilio durante la pandemia. La ejecución del proyecto presentó algunas limitaciones, tales como se evidenciaron que no se llegó a entregar los medicamentos, hubo error de dosificación, se entregaron medicamentos equivocados, medicamentos innecesarios, formulación incorrecta y pacientes equivocados. Sin embargo, todas estas incidencias se resolvieron satisfactoriamente ⁽⁶⁾.

Es importante destacar la continuidad e integralidad de la atención, siendo una experiencia que articula diferentes entidades para atender la demanda de los pacientes con enfermedades crónicas a nivel Lima Metropolitana y a nivel nacional, poniendo al paciente como centro. Esta iniciativa debe ser parte de la Política Nacional Multisectorial de Salud al 2030 (PNMS), *“Perú País Saludable”*, construida por 14 ministerios, Centro Nacional de Planeamiento Estratégico (CEPLAN) y el Consejo Nacional de Salud. Ello es relevante en población vulnerable, ya que en el Perú la OMS señala que 50% de las personas entre 30 y 60 años sufre al menos con una enfermedad crónica no transmisible, como el cáncer o la diabetes; y que la población en riesgo suma 10 millones, de ellos 5 millones por sobrepeso, 3 millones por diabetes y 2 millones por hipertensión arterial ⁽¹³⁾. A ello se añade que, según reporte de la OPS, solo

una de cada diez personas con enfermedades no transmisibles (ENT) es tratado con éxito; además señala que cerca de 40% son diagnosticados de ENT y alrededor de 30% que las padece no es diagnosticada. También, 15% de la población adulta tiene comportamientos de riesgo en ENT⁽¹⁴⁾.

Para que este proyecto alcance sus metas y objetivos estratégicos, y sea sostenible, se requiere contar con un plan estratégico y operativo que incluya una propuesta mejorada de organización y prestación a la luz de su experiencia, y las herramientas de control de gestión que permitan garantizar la sostenibilidad y mejoramiento de la intervención. Asimismo, se debe costear la actividad a fin de no afectar el presupuesto de los estamentos subnacionales, permitiendo que cada unidad ejecutora conozca su costo real y su requerimiento presupuestal para el siguiente año fiscal. De esta forma, se reducen las posibilidades de superar el presupuesto inicial o afectar el presupuesto de otras actividades o programas, costeados desde la planificación inicial hasta el proceso final de la entrega, pasando por los diferentes análisis intermedios que se realizan durante todo el proceso⁽¹⁵⁾.

Al respecto, se han encontrado diferentes publicaciones sobre documentos de planificación y guías de la implementación de Telefarmacia, tal el caso de un diseño de un cuadro de mando de indicadores de actividad, eficacia y calidad que permitan evaluar la situación y evolución de la Telefarmacia y permitan la mejora continua⁽¹⁶⁾; otro artículo sobre un proyecto “Mapa Estratégico para la Atención al Paciente Externo”, un documento para proporcionar una guía práctica para la implementación y uso de la atención farmacéutica a través de la Telefarmacia y describir las herramientas tecnológicas necesarias, ventajas y claves para facilitar su implementación⁽¹⁷⁾. Asimismo, un artículo sobre priorización de pacientes de Telefarmacia, un modelo de priorización de pacientes de Telefarmacia de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria, que establece recomendaciones clave y un modelo de priorización de referencia para orientar a los farmacéuticos de hospital en la identificación y priorización de

pacientes candidatos a ser incluidos en programas de Telefarmacia⁽¹⁸⁾.

Con la aspiración de poder contar con un sistema integrado de salud que aborde la realidad sanitaria desde los determinantes sociales de la salud, el proyecto constituye una iniciativa positiva, que debe trascender del periodo pandémico, beneficiando a los pacientes afectados con enfermedades crónicas, permitiendo que puedan tener acceso apropiado a sus respectivos tratamientos, donde los servicios de salud pasan a tener un rol proactivo facilitando el acceso a los servicios de salud, incluyendo medicamentos y dispositivos médicos, y no solo un rol pasivo, donde solo se atiende a la población que acude por atención a los establecimientos de salud.

A pesar de presentar limitaciones desde su planificación y durante su ejecución, fue fundamental para cubrir la necesidad de atención sanitaria a un segmento vulnerable de la población que no está en condición de desplazarse, evitando su traslado y preservando la salud de las personas más susceptibles de padecer complicaciones por la infección por COVID-19. Por lo tanto, se debe impulsar la continuidad del proyecto a nivel subnacional y nacional en conjunto con las diferentes entidades involucradas, considerando que la población afectada por las enfermedades crónicas son adulta mayor y vulnerable que requieren una atención inmediata y un seguimiento oportuno, a través de una base nominada.

Asimismo, se resalta la importancia más proactiva de los servicios de salud a fin de garantizar la continuidad de tratamiento de las personas con enfermedades ENT. Y que ello debe implicar un desarrollo integral desde la planificación hasta el monitoreo nominado de pacientes a fin de garantizar una adherencia de tratamiento de ENT e ir cerrando las brechas señaladas por OPS de solo una de cada diez personas con ENT es tratado con éxito⁽¹⁵⁾. Para ello, se debe definir las formas de financiamiento a través de diferentes fuentes, que una de ellas es el gasto público mediante el SIS, de esa forma, cumplir con la estrategia de la Ley de Aseguramiento Universal en Salud, con responsabilidad de la estrategia sanitaria correspondiente.

El estudio presentó algunas limitaciones: primero, al ser un estudio cualitativo no se puede generalizar los resultados; segundo, al no contar con un sistema estandarizado de información no se pudo realizar ningún análisis estadístico que permita cuantificar los efectos positivos de la intervención; tercero, pueden presentarse sesgo de respuesta por parte de los entrevistados, por temores y subjetividades de los participantes.

Se concluye que esta iniciativa es un esfuerzo donde el sistema sanitario toma un rol más proactivo en beneficio de la población, implementando el uso de las tecnologías de información y comunicación en la atención de salud, articulando con los diversos prestadores y acercando los servicios a los ciudadanos más vulnerables. Ello no está exento de limitaciones que deben ser corregidas para garantizar un mayor alcance y sostenibilidad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Mesa de Concertación para la Lucha contra la Pobreza [Internet]. Albán W, Inga L, Varea D. Informe Nacional Sobre el Impacto del COVID-19 en las Dimensiones Económica, Social y en Salud en el Perú; 2020 [Fecha de acceso: 12 de octubre 2022]. Disponible en: <https://www.mesadeconcertacion.org.pe/storage/documentos/2020-08-17/informe-salud-mclcp-2020-7-de-julio.pdf>
2. Colegio Médico de Chile [Internet]. Siches I, Vega J, Chomali M. El impacto de COVID-19 en el sistema de salud y propuestas para la reactivación. Colegio Médico de Chile; 2020 [Fecha de acceso: 12 de octubre 2022]. Disponible en: <http://www.colegiomedico.cl/wp-content/uploads/2020/08/reactivacion-sanitaria.pdf>
3. Centro Nacional de Planeamiento Estratégico CEPLAN [Internet]. Análisis espacial de la situación e impactos en los servicios de salud y educación en el contexto de la pandemia por la COVID-19; 2020 [Fecha de acceso: 12 de octubre 2022]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/ceplan/informes-publicaciones/1450687-analisis-espacial-de-la-situacion-e-impactos-en-los-servicios-de-salud-y-educacion-en-el-contexto-de-la-pandemia-por-la-covid-19>
4. Ministerio de Salud del Perú [Internet]. Resolución Ministerial N° 507-2020-MINSA. Lima, Perú: Ministerio de Salud; 20 julio 2020. [Fecha de acceso: 10 de abril de 2022]. Disponible en: https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/1031114/RM_507-2020-MINSA.pdf
5. Ministerio de Salud del Perú [Internet]. Mas de 16 mil pacientes con enfermedades crónicas reciben medicamentos cerca de sus domicilios. Ministerio de Salud. Lima, Perú; 2021. [Fecha de acceso: 4 de julio de 2021]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/297670-mas-de-16-mil-pacientes-con-enfermedades-cronicas-reciben-medicamentos-cerca-de-sus-domicilios>

6. Peláez A, Villar P, Robustillo M, Sánchez E, Santos M. Implementation of a novel home delivery service during pandemic. *Eur J Hosp Pharm.* 2021;28(1):120–123. DOI: 10.1136/ejhpharm-2020-002500
7. Ministerio de Salud del Perú [Internet]. Resolución Ministerial N° 507-2020-MINSA. Lima, Perú: Ministerio de Salud; 2020. [Fecha de acceso: 20 de julio de 2021]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/846040-507-2020-minsa>
8. Ministerio de Salud del Perú [Internet]. Directiva Sanitaria N° 111-2020-MINSA/2020/DGOS. Lima, Perú: Ministerio de Salud; 2020. [Fecha de acceso: 8 de abril de 2022]. Disponible en: https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/1031120/ANEXO_RM_507-2020-MINSA-DIRECTIVA_SAN_111-MINSA-2020-DGOS.pdf
9. Seguro Social del Perú EsSalud [Internet]. Campo de noticias. Lima, Perú; 2021 [Fecha de acceso: 4 de julio de 2021]. Disponible en: <http://www.essalud.gob.pe/asociacion-publico-privada-actividades/>
10. Margusino-Framiñan L, Illaró-Uranga A, Lorenzo-Lorenzo K, Monte-Boquet E, Márquez-Saavedra E, Fernández-Bargiela N, et al. Pharmaceutical care to hospital outpatients during the COVID-19 pandemic. *Telepharmacy.* *Farm Hosp.* 2020 Jun 13;44(7):61-65. DOI: 10.7399/fh.11498
11. Viegas R, Dineen S, Söderlund LÁ, Acosta J, Maria J. Telepharmacy and pharmaceutical care: A narrative review by International Pharmaceutical Federation. *Farm Hosp.* 2022 Oct 30;46(Supl 1):S86-91.
12. Fundación Merck Salud [Internet]. Morell A, Ramírez E. Telefarmacia en Farmacia Hospitalaria. Hospital Universitario de la Princesa. Madrid, España, 2021; 350-66 [Fecha de acceso: 12 de octubre 2022]. Disponible en: <https://www.fundacionmercksalud.com/wp-content/uploads/2020/03/2.6.-TELEFARMACIA.-Alberto-Morell.pdf>
13. Universidad San Ignacio de Loyola [Internet]. Aumento de enfermedades crónicas en el Perú analizarán en Congreso Internacional. Lima, Perú; 2019. [Fecha de acceso: 2 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://novedades.usil.edu.pe/noticias/aumento-de-enfermedades-cronicas-en-el-peru-analizaran-en-congreso-internacional>
14. OPS [Internet]. Cuidados innovadores para las condiciones crónicas: Organización y prestación de atención de alta calidad a las enfermedades crónicas no transmisibles en las Américas. Washington, DC: OPS, 2013. 103p. [Fecha de acceso: 20 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/53604>
15. Mejía E. Evaluación económica de programas y servicios de salud. *Rev. Gerenc. Polit. Salud, Bogotá (Colombia).* 2008; 7(15): 91-113.
16. Sanmartín P, Mangués I, Talens A, Ibarra O, Villamañán E, Monte E, et al. Telepharmacy scorecard: Activity and quality indicators for the pharmaceutical care in a hospital pharmacy service. *Farm Hosp.* 2022 Oct 30;46(7):92-105
17. Morillo R, Collado R, Arrondo A, Domínguez M, Fernández A, González E, et al. Implementation of pharmaceutical care through Telepharmacy: A guide for professionals and patients. *Farm Hosp.* 2022 Oct 30;46(7):115-122.
18. Monte E, Hermenegildo M, Vicente E, Áreas V, Barbadillo S, Gimeno M, et al. The Telepharmacy patient prioritisation model of the Spanish Society of Hospital Pharmacy. *Farm Hosp.* 2022 Oct 30;46(7):106-114.