

UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTA MARIA

FACULTAD CIENCIAS FARMACEUTICAS, BIOQUIMICAS Y BIOTECNOLOGICAS

SEGUNDA ESPECIALIDAD EN GESTION FARMACEUTICA Y ASUNTOS REGULATORIOS



Implementación de un Sistema de Dispensación por Dosis Unitaria en el Servicio de Emergencia de Alta Complejidad del Hospital Nacional Carlos Alberto Seguin Escobedo.

Trabajo Académico para optar el Título Profesional de Segunda Especialidad en Gestión Farmacéutica y Asuntos Regulatorios, presentado por:

QF. Carlos Alberto Rodríguez Wayna.

Asesora: Dra. Gaby Velasco Lozano

Arequipa – Perú

2017

INDICE

	Pagina
RESUMEN	4
ABSTRACT	5
INTRODUCCION	6
CAPITULO I MARCO TEORICO	7
1.- Ley N° 29459, Ley de los Productos farmacéuticos dispositivos médicos y productos sanitarios	7
2.- Norma Técnica de Salud: Sistema de Dispensación de Medicamentos en Dosis Unitaria para los establecimientos del Sector Salud	8
3.- El sistema de Salud Peruano	9
4.- Norma para la organización y funcionamiento del sistema de emergencias y urgencias del seguro social de salud – EsSalud	11
5.- Categorías de Establecimientos del Sector Salud	13
6.- Características y funciones generales de los establecimientos de salud de EsSalud.	15
7.- Manual de Procedimientos de las Unidades Productoras de Servicios de Farmacia en EsSalud	17
8.- Reglamento de Establecimientos Farmacéuticos.	19
CAPITULO II AMBITO DE APLICACION	21
1.- ¿Que es EsSalud?	21
2.- De la Atención Médica de Emergencia y Urgencias	22
3.- Hospital Nacional Carlos Alberto Seguin Escobedo	23
4.- Porcentaje de pacientes en sala de observación de emergencia <=24 horas.	24

CAPITULO III ANALISIS DE LA IMPLEMENTACION	26
1.- Del traslado a la sala de Observación	26
2.- Antecedentes.	26
3.- Etapas de la Implementación de un Sistema de Dispensación por Dosis Unitaria para el Servicio de Emergencia del Hospital Nacional Carlos Alberto Seguin Escobedo.	27
4.- Reporte Estadístico de Producción de Servicios de Salud	27
5.- Del cumplimiento del Manual de Procedimientos de las Unidades Productoras de Servicios de Farmacia en EsSalud.	27
6.- De la Implementación del de un Sistema de Dispensación por Dosis Unitaria.	28
7.- Del cumplimiento de supervisión por parte de las IPRES	30
8.- Importancia del Trabajo	31
CONCLUSIONES	32
BIBLIOGRAFIA	34
ANEXOS	36



RESUMEN

La implementación de un Sistema de Dispensación por Dosis Unitaria va a contribuir a un uso racional y seguro de los medicamentos en las salas de observación del Servicio de Emergencia del Hospital Nacional Carlos Alberto Seguin Escobedo, nos va a permitir cumplir con lo indicado por el Manual de Procedimientos de las Unidades Productoras de Servicios de Farmacia de EsSalud, así como también cumplir con lo dispuesto en la ley de los Productos Farmacéuticos, el decreto supremo de establecimientos farmacéuticos, de tal manera que vamos a estar preparados ante una supervisión por parte de las IPRESS, aplicable a las UPSS farmacia de las entidades de Salud.

Dicha implementación nos va a permitir un manejo y una distribución más segura de los productos farmacéuticos, contribuye a disminuir errores de prescripción, dispensación y administración, contribuye también a un mejor control, de stocks, vencimientos, etc. Optimiza una mejor dispensación de los productos farmacéuticos para su posterior uso por parte del personal de enfermería, utiliza en forma eficiente los recursos humanos involucrados, y permite la contención de gastos hospitalarios en beneficio del paciente e institución.

Palabras Claves: Implementación, sistema de Dispensación, Dosis Unitaria, uso racional, medicamentos, Servicio de Emergencia, Manual de Procedimientos, Unidades Productoras de Servicios de Farmacia, productos farmacéuticos, decreto supremo, establecimientos farmacéuticos, supervisión, errores de prescripción, dispensación, administración, stocks, vencimientos, dispensación, recursos humanos, gastos hospitalarios.

ABSTRACT

The Implementation of a dispensing system for Unit Dose will contribute to a rational and safe use of medicines in the halls Emergency Service of the National Hospital Carlos Alberto Seguin Escobedo, will allow us to meet indicated by the Procedures Manual the Production Units Pharmacy Services EsSalud, as well as comply with the provisions of the law of pharmaceutical Products, the supreme decree of pharmaceutical establishments, so that we will be prepared before a supervisión by the IPRESS, UPSS applicable to pharmacy Health entities.

This implementation will allow us a safer handling and distribution of pharmaceutical products, it helps reduce errors in prescribing, dispensing and administration, also contributes better control of stocks, maturities, etc. Optimizes better dispensing of pharmaceuticals for later use by the nursing staff used efficiently human resources involved, and allows the containment of hospital expenses benefit of the patient and institution.

Key Words: Implementation, Dispensing system, Unitary Dosage, rational use, medicines, Emergency Service, Manual of Procedures, Pharmaceutical Services Production Units, Pharmaceutical Products, Supreme Decree, Pharmaceutical Establishments, Supervision, Prescription Errors, Dispensing, Administration, Stocks, expirations, Dispensing, human resources, hospital expenses.

INTRODUCCION

Actualmente el Servicio de Emergencia del Hospital Nacional Carlos Alberto Seguin Escobedo, brinda atención de todas las especialidades, con intervenciones quirúrgicas, inicialmente tras su inauguración se hablaba de 41 camas hospitalarias, en la actualidad cuenta con 168 camas hospitalarias entre camas y camillas, es un centro de referencia, siendo el principal hospital de la seguridad social de Arequipa y del sur del país, contando con capacidad resolutive para el tratamiento de enfermedades de alta complejidad. Por su importancia recibe a pacientes referidos de Madre de Dios, Cuzco, Puno, Juliaca, Tacna, Moquegua y Apurímac. Se vienen aplicando medidas para enfrentar la congestión y demora en el tratamiento en pacientes traumatológicos, creando funcionalmente un coordinador de emergencia y responsable del Plan Confianza con resultados importantes, favoreciendo al área de emergencia.

El Hospital Nacional CASE de EsSalud Arequipa cuenta con un equipo multidisciplinario de trabajadores, debidamente capacitados, contando con equipos de alta tecnología, como el acelerador lineal, resonancia magnética, medicina nuclear, tomógrafo multicorte, litotriptor entre otros, que optimizan la atención de los asegurados, brindando diagnósticos y atenciones oportunas.

Objetivos:

- Establecer los criterios técnicos para la organización, gestión, administración y evaluación del Sistema de Dispensación de Medicamentos en Dosis Unitaria (SDMDU) para el servicio de emergencia del HNCASE.

Objetivos Específicos:

- Establecer los recursos mínimos necesarios para el adecuado funcionamiento del SDMDU en el servicio de emergencia del HNCASE.
- Proporcionar las herramientas necesarias para la implementación y adecuado funcionamiento del SDMDU en el servicio de emergencia del HNCASE.

CAPITULO I MARCO TEORICO

1.- Ley N° 29459, Ley de los Productos farmacéuticos dispositivos médicos y productos sanitarios.

Capitulo VIII: Del Acceso a los productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios¹:

Articulo N° 28.- Fundamentos del acceso Universal: son fundamentos básicos los siguientes:

- 5). Sistema de suministro eficiente y oportuno que asegure la disponibilidad y calidad de los medicamentos, otros productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios.
- 6). Fomentar sistemas de dispensación de medicamentos en dosis unitaria, nutrición artificial, mezclas intravenosas y atención farmacéutica en la red de establecimientos de salud a nivel nacional, en concordancia con los lineamientos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la normativa nacional².

2.- Norma Técnica de Salud: Sistema de Dispensación de Medicamentos en Dosis Unitaria para los establecimientos del Sector Salud.

2.1.- Finalidad.

Promover el acceso así como el uso seguro y racional de los medicamentos y material médico quirúrgico en el ámbito hospitalario, a través de la apropiada implementación y/o fortalecimiento del Sistema de Dispensación de Medicamentos en Dosis Unitaria (SDMDU) por los Departamentos y/o Servicios de Farmacia de los establecimientos del Sector Salud³.

2.2.- Ámbito de Aplicación.

La presente Norma Técnica de Salud es de aplicación a nivel nacional y de cumplimiento obligatorio por los Departamentos y/o Servicios de Farmacia de los establecimientos hospitalarios públicos del Sector Salud, que cuentan con servicios de hospitalización y de aquellos establecimientos del Sub Sector privado que cuentan con el SDMDU⁴.

2.3.- Dosis unitaria.

Cantidad física de un medicamento indicado por el profesional prescriptor como una dosis de tratamiento para un paciente, cuyo envase permite la administración segura y directa al paciente a una determinada hora⁵.

A través del Sistema de Dispensación de Medicamentos en Dosis Unitaria (SDMDU), el profesional Químico Farmacéutico realiza la dispensación a partir del análisis e interpretación de la orden del prescriptor, preparando las dosis de los medicamentos prescritos de manera individualizada para cada paciente hospitalizado, en envases debidamente identificados, en cantidades exactas y para un período de 24 horas⁶.

2.4.- Beneficios del sistema de dispensación de medicamentos en dosis Unitaria.

El SDMDU garantiza la accesibilidad y oportunidad del tratamiento farmacológico y confiere los siguientes beneficios:

- Optimiza la distribución y el uso de medicamentos en los servicios de hospitalización;
- Mejora la calidad de atención al paciente hospitalizado;

- Disminuye los errores de prescripción, dispensación y administración;
- Garantiza el cumplimiento de la prescripción médica;
- Contribuye con el control y seguimiento del tratamiento farmacoterapéutico y permite la identificación de problemas relacionados a su utilización y la posibilidad de resolverlos o prevenirlos;
- Permite la contención de gastos hospitalarios en beneficio del paciente e institución;
- Fortalece la aplicación de sistemas de aseguramiento integral para las personas;
- Optimiza el control de stocks de medicamentos y material médico quirúrgico;
- Disminuye las pérdidas por deterioro, vencimiento y otras causas propias de los medicamentos;
- Utiliza en forma eficiente los recursos humanos involucrados en las actividades y procesos de dispensación de medicamentos y material médico quirúrgico;
- Integra al profesional Químico Farmacéutico al equipo asistencial en la atención al paciente;
- Promueve el cumplimiento de las Buenas Prácticas de Prescripción, Dispensación, Seguimiento Farmacoterapéutico y de Almacenamiento, entre otras;
- Contribuye con las acciones orientadas a promover la calidad, seguridad y eficacia de los productos farmacéuticos que se comercializan en el país, a través de la identificación y denuncia de medicamentos falsificados, adulterados o con problemas de calidad o efectividad.⁷

3.- El sistema de Salud Peruano.

El Sistema Nacional de Salud peruano es definido como un: “sistema que tiene como objetivo que las instituciones que lo integran cumplan roles coordinados y complementarios regidos por una política y estrategia común que asegure una atención de las prioridades sanitarias del país, y que en conjunto operen dentro de una racionalidad global que garantice eficiencia a la inversión y al gasto social para favorecer la salud de todos los peruanos”⁸, el mismo que está conformado por dos grandes sectores el público y el privado (Sistema Mixto).

3.1.- Sector Público.

Este sector se divide en el régimen subsidiario o contributivo indirecto (Ministerio de Salud) y el contributivo directo donde se encuentra la seguridad social (EsSalud).

A través del sector público el gobierno ofrece servicios de salud a la población no asegurada a cambio del pago de una cuota de recuperación de montos variables sujetos a la discrecionalidad de las organizaciones y por medio del Seguro Integral de Salud (SIS). El SIS subsidia la provisión de servicios a la población que vive en condiciones de pobreza y pobreza extrema, la prestación de estos servicios se realiza a través de la red de establecimientos del Ministerio de Salud (MINSA), hospitales e institutos especializados.

A su vez la seguridad social tiene dos subsistemas: el seguro social con provisión tradicional (EsSalud) y la provisión privada (EPS). EsSalud cobertura a la población asalariada y a sus familiares en su red de establecimientos.

Las Fuerzas Armadas y Policiales incluido sus familiares reciben servicios de salud a través de su propio subsistema de salud conformado por las Sanidades de las Fuerzas Armadas (FFAA) y la Policía Nacional del Perú (PNP) ⁹.

3.2.- Sector Privado.

En este sector se tiene el privado lucrativo y el privado no lucrativo. Dentro del lucrativo están las Entidades Prestadoras de Servicios (EPS), las aseguradoras privadas, las clínicas privadas especializadas y no especializadas, los centros médicos y policlínicos, consultorios médicos y odontológicos, laboratorios clínicos y servicios de diagnóstico de imágenes. Existen prestadores informales que proveen servicios de medicina tradicional: shamanes, curanderos, hueseros, parteras, entre otros cuyo arraigo aún es de gran importancia en algunos sectores de la población. El sector no lucrativo está conformado por un conjunto de asociaciones civiles sin fines de lucro como Organismos No Gubernamentales (ONG), la Cruz Roja Peruana, organizaciones de acción social de iglesias (CARITAS, ADRA-Perú), servicios de salud parroquiales, entre otros¹⁰.

3.3.- Características del Sistema de Salud del Perú.

El Sistema de Salud en el Perú corresponde a un sistema mixto, pues la naturaleza de los bienes proceden tanto del sector público como privado; las fuentes de

financiamiento proceden del recaudo fiscal (sub sector público), las cotizaciones (Seguridad social) y los seguros privados.

Si bien se viene afianzando el proceso del aseguramiento universal este aún no es total para toda la población peruana, existen grandes diferencias incluso entre los dos más grandes prestadores de servicios de salud como son el Ministerio de Salud y EsSalud, lo cual configura aún un sistema segmentado y fragmentado, teniendo entre sus debilidades principales la superposición de redes, ausencias de complementariedad de servicios y continuidad de cuidado, e imposibilidad de atención integral¹¹.

3.4.- Cobertura de los sub-sistemas del Sistema Nacional de Salud.

Según la Encuesta Nacional de Hogares-ENAH¹², del 2012, el 31,3% de la población está asegurado sólo al Seguro Integral de Salud (SIS), estos provienen en su mayoría de zonas rurales y urbanas marginales. El SIS beneficia también a mujeres no gestantes y varones mayores de 17 años que viven en extrema pobreza y pobreza en caso no tengan cobertura de ESSALUD u otros tipo de seguridad social. Han sido incorporados en el SIS: líderes de comedores populares, madres de menores beneficiarios del Programa de Alimentación Suplementaria (“Vaso de leche”), madres que trabajan en guarderías infantiles públicas (Wawa wasi), mujeres miembros de Comités Locales de Administración de Salud (CLAS) y limpiabotas. Un 24,4% de la población está asegurada a EsSalud. Están incluidos en este grupo los trabajadores del sector formal, los jubilados y sus familias. Los seguros privados ofrecen cobertura a 2,1% de la población. El 38,2% de personas no tiene ningún tipo de seguro¹³.

4.- Norma para la organización y funcionamiento del sistema de emergencias y urgencias del seguro social de salud – EsSalud.

4.1.- De la Finalidad y objetivos.

En el sistema de Emergencias y Urgencias estos recursos constituyen la base en que se sustenta la atención integral e integrada de emergencias y urgencias; tiene como finalidad; “Proteger permanentemente la salud y vida de las personas aseguradas afectadas por una enfermedad o trauma que afecte súbitamente su salud, brindando

atención médica de emergencias y urgencias de calidad, adecuada y oportuna en el ámbito nacional.

4.2.- De la organización.

Se organiza considerando la distribución geográfica de sus autoridades y recursos en el territorio nacional.

4.3.- De las operaciones de emergencias y urgencias.

Las operaciones de atención de emergencias y urgencias pre hospitalarias se realizan en el territorio nacional, bajo la regulación y coordinación del centro regulador y coordinador nacional de emergencias y urgencias de la gerencia de operaciones de salud de la gerencia central de prestaciones de salud y regionales de las redes asistenciales.

El sistema de emergencia y urgencias del seguro social de salud – EsSalud funciona las 24 horas del día los 365 días del año para las emergencias individuales y para emergencias masivas por desastres naturales, conflictos y eventos de interés nacional, de acuerdo a normatividad vigente.

a). De Dirección y control.

El gerente y/o director de la red asistencial y órganos desconcentrados a través del jefe de departamento o servicios de emergencias del hospital base de Red, es responsable de organizar e integrar la atención de emergencia pre hospitalaria en el ámbito de competencia y en el contexto de red.

b). De Regulación y Coordinación.

El centro regulador y coordinador nacional de emergencias y urgencias, regula y coordina el flujo de las prestaciones asistenciales de emergencias y urgencias pre

hospitalaria e interhospitalaria institucional y extra institucional en la emergencia individual y masiva en el ámbito nacional, las 24 horas del día y los 365 días del año.

c). De Atención Medica de Emergencia.

Los gerentes y/o directores de las redes asistenciales y órganos desconcentrados son responsables de la atención médica de emergencia pre hospitalaria y hospitalaria en el II y III nivel de atención en el ámbito de su competencia, durante las 24 horas del día y los 365 días del año.

d). De Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento.

El gerente y/o director de red asistencial y órgano desconcentrado dispone que, de acuerdo al nivel de atención, categoría y complejidad del centro asistencial, los servicios de emergencia cuenten con el apoyo de patología clínica, diagnóstico por imágenes y Farmacia, exclusivo o no durante las 24 horas del día¹⁴.

5.- Categorías de Establecimientos del Sector Salud.

5.1.- Categoría.

Clasificación que caracteriza a los establecimientos de salud, en base a niveles de complejidad y características funcionales comunes, para lo cual cuenta con Unidades Productoras de Servicios de Salud (UPSS) que en conjunto determinan su capacidad resolutive, respondiendo a realidades socio sanitarias similares y diseñadas para enfrentar demandas equivalentes.

5.2.- Categorización.

Proceso que conduce a clasificar los diferentes establecimientos de salud, en base a niveles de complejidad y a características funcionales que permitan responder a las necesidades de salud de la población que atiende.

5.3.- Unidad Productora de Servicio (UPS).

Es la unidad básica funcional del establecimiento de salud constituida por el conjunto de recursos humanos y tecnológicos en salud (infraestructura, equipamiento, medicamentos, procedimientos clínicos, entre otros) organizada para desarrollar funciones homogéneas y producir determinados servicios, en relación directa con su nivel de complejidad.

5.4.- Unidad Productora de Servicios de Salud (UPSS).

Es la UPS organizada para desarrollar funciones homogéneas y producir determinados servicios de salud, en relación directa con su nivel de complejidad.

Para efectos de esta norma se tomarán a las UPS referidas a los procesos operativos del establecimiento de salud (Atención Directa de Salud, Investigación y Docencia), y a aquellos procesos de soporte que corresponden a las UPSS de Atención de Soporte en Salud, y que a través de los servicios que produzcan resuelvan necesidades de salud individual de un usuario en el entorno de su familia y comunidad.

Las UPSS se agrupan en:

- Unidades Productoras de Servicios de Salud de Atención Directa, donde se realizan las prestaciones finales a los usuarios. Son las siguientes: UPSS Consulta Externa, UPSS Hospitalización, UPSS Enfermería, UPSS Centro Quirúrgico, UPSS Centro Obstétrico, UPSS Unidad de Cuidados Intensivos.
- Unidades Productoras de Servicios de Salud de Atención de Soporte, donde se realizan las prestaciones que coadyuvan al diagnóstico y tratamiento de los problemas clínicos quirúrgicos de usuarios que acuden a las UPSS de atención Directa. Son las siguientes: UPSS patología Clínica, UPSS Anatomía, Patológica, UPSS Medicina de Rehabilitación, UPSS Hemodiálisis, UPSS Centro de Hemoterapia, UPSS Central de Esterilización, UPSS Diagnóstico por imágenes, UPSS Farmacia, UPSS Nutrición y Dietética, UPSS Radioterapia y UPSS Medicina Nuclear.

Las categorías de establecimientos de salud por niveles de atención, consideradas en la norma técnica de salud son las siguientes:

Tabla N°1: Categorías de establecimientos de salud por niveles de atención.

PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN		Categoría I – 1
		Categoría I – 2
		Categoría I – 3
		Categoría I – 4
SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN	Establecimientos de salud de Atención General	Categoría II – 1
	Establecimientos de Salud de Atención Especializada	Categoría II – E
TERCER NIVEL DE ATENCIÓN	Establecimiento de salud de Atención General	Categoría III – 1
	Establecimiento de salud de Atención Especializada	Categoría III-E
		Categoría III-2

Fuente: Categorías de Establecimientos del Sector Salud.

5.5.- Disposición Específica.

- La vigencia de la categoría de un establecimiento de salud es de tres años, luego de los cuales la máxima autoridad del establecimiento de salud debe solicitar la recategorización.
- Las UPSS de Atención Directa de los establecimientos de Salud públicos deben ser propias.
- En los establecimientos de salud públicos, la UPSS Farmacia no podrá ser tercerizada, ni en forma total ni parcial¹⁵.

6.- Características y funciones generales de los establecimientos de salud de EsSalud.

6.1.- Objetivo.

Uniformizar las denominaciones y características de los establecimientos de salud de los tres niveles de atención del seguro social de salud – EsSalud, en el contexto de la normativa del Ministerio de Salud sobre categorización de establecimientos de salud.

6.2.- Tercer Nivel de Atención.

a). Hospital Nacional.

Definición: Es el establecimiento de salud del tercer Nivel de atención, sin población asignada, responsable de satisfacer la demanda de servicios de salud de alta complejidad, brindando atención integral ambulatoria para patología compleja, atención hospitalaria especializada y de emergencias, mediante la oferta de especialidades médicas y quirúrgicas, aplicando procedimientos diagnósticos y terapéuticos de alta complejidad.

Funciones Generales:

- Promoción
- Prevención
- Recuperación
- Gestión
- Docencia e investigación

Unidades Productoras de Servicios de Salud

a).-UPSS Emergencia.

Unidad básica del establecimiento de salud organizada para la atención inmediata y permanente a usuarios que estén en condición de urgencia y/o emergencia.

- Infraestructura: Triage y tópicos de atención diferenciados por especialidad para la atención inmediata de urgencias y emergencias (medicina interna, pediatría, ginecología y obstetricia y cirugía general). Asimismo, cuenta con áreas de observación diferenciadas por sexo, sala de yeso y la unidad de Shock trauma y reanimación.

b).-UPSS Farmacia.

Unidad básica del establecimiento de salud organizada para dispensación, expendio, gestión de programación y almacenamiento especializado de productos farmacéuticos, dispositivos médicos (con excepción de equipos biomédicos y de tecnología controlada) y productos sanitarios que correspondan; así como, farmacotecnia y farmacia clínica, de acuerdo a la complejidad del establecimiento de salud.

- Capacidad Resolutiva: Realiza dispensación y expendio previa receta única estandarizada (RUE) de los medicamentos de acuerdo al petitorio nacional único de medicamentos esenciales y aquellos medicamentos fuera de petitorio que el comité farmacológico institucional lo autorice, dispositivos médicos y productos sanitarios que correspondan a los pacientes ambulatorios y a los pacientes hospitalizados a través del sistema de dispensación de medicamentos en Dosis Unitaria; así como dispensación especializada para la unidad de cuidados intensivos y sala de operaciones¹⁶.

7.- Manual de Procedimientos de las Unidades Productoras de Servicios de Farmacia en EsSalud.**7.1.- Objetivo.**

Establecer los procedimientos a seguir en el desarrollo de las principales actividades propias en las unidades productoras de servicios de farmacia de EsSalud¹⁷.

7.2.- Finalidad.

Contar con una herramienta que estandarice los procedimientos de trabajo, para mantener una atención de calidad, oportuna y eficiente al asegurado, contribuyendo al uso racional de los productos farmacéuticos en las unidades productoras de servicios de farmacia de EsSalud¹⁸.

7.3.- Alcance.

La aplicación del presente manual de procedimientos se circunscribe a las unidades productoras de servicios de farmacia de EsSalud, teniendo carácter obligatorio su conocimiento y cumplimiento¹⁹.

7.4.- Relación de Procedimientos.

- 1.- Stocks de productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios.
- 2.- Abastecimiento del almacén central o transferencia de otro centro asistencial.
- 3.- Almacenamiento de productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios a farmacia.
- 4.- Recepción y almacenamiento de estupefacientes y psicotrópicos controlados.
- 5.- Devolución de productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios a farmacia.
- 6.- Supervisión de Botiquines y coches de paro.
- 7.- Manejo de productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios próximos a vencer.
- 8.- Control de productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios.
- 9.- Dispensación de productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios.
- 10.- Dispensación a pacientes contrareferidos.
- 11.- Dispensación a pacientes de centro quirúrgico.
- 12.- Orientación farmacéutica a pacientes de consulta externa y de alta hospitalaria.
- 13.- Elaboración fraccionamiento de dosis (solidos).
- 14.- Elaboración de fórmulas extemporáneas (magistrales).
- 15.- Elaboración de fórmulas estandarizadas (oficinales).
- 16.- Preparación de unidad nutriente parenteral.

17.- Reconstitución y dilución de citotóxicos.

18.- Reconstitución y dilución de antibióticos u otros.

19.- Seguimiento farmacoterapeutico a medicamentos especiales que requieren supervisión y otros controlados^{20y21}.

8.- Decreto Supremo N°014-2011-SA, Reglamento de Establecimientos Farmacéuticos.

8.1.- Título VII , De las Farmacias de los Establecimientos de Salud.

Artículo 60°.- Servicios y cumplimiento de exigencias

Los servicios que brinda la farmacia del establecimiento de salud son: gestión de productos farmacéuticos y dispositivos médicos (con excepción de los equipos biomédicos y de tecnología controlada), dispensación de productos farmacéuticos y dispositivos médicos (con excepción de los equipos biomédicos y de tecnología controlada), farmacotecnia y farmacia clínica, servicios que deben ser brindados en relación directa con la complejidad del establecimiento farmacéutico.

Las farmacias de los establecimientos de salud deben certificar en Buenas Prácticas de Dispensación, Almacenamiento, Distribución y transporte, Farmacovigilancia y cumplir con las demás normas complementarias. Si efectúan el seguimiento farmacoterapeutico, deben certificar en buenas prácticas de seguimiento farmacoterapeutico.

Artículo 61°.- Ambientes

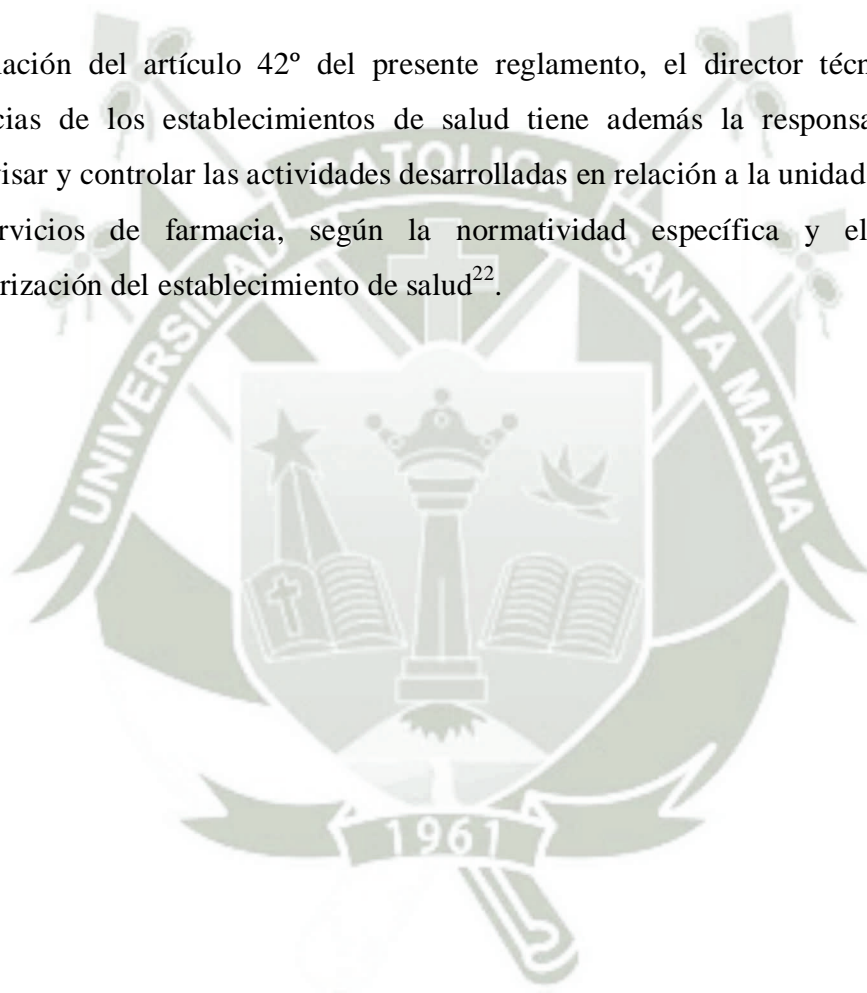
Sin perjuicio de lo dispuesto en las normas sobre establecimientos de salud dictadas por el ministerio de salud y en el presente reglamento para farmacias y boticas, las farmacias de los establecimientos de salud, según su nivel de categorización, deben de contar con áreas delimitadas para brindar, en forma adecuada, los servicios correspondientes a la unidad productora de servicios.

Artículo 62°.- Normas Aplicables

Son de aplicación para los establecimientos comprendidos en el presente Título las disposiciones del Título VI relacionado a oficinas Farmacéuticas excepto el artículo 33° del presente reglamento.

Para las farmacias de los establecimientos de salud públicos se vigila y controla, cuando corresponda, la entrega al detalle de productos farmacéuticos, dispositivos médicos o productos sanitarios directamente al usuario final, sin que medie el acto de dispensación.

En relación del artículo 42° del presente reglamento, el director técnico de las farmacias de los establecimientos de salud tiene además la responsabilidad de supervisar y controlar las actividades desarrolladas en relación a la unidad productora de servicios de farmacia, según la normatividad específica y el nivel de categorización del establecimiento de salud²².



CAPITULO II

AMBITO DE APLICACIÓN

1.- ¿Que es EsSalud?

El Seguro Social de Salud – EsSalud es un organismo público descentralizado, del sector trabajo y promoción del empleo, con personería jurídica de derecho público interno.

EsSalud 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 sociales que corresponden al régimen contributivo de la seguridad social en salud, así como otros seguros en riesgos humanos.

1.1.- Funciones Generales.

EsSalud tiene entre otras las funciones generales siguientes:

- Administrar el régimen contributivo de la seguridad social en salud y otros seguros de riesgos humanos.
- Recaudar, fiscalizar, determinar y cobrar las aportaciones y demás recursos establecidos por la ley.
- Desarrollar programas de prevención de la salud ocupacional y riesgos profesionales.

- Desarrollar programas especiales orientados al bienestar social, en especial del adulto mayor y las personas con discapacidad.
- Realizar las demás funciones que la ley le encomiende o permita.²³

2.- De la Atención Médica de Emergencia y Urgencias

Los servicios de emergencia son unidades orgánicas o funcionales, responsables de proporcionar atención médica de emergencia y urgencias en el ámbito de su competencia.

a).- Del Ingreso y Admisión:

Luego del ingreso, el paciente es evaluado (triaje) para determinar la prioridad y el direccionamiento de su atención.

b).- Del Triage:

El triaje lo realizan profesionales médicos calificados, quienes determinan la prioridad del daño y derivan el paciente al área de atención correspondiente.

c).- De los módulos de Admisión:

Verifica la acreditación, emite la historia clínica rápida del paciente y funciona las 24 horas del día.

d).- Tópico de Atención:

En los tópicos se evalúa al paciente integralmente y permanece el tiempo suficiente para decidir posteriormente su destino final: hospitalización, centro quirúrgico, sala de observación, referencia a otro centro asistencial o alta médica.

e).- Sala de Observación:

El paciente ingresa con historia clínica, la misma que consigna los datos pertinentes y actualizados, además se acompaña los resultados de exámenes auxiliares, asegurando la integralidad y continuidad de la atención del paciente.

f).- De la información y direccionamiento del paciente:

El paciente debe permanecer 12 horas como máximo en el servicio de emergencia y si por excepción continuaría en emergencia pasara al manejo de la especialidad correspondiente. En áreas de urgencia con sala de observación la permanencia será no mayo a 6 horas.⁶

3.- Hospital Nacional Carlos Alberto Seguin Escobedo.

Con Resolución de Dirección Ejecutiva N° 2057-IPSS del 26 de noviembre de 1991, se unifica al principal hospital de EsSalud de Arequipa, denominándolo Hospital Nacional del Sur, conocido hoy como Carlos Alberto Seguin Escobedo de nivel cuatro de atención.

El Hospital Nacional Carlos Alberto Seguin Escobedo, es un centro de referencia, siendo el principal hospital de la seguridad social de Arequipa y del sur del país, contando con capacidad resolutive para el tratamiento de enfermedades de alta complejidad. Por su importancia recibe a pacientes referidos de Madre de Dios, Cuzco, Puno, Juliaca, Tacna, Moquegua y Apurímac.

Sus profesionales altamente capacitados brindan atenciones de alta complejidad, en más de 38 especialidades médicas, con un promedio de 22 mil citas al mes. A nivel de hospitalización se cuenta con 365 camas, lo que permite, que el paciente pueda permanecer en el centro asistencial hasta su total restablecimiento, precisó Fernando Farfán Delgado, Gerente Red Asistencial Arequipa.

De igual forma el servicio de Emergencia del Hospital Nacional CASE, es considerado el mejor equipado a nivel de la Macro Región Sur, brindando atenciones en sus diferentes tópicos con médicos emergencistas, para ello disponen de 168 camas que permite observar al paciente y lograr un debido tratamiento.

Merece resaltar las medidas para enfrentar la congestión y demora en el tratamiento en pacientes traumatológicos, creando funcionalmente un coordinador de emergencia y responsable del Plan Confianza con resultados importantes, favoreciendo al área de emergencia.

El Hospital Nacional CASE de EsSalud Arequipa cuenta con un equipo multidisciplinario de trabajadores, debidamente capacitados, contando con equipos de alta tecnología, como el acelerador lineal, resonancia magnética, medicina nuclear, tomógrafo multicorte, litotriptor entre otros, que optimizan la atención de los asegurados, brindando diagnósticos y atenciones oportunas²⁴.

4.- Porcentaje de pacientes en sala de observación de emergencia <=24 horas.

4.1.- Fundamento.

Los servicios de emergencia de EsSalud presentan un alto grado de congestión debido al incremento de atenciones de baja complejidad que deberían ser atendidos en consultorios externos. Por ello se intenta reforzar la capacidad de atención en consulta ambulatoria en el I nivel de atención para reducir el número de pacientes que lleguen a emergencia de los niveles superiores.

4.2.- A qué objetivo estratégico institucional contribuye.

“Brindar atención integral a los asegurados con los más altos estándares de calidad, en el marco de un fuerte compromiso del estado con el bienestar de los asegurados, mejorar el trato a los asegurados, cambiar el modelo de atención por un basado en la atención primaria y actuar sobre los determinantes sociales de la salud, con énfasis en los aspectos preventivo – promocionales, contando para ello con el apoyo técnico de la OPS/OMS”.

4.3.- Objetivo.

- Mejorar y optimizar el uso de los recursos de los servicios de emergencia.
- Reforzar la capacidad de atención en consulta ambulatoria en el I nivel de atención para reducir el número de pacientes que lleguen a emergencia de los niveles superiores.
- Medir la disponibilidad del recurso cama hospitalaria.

4.4.- Forma de Cálculo.

$$\frac{\text{Total de egreso de pacientes en sala de observación de emergencia } \leq 24 \text{ horas}}{\text{Total de egresos de pacientes en sala de observación de emergencia.}} \times 100$$

4.5.- Definición Operacional.

- **Egreso de pacientes en sala de observación de emergencia ≤ 24 horas:**

Es el paciente que egresa de sala de observación de emergencia en periodos menores o iguales a 24 horas. Se considera los egresos en los siguientes casos:

Pacientes transferidos a los servicios medico quirúrgicos del establecimiento de salud.

Pacientes que pasan de sala de observación a sala de operaciones.

Pacientes transferidos o referidos a clínicas asociadas u otros centros asistenciales.

Pacientes que salen de alta desde la sala de observación.

Pacientes que solicitan su alta voluntaria desde sala de observación y pacientes que fallecen en sala de observación.

- **Egreso de pacientes en sala de observación de emergencia > 24 horas:**

Es el paciente que egresa de sala de observación de emergencia en periodos mayores a 24 horas.

- **Total de Egresos de pacientes en sala de observación de emergencia:**

Es el total de pacientes que egresan de sala de observación de emergencia en periodos menores iguales y mayores de 24 horas.

4.6.- Meta.

Dato Histórico en el año 2013 fue de: 53.1%²⁵.

La meta para el año 2015 fue de: $\geq 75\%$

4.7.- Fuente de Información.

Origen de datos, es del sistema estadístico de salud (SES).

4.8.- Frecuencia de evaluación del indicador.

La frecuencia de evaluación del indicador es de forma mensual²⁶.

CAPITULO III

ANALISIS DE LA IMPLEMENTACION

Según lo descrito en los capítulos anteriores en el servicio de emergencia no deben pasar de las 24 hrs. de hospitalización, el 70% de pacientes genera estancia hospitalaria mayor a 24 hrs.

1.- Del traslado a la sala de Observación.

El servicio de emergencia del Hospital Nacional Carlos Alberto Seguin Escobedo – EsSalud cuenta con las salas y/o ambientes de:

Shock Trauma, UCE, Observación Medicina, Cirugía, Pediatría, Tópico de Procedimientos, cirugía y especialidades, en donde permanecen los pacientes en observación hasta su alta respectiva.

Luego de su egreso respectivo de la sala de observación de emergencia esta puede ser definitiva o de traslado a una clínica asociada y/o a los servicios de Hospitalización del HNCASE,

2.- Antecedentes.

El Hospital Nacional Carlos Alberto Seguin Escobedo – EsSalud, cuenta con diferentes servicios de Hospitalización, el servicios de UCI-UCIM cuentan con 6 camas cada unidad, en total 12 camas, en cada unidad laboran dos licenciadas de enfermería por turno de 06 horas, que están a cargo de 3 camas cada una, de la misma manera la sala de UCE del Servicio de emergencia del Hospital Nacional Carlos Alberto Seguin Escobedo – EsSalud, cuenta con 6 camas a cargo de dos licenciadas que tiene a su cargo 3 camas cada una.

De igual manera la sala de observación de medicina del servicio de emergencia del HNCASE, cuenta con 35 camas divididas en tres sectores, por cada sector labora una licenciada de enfermería y un técnico de enfermería.

3.- Etapas de la Implementación de un Sistema de Dispensación por Dosis Unitaria para el Servicio de Emergencia del Hospital Nacional Carlos Alberto Seguin Escobedo.

Luego de analizar todos los puntos considerados para una implementación de un Sistema de Dispensación por Dosis Unitaria para el Servicio de Emergencia del Hospital Nacional Carlos Alberto Seguin Escobedo, este se podrá implementar en forma progresiva primero cumpliendo con las salas de UCE y Observación Medicina, como indica el procedimiento de Dispensación del manual de procedimientos de las unidades productoras de servicios de farmacia en EsSalud.

Se espera que luego de la implementación en las dos salas del SDMDU, del servicio de emergencia del HNCASE, este aplique el SDMDU para todos los pacientes que pasan a observación o van a permanecer con una estancia mayor a 24 horas.

4.- Reporte Estadístico de Producción de Servicios de Salud.

Según el reporte estadístico de producción de servicios de Salud – SAR 2016, para el Hospital Nacional Carlos Alberto Seguin Escobedo, el total de egresos de pacientes de salas de observación de emergencia > 24 horas fue de 588 y 592 pacientes para los meses de mayo y junio²⁷. Anexo N°1

Formato Estadístico de Producción de Servicios de Salud – SAR 2016, HNCASE.

Prestaciones Emergencia HNCASE	Mayo	Junio
Egreso de Pacientes de Sala de Observación de Emergencia <= 24 horas.	268	277
Egreso de Pacientes de Sala de Observación de Emergencia > 24 horas.	588	592
Porcentaje total de Egresos de pacientes en sala de observación de emergencia > 24 horas.	68.7%	68.1%

Fuente: Reporte Estadístico SAR 2016 HNCASE meses: mayo y junio.

5.- Del cumplimiento del Manual de Procedimientos de las Unidades Productoras de Servicios de Farmacia en EsSalud.

La implementación de un Sistema de Dispensación por Dosis Unitaria en el servicio de emergencia del HNCASE para las salas de Observación Medicina y UCE, contribuye al cumplimiento de:

- La directiva N° 07-GCPS-ESSALUD-2011 “Manual de Procedimientos de las Unidades Productoras de Servicios (UPSS) de Farmacia en EsSalud”, capítulo 6 Descripción del procedimiento, 6.2. Dispensación, Nombre del Procedimiento: Dispensación de productos farmacéuticos, dispositivos médicos y producto sanitario, en donde indica al final de dicho procedimiento:
En la parte de Observación: “PARA PACIENTES EN OBSERVACION DE EMERGENCIA, UVI, UCIN O UCI, LA DISPENSACION SE REALIZA POR EL SDMDU”. Ver anexo N°2

6.- De la Implementación del de un Sistema de Dispensación por Dosis Unitaria.

La implementación de un Sistema de Dispensación por Dosis Unitaria va a contribuir a un uso racional y seguro de los medicamentos en las salas de Observación Medicina y UCE, del Servicio de Emergencia del HNCASE, la problemática a solucionar es para todo el equipo multidisciplinario que interviene en la atención del paciente hospitalizado en las salas de Emergencia.

6.1.- Durante la Visita Médica, para el personal médico, la prescripción en estos estos servicios se realiza en:

- Formatos controlados, por paciente de forma diaria, donde su prescripción es según el petitorio farmacológico de la institución, generalmente se prescriben antibióticos, medicamentos de segunda elección, según especialidad y de acuerdo a restricción²⁸.
- Planillones donde la prescripción es para varios pacientes a cada paciente hospitalizado se le asigna una columna del planillón en donde se le prescribe la medicación necesaria para su tratamiento de 24 horas.
- Recetas simples donde la prescripción no necesita de un formato controlado, se realiza de forma individual donde debe indicar el diagnóstico según petitorio farmacológico de la institución para su expendio del producto farmacéutico.

6.1.1.- Resultado posterior a la Implementación de un SDMDU:

- Dado que la visita médica no es exclusiva de un solo médico debido a la rotación en la programación de sus turnos en el servicio de emergencia, la implementación del SDMDU permitirá manejar uno o varios formatos controlados donde se indica la

terapia medicamentosa y/o tratamiento que viene recibiendo el paciente hospitalizado, dicho formato no necesitaría emitirse diariamente (será prescrito durante un tiempo prudencial del fármaco a utilizar), además de que pueda ser emitido por el médico especialista según restricción de uso del petitorio farmacológico de la institución, posterior a la interconsulta realizada de la especialidad a cargo.

- No se manejaría planillones, se tendría que manejar Hoja Terapéutica de prescripción médica para cada paciente donde indicaría su tratamiento de forma diaria, que permitiría realizar el seguimiento de la terapia medicamentosa, la verificación de dosis, vías de administración, etc.
- Este sistema va a permitir al médico continuar con el mismo tratamiento, evitar la duplicidad de tratamientos, entre otros.

6.2.- Durante la Administración, seguimiento por parte del personal de enfermería:

- La medicación recepcionada por parte de enfermería, es en un taper, previamente preparado por farmacia, si es medicación dispensada en formatos controlados la recibe de acuerdo al sector de la hospitalización, si es medicación prescrita en planillones recibe toda la medicación de toda la observación no por sectores, medicación que va mezclada ampollas, tabletas, frascos, etc.
- La medicación no llega a la sala de observación de emergencia, de forma individualizada, es recepcionada de forma caótica, donde el personal de enfermería, tiene que seleccionar el tratamiento para cada paciente, sea este tratamiento dispensado de formatos controlados o planillones, donde dicho personal pierde tiempo en seleccionar el tratamiento para cada paciente asignado en su sector de la sala de observación, ante la falta de algún producto farmacéutico, dicho personal dedica tiempo a revisar la historia clínica o revisar su Kardex para verificar si toda la medicación ha sido digitada y/o atendida ante la falta de medicación.
- La selección, verificación de medicación trae como consecuencia pérdida de tiempo, tiempo que puede ser utilizado en un seguimiento para el paciente, etc.

6.2.1.- Resultado posterior a la Implementación de un SDMDU:

- En un SDMDU, la medicación dispensada se realiza a través de coches de medicamentos en dosis unitaria, donde la medicación va de forma individualizada para cada paciente, sin que tenga que perderse tiempo en la selección de tratamiento por paciente, medicación que al ser recepcionada ya es revisada para su posterior administración.

El personal de enfermería, tendría más tiempo para poder administrar su tratamiento, controlar a sus pacientes a cargo, cumplir la terapia medicamentosa, etc.

6.3.- Para el personal técnico de enfermería:

- Es el encargado de recoger la medicación de farmacia de emergencia, en la mayoría de casos esta recepción la realiza sin revisar lo dispensado.
- La medicación recepcionada es de todo el sector de hospitalización, medicación que no es individualizada por paciente.

6.3.1.- Resultado posterior a la Implementación de un SDMDU:

- Al implementar un SDMDU, la medicación dispensada sería revisada por el personal de enfermería por cada área de observación de emergencia del HNCASE. El personal técnico de enfermería tendría mayor tiempo para realizar funciones afines a su desempeño.

7.- Del cumplimiento de supervisión por parte de las IPRES.

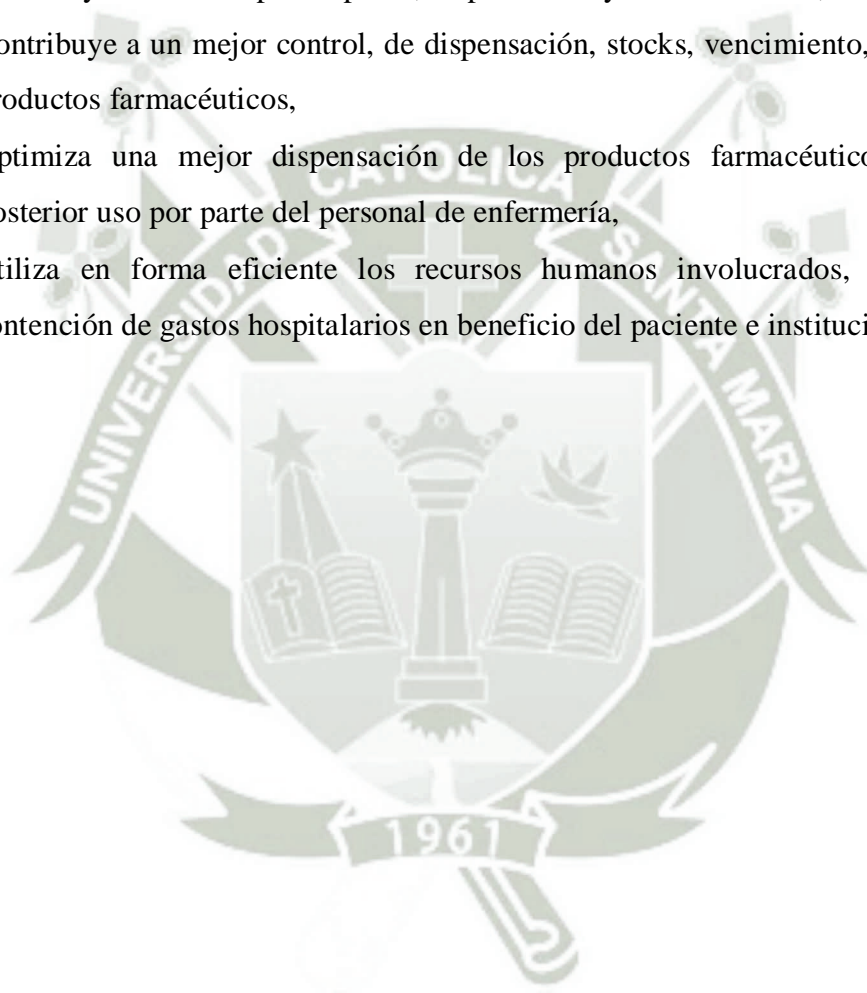
La implementación de un Sistema de Dispensación por Dosis Unitaria va a contribuir a un uso racional y seguro de los medicamentos en las salas de Observación Medicina y UCE, del Servicio de Emergencia del HNCASE, la problemática a solucionar es para todo el equipo multidisciplinario que interviene en la atención del paciente hospitalizado en las salas de Emergencia.

- Cumplir con la Resolución de Superintendencia N° 004-2015-SUSALUD/S “Instrumento de Supervisión de las IPRES (Instituciones prestadoras de servicios de salud), aplicable a las UPSS farmacia de las IPRES públicas y privadas”, ítem de lista de chequeo N° 78,79 y 80, norma legal RM 552/2007-MINSA. Norma técnica de Salud “SDMDU para los establecimientos de Salud”²⁹. Ver Anexo N° 3

8.- Importancia del Trabajo:

La implementación de un Sistema de Dispensación por Dosis Unitaria va a contribuir a un uso racional y seguro de los medicamentos en las salas de Observación Medicina y UCE, del Servicio de Emergencia del HNCASE, la problemática a solucionar es para todo el equipo multidisciplinario que interviene en la atención del paciente hospitalizado en las salas de Emergencia.

- Un mejor manejo y distribución de la medicación prescrita,
- Disminuye errores de prescripción, dispensación y administración,
- Contribuye a un mejor control, de dispensación, stocks, vencimiento, etc. de los productos farmacéuticos,
- Optimiza una mejor dispensación de los productos farmacéuticos para su posterior uso por parte del personal de enfermería,
- Utiliza en forma eficiente los recursos humanos involucrados, permite la contención de gastos hospitalarios en beneficio del paciente e institución³⁰.



CONCLUSIONES

El Servicio de Farmacia del Hospital Nacional Carlos Alberto Seguin Escobedo, es el responsable de la Implementación de un Sistema de Dispensación por Dosis Unitaria para el servicio de Emergencia, esta implementación debe de estar a cargo del coordinador y los profesionales químicos farmacéuticos que laboran en Farmacia de Emergencia.

Una vez aceptada la implementación de un sistema de dispensación por Dosis Unitaria por parte del Jefe de Departamento de Ayuda y Diagnóstico, así como también de los Gerentes Clínico, Gerente Quirúrgico del Hospital Nacional Carlos Alberto Seguin Escobedo y del Gerente de la Red Asistencial Arequipa, en las salas a que hace referencia el manual de las Unidades Productoras de Servicios (UPSS) de Farmacia en EsSalud, dicha implementación estará a cargo de los profesionales Químicos Farmacéuticos que laboran en la farmacia de emergencia se encargaran de la implementación de un plan piloto, que deberá consignar primero las salas de UCE y Observación Medicina como indica el Manual de Procedimientos de las Unidades Productoras de Servicios (UPSS) de Farmacia en EsSalud.

El servicio de Farmacia establecerá los criterios técnicos para la organización, gestión, administración y evaluación del Sistema de Dispensación de Medicamentos en Dosis Unitaria (SDMDU) para el servicio de emergencia del HNCASE.

Establecerá los recursos mínimos necesarios para el adecuado funcionamiento del SDMDU en el servicio de emergencia del HNCASE.

La administración del HNCASE proporcionar las herramientas necesarias para la implementación y adecuado funcionamiento del SDMDU en el servicio de emergencia del HNCASE.



BIBLIOGRAFIA

- 1.- Ley N° 26842. Ley General de Salud. Lima: Diario Oficial El Peruano; 15 de julio de 1997.
- 2.- Ley N° 29459. Ley de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios. Lima: Diario Oficial El Peruano; 26 de noviembre de 2009.
- 3.- OMS. The Rational Use of Drugs of the Conference of Experts (El Uso Racional de Medicamentos. Reporte de la Conferencia de Expertos) Ginebra, OMS, 1985.
- 4.- Norma legal RM 552/2007-MINSA. Norma técnica de Salud “Sistema de Dispensación de Medicamentos en Dosis Unitaria para los establecimientos de Salud”. Lima: Diario Oficial El Peruano; 04 de julio de 2007.
- 5.- OMS/OPS. Serie Medicamentos Esenciales y Tecnología N° 5.3. Sistemas de distribución de medicamentos por dosis unitaria. Octubre 1997.
- 6.- American Society of Hospital Pharmacist (ASHP). Statement on Unit Dose Drug Distribution. En American Society of Pharmacist (ASHP) Practice Standards of ASHP 1993-94 Bethesda; 1993:11.
- 7.- Dirección General de Salud de las Personas Libro Resumen del Ier Encuentro Nacional de Hospital “hacia la Modernización Hospitalaria”-MINSA. Sistema de dispensación de medicamentos en dosis unitaria en el Ex - Seguro Escolar Gratuito del Hospital “El Carmen” de Huancayo. Lima 2002.
- 8.- Informe técnico de la Comisión Multisectorial encargada de proponer los mecanismos que permitan consolidar un Sistema Nacional de Salud. Resolución Suprema N° 002-2008-SA. Lima: Diario Oficial El Peruano; 14 de febrero de 2008.
- 9.- Ministerio de Salud. Análisis de la demanda y el acceso a los servicios de salud en el Perú. Lima 2012.
- 10.- Salud en las Américas. Organización Panamericana de la Salud. Cap IV. Organización cobertura y desempeño de los sistemas nacionales de salud y protección social. [consultado 2012 dic 17] Disponible en: <http://www.paho.org/hia/vol1regionalcap4.html>
- 11.- Sistema de Salud de Perú. Salud Pública Mex 2011; 53 suppl 2: S243-S254.

12.- Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta Nacional de Hogares. Lima 2012.

13.- Análisis de situación de salud del Perú. Ministerio de salud del Perú. Dirección General de Epidemiología setiembre 2013. [consultado 2016 jun 23] Disponible en: <http://www.dge.gob.pe/portal/docs/intsan/asis2012.pdf>.

14.- Directiva N° 010-GG-ESSALUD-2011. “Normativa para la Organización y funcionamiento del Sistema de Emergencias y Urgencias del Seguro Social de Salud ESSALUD”. Lima; 18 de marzo del 2011.

15.- NTS N° 021-MINSA/dgsp-v.03 Norma técnica de salud “Categorías de establecimientos del sector Salud” Lima: Diario Oficial El Peruano; de 2011.

16.- Directiva N° 018-GG-ESSALUD-2013. “Definición, Características y funciones generales de los establecimientos de salud del Seguro Social de Salud EsSalud”.

17.- Directiva N° 70-GCPS-ESSALUD-2011, “Manual de procedimientos de la unidades Productoras de Servicios de Farmacia en ESSALUD”. Lima: Diario Oficial El Peruano; 06 de septiembre de 2011.

18.- Ley N° 26790. Ley de Modernización de la Seguridad Social y su Reglamento aprobado por el Decreto Supremo N° 009-97-SA.

19.- Ley N° 28173. Ley de trabajo del Químico Farmacéutico del Perú.

20.- Decreto supremo 020-2001-SA. Modificatoria del Reglamento para el registro control y vigilancia sanitaria de Productos Farmacéuticos y Afines.

21.- Directiva de Gerencia N°014-GG-EsSalud-2007, que aprueba la norma marco para la formulación, aprobación y actualización de documentos técnicos, normativos y de gestión en EsSalud.

22.- Decreto Supremo N°014-2011-SA, “Reglamento de Establecimientos Farmacéuticos”. Lima: Diario Oficial El Peruano; 27 de julio de 2011.

23.- Resolución de Gerencia Central N° 667-GCGP-ESSALUD-2013. “Manual de Inducción del colaborador de EsSalud” Lima, 21 de mayo 2013.

- 24.- Seguro Social de Salud – EsSalud. [consultado 2016 jun 23] Disponible en <http://www.essalud.gob.pe/hospital-nacional-carlos-seguin-escobedo-celebravigesimo-tercer-aniversario/>.
- 25.- Seguro Social de Salud – EsSalud. Acuerdo de Gestión 2014. [consultado 2016 jun 24] Disponible en: <http://www.essalud.gob.pe/acuerdos-de-gestion/>
- 26.- Seguro Social de Salud – EsSalud. Plan Operativo Institucional 2015 del Seguro Social de Salud – EsSalud, en base al presupuesto [consultado 2016 jun 24] Disponible en: <http://www.essalud.gob.pe/acuerdos-de-gestion/>
- 27.- Hospital Nacional Carlos Alberto Seguin Escobedo. Reporte estadístico de producción de servicios de Salud – SAR 2016
- 28.- Seguro Social de Salud – EsSalud. Petitorio Farmacológico 2016. [consultado 2016 jun 24] Disponible en: <http://www.essalud.gob.pe>
- 29.- Resolución de Superintendencia N° 004-2015-SUSALUD/S “Instrumento de Supervisión de las IPRESS (Instituciones prestadoras de servicios de salud), aplicable a las UPSS farmacia de las IPRESS públicas y privadas”.
- 30.- Viñas M. La Implementación de la Dosis Unitaria en el Perú. Gestión Médica. Abril2001.

ANEXOS



FORMATO ESTADÍSTICO DE PRODUCCION DE SERVICIOS DE SALUD - SAR 2016

HOSPITAL NACIONAL CARLOS ALBERTO SEGUIN ESCOBEDO : ABRIL

FARMACIA
Nº 001
2016/05/16

SERVICIOS DE SALUD	Proporcion Meja Progra. 2016	TOTAL (A + NA)	ASISTIDOS		NO ASISTIDOS (NA)		
			Aportantes y Derecho (1)	Siguro Ejecutor (2)	FORPASEF (3)	Terceros (4)	
PRESTACIONES AMBULATORIAS							
1.00			21,415	21,344			109
1.00			2,301	2,301			
1.00							
1.01							
1.01.1							
1.01.1.1							
1.01.1.2							
1.01.2			417	417			
1.01.3			290	290			
1.01.4			19	19			
1.01.5			232	232			
1.01.6			863	863			
1.01.7			100	100			
1.02							
1.02.1			541	541			
1.02.2			142,801	142,801			
1.02.3			8,203	8,203			
1.02.4			8,822	8,822			
1.03			791	790			2
1.03							
1.03.1			136	136			
1.03.2			376	376			
1.03			2,130	2,130			
1.04							
1.04.1			44	44			
1.04.2			812	812			
1.04.3			6	6			
1.04.4			74	73			
1.04			1,142	1,141			1
1.05							
1.05.1							
1.05.1.1			4,829	4,829			
1.05.1.2			42	42			
1.05.2							
1.05.2.1			567	567			
1.05.2.2							
1.05.3							
1.05.3.1							
1.05.3.2							
1.05.3.4							
1.06							
1.06.1							
1.06.1.1			107	107			
1.06.1.2			71	71			
1.06.1.3			18	18			
1.06.4			208	208			
1.06.4.1							
1.06.4.2							
1.06.4.3							
1.06.4.4							
1.06.4.5							
1.06.5							
1.06.5.1							
1.06.5.2							
1.06.5.3							
1.06.5.4							
1.06.5.5							
1.06.5.6							
1.06.5.7							
1.06.5.8							
HOSPITALIZACIÓN: PACIENTES							
2.00			8,704	8,903			111
2.00			541	538			5
2.00			620	620			
2.00			421	421			
HOSPITALIZACIÓN: EGRESOS							
3.00			1,028	1,013			15
3.00			48	47			1
3.00			85	85			
3.00			874	862			12
3.00			22	22			
DIALISIS							
4.00			1,704	1,671			33
4.00			4,422	4,422			
4.00			1,794	1,784			10
URGENCIAS							
5.00			300	294			6
5.00			8,720	8,720			
5.00			184	184			
RUPTOS							
6.00			70	70			
6.00			50	55			1
INTERFERENCIAS QUIRURGICAS							
7.00			160	160			
7.00			410	410			
7.00			389	379			10
7.00			87	86			1
7.00			0	0			
PROCEDIMIENTOS							
8.00			41	41			

FORMATO ESTADÍSTICO DE PRODUCCION DE SERVICIOS DE SALUD - SAR 2016

HOSPITAL NACIONAL CARLOS ALBERTO SEGUIN ESCOBEDO : MAYO

FARMACIA
 No. 15/05/2016

SERVICIOS DE SALUD	Propuesta Meta Progra. 2016	TOTAL (A + MA)	ASIGURADOS (B)		
			Aportados y Derecho (1)	Seguro Escolar (2)	Terceros (3)
PRESTACIONES AMBULATORIAS					
1.10 Consulta médica	20.295	20.766	20.634		132
1.50 Atención de Enfermería	5.962	2.751	2.251		
1.55 Atención de Obstetricia					
1.5.1 Atención Ambulatoria de Obstetricia					
1.5.1.1 Atención Prenatal / Control de Gestante de Bajo Riesgo					
1.5.1.2 Atención en Parturición Fetal / Control Salud Neonatal Recién Nacido	0	45	45		
1.5.2 Atención de Obstetricia en Hospitalización	482	439	430		
1.5.3 Monitoreo Electrónico Fetal / Cardiotocografía Materno-Fetal	254	268	268		
1.5.4 Atención de Obstetricia en Centro Obstétrico	13	15	15		
1.5.5 Atención de Actividades Complementarias de Obstetricia	100	228	228		
1.5.6 Atención de Obstetricia en Emergencia	1.855	1.304	1.304		
1.5.7 Manejo Clínico Intra parto	167	95	95		
1.5.8 Pieloplastia Obstétrica	2	23	23		
1.5.9 Ejecución de Parto	2				
1.70 Atención Nutricional					
1.7.1 Atención Nutricional Ambulatoria	274	435	488		
1.7.2 Atención Nutricional en Hospitalización	35.566	125.031	125.031		
1.7.3 Producción y Gestión de Calidad	878	3.925	3.085		
1.7.4 Gestión de la producción de Preparados nutricionales Especializados	5.201	5.280	5.280		
1.80 Atención Psicológica	103	702	781		
1.85 Procedimientos de Psicológica					
1.8.1 Procedimientos integrativos de Psicología	150	163	163		
1.8.2 Procedimientos terapéuticos psicológicos	281	449	445		
1.90 Atención de Trabajo Social	5.040	2.247	2.247		
1.11 Procedimientos de Trabajo Social					
1.11.1 Intervención social	1.823	44	44		
1.11.2 Caserías	1.896	570	570		
1.11.3 Información, Educación y Consejería	6	24	24		
1.11.4 Visita Doméstica	32	75	75		
1.12 Atención Gerontopsiquiátrica	1.105	1.580	1.580		
1.13 Atención Neurofisiológica (Terapia)					
1.13.1 Terapia Física					
1.13.1.1 Terapia Individual	5.771	5.381	5.081		
1.13.1.2 Terapia Grupal	118	25	25		
1.13.2 Terapia de Lenguaje / Aprendizaje					
1.13.2.1 Terapia Individual	575	659	659		
1.13.2.2 Terapia Grupal	36	-	-		
1.13.3 Terapia Ocupacional					
1.13.3.1 Terapia Individual	20	-	-		
1.14.3 Intervenciones					
1.14.3.1 Vacunación Recién Nacidos	75	38	38		
1.14.3.2 Vacunación en el menor de 1 año	285	77	77		
1.14.3.3 Vacunación de 1 a menos de 5 años	57	14	14		
1.14.3.4 Vacunación en otros grupos	51	-	-		
1.14.4 Control de Crecimiento y Desarrollo					
1.14.4.1 ORED en sala	226	225	225		
HOSPITALIZACIÓN - PACIENTES DIAS					
2.10 Paciente día en Hospitalización	8.368	8.575	8.666		89
2.20 Paciente día en la Unidad de Cuidados Intensivos	545	654	654		
2.30 Paciente día en la Unidad de Cuidados Intermedios	483	637	635		
2.80 Paciente día en la unidad de cuidados intermedios de cardiología	144	121	121		
HOSPITALIZACIÓN - EGRESOS					
3.10 Egreso de Hospitalización General	1.026	1.027	1.016		11
3.20 Egreso de la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI)	45	53	53		
3.30 Egreso de la Unidad de Cuidados Intermedios (UCI-Int)	97	93	93		
3.80 Egreso de la unidad de cuidados intermedios de cardiología	29	28	28		
DIÁLISIS					
4.10 Sesiones de hemodialisis	2.294	1.780	1.759		
4.20 Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria (DPCA)	3.351	3.347	3.347		
4.50 Diálisis Peritoneal Automatizada	1.568	1.274	1.274		
EMERGENCIA					
5.10 Emergencia de Prioridad I / Shock Trauma	312	208	276		12
5.20 Emergencia de Prioridad II	9.917	9.081	9.080		
5.30 Emergencia de Prioridad III	568	213	213		
5.40 Egreso de Pacientes de Sala de Observación de Emergencia <= 24 horas	360	288	268		
5.40 Egreso de Pacientes de Sala de Observación de Emergencia > 24 horas	645	268	588		
PARTOS					
6.10 Parto Vaginal / Incluye parto vertical	13	30	13		
6.20 Parto Abdominal (Cesárea)	80	46	45		
INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS					
7.10 Cirugía Mayor de Alta Complejidad (A)	236	170	186		

FORMATO ESTADÍSTICO DE PRODUCCIÓN DE SERVICIOS DE SALUD - SAR 2016

HOSPITAL NACIONAL CARLOS ALBERTO SEGUIN ESCOBEDO : JUNIO

SERVICIOS DE SALUD	Propuesta Meta Progra. 2016	TOTAL (A + RA)	ASEGURADOS (A)		NO ASEGURADOS (RA)		
			Aportante y Derecho (1)	Seguro Escolar (2)	FOPASEF (3)	Terceros (4)	
PRESTACIONES AMBULATORIAS							
1.10 Consulta médica	20,238	20,412	20,257				155
1.50 Atención de Enfermería	5,362	2,297	2,297				
1.60 Atención de Obstetricia							
1.6.1 Atención Ambulatoria de Obstetricia							
1.6.1.3 Atención en Planificación Fam./Control Salud Sexual/Reprod.	9	50	50				
1.6.2 Atención de Obstetricia en Hospitalización	482	389	389				
1.6.3 Manejo de Parto Normal / Parto / Parto (Ginecología Menstruo-Femen)	254	242	242				
1.6.4 Atención de Obstetricia en Centro Obstetrico	33	30	30				
1.6.5 Atención de Actividades Complementarias de Obstetricia	189	174	174				
1.6.6 Atención de Obstetricia en Emergencia	1,049	1,189	1,189				
1.6.7 Monitoreo Clínico Intraparto	187	84	84				
1.6.8 Psicoprofilaxis Obstetricia	7	20	20				
1.6.9 Estimulación Prenatal	7						
1.70 Atención Nutricional							
1.7.1 Atención Nutricional Ambulatoria	274	630	630				
1.7.2 Atención Nutricional en Hospitalización	30,586	168,374	168,374				
1.7.3 Evaluación y Control de Calidad	819	3,793	3,793				
1.7.4 Control de la preparación de Preparados nutricionales Especiales	5,251	8,198	8,198				
1.80 Atención Psicológica	883	872	871				1
1.80 Procedimientos de Psicología							
1.8.1 Procedimientos diagnósticos de Psicología	190	130	130				
1.8.2 Procedimientos terapéuticos psicológicos	397	478	478				
1.90 Atención de Trabajo Social	8,840	2,112	2,112				
1.11 Procedimientos de Trabajo Social							
1.11.1 Intervención social	1,855	44	44				
1.11.2 Consejería	1,855	686	686				
1.11.3 Información, Educación y Convulsión	6	38	38				
1.11.4 Mesa de Atención	60	-	-				
1.12 Atención Odontológica	1,965	1,082	1,082				1
1.13 Atención Psiquiátrica (Terapia)							
1.13.1 Terapia Física							
1.13.1.1 Terapia Individual	8,177	3,388	3,388				
1.13.1.2 Terapia Grupal	118	18	18				
1.13.2 Terapia de Lenguaje / Aprendizaje							
1.13.2.1 Terapia Individual	873	889	889				
1.13.2.2 Terapia Grupal	36	-	-				
1.13.3 Terapia Ocupacional							
1.13.3.1 Terapia Individual	25	-	-				
1.13.3.2 Terapia Grupal	-	-	-				
1.13.3.3 Continuación de terapias y otros adelantos	-	-	-				
1.13.3.4 Intransecciones							
1.13.3.1 Vigilancia Recien Nacidos	75	62	62				
1.13.3.2 Vigilancia en el menor de 1 año	308	16	16				
1.13.3.3 Vigilancia de 1 a menos de 5 años	57	18	18				
1.14.4 Control de Embarazo y Desarrollo							
1.14.4.1 CREG en niño	238	178	178				
1.14.5 Servicios de Salud Colectiva							
1.14.5.1 Charla en Salud	2	-	-				
1.14.5.2 Taller de Salud	1	-	-				
1.14.5.3 Psicoprofilaxis	6	-	-				
1.14.5.4 Reforma de Vida	-	-	-				
1.14.5.6 Psicoprofilaxis Obstetricia	-	-	-				
HOSPITALIZACIÓN - PACIENTES DUE							
2.10 Paciente día en Hospitalización	8,388	8,282	8,181				78
2.20 Paciente día en la Unidad de Cuidados Intensivos	828	892	891				1
2.30 Paciente día en la Unidad de Cuidados Intermedios	403	673	663				10
2.80 Paciente día en la unidad de Cuidados Intermedios de Cardiología	144	140	140				
HOSPITALIZACIÓN - EGRESOS							
3.10 Egreso de Hospitalización General	1,075	1,004	993				11
3.20 Egreso de la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI)	45	52	48				1
3.30 Egreso de la Unidad de Cuidados Intermedios (UCI)	67	81	86				1
3.80 Egreso de la unidad de cuidados intermedios de cardiología	29	27	27				
DIÁLISIS							
4.10 Sesiones de hemodiálisis	2,264	1,772	1,738				36
4.20 Diálisis Peritoneal Continuo Ambulatoria (DPCA)	3,831	3,278	3,278				
4.30 Diálisis Peritoneal Automatizada	1,986	1,284	1,284				
EMERGENCIAS							
5.40 Emergencia de Prioridad I / Shock/Trauma	332	284	286				4
5.20 Emergencia de Prioridad II	8,517	9,505	8,474				31
5.30 Emergencia de Prioridad III	508	268	267				1
5.40 Egreso de Pacientes de Sala de Observación de Emergencia <= 24 horas	366	277	274				3
5.80 Egreso de Pacientes de Sala de Observación de Emergencia > 24 horas	845	592	584				8
PARTOS							
6.10 Parto Vaginal / Incluye parto vertical	13	18	18				
6.20 Parto Abdominal (Cesarea)	35	47	47				
INTERVENCIÓN QUIRÚRGICAS							

6.2. DISPENSACIÓN

6.2.1. DISPENSACION DE PRODUCTOS FARMACEUTICOS, DISPOSITIVOS MEDICOS Y PRODUCTOS SANITARIOS

UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS DE FARMACIA.	PROCEDIMIENTO	Versión: 2.0 Fecha: Diciembre 2013 Página: 1/3
	DISPENSACION DE PRODUCTOS FARMACEUTICOS, DISPOSITIVOS MEDICOS Y PRODUCTOS SANITARIOS	
<p>Definición: Acto profesional farmacéutico mediante el cual se dispensa correcta y oportunamente Producto Farmacéutico, Dispositivo Médico y/o Producto Sanitario, como respuesta a la presentación previa de la receta médica especial (estupefacientes y/o psicotrópicos), receta médica simple o múltiple u hoja terapéutica Sistema de Distribución de Medicamentos en Dosis Unitaria (SDMDU), prescrita por el profesional autorizado. En este acto el profesional Químico Farmacéutico informa y orienta al paciente sobre el uso adecuado de los productos farmacéuticos dispositivos médicos y productos sanitarios, reacciones adversas, interacciones medicamentosas y las condiciones de conservación del producto.</p>		
<p>Requisitos:</p> <ul style="list-style-type: none"> Receta Médica Especial, Receta Médica Simple / Múltiple u Hoja Terapéutica. Computadora con el Sistema Informático Operativo Documento de identificación del paciente. 		
Nº	Descripción	Responsable
1.	Recepcionar la Receta Médica Especial, Receta Médica Simple / Múltiple o copia directa de la Hoja Terapéutica, verificando su correcto llenado, previa identificación del paciente, en el caso de pacientes ambulatorios.	Técnico de Farmacia o Digitador de Farmacia
2.	Verificar la prescripción de la Receta Médica de acuerdo a las restricciones establecidas en el Petitorio Farmacológico y las Guías Clínicas aprobadas por la institución, calcular y cuantificar las unidades correspondientes a la dosis/día indicadas.	Químico Farmacéutico
3.	Verificar que la cantidad de medicamentos prescritos sea de acuerdo al paciente: <ul style="list-style-type: none"> Pacientes crónicos o con tratamiento prolongado por un máximo de treinta días. Pacientes ambulatorios de Emergencia hasta 72 horas en caso de domingos y feriados. Pacientes hospitalizados para 24 horas. 	Químico Farmacéutico

UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS DE FARMACIA.	PROCEDIMIENTO	Versión: 2.0 Fecha: Diciembre 2013 Página: 2/3
	DISPENSACION DE PRODUCTOS FARMACEUTICOS, DISPOSITIVOS MEDICOS Y PRODUCTOS SANITARIOS	
Nº	Descripción	Responsable
4.	Ingresar al Sistema Informático Operativo para su registro y descarga el medicamento, siempre y cuando le corresponda en cantidad, en relación a la última fecha de entrega registrada, considerando un intervalo de intención de 5 días antes o después con respecto a la fecha antes señalada. Si hubiera alguna duda consultar al Químico Farmacéutico.	Digitador Asistencial
5.	En el caso de prescripciones de Formulas Magistrales No Estériles, Estériles y de Medicina Complementaria derivar al área correspondiente para su preparación.	Químico Farmacéutico. Apoyo: Técnico de Farmacia
6.	Acondicionar los Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y/o Productos Sanitarios, de acuerdo a la prescripción de la Receta Médica u Hoja Terapéutica. En caso del Sistema de Distribución de Medicamentos en Dosis Unitaria (SDMDU), será en forma individualizada en los coches de medicación.	Químico Farmacéutico. Apoyo: Técnico de Farmacia
7.	Verificar y dar conformidad de los Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y/o Productos Sanitarios preparados para cada paciente.	Químico Farmacéutico
8.	Si se trata de: <ul style="list-style-type: none"> Estupefacientes o Psicotrópicos dispensar brindando información sobre su uso y conservación, al que lo recepciona. Productos farmacéuticos, dispositivos médicos, productos sanitarios y/o recursos naturales dispensar o entregar directamente al paciente (ambulatorio) o profesional de turno (hospitalizado). 	Químico Farmacéutico
9.	Firmar la Receta Médica Especial, Receta Médica Simple / Múltiple u Hoja Terapéutica, en señal de conformidad de la recepción, en los lugares correspondientes.	Paciente o persona que recepciona
10.	Brindar orientación relacionada a Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos, Productos Sanitarios, según corresponda.	Químico Farmacéutico

UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS DE FARMACIA.		PROCEDIMIENTO	Versión: 2.0 Fecha: Diciembre 2013 Página: 3/3
		DISPENSACION DE PRODUCTOS FARMACEUTICOS, DISPOSITIVOS MEDICOS Y PRODUCTOS SANITARIOS	
Nº	Descripción	Responsable	
11.	Registrar el consumo en el Libro de Narcóticos o Psicotrópicos, considerando todos los datos, de acuerdo a lo establecido.	Químico Farmacéutico	
12.	Guardar la Receta Médica Especial original para la presentación del Balance Trimestral correspondiente.	Químico Farmacéutico	
13.	Recoger diariamente los Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios que no fueron administrados al paciente hospitalizado y consignarlos en el Formato de Devolución.	Químico Farmacéutico. Apoyo: Técnico de Farmacia	
14.	Reingresar las devoluciones en el Sistema Informático Operativo.	Digitador de Farmacia	
Observación: <ul style="list-style-type: none"> El personal involucrado en cada etapa del proceso, colocará su identificación (firma abreviada o sello). En el caso de recetas atendidas por Ley de Emergencia serán descargadas por la opción "tópico" del Sistema Informático Operativo, consignando como observación el nombre completo y DNI del paciente - Ley de Emergencia. Para pacientes en Observación de Emergencia, UVI, UCIN o UCI, la dispensación se realizará por el SDMDU. 			

6.2.2. DISPENSACIÓN A PACIENTES CONTRA REFERIDOS

UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS DE FARMACIA.		PROCEDIMIENTO	Versión: 2.0 Fecha: Diciembre 2013 Página: 1/1
		DISPENSACIÓN A PACIENTES CONTRA REFERIDOS	
Nº	Descripción	Responsable	
Definición: Procedimiento mediante el cual se entrega los Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios en forma oportuna al paciente contrarreferido, de acuerdo a lo indicado en su Hoja de Contra referencia.			
Requisitos: <ul style="list-style-type: none"> Directiva N° 10-GG-EsSalud-2005.- "Normas para el proceso de Referencia y Contra referencia de EsSalud". Formato de Referencia y Contra referencia Receta Médica Documento de identificación del paciente 			
1.	Recibir el Formato de Contra referencia de los pacientes con tratamientos farmacológicos a largo plazo	Químico Farmacéutico	
2.	Gestionar el proceso de evaluación y aprobación de requerimientos de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios indicados en el Formato de Contra referencia.	Químico Farmacéutico	
3.	Elevar al Gerente/Director Médico de la Red Asistencial de Origen la solicitud de requerimiento de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios aprobado.	Químico Farmacéutico	
4.	Recoger los Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios en la Farmacia del Establecimiento de Salud de Origen.	Paciente	