

PUBLICAPS

Fortalecimiento de la Estrategia de la Atención Primaria de la Salud

✓ EVALUACIÓN DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN TERAPÉUTICA RACIONAL EN APS

✓ ACCESO A MEDICAMENTOS ESENCIALES EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN. EVALUACIÓN DE MEDIO TÉRMINO

✓ GESTIÓN DE MEDICAMENTOS EN CONTEXTOS DE ENCIERRO



0800-666-3300
www.remediar.gob.ar

REMIEDIAR
+REDES

ARGENTINA
UN PAIS CON BUENA GENTE



Ministerio de Salud
Presidencia de la Nación

AUTORIDADES NACIONALES

Presidenta de la Nación

Dra. Cristina Fernández de Kirchner

Ministro de Salud de la Nación

Dr. Juan Luis Manzur

Secretario de Promoción y Programas Sanitarios

Dr. Máximo Andrés Diosque

Coordinadora General del Programa Remediar + Redes

Dra. Graciela Ventura

Coordinador de los Sistemas de Provisión de Medicamentos e Información

Mg. Mauricio Monsalvo

COMITÉ EDITORIAL

Director:

Lic. Mauricio Monsalvo

Editores Responsables:

Lic. Leticia Cerezo

Lic. Juan Manuel Díaz

Comité Editor:

Lic. Anabel Fernández Prieto

Lic. Gonzalo La Cava

Diseño Editorial:

Área de Comunicación del Programa Remediar + Redes.

Mariel Valle

Dirección Postal:

Remediar + Redes – Ministerio de Salud de la Nación

Av. 9 de Julio 1925, piso 8vo. CP: C1073ABA.

Ciudad Autónoma de Buenos Aires, República Argentina

Tel: 0800 – 666 – 3300

e – mail: publicaps@remediar.gob.ar

Propietario: Programa Remediar + Redes

Suscripción gratuita: publicaps@remediar.gob.ar

INTRODUCCIÓN

PubliCAPS

En este primer número de PubliCAPS nos interesa hacer llegar a los equipos de salud de los efectores del Programa Remediar + Redes de todas las Provincias, cuáles han sido las motivaciones que impulsaron su elaboración, así como también nuestras expectativas respecto al intercambio con el personal de salud.

Durante estos 10 años de Programa distribuimos, en forma mensual e in-interrumpida, medicamentos esenciales a más de 7.000 Centros de Atención Primaria de la Salud del país, alcanzando la jerarquización de esos efectores y el acceso a medicamentos de forma gratuita. La continuidad a lo largo de estos 10 años ha reforzado nuestro entusiasmo en seguir trabajando por la salud pública. El camino hasta ahora recorrido y el entusiasmo renovado, así como también experiencias anteriores realizadas por el Programa, tales como el Boletín Remediar "Atención Primaria de la Salud", han impulsado la realización de esta publicación semestral.

PubliCAPS busca compartir con quienes trabajan en los Centros de Salud algunas de las acciones desarrolladas por el Programa. En este primer número se presentan algunas líneas de investigación que consideramos pueden ser de

utilidad para la toma de decisiones y además contribuyen a difundir las distintas acciones que se impulsan desde el Programa. Darlas a conocer y difundirlas entre quienes día a día construyen Remediar + Redes se nos presenta como indispensable y de mucho agrado. Pero al mismo tiempo nos plantea el inicio de nuevos desafíos en tanto esperamos que de esta difusión surjan intercambios, preguntas, y aportes que hagan de la publicación una construcción colectiva.

En este marco es que invitamos a los integrantes de los equipos de salud a compartir experiencias, acciones y/o aprendizajes realizados en sus CAPS con el resto de los integrantes del Programa. Asimismo, esperamos contar con el aporte de diversas propuestas o preguntas de investigación que podríamos trabajar en conjunto.

En este sentido, hemos creado una sección especial con la ilusión de que se genere un punto de encuentro. En este primer número se incluyeron algunas "Cartas de Lectores" que integrantes de los CAPS nos hicieron llegar en el marco de la publicación "REMEDIAR + REDES. 10 años comprometidos con la Salud Pública". Es nuestro sentido deseo que, a partir de sus propuestas, este espacio se vea enriquecido número a número.

¡Esperamos que sea de su interés!

Equipo Remediar + Redes.



EVALUACIÓN DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN TERAPÉUTICA RACIONAL EN APS.

Curso de Infecciones Prevalentes en el primer nivel de Atención

Área de Monitoreo y Evaluación del Programa Remediar + Redes ¹

evaluacion@remediar.gob.ar

MARCO GENERAL Y ANTECEDENTES DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN TRAPS.

Dando continuidad a la estrategia de Capacitación en Uso Racional de Medicamentos, en abril de 2010, el Ministerio de Salud de la Nación (MSAL), la Asociación de Facultades de Medicina de la República Argentina (AFACIMERA) y la UBA (Universidad de Buenos Aires) suscribieron un Acta Acuerdo en el marco del Programa de Fortalecimiento de la Estrategia de Atención Primaria de la Salud (Remediar + Redes), con el propósito de llevar adelante acciones conjuntas para facilitar el desarrollo de la capacitación de los recursos humanos en salud del Primer Nivel de Atención, (PNA) a los efectos de jerarquizar y fortalecer la capacidad de respuesta de dicho nivel.

La firma del convenio posibilitó que las capacitaciones generadas se dictaran simultáneamente en veinticuatro (24) Facultades de Medicina de todo el país, y, constituyó el instrumento legal que estableció las condiciones para la cooperación entre el Ministerio de Salud de la Nación y cada una de las Facultades, así como también la herramienta que explicitó las normas para la financiación de las becas de formación.

De esta forma se dio conformidad e inicio al Programa de Capacitación en Terapéutica Racional en Atención Primaria de la Salud (TRAPS). El Programa propone responder a los problemas prevalentes de salud, contemplando la singularidad de los individuos, grupos y comunidades y sus entornos, promoviendo la optimización de los recursos disponibles. Para ello comprende una mirada integral del problema de salud brindando una terapéutica que contemple tanto las medidas preventivas y no farmacológicas, para luego realizar una prescripción racional de tratamientos farmacológicos abogando siempre a un uso racional de los mismos. En este sentido, la estrategia de capacitación implementada por el Programa Remediar + Redes brinda herramientas

prácticas a los profesionales de la salud dentro del contexto de fortalecimiento de la Atención Primaria de la Salud.

Los contenidos abordados por el Programa de Capacitación en TRAPS se relacionan con las principales causas de los problemas de salud – enfermedad de Argentina y el mundo. El primer curso se concentró en “Riesgo Cardiovascular Global”, el segundo en las “Enfermedades Infecciosas Prevalentes en el PNA” y el tercero en la “Detección y Seguimiento de los factores de Riesgo Cardiovascular y Enfermedades Oncológicas en el PNA”.

TRAPS da continuidad a procesos de educación continua destinados a médicos prescriptores que se desempeñan en efectores de salud del PNA. Entre los años 2006 y 2008 inclusive, se implementó el Curso en URM. En el transcurso de las tres cohortes desarrolladas se inscribieron 6.410 profesionales, de los cuales 4.663 comenzaron el curso y 2.170 lo aprobaron.

CARACTERÍSTICAS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN TRAPS.

Modalidad Pedagógica.

La modalidad pedagógica de los cursos de TRAPS fue semi-presencial ², es decir combinó educación a distancia (tutorías a través de Internet y la lectura del material entregado a cada becario), con instancias presenciales mensuales obligatorias dictadas por las facultades de medicina. La capacitación de TRAPS articula diversas actividades pedagógicas: estudio independiente (de cada becario cuando éste pueda/desea), encuentros presenciales, tutorías (adju-

¹ Lic. Anabel Fernandez Prieto, Lic. Ma. Guadalupe Rezzonico, Lic. Leticia Cerezo, Lic. Paula Soledad Luque.

² Se optó por la modalidad semipresencial en tanto que se considera que es la que mejor se adapta a las posibilidades de los profesionales que se encuentran con prometidos en una intensa actividad laboral, al mismo tiempo que posibilita la llegada con la misma cantidad y calidad de contenidos, a gran cantidad de profesionales distribuidos en todo el país.

dicación de un tutor con quien saldar las dudas) y monitoreo y evaluación (discusión de casos clínicos).

Respecto de los materiales de la capacitación, elaborados por el Ministerio de Salud de la Nación, cada Facultad entregó a los becarios los módulos de autoaprendizaje y CDs con material complementario, correspondientes a cada encuentro programado. Asimismo, entregó a los docentes, un módulo con los lineamientos generales del curso y estrategias de enseñanza sugeridas para cada encuentro, correspondiente al manual facilitador.

La certificación correspondiente a TRAPS se entregó a los becarios que cumplieron con el mínimo de 80% de asistencia a los encuentros presenciales y respondieron satisfactoriamente al examen escrito que se realizó en el último encuentro. La certificación estuvo a cargo de cada Facultad de Medicina participante del curso.

El Programa de Capacitación en Terapéutica Racional de Atención Primaria de la Salud se organizó en tres cursos con temáticas independientes, no correlativas entre sí.

Esquema N° 1: Distribución de Cursos de TRAPS.

Curso 1: Riesgo Cardiovascular Global	Curso 2: Infecciones Prevalentes en el PNA
	
Dos cohortes implementadas durante 2010 y una en 2013	Una cohorte implementada durante 2011 y otra en 2013
Curso 3: Detección y Seguimiento de Factores de Riesgo Cardiovascular Global y Enfermedades Oncológicas	
	
Una cohorte implementada durante 2012.	

El presente artículo procederá a exponer un resumen de la evaluación³ realizada para el curso de Infecciones Prevalentes (IP) en el PNA implementado durante 2011.

El curso de Infecciones Prevalentes en el PNA se desarrolló entre los meses de junio y diciembre de 2011. Su objetivo fue brindar información práctica, actualizada y basada en la evidencia de medidas no farmacológicas y farmacológicas para la prevención y tratamiento de las enfermedades infecciosas prevalentes en el PNA.

Se llevaron adelante 4 encuentros presenciales más un encuentro para realizar el examen final.

Los temas abordados fueron:

- Bronquitis aguda
- Neumonía adquirida en la comunidad (NAC)
- Gripe o Influenza
- Tuberculosis (TB)
- Infecciones en las vías aéreas superiores
- Hepatitis
- Parasitosis
- Infecciones de Transmisión Sexual (ITS)
- Infecciones en el Tracto Urinario (ITU)
- Infecciones prevalentes en la Infancia.

Universidades encargadas del dictado del Curso de Infecciones Prevalentes en el PNA:

1. Facultad de Medicina. Universidad de Buenos Aires.
2. Facultad de Ciencias Médicas. Universidad Nacional del Comahue.
3. Facultad de Ciencias Médicas. Universidad Nacional de Córdoba.
4. Facultad de Ciencias Médicas. Universidad Nacional de Cuyo.
5. Facultad de Ciencias Médicas. Universidad Nacional de La Plata.
6. Facultad de Medicina. Universidad Nacional del Nordeste.
7. Departamento Académico de Salud y de la Educación. Universidad Nacional de La Rioja.
8. Facultad de Ciencias Médicas. Universidad Nacional de Rosario.
9. Departamento de Ciencias de la Salud. Universidad Nacional del Sur.
10. Facultad de Medicina. Universidad Nacional de Tucumán.
11. Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud. Universidad Abierta Interamericana.
12. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad Adventista del Plata.

³ La evaluación completa se encuentra en http://www.remediar.gob.ar/index.php?option=com_content&view=article&id=1000

13. Facultad de Ciencias Médicas. Universidad del Aconcagua.
14. Facultad de Ciencias Biomédicas. Universidad Austral.
15. Instituto Universitario de Ciencias de la Salud. Fundación H. A. Barceló.
16. Escuela de Medicina. Instituto Universitario CEMIC.
17. Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales. Facultad de Ciencias de la Salud.
18. Facultad de Medicina. Universidad Católica de Córdoba.
19. Facultad de Medicina. Universidad Católica de Cuyo.
20. Instituto Universitario. Hospital Italiano de Buenos Aires.
21. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad Maimónides.
22. Escuela de Medicina. Instituto Universitario Italiano de Rosario.
23. Facultad de Medicina. Universidad del Salvador.
24. Facultad de Medicina. Universidad de Morón.

Estrategia de Evaluación del Programa de Capacitación de Infecciones Prevalentes en el PNA.

Conjuntamente a la coordinación e implementación del curso, llevados a cabo por la Gerencia de Recursos Humanos, desde el área de Monitoreo y Evaluación del Programa se trabajó en la estrategia de evaluación de la capacitación correspondiente al Curso de Infecciones Prevalentes en el PNA.

La estrategia de monitoreo y evaluación del curso de capacitación buscó dar respuesta a los siguientes objetivos fundamentales:

- ✓ Caracterizar a los becarios que participaron del curso de TRAPS de Infecciones Prevalentes en el PNA, en cuanto a su perfil profesional, lugar de desempeño profesional, Universidad y Sede donde realizaron el curso.
- ✓ Conocer el alcance del Programa de Capacitación en relación a la cantidad y distribución de CAPS con médicos prescriptores capacitados en TRAPS.
- ✓ Identificar las tasas de retención y deserción según Universidad y provincia de desempeño del becario.
- ✓ Identificar el rendimiento de los becarios que participaron del curso.
- ✓ Identificar el grado de satisfacción de los becarios con el desarrollo del curso.

Para responder a los primeros tres objetivos se analizaron

los registros administrativos del Programa Remediar + Redes que permiten realizar un análisis longitudinal de todo el proceso de implementación del curso. Por su parte, a los fines de dar cuenta del cuarto objetivo, se implementó un instrumento de evaluación pre test y post test, mientras que para conocer el nivel de satisfacción de los becarios, se procedió a realizar una encuesta de satisfacción autoadministrada enviada vía e-mail a todos los profesionales que habían finalizado el curso de IP.

Por un tema de extensión, en el presente documento se desarrollarán todos los objetivos indicados anteriormente exceptuando el último de ellos.

ANÁLISIS DESCRIPTIVO DEL CURSO DE INFECCIONES PREVALENTES EN EL PNA.

En el presente apartado se describe el desarrollo del curso de capacitación en Infecciones Prevalentes en el PNA implementado por el Programa Remediar + Redes en el marco del Programa de Capacitación en Terapéutica Racional en Atención Primaria de la Salud.

Al curso de Infecciones Prevalentes en el PNA se pre-inscribieron en total **2.839 profesionales médicos**, quedando finalmente asignados a las diversas Facultades de Medicina **2.819 becarios**⁴. Con este total de becarios, el curso de Infecciones Prevalentes se organizó en **53 sedes geográficas** (departamentos) distribuidas en **las 24 provincias**, alcanzando un total de **68 aulas**, con un promedio de **35 becarios en cada una**.

Las Facultades con mayor cantidad de sedes y aulas fueron las correspondientes a la Universidad Nacional de Tucumán (4 sedes y 9 aulas en Jujuy, Salta, Santiago del Estero y Tucumán), la Universidad Nacional del Nordeste (5 Sedes y 7 aulas en Chaco, Formosa y Corrientes), Universidad Nacional de La Plata (5 sedes y 6 aulas en Chubut, Buenos Aires y Tierra del Fuego), la Universidad del Comahue (5 sedes y aulas en las provincias de Neuquén y Río Negro), y la Universidad de Maimónides (4 sedes y 4 aulas en Buenos Aires y La Pampa). La Matrícula Inicial (M.I), instancia en la cual cada Universidad confirmaba la asistencia al primer encuentro de los becarios asignados, fue de 2.525 profesionales, sólo un 10% menos de los inscriptos asignados inicialmente (2.819). **Estos 2.525 profesionales provenían de 1.567 CAPS efectores del Programa Remediar + Redes de todo el país.**

Del total de 2.525 becarios que conformaron la Matrícula Inicial, 1.676 asistieron al primer Encuentro (E1). Al segundo, lo hicieron 1.590 becarios, cayendo un 5% la participación respecto del primer encuentro; en el tercero participa-

⁴ Esta caída inicial de 20 inscriptos obedeció a que los inscriptos no cumplía con alguno de los requisitos establecidos para inscribirse al curso, tales como que no era médico/a o bien que el profesional no se desempeñara en un efector del Programa Remediar + Redes.

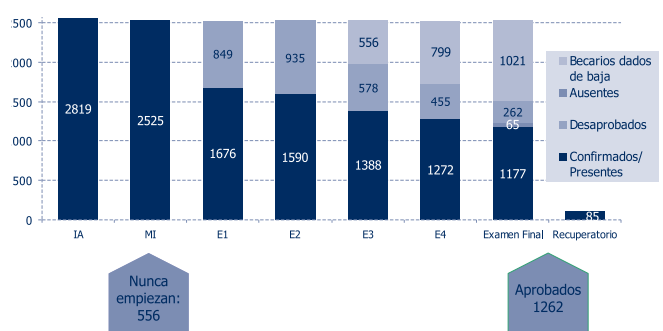
Mapa 1: Distribución por Universidades, Sedes y aulas según provincia.

Fuente: Registros del Programa Remediar + Redes - Proceso de inscripción 2011

ron 1.388 becarios (con una caída del 13% respecto el E2); al cuarto 1.272 becarios (8% menos respecto de E3), y al quinto y último (examen final) asistieron 1.242.

En total, **1.262 médicos que se desempeñan en el PNA** fueron capacitados en Infecciones Prevalentes, 1.177 becarios aprobaron en la primera instancia y 85 en el recuperatorio. Dado que el régimen de asistencias exigía un 80% de presentismo, es decir, asistir a al menos 3 de los 4 encuentros organizados, pasado el segundo encuentro empezaron a registrarse los becarios dados de baja, es decir, becarios que ya no cumplían con la regularidad requerida. A partir de este Encuentro fue posible identificar que 556 becarios nunca iniciaron el curso (22% de la matrícula inicial). No obstante, una vez iniciado el curso, la deserción descendió en gran medida. Si 1.676 becarios asistieron al E1, 1.242 se presentaron a rendir el examen final, siendo la **retención de casi el 75% de los becarios** que iniciaron el curso.

Gráfico 1: Distribución de becarios desde el proceso de inscripción hasta la aprobación final del curso.



Fuente: Registros del Programa Remediar + Redes Proceso de inscripción 2011.

Perfil de los profesionales inscriptos que conformaron la Matrícula Inicial.

Los médicos inscriptos al curso de Infecciones Prevalentes en el PNA fueron principalmente mujeres (69%) y mayoritariamente profesionales jóvenes. En promedio, alcanzaron los 40 años de edad. El 50% de los mismos se concentró en las edades comprendidas entre 30 y 40 años, y menos del 10% superó los 56 años de edad.

La antigüedad en la profesión de los becarios inscriptos, en promedio fue de 12 años de antigüedad. En términos porcentuales, la mitad de los profesionales que se inscribieron se habían recibido entre los años 2000 y 2009. Esto evidencia que más de la mitad de los becarios que tuvo intenciones de participar del curso contaba con una trayectoria profesional en el ejercicio de la medicina relativamente reciente.

Al caracterizar a los inscriptos según especialidad, medicina familiar/general fue la especialidad que predominó entre los profesionales médicos inscriptos (71% de menciones). En segundo lugar, se ubicó la especialidad de clínica médica (13% de las menciones). Ambas coinciden con las especialidades que más predominan en el Primer Nivel de Atención⁵.

Cabe destacar que de los 2.525 becarios que compusieron la MI, 188 no registraron la especialidad durante el proceso de inscripción (7% del total).

Caracterización por Provincia.

En términos absolutos, las provincias de Córdoba, Buenos Aires y Chubut fueron las que mayor cantidad de médicos y médicas inscriptos registraron. La Matrícula Inicial de estas tres provincias juntas superaron más del 30% del total de la matrícula confirmada. Si bien es esperable que Córdoba y Buenos Aires tengan la mayor proporción de becarios dada la cantidad de efectores del PNA y profesionales médicos que se desempeñan en ellos, la cobertura total de Centros de Salud con profesionales inscriptos resultó del 32% para la primera y 15% para la segunda, mientras que los profesionales inscriptos de Chubut alcanzaron a cubrir el 85% de todos los CAPS de esta provincia.

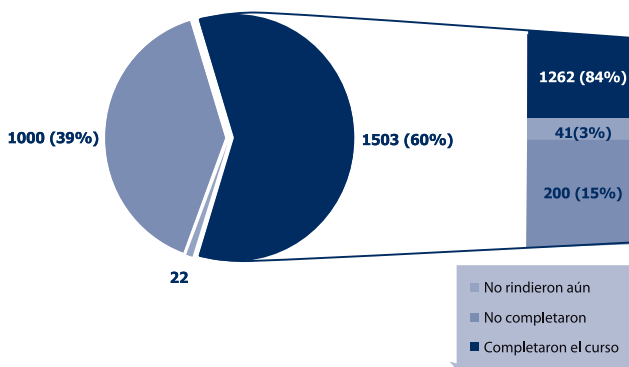
Por otro lado, los profesionales de las provincias de Formosa, Catamarca, Tierra del Fuego y Misiones fueron los que menos participaron del curso. En total, ellos adicionaron solo el 6% del total de los becarios que conformaron la Matrícula Inicial de IP.

En las jurisdicciones de Tierra del Fuego, Neuquén, Santa Cruz, La Rioja, Ciudad de Buenos Aires y San Luis los médicos inscriptos se desempeñaban en más del 50% de los Centros de Salud efectores del Programa Remediar de esas provincias.

RENDIMIENTO ACADÉMICO DE LOS PROFESIONALES MÉDICOS QUE ASISTIERON AL CURSO DE INFECCIONES PREVALENTES EN EL PNA.

Del total de becarios que conformaron la Matrícula Inicial, 60% (1.525) completaron el curso, encontrándose en condición de presentarse a rendir el examen final⁶. Por el contrario, los restantes 1.000 becarios que conformaron la Matrícula Inicial, no lo concluyeron. De éstos, la mitad nunca inició el curso y el otro 50% abandonó el curso en los sucesivos encuentros⁷. Los becarios aprobados representan el 50% de la MI. Solamente 41 becarios desaprobaron el curso y 222 lo completaron pero no se presentaron a rendir el examen final⁸.

Gráfico 2: Distribución de la Matrícula Inicial del curso según Rendimiento académico. Distribución de la Matrícula Inicial del curso según Rendimiento académico



Fuente: Registros del Programa Remediar + Redes - 2011

El promedio de edad de los profesionales que resultaron aprobados fue de 40 años. Si bien resultó similar al promedio de edad de todos los becarios que conformaron la MI, la deserción se dio principalmente entre los becarios con rangos de edad más joven. El resto de las franjas etáreas, presentaron una distribución similar en ambas instancias de desarrollo del curso (es decir, previo al inicio del curso y una vez finalizado éste).

⁵ Se contabilizan menciones, cada profesional puede tener más de una especialidad durante el proceso de inscripción. Asimismo 188 profesionales inscriptos no mencionaron ninguna especialidad.

⁶ Cumplían con la condición de regularidad habiendo asistido al menos a tres (3) de los cuatro (4) encuentros realizados. Recordemos que el quinto encuentro correspondía al Examen Final, situación por la cual no se tiene en cuenta para los criterios de regularidad.

⁷ Es necesario destacar que a la realización de la evaluación de referencia no fue posible incluir los resultados finales de las U. de Morón (sede Morón) y de la U. Nacional de La Plata (sede Ushuaia) que por diversos motivos no demoraron la realización del último encuentro por lo cual no fue posible contar con los datos administrativos.

⁸ Entre estos 222 becarios que no se presentaron a rendir, se incluyen los becarios de Ushuaia y Morón que al momento del procesamiento de la presente información no tenían realizado el quinto y último encuentro (correspondiente al examen final).

Distribución de Becarios Aprobados y Desaprobados por Universidad.

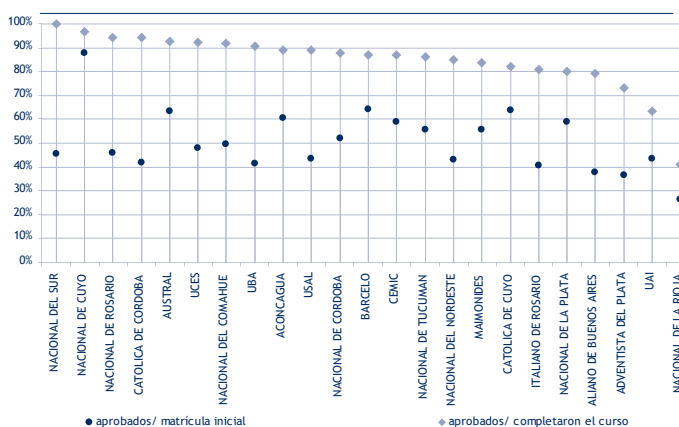
En términos absolutos la Universidad Nacional de Tucumán resulta la institución con mayor cantidad de becarios que conformaron la MI. También es la que presenta mayor cantidad de becarios en condición de aprobados, es decir: del total de aprobados del curso de Infecciones Prevalentes, ésta concentra casi al 20%.

Asimismo, el 52% de los becarios aprobados del curso de IP se concentran en la U. Nacional de Tucumán, U. Nacional de la Plata, U. Nacional del Nordeste, U. Nacional del Comahue y U. Nacional de Córdoba. Estos altos porcentajes se encuentran en línea con la proporción de Matrícula Inicial que presentaban dichas facultades.

Por su parte, la proporción de becarios que no aprobaron el curso resultó del 3% (41 de 1.525). En este sentido, es en la Universidad Nacional del Nordeste donde se presentaron más profesionales en esta condición (11 de los 41 casos, 27%).

En términos relativos se identifica una gran variabilidad en la relación entre la cantidad de aprobados respecto de la Matrícula Inicial, según Universidad. En este sentido, en la Universidad Nacional de Cuyo, el 88% de los becarios que conformaron la MI aprobaron el curso y, en la Universidad de Barceló, en la Universidad Católica de Cuyo (Sede San Juan) y en la Universidad Austral (Sede Pilar), un poco más del 63% aprobaron el curso. Por su parte, en la U. Nacional de La Rioja, en la U. Adventista del Plata, en el Instituto Universitario del Hospital Italiano de Buenos Aires, en el I.U. Italiano del Rosario y en la UBA, el porcentaje de becarios aprobados sobre las respectivas matrículas iniciales no superó el 40%.

Gráfico 3: Tasa de aprobación. Matrícula Inicial y Becarios que completaron el curso por Universidad.



Fuente: Registros del Programa Remediar + Redes – 2011.

Cobertura del Curso de IP en los CAPS efectores del Programa Remediar + Redes.

En relación a la cantidad de CAPS en los cuales alguno de sus profesionales completó el curso, se observa que TRAPS Infecciones Prevalentes alcanzó a capacitar al menos un médico en 865 efectores del Programa Remediar, lo cual representa el 14% de los Centros de Atención Primaria efectores del Programa Remediar de todo el país.

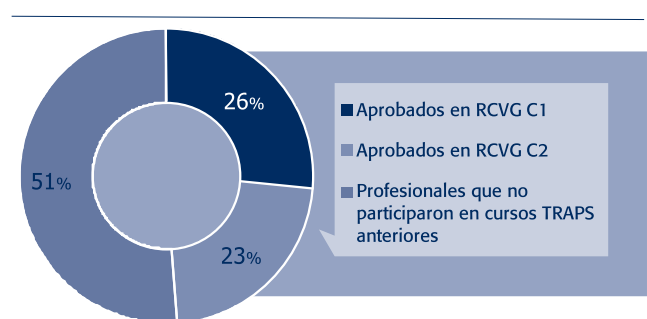
En relación con la cantidad de efectores Remediar con que cuenta cada provincia, se destacan Chubut y Santa Cruz, que superan el 40% de sus CAPS con al menos un médico capacitado en esta temática. Tal como se puede apreciar en el Mapa N° 2, las provincias de Neuquén y San Juan cuentan con entre el 30% y 34% de sus efectores con personal capacitado.

En oposición, la Provincia de Misiones es la que menor cobertura por CAPS se alcanzó. Allí aprobaron el curso profesionales médicos correspondientes al 3% de sus Centros de Salud.

Profesionales Médicos Aprobados en el Curso de Infecciones Prevalentes que Participaron en Cursos Anteriores de TRAPS.

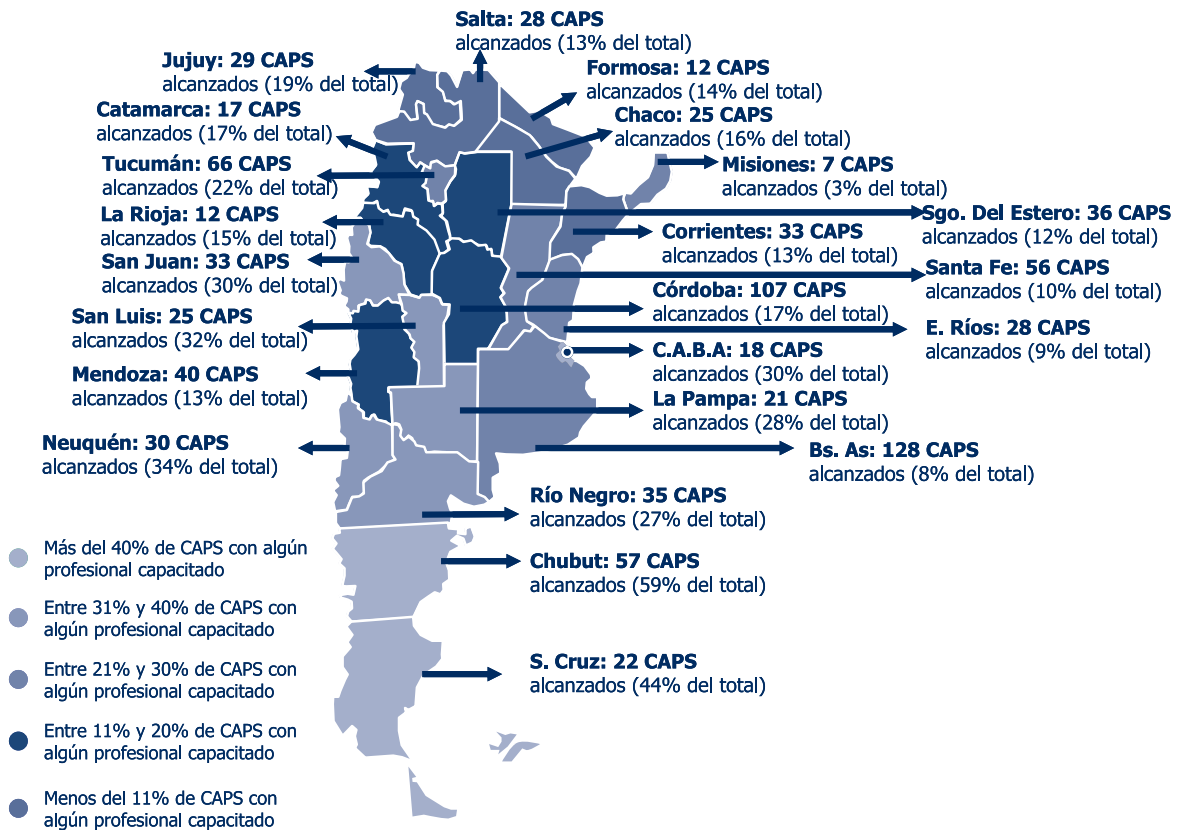
A partir del análisis de la vinculación de los becarios del curso de Infecciones Prevalentes con el Programa Remediar + Redes, se observó que **de los 1.262 becarios que aprobaron dicho curso la mitad habían participado de cursos anteriores**. En términos absolutos, 332 becarios habían cursado y aprobado la Cohorte 1 del Curso de Riesgo Cardiovascular Global, representando un 26%. Este grupo de becarios, se desempeñan principalmente en efectores de salud de las Provincias de Buenos Aires, Chubut, Córdoba y Neuquén. Asimismo, 285 becarios habían cursado y aprobado la Cohorte 2 de RCVG, es decir un 23%, siendo la dis-

Gráfico 4: Becarios aprobados en los cursos en IP y en RCVG del Programa TRAPS.



Fuente: Registros del Programa Remediar + Redes - Aprobados de IP: 1262 becarios

Mapa 2: Distribución de CAPS con al menos un profesional capacitado en IP - TRAPS.



Fuente: Registros del Programa Remediar + Redes - Proceso de inscripción 2011.

tribución por Provincia y Universidad similar a la registrada para la Cohorte 1. Estos profesionales se desempeñan principalmente en las provincias de Córdoba, Tucumán, Buenos Aires, Chubut y La Pampa (también suman el 44% de los becarios en esta condición).

EVALUACIÓN DEL RENDIMIENTO DE LOS BECARIOS: ANÁLISIS PRE - POST TEST.

Luego del análisis realizado en el apartado anterior sobre el desarrollo del curso de Infecciones Prevalentes en el PNA en sus diferentes etapas y la caracterización de los médicos participantes, en el presente apartado se analizará el rendimiento de los becarios a partir de la implementación de un instrumento Pre - Post Test de evaluación.

OBJETIVOS

El principal objetivo de la evaluación Pre-Post Test fue dar cuenta en qué medida los becarios mejoraron su rendimiento

respecto de los conceptos abordados en el curso implementado por el Programa.

Esta estrategia de evaluación permitió conocer la variación del conocimiento de los becarios al comparar el rendimiento de los becarios antes y después de su participación en la capacitación y por ende, analiza la variación de resultados.

METODOLOGÍA Y ALCANCES DE IMPLEMENTACIÓN DEL PRE-POST TEST.

La implementación de la evaluación permitió comparar las notas promedio obtenidas por los becarios antes de la capacitación (pre test) y luego de la misma (post test), lo que dió cuenta de la performance tanto de los becarios como de los docentes que participaron en el curso.

La evaluación pre - post consistió en la aplicación de un examen escrito de 100 preguntas de selección múltiple a los becarios que realizaron el curso en el momento de inicio y finalización del mismo⁹.

⁹ Se excluyeron del análisis a las Sedes de Ushuaia correspondiente a la Universidad Nacional de La Plata y La Matanza (Universidad de Morón) ya que postergaron la realización del examen final, no llegando a tiempo con el procesamiento de los formularios.

Dado que no se buscó identificar rendimientos individuales, sino desempeños globales, el pre test fue anónimo. Esta característica impidió identificar entre aquellos becarios que permanecieron hasta el final de la capacitación y realizaron el pre y post-test de aquellos que abandonaron el curso antes de su finalización.

Asimismo, considerando que las preguntas del instrumento de evaluación pre - post test respondían a un criterio temático, se realizó un análisis de rendimiento por tema que permitió identificar las áreas donde el rendimiento de los becarios fue mayor.

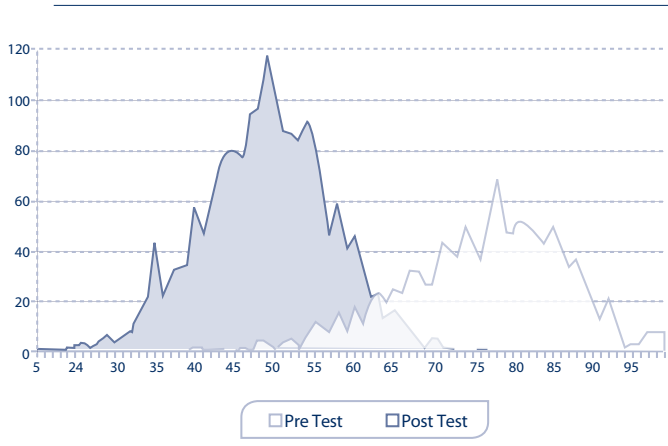
Cabe destacar que el instrumento de Post Test ofició, simultáneamente, como la evaluación final del Curso. En este sentido, aquellos profesionales que superaron los 59 puntos en el Post Test, componen el grupo de becarios aprobados.

PRINCIPALES RESULTADOS

Analizando la cantidad de respuestas correctas por becario, se observa que en el Pre-Test existe una mayor diferencia entre los puntajes más extremos alcanzados, con un rango que abarca desde 5 a 76 respuestas correctas, siendo las 49 respuestas correctas el valor más frecuente en esta instancia.

Por su parte, en el Post - Test, el rango en la distribución de las respuestas correctas alcanzados por los becarios resultó menor oscilando entre los 40 y 99 de respuestas correctas (siendo éste último el puntaje máximo posible).

Gráfico 5: Distribución de puntajes brutos obtenidos en el Pre Test y el Post Test



Fuente: Resultados Pre y Post test – Programa Remediar + Redes.

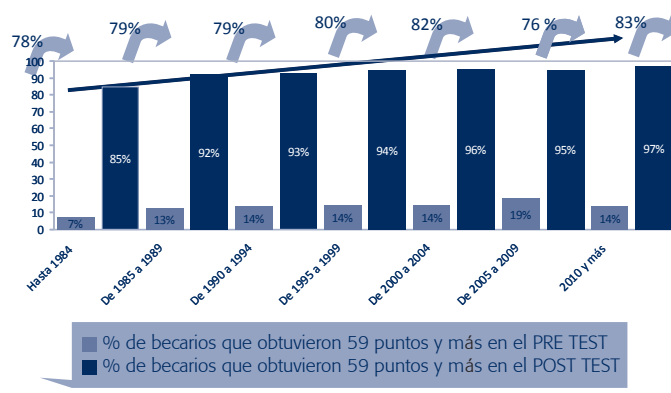
ANÁLISIS DE LOS PERFILES

A partir de los datos relevados, se presenta una breve descripción de los becarios que realizaron el Pre y Post - Test a partir de variables tales como la especialidad médica, la antigüedad en la profesión y la edad. Con el objetivo de indagar algunas de las variables en sentido comparado, se analizó comparativamente el perfil de los becarios que obtuvieron 59 respuestas correctas, para las instancias del Pre - Test y/o Post-Test.

Como ya se mencionó anteriormente, la principal especialidad de los becarios del PNA que participaron del curso fue medicina general. En este sentido, el 16% de los médicos generalistas obtuvieron 59 respuestas correctas y más en el Pre-Test, siendo esta proporción dos puntos mayor del promedio general. Por su parte, en la instancia de Post Test, el porcentaje de médicos generalistas que superaron las 59 respuestas correctas ascendió al 95% (diferencia positiva del 79% entre una y otra instancia). Una situación similar se dio entre los médicos de familia, quienes incrementaron el 80% entre la proporción de becarios que alcanzaron o superaron las 59 respuestas correctas en el Post -Test respecto del Pre - Test.

El resto de las especialidades médicas alcanzaron una performance menor al promedio de puntaje general alcanzado. Con el mismo criterio, analizando el rendimiento de los becarios que obtuvieron 59 o más respuestas correctas en el Post Test respecto del Pre Test, según antigüedad en la profesión¹⁰, se observó una leve tendencia que indicaría que a menor antigüedad en la profesión mayor porcentaje de respuestas correctas obtenidas en el Post Test.

Gráfico 6: Becarios que alcanzaron 59 respuesta correctas y más, según antigüedad en la profesión



Fuente: Resultados Pre y Post - test – Programa Remediar + Redes.

¹⁰ Esta variable fue construida a partir de relevar el año en el que el médico/a indicó que se recibió.

DISTRIBUCIÓN DE NOTAS SEGÚN ÁREAS TEMÁTICAS

Como ya se mencionó en la introducción del presente artículo, el curso de Infecciones Prevalentes en el PNA contó con diferentes unidades temáticas, siendo éstas: bronquitis aguda, neumonía adquirida en la comunidad, gripe o influenza, tuberculosis, infecciones en las vías aéreas superiores, hepatitis, parasitosis, mal de chagas, infecciones de transmisión sexual, infecciones en el tracto urinario, infecciones prevalentes en la infancia, farmacovigilancia y uso racional de antibióticos. A los fines de evaluar el conocimiento de los becarios respecto de los contenidos del Curso, tanto en el Pre como en el Post Test, se incluyeron preguntas referidas a cada una de estas grandes problemáticas relacionadas con las Infecciones Prevalentes en el PNA.

Para analizar las variaciones en la cantidad de respuestas correctas por grupo temático y luego el rendimiento de los becarios antes y después en cada una de esas áreas abordadas, se construyeron medidas resúmenes para cada una de ellas. Así, para cada grupo se adicionaron las respuestas correctas obtenidas por becario y se las dividió por la cantidad total de preguntas que constituían esa área temática.

Cabe recordar que cada pregunta valía un punto. Por ejemplo: si un área temática se componía de 10 preguntas (100%), se analizó la proporción de respuestas correctas que se obtuvieron para esa área temática en ambos momentos. Es decir, si de esas 10 preguntas referidas a esa área temática en el Pre-Test, 3 se respondían correctamente, entonces se alcanzaba una proporción de 30 puntos promedio para el grupo de preguntas. Por su parte, si en el Post Test de las 10 preguntas se respondían 8 correctamente, entonces, la proporción se incrementaba a 80 puntos promedio.

En este sentido, si analizamos el rendimiento académicos en cada una de las unidades temáticas abordadas por el Curso se observa que:

- √ En el Pre-Test, las áreas que **menor rendimiento** académico presentaron fueron **farmacovigilancia** (37.9 puntos promedio), **hepatitis** (40.4 puntos), **parasitosis** (41.3 puntos) e **infecciones en el tracto urinario** (42.8 puntos).

- √ No obstante, éstas constituyen las áreas temáticas que mayor incremento en la cantidad de respuestas correctas evidenciaron en el examen final.
- √ **Se destaca especialmente farmacovigilancia, cuyo promedio general mejoró un 111%**, es decir que si en el Pre Test el puntaje promedio fue 38 puntos, en el Post Test dicho valor se incrementó a 80 puntos.
- √ Por su parte, las preguntas sobre hepatitis mejoraron el promedio en casi un 90%, pasando de 40.7 a 75.7 puntos promedio de respuestas correctas en el Post test.
- √ Las áreas que mejor rendimiento académico presentaron en la instancia previa a la realización del curso (Pre Test) fueron uso racional de antibióticos e infecciones de las vías aéreas superiores.
- √ Si bien en el Post Test el puntaje promedio para todos los temas superó el mínimo requerido para la aprobación del Curso (59 puntos), los temas que mayor puntaje obtuvieron fueron las correspondientes a **infecciones de las vías aéreas superiores** 87.4 puntos; **uso racional de antibióticos; tuberculosis y mal de chagas** 83 puntos; **gripe o influenza;** 82 puntos y **farmacovigilancia;** 80 puntos. No obstante, se debe aclarar que estos grupos temáticos son los que presentaron menor cantidad de preguntas por tema ya que, exceptuando el bloque correspondiente a tuberculosis, en ningún caso la cantidad de preguntas superaron las 6 en total.
- √ En oposición, las preguntas correspondientes a infecciones urinarias y parasitosis presentaron el menor puntaje promedio en el Post Test; ninguna superó el 69% aun cuando alcanzaron una elevada variación respecto del Pre Test en tanto que mejoran en un 57% y 67% respectivamente.

ACCESO A MEDICAMENTOS ESENCIALES EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN EVALUACIÓN DE MEDIO TÉRMINO DEL PROGRAMA

Área de Monitoreo y Evaluación del Programa Remediar + Redes ¹

evaluacion@remediar.gob.ar

INTRODUCCIÓN

Desde sus inicios en el año 2002, el Programa Remediar + Redes (R+R) tiene como objetivo proveer medicamentos esenciales a todas aquellas personas en situación socio-económica vulnerable con dependencia exclusiva del sistema público de salud para el acceso a medicamentos. Esta provisión, al momento de redacción del presente artículo, alcanzaba las 115 entregas de distribución ininterrumpida de botiquines de medicamentos esenciales a más de 7000 efectores del Programa, ubicados en las 24 jurisdicciones del país. La implementación de esta estrategia ha contribuido a incrementar de la capacidad de respuesta y a la jerarquización de los Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS) como puerta de entrada de la población al Sistema de Salud, priorizando el fortalecimiento de las redes de servicios públicos de salud en las provincias argentinas.

El Programa garantiza el acceso a los medicamentos esenciales de los sectores sociales más afectados por la crisis. La posibilidad de obtener o no un medicamento cuando se lo necesita es el aspecto en el que se registran mayores brechas e inequidades entre ricos y pobres². En este sentido, las barreras económicas constituyen uno de los grandes condicionantes en el acceso a los servicios básicos de salud en general y/o a los medicamentos en particular. Estos obstáculos económicos derivan de la inelasticidad³ de los medicamentos y de su consecuente impacto regresivo en los ingresos familiares dado que los sectores que cuentan con menos recursos son precisamente los que deben gastar

una mayor proporción de sus ingresos para acceder a los medicamentos.

En este sentido, y en el marco de políticas para mejorar el acceso a los medicamentos, el suministro gratuito de medicamentos, permite ampliar y hacer más equitativo el acceso a los medicamentos específicamente y a la salud en términos generales.

A partir de lo anterior y con la intención de dimensionar el rol del Programa Remediar + Redes en el acceso a medicamentos esenciales en el Primer Nivel de Atención es que se llevó a cabo la evaluación que resumiremos en el presente artículo.

Justificación del estudio.

Con el propósito de llevar a cabo un análisis descriptivo y transversal que permitiera dar cuenta de la situación en la cual se implementa Remediar + Redes, se estableció la pertinencia de realizar la Evaluación de Medio Término del Programa, realizado desde su Área de Monitoreo y Evaluación⁴. Los resultados descriptivos que surgieron del estudio constituyen una importante contribución para la mejora de la estrategia y de la gestión del Programa.

Objetivos.

El objetivo general de la evaluación ha sido realizar un análisis descriptivo de la situación en la cual se implementa el Programa Remediar+Redes focalizando en:

- Determinar el nivel de acceso en la Argentina a medicamentos esenciales provistos por el Programa Remediar + Redes de la población usuaria del Primer Nivel de Atención de Salud;
- Caracterizar socio - económicamente a la población que reside en las áreas de referencia de los CAPS y, en particular, a la población usuaria de los mismos a nivel nacional.

A partir de la información relevada por la Encuesta de Utilización y Gasto en Servicios de Salud de 2010, la participación del gasto en medicamentos indica que algo más de 4 de cada 10 argentinos gasta en medicamentos. Pero la incidencia de ese gasto no es homogénea al interior de los diferentes quintiles de ingresos: el peso del promedio poblacional del gasto en medicamentos es cuatro veces mayor para el primer quintil respecto del quinto, dado que la incidencia es de 0.8% para el quintil 5 y de 3,4% para el quintil 1.

¹ Lic. Anabel Fernandez Prieto, Lic. Ma. Guadalupe Rezzonico, Lic. Leticia Cerezo, Lic. Paula Soledad Luque.

² Tobar, F. (2003) Acceso a los medicamentos en Argentina: diagnóstico y alternativas. Boletín FÁRMACOS. Federico Tobar [en línea] 2002 [Fecha de acceso 21 de Diciembre 2008]; 5(4):35-45. URL disponible <http://www.federicotobar.com.ar/pdf/publicaciones/2.pdf>.

³ Los medicamentos en tanto bien tienen como particularidad su inelasticidad, es decir que su demanda no varía proporcionalmente a las variaciones de precio, de este modo aunque el precio de los mismos aumente, quienes necesitan un medicamento deberán adquirirlo

⁴ La investigación cuenta como antecedente con la Línea de Base del Programa realizado por el Remediar en el 2003, coordinada por el Área de Evaluación del Siempre-Sisfam, en el cual se indagó respecto del alcance e impacto del Programa en los primeros momentos de implementación del mismo.

ASPECTOS METODOLÓGICOS.

Diseño Muestral.

En la evaluación se relevaron distintas unidades de análisis que fueron seleccionadas a partir de una muestra nacional inicial de CAPS efectores del Programa Remediar + Redes.

Para la selección de los efectores de salud se realizó un muestreo probabilístico en dos etapas. En la primera, se procedió a seleccionar probabilísticamente 75 departamentos de manera proporcional a las jurisdicciones provinciales⁵ y en una segunda etapa se seleccionaron al azar 4 CAPS dentro de cada uno de los departamentos seleccionados. De esta selección resultó una muestra nacional⁶ compuesta por 300 CAPS, efectores del Programa, distribuidos en 75 departamentos de 21 provincias de la Argentina.

Poblaciones Objetivo y técnicas de recolección.

Para la consecución de los objetivos planteados se diseñó un estudio de tipo cuantitativo que relevó dos poblaciones diferentes. La primera fueron los **consultantes a CAPS**, efectores de R+R, definidos como aquellas personas que fueron encuestadas en un centro de salud luego de haber consultado a algún profesional del equipo de salud, ya sea un médico, un odontólogo o un enfermero.

En segundo lugar, se relevó a la **población residente en el área de referencia** de esos efectores, quienes fueron encuestadas en sus hogares sin importar si alguno de sus miembros consultó o no en un efector del Programa.

Los consultantes fueron encuestados directamente en los CAPS y se relevaron un total de 1.875 personas. En cada uno de los 300 CAPS seleccionados, se relevó una cantidad fija de consultantes correspondiente al nivel de actividad del CAPS. La selección de cada consultante a encuestar se realizó con un método aleatorio sistemático para asegurar que la selección sea azarosa.

El cuestionario a hogares fue realizado, por un lado, a 375 hogares seleccionados aleatoriamente a partir de los consultantes a CAPS que respondieron el primer cuestionario y, por otro, a una igual cantidad de hogares "vecinos" de los hogares de los consultantes seleccionados a partir de la muestra de hogares de consultantes a CAPS. Cabe destacar que tanto para los hogares de los consultantes, como para los hogares "vecinos" se definió que el respondiente de este cuestionario sería el principal sostén del hogar (PSH) o bien un responsable de las compras del mismo.

La recolección de los datos del estudio estuvo a cargo de una firma especializada, contratada para tal propósito. El

mismo tuvo lugar desde el 10 de noviembre del 2011 al 16 de diciembre de 2011.

ACCESO Y COBERTURA A MEDICAMENTOS ESENCIALES.

¿Qué entendemos por acceso a medicamentos?

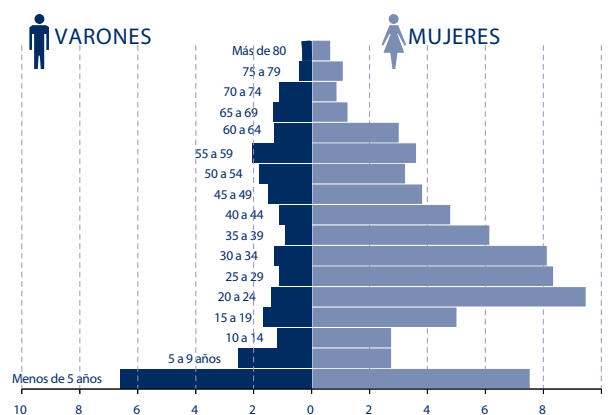
El concepto acceso, vinculado al área de salud, refiere al grado en que las barreras físicas o barreras económicas, dificultan a las personas el uso de los servicios de salud. La promoción del acceso equitativo y efectivo a los servicios de salud necesarios es considerada una de las Funciones Esenciales de la Salud Pública.

En este sentido, la provisión de medicamentos esenciales⁷ promueve el acceso a la salud, específicamente el acceso a medicamentos, en tanto que constituye una estrategia dirigida a superar barreras de acceso a las intervenciones de salud pública y a facilitar la vinculación de grupos vulnerables a los servicios de salud.

1. Caracterización de los consultantes a efectores del PNA.

Del total de Consultantes de CAPS relevados (1.875 personas) el 72 % fueron mujeres y el 28 % varones. La distribución según sexo obtenida da cuenta de la mayor proporción de mujeres que consultan en efectores de salud del PNA. Luego, al analizar la distribución etárea de los consultantes (Gráfico 1) se observa que la misma tiene un perfil infantil,

Gráfico 1: Consultantes a Centros de Atención Primaria de la Salud según sexo y edad.



⁸ Personas con 5 años de edad o menos.

⁹ Personas con 65 años de edad y más.

Fuente: Programa Remediar + Redes. Relevamiento 2011. Consultantes a CAPS (n:1.875)

⁵ En vistas de que resultó que algunas jurisdicciones provinciales no resultaron con ningún departamento asignado se procedió a unir las siguientes jurisdicciones: La Pampa fue unida a Buenos Aires, Tierra del Fuego fue unida a Chubut y Neuquén a Río Negro.

⁶ Los medicamentos esenciales son aquellos que permiten satisfacer las necesidades de atención de la salud de la mayoría de la población.

⁷ Los medicamentos esenciales son aquellos que permiten satisfacer las necesidades de atención de la salud de la mayoría de la población.

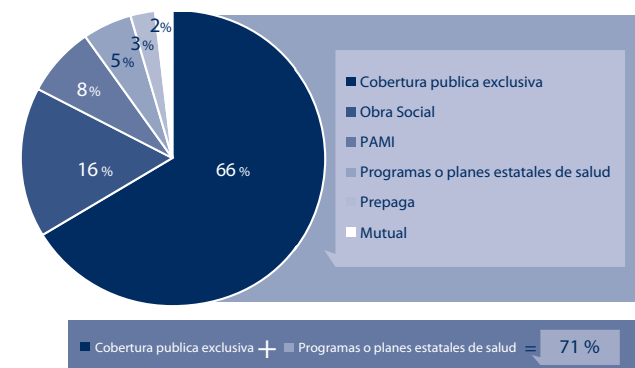
en el sentido que el 14% del total resultaron menores de 15 años. A partir de esa edad la participación femenina supera en todas los rangos etarios a la masculina. Esta diferencia se incrementa especialmente en el tramo de 20 hasta los 39 años inclusive, coincidente con la edad reproductiva de la mujer.

Cabe destacar que la elevada presencia de mujeres en edad reproductiva y de consultantes niñas y niños, da cuenta de las directrices, acciones y estrategias que desde la cartera sanitaria de nuestro país que se promueven en pos del cuidado de la salud materno infantil.

El perfil según sexo y edad de los consultantes a CAPS difirió del perfil de la población total que residía en las áreas programáticas de los CAPS, es decir la relevada por el cuestionario de hogares. **En este sentido los varones efectivamente residen en las áreas programáticas pero no concurren tan frecuentemente a dichos efectores de salud resultando llamativo y, por lo tanto una alerta al PNA, la escasa concurrencia de personas de sexo masculino a los CAPS.** Diferentes percepciones en torno al concepto de salud y enfermedad entre mujeres y varones podrían ser variables que estén interviniendo en el menor uso y/o en una menor frecuencia de atención por parte de estos últimos en los CAPS.

Respecto de la cobertura de salud del total de los consultantes relevados, la mayor proporción posee cobertura pública exclusiva alcanzando el 66%. Si a esta proporción se le adicionan los consultantes cuya cobertura de salud proviene de "Programas o planes estatales" (5%), es decir al agregarle la proporción de personas que se encuentran enmarcadas en un Plan estatal de salud, **fue posible afirmar que 7 de cada 10 consultantes que asistió al CAPS**

Gráfico 2: Consultantes a los CAPS según cobertura de salud de los consultantes.



Fuente: Programa Remediar + Redes. Relevamiento 2011. Consultantes a CAPS (n:1.875)

⁸ A modo de ejemplificar la situación referida, al finalizar el segundo semestre de 2011 (periodo temporal que corresponde con el relevamiento de campo) la cantidad de niños y niñas inscriptos al Plan Nacer era de 1.592.077.

⁹ Cabe destacar que en este estudio la categoría de cobertura de salud "PAMI" fue relevada separada del resto de las obras sociales.

¹⁰ A los fines del análisis del presente estudio se unificaron algunas de las categorías de la pregunta que relevaba la cobertura de salud de los encuestados (pregunta 5.2 – Cuestionario a Consultantes de CAPS y pregunta 6.a Cuestionario a población residente en las áreas programáticas de los CAPS). En este sentido en la categoría "Obra social" de este análisis se incluyeron las categorías "Obra Social (incluye monotributo general)" y "Obra Social (incluye monotributo general)". La categoría "Prepaga" incluye "Prepaga a través de obra social", "Prepaga por contratación voluntaria" y "Servicio de emergencia". Esta recategorización se utilizó en todas las secciones

¹¹ El análisis que se presenta a continuación refiere a la cantidad de menciones. Estas adicionan un total de 113%.

posee cobertura pública exclusiva.

Respecto de quienes refirieron poseer planes estatales en particular, cabe destacar que el 42% tenía 6 años o menos de edad. Esta situación podría estar relacionada con la mayor proporción de planes o programas estatales de salud entre la población infantil⁸.

Por su parte, el 28 % de los consultantes manifestó que posee otro tipo de cobertura de salud. Del total de consultantes, el 16% dijo que posee "Obra Social" y el 8%"PAMI"⁹, el 3% posee "Prepaga" mientras que el 2% "Mutual"¹⁰.

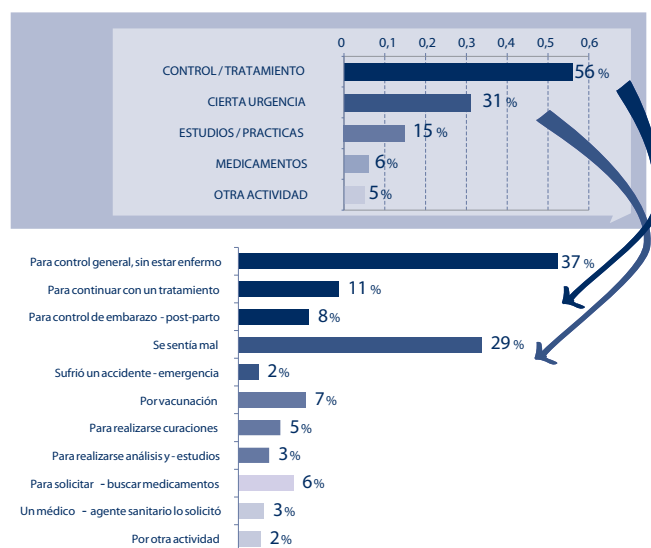
2. Acceso a medicamentos en el PNA.

Una de las dimensiones que podrían dar cuenta de las posibilidades de acceso a medicamentos por parte de los consultantes refiere a la distancia de sus hogares al efector de salud en el que consulta. Al respecto, en este estudio se identificó que, en promedio, los consultantes residen a 12 cuadras del CAPS.

¿Cuáles fueron los motivos referidos por los consultantes para acercarse al CAPS?

Luego de su paso por la consulta, se les preguntó a los consultantes cuáles habían sido los motivos por los que se acercaron al CAPS. Cabe destacar que un 13% de los consultantes refirió haberse acercado al CAPS por más de un motivo¹¹.

Gráfico 3: Motivos de consulta(agrupados y desagrupados) de los consultantes de los CAPS



Fuente: Programa Remediar + Redes. Relevamiento 2011. consultantes a CAPS (n: 2.117 menciones)

El principal motivo de consulta en los efectores de Salud fue de Control y Tratamientos (donde se incluye el “control general, sin estar enfermo” (37%), el “control de embarazo post-parto” (8%) y el acercamiento al efector para continuar con un tratamiento (11%). Precisamente son éstos los tipos de consulta que podrían organizarse por esquemas de turnos programados (esquema de distribución de consultas por fuera de la demanda espontánea).

En segundo lugar, 3 de cada 10 consultantes refirió haberse acercado al Centro por demanda espontánea (“se sentía mal” 29% y “sufrió un accidente – emergencia” 2%).

Acceso a medicamentos esenciales

En el presente apartado, con la intención de determinar el nivel de acceso a medicamentos esenciales por parte de la población usuaria del PNA, se procedió primero a caracterizar a los consultantes a los que se les prescribió un medicamento y, posteriormente, a dar cuenta del acceso de esos medicamentos prescritos entregados de forma gratuita en el efector. Al respecto, se indagó sobre la prescripción en el día de la encuesta y también sobre la prescripción en la última consulta (anterior al día de la encuesta). Es decir que se relevó información correspondiente a dos momentos de tiempo.

A partir de la información relevada en ambos momentos fue posible afirmar que si a la cantidad de consultantes que recibieron una prescripción en la consulta de hoy (45%), se adiciona también la cantidad de consultantes que refirieron haber recibido una prescripción en la última consulta, la proporción total asciende al 70%. Esta da cuenta del **uso de estrategias no farmacológicas por parte de los recursos humanos** de los efectores o bien a la realización de controles de salud (sin requerir prescripción), que como vimos anteriormente engloba al 40% de los motivos de consulta.

Acceso a medicamentos en la “consulta de hoy”.

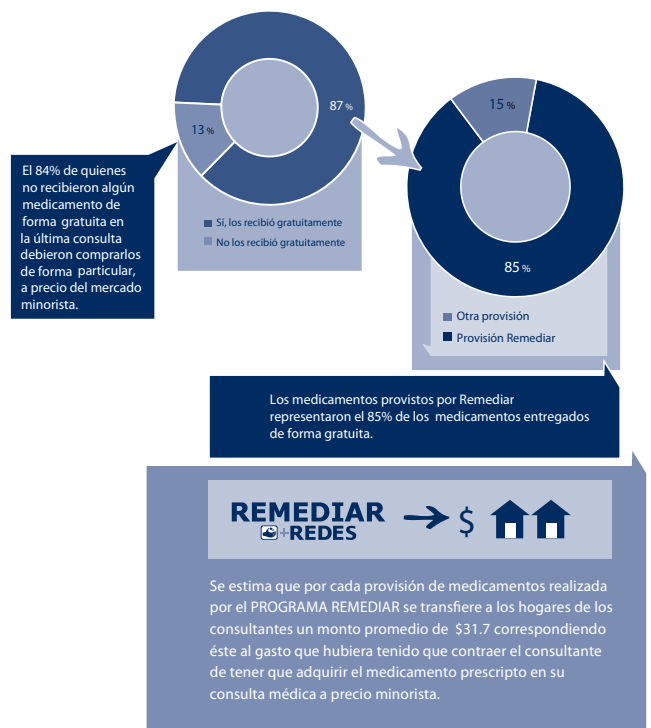
Del total de consultantes relevados, **el 45% refirió que en la consulta de hoy le recetaron algún o algunos medicamentos**. Al analizar esta variable según la edad del consultante fue posible observar que la tasa de prescripción fue mayor para los grupos de menores de 40 años de edad, en comparación a la de los grupos de edad más adulta. Cabe destacar que entre los consultantes de 65 años y más, la tasa de prescripción fue del 32%. Esta situación estaría relacionada al alto porcentaje de cobertura de salud por parte de PAMI que poseen los consultantes mayores de 65 años

de edad, con un 72% de este tipo de cobertura, así como también a la mayor frecuencia de acceso al CAPS para recibir atención del personal de enfermería.

Respecto de la cobertura de salud de quienes recibieron una prescripción en la consulta de referencia, fue posible observar que la tasa de prescripción entre quienes poseen cobertura pública exclusiva o bien cuya cobertura de salud proviene de “Programas o planes estatales”, fue mayor que entre quienes poseen otra cobertura de salud (obra social, mutual, prepaga o PAMI). Así, la tasa de prescripción fue del 49% para los consultantes con cobertura pública y del 34% entre quienes poseían otra modalidad de cobertura.

Acceso a medicamentos de forma gratuita.

A los consultantes que recibieron en la consulta de hoy alguna prescripción medicamentosa (842 personas), se les preguntó luego respecto de si el medicamento prescripto les fue proporcionado en el CAPS de forma gratuita. De allí surge que la proporción de consultantes que recibieron de forma gratuita todos o algunos de los medicamentos prescritos fue del 87%. **De este modo, casi 9 de cada 10 consultantes que requirieron un medicamento lo obtuvieron en el CAPS de referencia y gratuitamente.**



Con la intención de dar cuenta de las estrategias desplegadas por los consultantes en caso que no hubieran accedido al medicamento prescripto en el CAPS gratuitamente en la última consulta, se les preguntó que habían hecho en esa ocasión para lograr acceder al/los medicamentos prescritos. De ellos, el 86% refirió que para adquirirlos tuvo que “comprarlos en una farmacia, kiosco, negocio, etc.”. Es importante tener esto en cuenta al momento de pensar el impacto redistributivo de los programas de provisión de medicamentos, ya que los medicamentos y/o **insumos que no fueron conseguidos de forma gratuita en el efector de salud, fueron adquiridos del bolsillo de los consultantes.**

3. Cobertura del Programa Remediar + Redes

A los fines de identificar la fuente de provisión de los medicamentos, específicamente si los medicamentos provistos correspondían a los distribuidos por el Programa Remediar + Redes, se procedió a enseñarles a los consultantes relevados un Formulario R. Este formulario es la receta estandarizada que se utiliza en los CAPS efectores del Programa cada vez que se prescribe y entrega un medicamento o insumo provisto por Remediar.

Este procedimiento permitió identificar si los medicamentos entregados gratuitamente correspondían a los provistos por el Programa o no. Así, del total de consultantes a los que se les prescribió un medicamento en su asistencia al CAPS (842 casos), Remediar logró dar respuesta al 74% de esas demandas y de los medicamentos entregados de forma gratuita, el 85% correspondían a medicamentos del Programa Remediar.

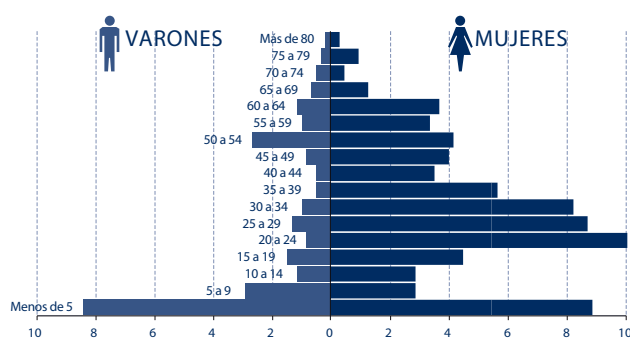
Caracterización de la población que recibió medicamentos de forma gratuita por parte del Programa Remediar

Para analizar la distribución por sexo y edad de los consultantes que recibieron medicamentos esenciales provistos por el Programa Remediar (Gráfico 4), se construyó la correspondiente pirámide de población. La misma resulta bastante similar a la forma que adquirió la pirámide del total de consultantes de los efectores relevados. Las mayores diferencias se dieron entre las bases de ambas, en tanto que la proporción de menores de 5 años fue mayor en la pirámide que refiere a consultantes que recibieron medi-

camentos esenciales por parte de Remediar con el 17% de los casos, frente al 14% que se relevó en la pirámide de los consultantes.

Luego, el grupo de varones entre 50 y 54 años de edad refirió un mayor porcentaje entre los consultantes que recibieron una prescripción que entre el resto de los consultantes. Por su parte también fue posible observar que en la pirámide que corresponde a los consultantes que recibieron medicamentos del Programa, las mujeres en edad reproductiva (sobre todo para el rango de edad de 20 a 24 años) se encuentran representadas en mayor proporción. Esto podría estar relacionado a la provisión que realiza el Programa Remediar de medicamentos destinado a las mujeres en esa etapa así como también a los insumos que Remediar distribuye en los CAPS en el marco de la asistencia logística realizada al Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable (PNSSyPR)¹².

Gráfico 4: Consultantes a CAPS que recibieron un medicamento del Programa Remediar según sexo y edad.

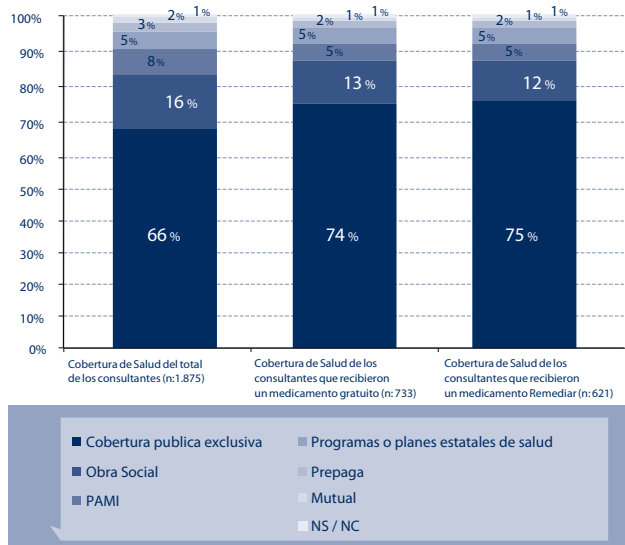


Fuente: Programa Remediar + Redes. Relevamiento 2011. consultantes a CAPS que recibieron medicamentos Remediar + Redes (n:621)

Luego, al comparar la distribución según cobertura de salud entre quienes recibieron medicamentos de forma gratuita provistos por R+R con la distribución según cobertura de salud del total de consultantes (1.875 casos), fue posible observar que la proporción de consultantes con cobertura de salud pública exclusiva ascendió entre quienes recibieron medicamentos de forma gratuita (75% gratis a través de Remediar) que para el total de la población relevada (66%). **Esta situación constituye un indicador de la autofocalización del Programa, al dar cobertura a aquellas personas que no la tienen de forma privada.**

¹² A partir del mes de 2010 los insumos del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable (PNSSyPR) comenzaron a ser distribuidos por el Programa Remediar+ Redes a las 24 jurisdicciones. Anticonceptivos orales, anticonceptivos de emergencia, anticonceptivos inyectables, dispositivos intrauterinos (DIU) y preservativos son distribuidos directamente a los CAPS en los botiquines del Programa Remediar y de forma centralizada a los depósitos provinciales designados por el PNSSyPR, para su posterior distribución a CAPS y Hospitales.

Gráfico 5: Consultantes por cobertura de salud. Comparación de entre el total de los consultantes, los que recibieron medicamentos gratuitamente y los que lo recibieron de forma gratuita provistos por Remediar+Redes



Fuente: Programa Remediar + Redes. Relevamiento 2011. consultantes a CAPS (n:1.875)

CARACTERIZACIÓN SOCIOECONÓMICA DE LA POBLACIÓN QUE RESIDE EN LAS ÁREAS PROGRAMÁTICAS DE LOS CAPS.

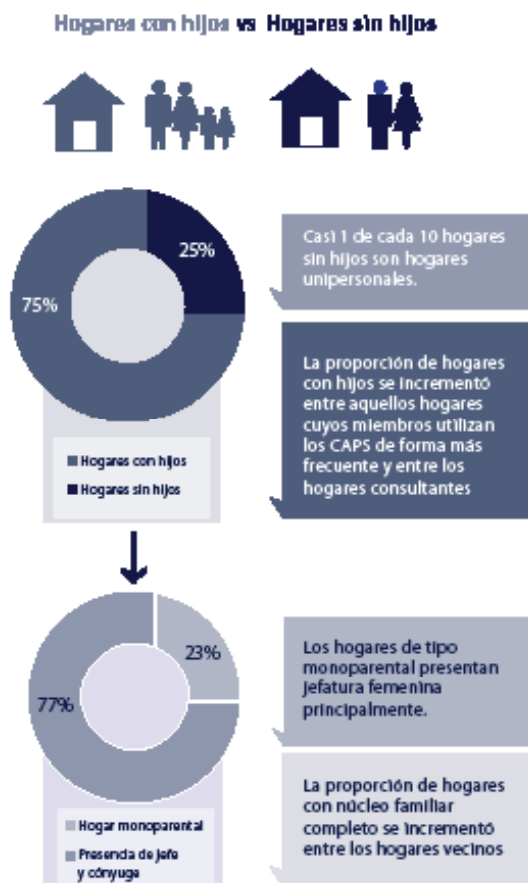
A continuación se presentan las características de las Áreas Programáticas de los Centros de Salud. En total se relevaron 750 hogares, de los cuales 375 correspondían a hogares de consultantes (interceptados en los CAPS) y 375 a hogares de vecinos. En total, se relevó información de 3.245 personas. De forma de caracterizar más acabadamente la situación de esta población se procedió a realizar una comparación entre la situación socioeconómica de los hogares en los que al menos un miembro asistió al CAPS de referencia, los hogares de consultantes como los denominamos, respecto de aquellos que fueron interceptados directamente en el territorio, es decir que fueron abordados directamente en los hogares del área, sin relación necesaria con el Centro de Salud.

En promedio, cada hogar se compone de 4.3 miembros. Para el caso de los hogares consultantes, el número de miembros se elevó a 4.6 mientras que para los hogares vecinos se redujo a 3.9. Del total de personas relevadas en los hogares¹³ del área de referencia de los CAPS, fue posible identificar que casi la mitad de los mismos (46%) presenta-

ban la relación de hijo/hijastro respecto del jefe¹⁴. Del total de hogares relevados, el 75% de los mismos tienen al menos 1 hijo, incrementándose esta proporción a 80% entre los hogares consultantes. A la inversa, el 25% de hogares restantes no presentó hijos en su composición familiar. Entre los hogares con hijos, en promedio, se observaron 2.6 hijos por hogar. Del total de hogares del área de referencia de los CAPS que tienen hijos en su estructura familiar, fue posible identificar que el 23% de éstos conformaban hogares monoparentales (es decir, con ausencia de la figura del cónyuge). Esta proporción se incrementó entre los hogares consultantes respecto de sus vecinos.

En oposición, la proporción de hogares con el núcleo completo - presencia de jefe y cónyuge - se incrementó a 81% entre los hogares de los vecinos cuando para el total de los hogares del área programática fue de 77%. Por otro lado, el 8% de los hogares que reside en el área programática son hogares unipersonales (conformados por una persona). Asimismo, fue posible identificar familias extendidas (presencia de familiares no directos) pero con un porcentaje menor; el 6% de los miembros de los hogares se presenta en la calidad de nieto/nieta.

ESTRUCTURA FAMILIAR DE LOS HOGARES QUE RESIDEN EN LAS ÁREAS PROGRAMÁTICAS DE LOS CAPS



¹³ Cuando se habla de hogares, se hace referencia al total de hogares seleccionados de las áreas programáticas de los Centros: tanto de los hogares consultantes como de los hogares de vecinos.

¹⁴ Cuando se refiere al Jefe del hogar se está refiriendo a la categoría de Principal Sostén del Hogar. En este sentido, ambos conceptos se presentan como sinónimo en esta publicación.

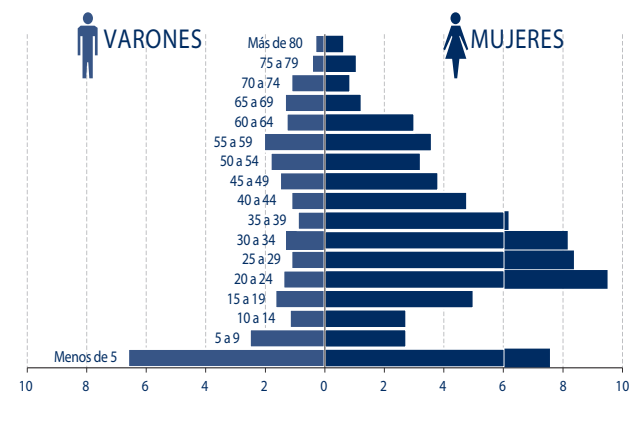
Distribución según sexo y edad de los miembros de los hogares.

La distribución de la población del área de referencia de los CAPS (Gráfico 6) según sexo estaba homogéneamente distribuida entre hombres y mujeres siendo el 49% hombres y, el 51% mujeres. Esta distribución coincidió con la relevada en el Censo 2010 del INDEC ¹⁵

Comparando la distribución de edad de la población del área programática de los CAPS incluidos en el estudio con la distribución de la población total del país fue posible identificar que la primera resultó más joven en términos generales.

De esta forma, **el peso proporcional de la población más joven resultó mayor entre la población al interior del área programática**, situación que incidió en el promedio general de edad, que fue de 27 años. En el caso de la población total, relevada por el Censo 2010, el peso relativo de la población de 0 a 19 años resulta importante pero la reducción proporcional a medida que aumenta los rangos de edad resultó mucho menor que en el caso de las áreas programáticas analizadas. Esto se reflejó en la forma más rectangular de la pirámide en el primer caso. Asimismo, la pirámide poblacional del área programática, al adquirir forma triangular, evidenció una tendencia en la que el porcentaje de los rangos adultos se fue reduciendo a medida que se incrementaba la edad en la población bajo estudio.

Gráfico 6: Distribución según sexo y edad de la población del área programática de los Centros de Salud.



Fuente: Programa Remediar + Redes. Relevamiento 2011. Hogares de área programática - Bloque de individuos (n:3245)

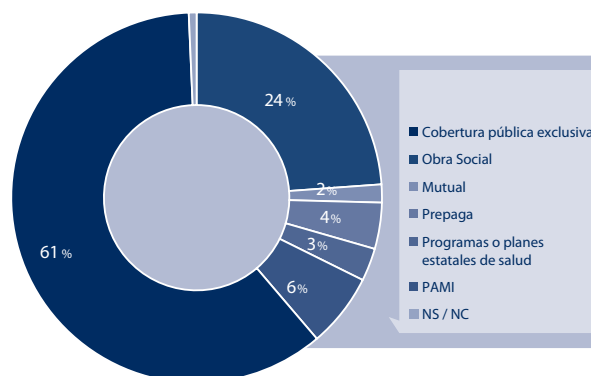
Cobertura de Salud.

Un 61% de la población de las áreas programáticas de los Centros de Salud tenía cobertura pública exclusiva de salud, porcentaje que se elevó a 64% si en el segmento de cobertura pública exclusiva se incluían a quienes tenían programas estatales de salud. En segundo lugar fue posible identificar que un 24% tenía Obra Social, un 6% PAMI un 4% Prepaga y 2% Mutual. La incidencia de la cobertura pública resulta levemente inferior a la registrada entre los consultantes a los CAPS.

Comparando la distribución de cobertura de salud de las personas que residían en las áreas programáticas del estudio con los datos relevados en el Censo 2010, fue posible identificar que en el total país la cobertura pública exclusiva desciende a 36% mientras que la cobertura por obra social asciende a un 46%. La comparación de estos resultados permitió evidenciar la pertinencia de la localización geográfica de los efectores de salud pública, ya que se encuentran ubicados en zonas donde reside población con mayor demanda de los servicios públicos.

Por otro lado, al interior del área programática, fue posible identificar diferencias respecto de la cobertura de salud de acuerdo a si se trataba de miembros de los hogares de los consultantes a los CAPS o miembros de los hogares vecinos. En este sentido, la cobertura pública exclusiva se incrementó a 69% para los primeros mientras que se redujo a 50% para los segundos. Por otro lado, la cobertura por obra social resultó menor entre los miembros de los hogares de los consultantes a CAPS (18%) respecto a la de sus vecinos (31%).

Gráfico 7: Cobertura de salud del total de la población que reside en las áreas programáticas



Fuente: Programa Remediar + Redes. Relevamiento 2011. Hogares del área programática - Bloque de individuos (n: 3.245)

¹⁵ <http://www.censo2010.indec.gov.ar>

Siguiendo con este análisis, la cobertura pública exclusiva se incrementó a 75% entre las personas que utilizaban a los CAPS de forma más frecuente. En este grupo, la proporción de cobertura por obra social resultó ser la más pequeña: alcanzó al 16% de los mismos.

Por último, la cobertura pública exclusiva se incrementó entre las personas de menor edad alcanzando al 67% entre los niños menores de 5 años, 68% en los niños de 5 a 13 años y; 67% entre los jóvenes de 14 y 24 años. Asimismo, la cobertura por obra social resultó mayor entre la población de 40 a 64 años: del promedio general de 24% aumentó a 29% en el caso de las personas de 40 a 54 años y, a 31% entre el grupo de 55 a 64 años. Como es lógico y esperable, la cobertura por PAMI fue especialmente alta entre el grupo de edad más avanzada: 68% entre las personas de 65 años y más.

Analizando la cobertura pública exclusiva de acuerdo a la condición de actividad de las personas que residían en las áreas programáticas, ésta se incrementó entre los trabajadores del sector informal de la economía, siendo: 85% entre trabajadores por changas, 76% en servicio doméstico, 76% entre trabajadores por cuenta propia y, 73% entre trabajadores familiares sin remuneración fija.

Entre las personas que se desempeñan como trabajadores asalariados, se observó que el 53% de los empleados del sector privado, declaró tener cobertura de salud por obra social, mientras que entre empleados del sector público este valor fue de 42%. Ahora bien, un 35% de los asalariados del sector privado afirmó solo tener cobertura pública exclusiva, situación que se observó en un 46% de los asalariados del sector público.

La cobertura pública exclusiva aumentó sustancialmente entre aquellas personas que, por su ingreso per cápita familiar se ubicaban en el primer decil de ingreso de acuerdo a la clasificación de la Encuesta Permanente de Hogares (EPH),¹⁶ El primer decil incluyó ingresos per cápita en el rango de \$1 a \$550. Si para el total de la población, la cobertura pública alcanzó al 61%, para este decil de ingresos se incrementó a 75%. En el caso del segundo decil de ingresos, la cobertura pública exclusiva resultó superior al promedio pero menor respecto del primer decil: 64%. A partir del tercer decil, conforme se incrementaba la ubicación de las personas en los diferentes deciles, la cobertura pública exclusiva se reducía.

Utilización de los Servicios de Salud.

Respecto de la utilización servicios de salud para realizar consultas médicas, **6 de cada 10 personas declaró utilizar a los Centros de Salud como el principal lugar donde realizar las consultas médicas con mayor frecuencia.** Seguidamente, el 19% utilizó el hospital público

y, en tercer lugar un 13% sostuvo utilizar una clínica o sanatorio privado.

La utilización de los diferentes tipos de servicios de salud presentó variaciones según la edad de las personas que residían en las áreas programáticas. En este sentido, como ya se mencionó, se observó que la utilización de los CAPS, como principal lugar de atención, se intensificó en las edades más tempranas mientras que se fue reduciendo conforme se incrementaba la edad.

La utilización de los Centros de Salud como principal lugar de atención resultó particularmente elevada entre las personas que tenían cobertura pública exclusiva: el 75% de éstos utilizaron los CAPS como el principal lugar de atención. El 22% restante se atendió principalmente en los hospitales públicos. En oposición, los miembros de los hogares que poseen PAMI se atienden, principalmente en sanatorios y/o clínicas privadas (24%) y en consultorios particulares (21%).

Cabe destacar que el **41% de las personas con Obra Social también expresaron utilizar a los Centros de Salud como principal establecimiento para su atención**, constituyendo en este grupo el tipo de efector más importante. Sin embargo, la proporción de la atención privada (tanto de sanatorios y/o clínica privada como los consultorios particulares) resultó elevada también.

Esta situación permitió reflexionar respecto de la oferta de servicios disponibles por fuera de los Centros de Salud, en primer término sobre la existencia o no de los mismos (fue posible identificar que en algunos lugares del país la oferta a cargo de prestadores privados resulta escasa o nula) o bien sobre la valoración positiva de la calidad de atención por parte de los CAPS.

Gráfico 8: Lugar principal de atención cobertura de Salud.



Fuente: Programa Remediar + Redes. Relevamiento 2011. Hogares del área programática - Bloque individuos (n: 3.245)

¹⁶ Para realizar este análisis se procedió a clasificar los ingresos de los hogares del área programática de acuerdo a la clasificación en deciles realizada en la población urbana nacional a partir de la Encuesta Permanente de Hogares al momento del relevamiento (noviembre 2011). En este sentido, el objetivo final fue identificar los ingresos de esta población de acuerdo al parámetro poblacional de ingresos (que se encuentra dividida en 10 grupos iguales).

Distribución según deciles de ingreso

A partir de la información obtenida de los ingresos totales familiares declarados, se calcularon los deciles de ingreso de los hogares encuestados tomando la distribución en deciles del hogar y per capita de la EPH del INDEC¹⁷. Cabe mencionar que el análisis por decil es una medida de distribución por ingreso de la población, siendo su objetivo dar cuenta de la focalización del Programa Remediar + Redes.

Tabla N° 1: Distribución de los hogares según decil de ingreso en la EPH

Decil de la EPH al que pertenece el hogar	Absoluto	%
Decil 1	108	17,9
Decil 2	112	18,5
Decil 3	101	16,7
Decil 4	79	13,1
Decil 5	60	9,9
Decil 6	51	8,4
Decil 7	37	6,1
Decil 8	27	4,5
Decil 9	17	2,8
Decil 10	6	1,0
Decil 0	6	1,0
Total	604	100,0
NSNC Ingreso	146	
Total hogares relevados	750	

Fuente: Programa Remediar + Redes. Relevamiento 2011. Hogares del área programática - Bloque Hogares (n: 750).

Para ello, se analizó cómo se distribuían los ingresos de los hogares relevados respecto de la distribución en deciles construidos por la EPH.

A partir del análisis realizado en la distribución de los hogares según deciles de la EPH, (Tabla 1) se observó que el 66% de los hogares relevados se encontraba comprendido entre los deciles 1 y 4 del nivel de ingresos del parámetro poblacional (40% de total de la población argentina). Esto significa que casi 7 de cada 10 hogares abordados en este estudio percibían ingresos menores a \$3.579 por hogar. Además, **el porcentaje de hogares pertenecientes a los deciles 1 y 2 de la muestra relevada casi doblaba la proporción poblacional, siendo su porcentaje en la muestra de 18% y 19% respectivamente** (cuando en la población, al ser deciles, cada uno de ellos representa al 10% de la población).

Analizando la distribución en deciles de ingreso en hogares según algunas variables de corte utilizadas, fue posible identificar que la proporción de hogares pertenecientes al decil 1 era mayor en aquellos hogares en los que todos

sus miembros recurrían al Centro de Salud para su atención médica (24%); asimismo se incrementó a 20% entre los hogares consultantes.

Luego, al analizar la distribución de los hogares según los ingresos *per capita*, (Tabla 2) cabe destacar que el 79% de los hogares relevados se encontraban comprendidos en los primeros cuatro deciles definidos por la distribución poblacional. Esta proporción fue 12% mayor que la proporción de hogares comprendidos en los deciles 1 y 4, tal como se observa al comparar ambas Tablas. Esta diferencia se relacionó con un mayor índice de dependencia potencial entre los hogares relevados, que fue de 69 personas potencialmente inactivas por cada 100 personas potencialmente activas, respecto del índice de dependencia potencial que surge del Censo 2010¹⁸, que fue de 55,6 (es decir casi 56 personas inactivas cada 100 personas activas).

Tabla N° 2: Distribución de los hogares según decil de ingreso *per capita* en la EPH

Decil de la EPH al que pertenece el hogar	Absoluto	%
Decil PC 1	206	34,1
Decil PC 2	128	21,2
Decil PC 3	77	12,7
Decil PC 4	64	10,6
Decil PC 5	45	7,5
Decil PC 6	35	5,8
Decil PC 7	18	3,0
Decil PC 8	18	3,0
Decil PC 9	7	1,2
Decil PC 0	6	1,0
Total	604	100,0
NSNC Ingreso	146	
Total hogares relevados	750	

Fuente: Programa Remediar + Redes. Relevamiento 2011. Hogares del área programática - Bloque Hogares (n: 750).

Capacidad redistributiva del Programa Remediar+Redes en los ingresos totales familiares.

Con la intención de dimensionar el impacto de la provisión de medicamentos del Programa, se procedió a realizar un ejercicio que constó en descontar entre aquellos hogares de consultantes que refirieron haber recibido algún medicamento de forma gratuita por Remediar, el monto promedio en pesos de la transferencia por receta cubierta por el Programa en el PNA, es decir \$31,71¹⁹. El objetivo de esto fue dar cuenta de la modificación que hubiera experimentado el ingreso total de los hogares de haber tenido que adquirir

¹⁷ Esto significa dividir en grupos de 10 % la distribución total de ingresos de la población urbana argentina representada a partir de la Encuesta Permanente de Hogares.

¹⁸ INDEC. Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010.

¹⁹ Este costo fue calculado para el periodo en que se realizó el trabajo de campo (año 2011) a partir de la multiplicación de los tratamientos promedio de los Formularios R por el precio promedio de farmacia por tratamiento. En la actualidad este valor es mayor.

el medicamento prescrito en su consulta médica a precio minorista, es decir de no haber sido provisto por Remediar. Del total de hogares de consultantes, la proporción de hogares a los que se les prescribió un medicamento provisto por Remediar fue del 33%. Al analizar la distribución en deciles de ingreso de este subgrupo de hogares descontando el costo promedio del medicamento que fue cubierto por Remediar, se comprobó que el 18% de los hogares hubiera experimentado una modificación en el decil de ingresos al que pertenecía: el 8% pasaría del decil 4 al 3; el 6% pasaría del decil 3 al decil 2 y el 4% del decil 2 al decil 1.

De esta forma, se comprobó que el acceso a Medicamentos Remediar impacta en la redistribución del ingreso especialmente en los hogares que corresponden con los primeros deciles de ingreso (del 1 al 3) donde se agrupó el 50% de los hogares a los que se le prescribió medicamentos de esta muestra. Se corroboró así que los deciles más bajos son más sensibles al cambio de decil de ingreso en caso de incurrir en gastos extras e inelásticos como lo son los medicamentos.

Algunas conclusiones...

√ De los consultantes a CAPS, el 72 % fueron mujeres y el 28 % varones. Asimismo el 14% del total fueron menores de 6 años. Esta composición según sexo y edad, da cuenta de las directrices, acciones y estrategias que desde la cartera sanitaria de nuestro país se promueven en pos del cuidado de la salud materno infantil.

√ 7 de cada 10 consultantes que asistió a un CAPS posee cobertura pública exclusiva. Este porcentaje fue mayor que el porcentaje relevado entre el total de personas que residen en las áreas de referencia de los CAPS.

√ Del total de consultantes relevados, el 45% refirió que en la consulta de referencia le recetaron algún o algunos medicamentos. De ellos, casi 9 de cada 10 afirmó haberlo recibido en el CAPS de manera gratuita. Remediar dio cobertura al 85% de esas provisiones gratuitas.

√ El Programa Remediar posee un importante impacto redistributivo. En este sentido, al analizar la distribución de los hogares que recibieron una prescripción medicamentosa en la consulta de referencia (33% de los hogares relevados) según decil de ingresos descontando el precio promedio del medicamento que fue cubierto por Remediar, se comprobó que un 6% de los hogares relevados hubiera experimentado un desplazamiento a deciles de menores ingresos.

√ A partir de la caracterización del total de la población que reside en las áreas programáticas de los CAPS, se observó que 6 de cada 10 afirmó utilizar a los Centros de Atención Primaria para realizar las consultas médicas. Un 19% sostuvo utilizar el Hospital público y un 13% clínica o consultorios privados.

GESTIÓN DE MEDICAMENTOS EN CONTEXTO DE ENCIERRO. REMEDIAR + REDES

Gerencia de Planificación - Área de Auditoría Área de Monitoreo y Evaluación del Programa Remediar+Redes ¹

planificación@remediar.gob.ar

INTRODUCCIÓN.

El Programa Remediar + Redes distribuye medicamentos esenciales a las unidades sanitarias de todo el país de forma ininterrumpida, desde el mes de octubre del año 2002, fecha en que se distribuyó su primer botiquín. A más de 10 años de implementación, el Programa supera los 1.500.000 botiquines distribuidos. Su principal objetivo, es el fortalecimiento del primer nivel de atención garantizando para la población el acceso a los medicamentos esenciales. Para ello, cuenta con botiquines armados a partir de un *vademecum* de 54 presentaciones medicamentosas que integran el listado de medicamentos esenciales de la Organización Mundial de la Salud, que dan respuesta a los principales motivos de consulta en el primer nivel de atención de la salud.

La provisión gratuita de medicamentos esenciales destinada a todas aquellas personas en situación social económica vulnerable y con cobertura de salud pública exclusiva, se convirtió en un elemento clave para hacer frente a la desigualdad, inequidad y exclusión de los sectores sociales más postergados. En tanto recurso estratégico, permite fortalecer la capacidad de respuesta y de gestión del Primer Nivel de Atención, y funciona como incentivo directo sobre la población para conducir la demanda hacia los Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS) consolidándolos como puerta de entrada al sistema de salud.

A partir del año 2009, luego de consolidar una logística de distribución sanitaria eficiente y de gran alcance, el Programa comenzó a realizar la distribución de medicamentos e insumos de otros Programas y Direcciones Nacionales del Ministerio de Salud de la Nación, como ser la Dirección de Sida y Enfermedades de Transmisión Sexual, Dirección Nacional de Maternidad e Infancia, Dirección Nacional de Emergencias Sanitarias, Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, Programa Nacional de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles; Programa Nacional de Control de la Tuberculosis y del INCUCAI.

Por otra parte, en los últimos años el Estado Nacional ha definido un conjunto de políticas públicas relativas a la salud

en contextos de encierro. Dichas políticas han tenido como ejes **“mejorar el sistema sanitario en cárceles, equiparar la atención sanitaria a la que se presta en el medio libre; que las políticas públicas en materia sanitaria sean dictadas por el Ministerio de Salud de la Nación y la modificación de las prácticas carcelarias que incluyan a los internos como usuarios del sistema”².**

Así, en el año 2008 se firma el Convenio Marco de Asistencia y Cooperación entre los Ministerios de Salud y Justicia con el objeto de implementar las políticas sanitarias definidas por el Ministerio de Salud en el ámbito de las unidades dependientes del Servicio Penitenciario Federal y la referencia a los centros de salud correspondiente de quienes egresen de dichas unidades. La creación en el año 2012 del Programa de Salud en Contextos de Encierro en el Ministerio de Salud de la Nación, fue la respuesta institucional del Ministerio para abordar la problemática desde una perspectiva integral.

Según datos del Ministerio de Seguridad y Derechos Humanos, para el año 2010 la población alojada en cárceles ascendía a 59.227 en todo el país con una tasa de 146 internos cada 100.000 habitantes: 9.523 bajo dependencias del Sistema Penitenciario Federal y los 49.704 restantes en unidades de los servicios penitenciarios provinciales.

Desde la firma del citado convenio, Remediar + Redes ha comprometido esfuerzo y recursos, asistiendo las políticas coordinadas entre el Ministerio de Justicia y Derechos Humanos, la Jefatura de Gabinete de Ministros y el Ministerio de Salud. En este sentido se han realizado talleres de Capacitación en Operatoria del Programa capacitando al personal de los servicios y se han remitido botiquines en forma periódica a 108 unidades penitenciarias federales y provinciales en todo el país. Asimismo se ha realizado la logística de distribución de los insumos de los Programas Nacionales de Salud Sexual, HIV-SIDA y el Programa Nacional de Tuberculosis. Dichas acciones, se fueron desarrollando en constante coordinación con las autoridades de los diferentes Mi-

¹ Participaron del trabajo de campo, el análisis de los datos y la redacción del documento: Lic. Santiago Repetto; Lic. Julieta Citate; Lic. Juan Manuel Díaz; Lic. Luciana Pozo; Lic. Gonzalo La Cava; Rut Farias Villarreal; Lic. Gisela Soler; Lic. Guadalupe Rezzonico; Lic. Anabel Fernandez, Lic. Gisela Bardi; Fernando Marquez; Alejandro Fernandez Prieto; Emiliano Poggi; Cdor. Luis Vazquez; Cdor. Ruben Tarducci; Cdor. Jorge Oppen; Ruben Martin y Natalia Bustos.

² Informe Anual 2009-2010. Gestión Sanitaria. Dirección Nacional del Servicio Penitenciario Federal. El subrayado es nuestro.

nisterios y servicios penitenciarios involucrados. El avance en la implementación de Remediar en establecimientos con realidades distintas a las de los centros de salud, generó la necesidad de contar con una visión más acabada de la gestión de los medicamentos en contextos de encierro. En este marco, en el año 2012 se diseñó y llevó a cabo un relevamiento en los establecimientos bajo programa a los fines de tener un diagnóstico que permita adoptar acciones tendientes a optimizar el funcionamiento del Programa. Dicho relevamiento se realizó con el apoyo y el acompañamiento de las autoridades responsables de los distintos establecimientos.

Los resultados presentados a continuación, fueron discutidos en una reunión que contó con la participación de distintas autoridades nacionales y provinciales. En dicha instancia de intercambio, se debatió acerca de la implementación del Programa, sus fortalezas, sus falencias y todos aquellos aspectos que no fueron alcanzados por el relevamiento y que tienen relación específica con su funcionamiento.

REMEDIAR+REDES. Su implementación en unidades penitenciarias e institutos de menores.

En su operatoria habitual, la incorporación de establecimientos de salud al programa Remediar + Redes (R+R), supone una serie requisitos:

- 1) Establecimientos de salud priorizando los situados en zonas de mayor pobreza, de acuerdo al último censo disponible o a partir de la información relevada en las provincias con posterioridad;
- 2) Realizar un promedio de 300 consultas mensuales o más;
- 3) Ofrecer como mínimo 16 horas semanales de atención médica y 6 horas semanales de enfermería profesional o auxiliar;
- 4) Contar con un lugar destinado al almacenamiento de los medicamentos que cuente con condiciones adecuadas para la correcta conservación de los mismos;
- 5) No cobrar bajo ningún concepto la atención en el CAPS ni los medicamentos;
- 6) Estar incorporado al Registro Federal de Establecimientos de Salud y tener asignado el código SIISA;
- 7) Contar con al menos un responsable capacitado del centro (ya sea personal médico y/o no médico o administrativo que recibirá los botiquines y confeccionará la documentación pertinente vinculada al Programa).

De esta forma, en caso de existir excepciones al cumplimiento de alguno de los requisitos de elegibilidad de los

centros de salud, las jurisdicciones deberán solicitar al Programa la habilitación por mecanismo de excepción. La incorporación de los Institutos de Menores (IM) y Unidades Penitenciarias (UP) al Programa, se realizó mediante la firma de convenios que permitieron formalizar y consensuar la incorporación de estas instituciones con características diferenciadas del resto de los establecimientos de salud bajo Programa. En el año 2009 se incorporaron a R+R las Unidades Penitenciarias e Institutos de Menores, dependientes de la Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia y del Servicio Penitenciario Federal, post firma del Convenio Marco de Cooperación y Asistencia (Justicia con Salud y Salud para Incluir) para la intervención coordinada de Jefatura de Gabinete de Ministros y los distintos Ministerios de la Nación Justicia y de Salud. Al momento del relevamiento, también habían adherido al convenio las provincias de Mendoza y Buenos Aires, entre fines de 2010 y principios de 2011.

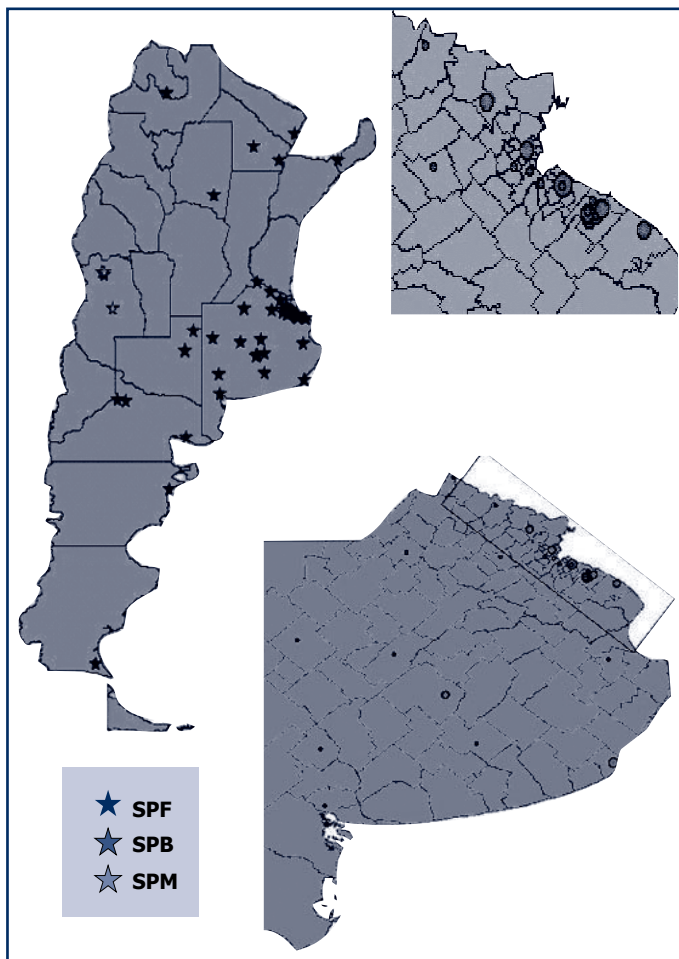
Las provincias de Chaco, Neuquén y Tierra del Fuego, se incorporaron al Programa con posterioridad, a mediados de 2012. A Enero de 2013, **un total de 134 Unidades Penitenciarias + Institutos de Menores se encuentran bajo Programa**, lo que representa aproximadamente el 1,9% del total de efectores.

Tabla N° 1: Unidades Penitenciarias e Institutos de Menores incorporadas a R+R por Año y Dependencia.

Dependencia	2009	2010	2011	2012	Total
Servicio Penitenciario Bonaerense		5	48	1	54
Servicio Penitenciario Federal	19	10	1	3	33
Servicio Penitenciario Mendoza			5		5
Servicio Penitenciario Santiago del Estero				4	4
Servicio Penitenciario Neuquén				9	9
Servicio Penitenciario Chaco				9	9
Servicio Nacional de Niñez, Adolescencia, y familia	9				9
Subsecretaría Nacional de Niñez, Adolescencia de buenos aires			3	8	11
Total por Año	28	15	57	34	134

Fuente: Programa Remediar + Redes. Relevamiento 2011.

Tal como puede observarse en la tabla, la mayor cantidad de establecimientos se encuentra bajo la dependencia del Servicio Penitenciario Bonaerense (SPB), 55 unidades, seguido por el Servicio Penitenciario Federal (SPF) que cuenta con 29 Unidades bajo Programa. El resto de los servicios rondan entre las 11 y 4 unidades bajo su dependencia. En este sentido, al observar la distribución geográfica, se evidencia que la mayor concentración se da en la provincia de Buenos Aires:



La cantidad de botiquines que reciben los CAPS se relaciona con su nivel de actividad y se complementa en muchos casos con los requerimientos puntuales que solicitan las provincias. La composición del botiquín, se define mediante un mecanismo de reposición de stock a partir de la rendición mensual de utilización y stock de medicamentos en los Formularios B. En cada entrega se diseñan distintos modelos de botiquines que combinan medicamentos de utilización homogénea (provistos a todos los CAPS), con medicamentos enviados selectivamente, es decir, según las necesidades puntuales de cada CAPS.

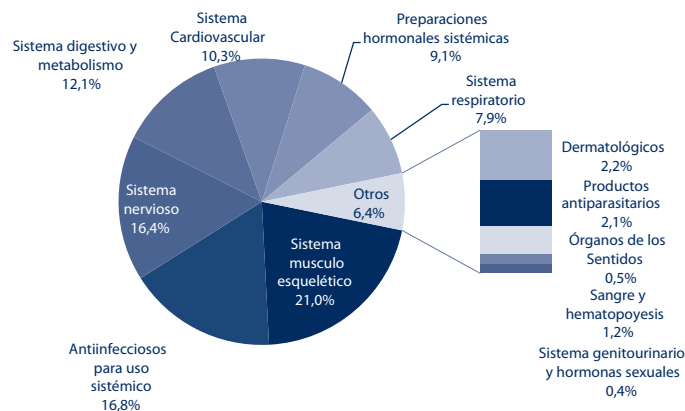
Los botiquines destinados a institutos de menores y establecimientos penitenciarios se definen mediante una lógica diferente: se consideran las necesidades específicas de la población que se atiende en estos servicios, la provisión inicial de los medicamentos se acuerda en todos los casos con los referentes farmacéuticos y/o médicos de cada establecimiento. De este modo, Remediar + Redes diseñó para cada uno de estos establecimientos un modelo especial de botiquín, lo que da como resultado que todos los meses reciben botiquines especiales.

Desde la incorporación de los establecimientos penitenciarios hasta enero de 2013, se han provisto 2.556 botiquines conteniendo un total de 745.917 tratamientos para cubrir las necesidades medicamentosas de personas privadas de la libertad.

Al calcular el valor de los medicamentos según el precio de adquisición por parte del Programa, **la transferencia realizada a estos establecimientos asciende a 2.9 millones de pesos. Dicha transferencia valorizada a precios de mercado llega a 16.7 millones de pesos³.** En promedio, cada botiquín incluyó un total de 292 tratamientos y su valor fue de 6,556 pesos⁴.

Al observar los tratamientos transferidos agrupados por grupo anatómico dónde actúa el medicamento, se observa que los más enviados a estos establecimientos corresponden al **músculo esquelético** (que agrupa los ibuprofenos), **antiinfecciosos de uso sistémico** (principalmente amoxicilina y cefalexina) y **sistema nervioso** (Carbamacepina, Fenitoína y Paracetamol).

Gráfico 1: Transferencia realizada a Unidades Penitenciarias según Grupos Terapéuticos. En tratamientos completos.



Fuente: Relevamiento 2011. Remediar+ Redes

Al analizar los tratamientos totales enviados por tipo de servicio, observamos que casi la mitad del total asignado (49%) fue a Unidades Bonaerenses. Esto se debe a que esta dependencia agrupa a la mayor cantidad de Unidades bajo Programa.

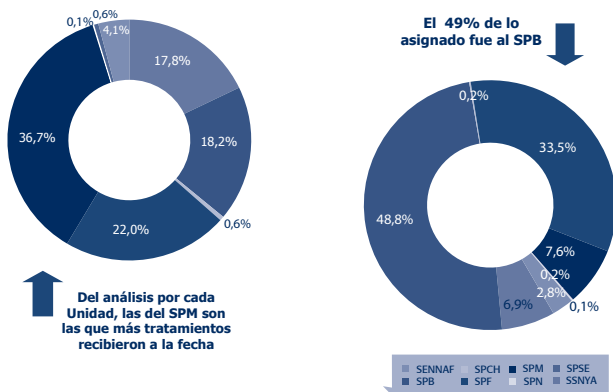
El análisis por Unidad, tal como se observa en el Gráfico 2 muestra que son las dependientes del Servicio Penitenciario de Mendoza, las que mayor cantidad de tratamientos recibió a la fecha en promedio por unidad. En términos de botiquines y transferencias se mantiene la misma relación:

³ La brecha entre el precio de adquisición y el precio de mercado, evidencia que el beneficio no es solo para la persona que es atendida en el establecimiento, sino que implica un ahorro para el conjunto de la sociedad.

⁴ Valor estimado según precios de farmacia.

en cantidad agregada la mayor transferencia es para el SPB, y en cantidad por Unidad es el SPM.

Gráfico 2: Tratamientos enviados por Dependencia y Unidad.



- SSNyA Secretaría de Niñez y Adolescencia de la provincia de Buenos Aires.
- SPB Servicio Penitenciario Bonaerense.
- SPF Servicio Penitenciario Federal.
- SPM Servicio Penitenciario de Mendoza.
- SENNAF Secretaría Nacional de Niñez adolescencia y familia.
- SPN: Servicio Penitenciario Neuquén.
- SPCH: Servicio Penitenciario de Chaco.

Fuente: Relevamiento 2011. Remediar+ Redes

Remediar + Redes dispone de un sistema de información, que se nutre principalmente de los datos que registran mensualmente las unidades sanitarias, tanto en los formularios de control de stock (Formulario B) como en las recetas del Programa (Formulario R).

La entrega mensual del botiquín en cada CAPS se realiza contra entrega de los Formularios R y Formulario B ya completos y en base a esta información se define la cantidad y tipo de botiquines que recibirá un efector. Este circuito permite el monitoreo y la evaluación constante, al tiempo que resulta un recurso estadístico fundamental que permite relevar diferentes indicadores así como mejorar la gestión cotidiana del Programa.

Tabla N° 2: Tratamientos prescritos en las Unidades Penitenciarias sobre cantidad de consultas realizadas en las Unidades Penitenciarias.

Consultas	Recetas	Tratamientos		Tasa
		Prescritos	Prescripción	Recetas
622,223	145,284	376,328	60.5	23.3

Fuente: Formulario B – Gerencia de Planificación. REMEDIAR + REDES.

Los establecimientos penitenciarios han registrado a enero 2013 un total de **622.223 consultas**, y **145.284 recetas** o Formularios R. La tasa de prescripción⁵ asciende a 60.5%.

Capacitación al Recurso Humano

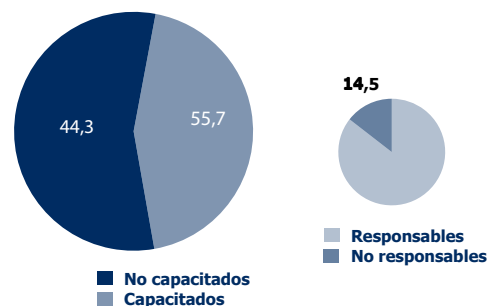
Como se mencionaba anteriormente, uno de los requisitos fundamentales para el envío de los botiquines de Remediar, es que cada efector de salud designe uno o más responsable/s de la administración del botiquín. Esta/s persona/s serán las que llevarán adelante las tareas de recepción y administración del botiquín. Para ello, resulta imprescindible que sean capacitados en la operatoria del Programa. En este sentido, se llevan adelante periódicamente acciones de capacitación en operatoria, tanto a nivel Central como provincial y / o jurisdiccional.

El principal objetivo de la capacitación es transmitir a los responsables los contenidos y objetivos del Programa, los procedimientos operativos a cumplir y las normativas vigentes en cuanto al manejo de la documentación. Dichas acciones se fundamentan principalmente en la rotación del personal en las unidades sanitarias, y los cambios en los procedimientos a fin de adecuarlos a las necesidades de un programa caracterizado por su continuidad en el tiempo. Las capacitaciones son planificadas y realizadas en conjunto con las jurisdicciones que participan de la actividad de capacitación.

La calidad de la información producida en los efectores del Programa impacta directamente en el contenido de los botiquines que los CAPS reciben, permitiendo conocer además los requerimientos a contemplar en los procesos de adquisición de medicamentos y la definición de nuevas operatorias. En este marco, resulta estratégico que el personal de los centros de salud responsable de la operatoria del botiquín se encuentre capacitado

Desde el año 2009 hasta comienzos del 2013, se capacitaron un total de 214 personas afectadas a alguna unidad penitenciaria o instituto de menores, lo que representa el 55.7% de su personal.

Gráfico 3: Responsables capacitados y no capacitados en Unidades Penitenciarias.



Fuente: Relevamiento 2011. Remediar+ Redes

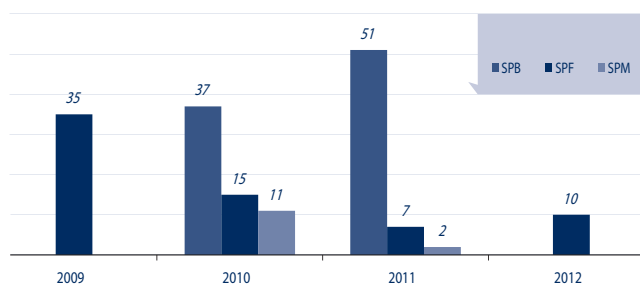
⁵ Indicador que refleja el grado de uso de medicamentos Remediar + Redes en las Unidades Penitenciarias a partir de la variable tratamientos de medicamentos Remediar distribuidos. Es una tasa (expresada porcentualmente) que indica el número de tratamientos utilizados cada 100 consultas.

Como se observa en el Gráfico 3, del total del personal capacitado, un 14.5% no fue designado aún como responsable de la Operatoria Remediar. Respecto al total de responsables (capacitados y no), cada unidad cuenta en promedio con 3.2 personas cumpliendo estas funciones.

La cantidad de **capacitaciones por año está directamente relacionada con la incorporación de los servicios al Programa**, dado que es requisito para el alta de cualquier CAPS que exista al menos un responsable haya sido capacitado en Operatoria.

En este sentido, 2009 fue el año con mayores capacitaciones en el SPF, mientras que 2011 fue para el SPB, coincidiendo ambos con el inicio del Programa en las Unidades.

Gráfico 4: Capacitaciones por Dependencia y Año



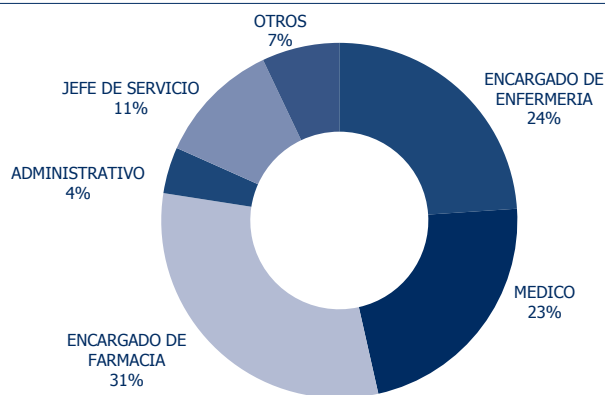
Fuente: Relevamiento 2011. Remediar+ Redes

Resultados del relevamiento en servicios penitenciarios bajo programa REMEDIAR + REDES.

El programa realiza auditorías periódicas en los centros, como parte de las políticas de supervisión y control de la operatoria del programa en cada centro de salud. La existencia de dicha capacidad instalada y la necesidad de contar con un diagnóstico vinculado a la gestión de medicamentos del Programa en los establecimientos penitenciarios, llevaron a que en el año 2012 se decida realizar un relevamiento específico para dichas unidades.

El relevamiento consistió en la realización de encuestas a los responsables de la administración del botiquín Remediar en 26 establecimientos del Servicio Penitenciario Federal, 50 del Servicio Penitenciario Bonaerense y 5 del Servicio Penitenciario de la Provincia de Mendoza. Se relevó una amplia gama de temas, como ser características de la población, de los servicios sanitarios, de los recursos humanos involucrados e insumos y equipamiento disponibles principalmente. Los resultados alcanzados permitieron obtener un diagnóstico de funcionamiento del Programa que ayudará a mejorar la gestión en dichos establecimientos. De este modo, durante los meses de Febrero, Marzo, Abril y Mayo del 2012, **siete auditores del Programa visitaron 81 servicios penitenciarios de 14 provincias y 24 municipios**

Gráfico 5: Perfil de los respondientes.



Fuente: Relevamiento 2011. Remediar + Redes

de Buenos Aires. El operativo comprendió 27 días de relevamiento y se realizaron en promedio 11 entrevistas por auditor, de aproximadamente 2 horas y media de duración, lo que suma 202 horas de relevamiento.

De las 81 entrevistas, 50 se realizaron en unidades SPB (61.7%), 26 en unidades SPF (32,1%) y 5 en Unidades SPM (6,2%). Del total de los Servicios que se encuentran bajo Programa, se relevó el 76% de los que pertenecen al SPF (26 de 34), 91 % del SPB (50 de 55) y 100 % del SPM (5 de 5).

Tal como se mencionara anteriormente, las unidades penitenciarias provinciales de Chaco, Santiago del Estero y Neuquén se incorporaron a Remediar posteriormente, por lo que no fueron incluidas en este relevamiento.

El Gráfico 5 muestra el perfil de los respondientes del cuestionario de relevamiento, a partir del cual fue posible identificar que la mitad de éstos se desempeñan como médicos y enfermeras (23% y 24% respectivamente); y 3 de cada 10 como responsables de farmacia.

Se relevaron aspectos específicos que desarrollaremos a continuación:

- 1) Caracterización de los servicios;
- 2) Capacidad resolutoria;
- 3) Disponibilidad de equipamientos e insumos;
- 4) Recursos humanos;
- 5) Manejo de los medicamentos. Recepción, almacenamiento, entrega, clearing y no aptos;
- 6) Disponibilidad de medicamentos. Stock. Fuentes alternativas de provisión;
- 7) Comunicación;
- 8) Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable.

Es importante destacar que los datos presentados en este relevamiento, se obtuvieron a partir de la declaración de los respondentes, y no de la observación del auditor o fuentes oficiales.

CARACTERIZACIÓN DE LOS SERVICIOS Y CAPACIDAD RESOLUTIVA.

Una dimensión relevante a la hora de evaluar los servicios de salud ofrecidos en las unidades penitenciarias, lo constituye su **capacidad resolutive**. Como indicadores de capacidad resolutive se incluyeron la utilización de historia clínica en la atención de internos, la referencia a un servicio de salud de mayor complejidad; la existencia de un móvil sanitario para realizar traslados; la disponibilidad de guardias activas y la identificación de pacientes con patologías crónicas.

La utilización de Historia Clínica se verifica prácticamente en la totalidad de los establecimientos, así como la existencia de un servicio de salud de referencia de mayor complejidad al del establecimiento relevado (generalmente el Hospital más cercano al establecimiento). **La existencia de un móvil para la realización de traslados sanitarios se verifica en el 89% de los establecimientos. La disponibilidad de guardias activas va desde un 73.7% en el caso del SPB, a un 56.5% en el caso del SPF.**

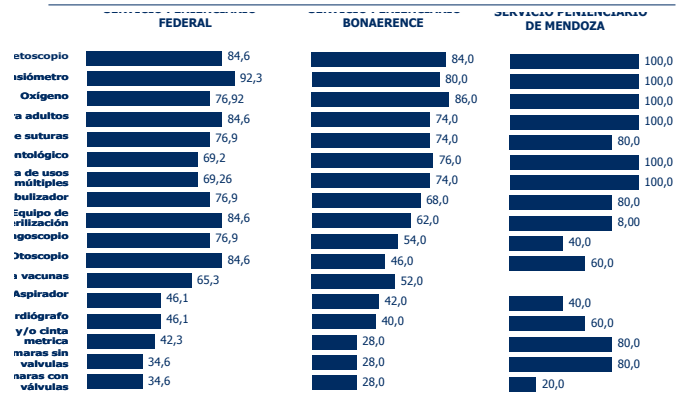
Los establecimientos del SPM con guardia médica 24 hs., cuentan con guardia activa (100%). En los establecimientos federales y bonaerenses los porcentajes son de 95.8% y 97.9%, respectivamente.

El 81% de los servicios del SPF cuenta con un **registro de internos con patologías crónicas**. En el SPM y SPB el porcentaje de servicios que cuentan con dicho registro es de 80% y 70% respectivamente.

En cuanto a la **disponibilidad de una canasta de equipamiento e insumos** se detectó que más del 80% cuenta con estetoscopio tensiómetro y oxígeno, constituyendo el equipamiento de mayor disponibilidad en las unidades. Un 70% de los servicios cuenta con equipos de esterilización, nebulizador, sillón odontológico y caja de suturas. El grupo de equipamiento con menor disponibilidad en las unidades (menor al 50%) lo conforman: electrocardiógrafo (43%), estadiómetro y/o cinta métrica (36%) y aerocámaras (33% sin válvulas y 30% con válvula).

En equipamiento específico de las unidades que alojan mujeres y niños, el 67% cuenta con balanza para lactantes, 52% con espéculos y 42 % con caja de examen ginecológico. El Gráfico N° 6, muestra la distribución de equipamiento según tipo de servicio.

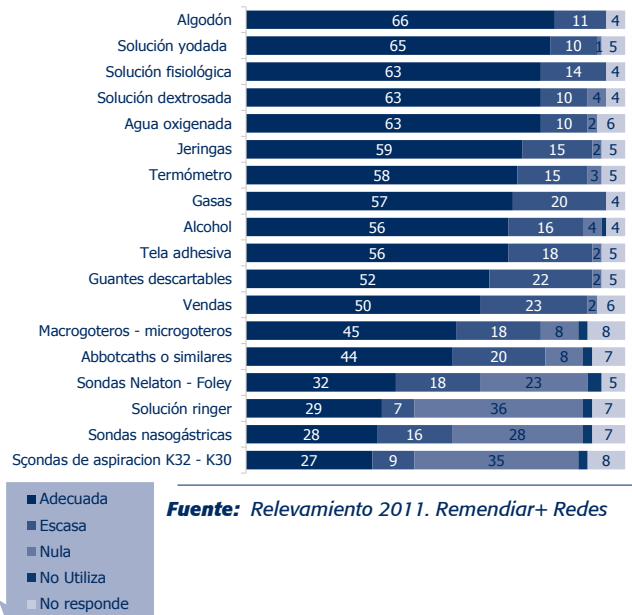
Gráfico 6: Equipamiento, según dependencia



Fuente: Relevamiento 2011. Remediar+ Redes

Respecto a los **insumos**, se consultó si los mismos se consideraban adecuados/escasos/nulos/no utiliza. En términos generales la disponibilidad de algodón, solución yodada, solución dextrosada, agua oxigenada y de termómetros fue reportada por los respondentes como adecuada en la mayoría de las unidades. Por el contrario, la disponibilidad de sondas de aspiración, solución Ringes y sondas Nelatón - Foley es más escasa. Gráfico 7

Gráfico 7: Disponibilidad de insumos.



Fuente: Relevamiento 2011. Remediar+ Redes

Respecto de los recursos humanos, en promedio, en los establecimientos relevados se encuentran poco más de 7 enfermeros y 6 médicos generalistas/ de familia para cubrir los cargos relacionados con salud. El tercer tipo de recurso

humano con mayor presencia, se refiere a las funciones de asistencia psicológica y social; así, cuentan con un promedio de 3 trabajadores/asistentes sociales y psicólogos Unidad. Si se analiza la información según población en contexto de encierro, como detalla la Tabla N° 3 la relación entre personal de salud e internos. Por ejemplo, en el SPF existe 1 enfermero cada 46 internos, en el SPM cada 75 y en el SPB cada 87. Los servicios de salud de los establecimientos dependientes del SPF, tienen en promedio mayor cantidad de personal que los del resto de las dependencias.

Tabla 3: Disponibilidad de médicos y no médicos por interno

	Total Internos/ Médicos *	Según Dependencia		
		Servicio Penitenciario Federal	Servicio Penitenciario Bonaerense	Servicio Penitenciario Mendoza
Médico Pediatra **	7	4	12	No tiene
Enfermero	70	46	87	75
Médico Ginecólogo ***	75	81	68	No tiene
Médico Generalista	80	58	91	102
Psicólogo	212	123	343	110
Médico psiquiatra	600	338	961	356
Asistente Social	750	396	2668	178
Técnico en farmacia	947	507	2001	356
Farmacéutico	1285	1824	1334	570

* Cálculo realizado sobre la suma total de internos sobre la suma total de profesionales de cada especialidad.

** No todas las cárceles tienen internos menores ni médicos pediatras por consecuencia.

*** Cálculo realizado sobre el total de internas femininas

Fuente: Relevamiento 2011. Remediar+ Redes

En cuanto a los responsables del Programa, las unidades con mayor cantidad son las dependientes del SPM. Los responsables de la operatoria son en su mayoría administrativos, seguidos por profesionales médicos.

En cuanto al personal no médico, los enfermeros son los que en promedio más horas semanales de desempeño tienen en el servicio penitenciario, seguidos de psicólogos, farmacéuticos. Los trabajadores sociales cuentan con la menor cantidad de horas semanales de servicio. Respecto a los profesionales médicos, la mayor cantidad de horas semanales es cubierta por generalistas. En promedio, las unidades tienen por día 10 horas de atención médica asegurada.

El manual de operatoria del Programa Remediar + Redes es una herramienta fundamental a la hora de brindar apoyo a los equipos de salud relacionados con la implementación del Programa en cada CAPS, para llevar adelante los procedimientos operativos. Los resultados del relevamiento permitieron saber que esta herramienta es conocida en más del 88% de las unidades, y que está disponible en más del 71% de ellas.

Además los CAPS tienen disponibles otros materiales del Programa y del Ministerio para divulgar información sani-

taria a la población, como afiches y folletos; estos materiales se envían en los botiquines de las distintas entregas, y deben estar expuestos y al alcance de los beneficiarios. En este contexto se pudo apreciar que solo en el 42% de las unidades penitenciarias hay afiches del Programa y este número baja aun más cuando se trata de afiches de otros Programas del Ministerio de Salud. Una tendencia similar se observa en folletería disponible para los usuarios.

Remediar + Redes mantiene una fluida comunicación con usuarios y equipos de salud a través de su línea gratuita (0-800-666-3300). Con el objetivo de evaluar el conocimiento y la utilización de esta línea, el relevamiento indagó si se conoce esta línea: el resultado fue que 59 respondientes (86%) dijeron conocer el 0800 del Programa, y de ellos, solo el 36% lo utilizó alguna vez. En este sentido, también se indagó sobre si los internos tienen acceso a líneas gratuitas del MSAL. En el 37% de las unidades (30 de 81), los internos tienen acceso.

El 80% de las unidades posee computadora PC; de éstas el 75% de los respondientes puede disponer de ellas para completar formularios del Programa. Solo el 34% de las unidades que posee PC, tiene conexión a Internet. Finalmente, en lo que respecta a comunicación el 90,7% contestó que tiene teléfono y el 36,8% que tiene radio.

Gestión de los medicamentos.

El lugar indicado para recibir los medicamentos es la farmacia o el lugar destinado para la guarda de los mismos. En el relevamiento se observa que en el 60% de las unidades los botiquines no se recibían en la farmacia. Esta situación se da en 7 de cada 10 unidades del SPF y, en 5 de cada 10 del SPB y 4 de 10 del SPM. En aquellas unidades que no reciben el botiquín en la farmacia, en su gran mayoría lo hacen en el puesto de ingreso al penal.

En el relevamiento 17 efectores declararon ser radiantes⁶, de las cuales 14 pertenecen al SPB. El 29% de los efectores radiantes del SPB reciben los medicamentos de manera mensual de la unidad base, mientras que el resto lo hace con otra frecuencia (diaria, semanal, según demanda). En relación a la adecuación de los mismos, en el 64% de ellas consideran que siempre o casi siempre se adecuan a la demanda de los internos. Las 3 unidades radiantes correspondientes al SPF, manifestaron no recibir la medicación de la unidad base.

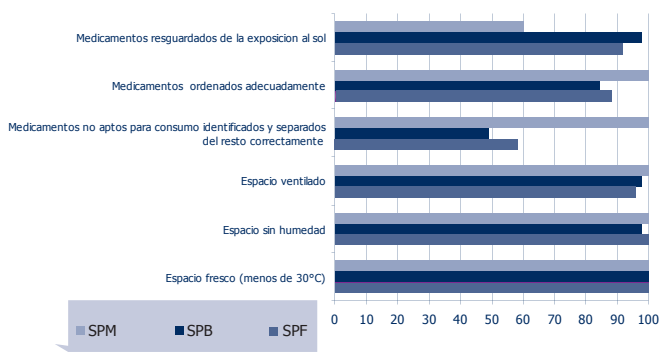
Para acceder a los medicamentos Remediar, los establecimientos deben disponer de un lugar destinado al almacenamiento de los medicamentos, el cual tiene que contar con condiciones adecuadas para su correcta conservación. En el relevamiento se observa que en el 94% de las unida-

⁶ Para Remediar + Redes un efector radiante es aquel que no recibe directamente botiquines, sino que lo hace a través de otro establecimiento.

des existe un espacio físico destinado para este fin. En este sentido, 1 Unidad del SPF, 1 de Mendoza y 2 del SPB no disponen de farmacia o lugar físico destinado para almacenamiento. En estos casos los medicamentos se almacenan en la administración u oficina del enfermero.

El almacenamiento de los medicamentos debe efectuarse a partir de la disponibilidad de condiciones ambientales controladas; en el relevamiento se apreció que en gran medida, todas las unidades cumplen con los requisitos solicitados por Remediar + Redes para el correcto almacenamiento de los medicamentos. En el Gráfico N° 8, se aprecian las características relevadas, agrupadas según Servicio.

Gráfico 8: Características del almacenamiento.



Fuente: Relevamiento 2011. Remediar+ Redes

Los medicamentos de R+R se deben entregar con una prescripción realizada por un profesional médico, en un Formulario R⁷ (receta estandarizada del Programa). Al momento de la entrega del medicamento al paciente, se debe asegurar el tratamiento prescripto por el profesional.

En términos generales, el 77% de las unidades expresa entregar tratamiento completo de alguno de los medicamentos provistos por el Programa a los beneficiarios.

El 58% de las Unidades entregan tratamiento completo de casi todos los medicamentos, mientras que el restante solo lo hace de algunos/pocos medicamentos. En cuanto a las unidades que no entregan tratamiento completo de alguno de los medicamentos, en el SPF, el 87% garantiza el acceso al tratamiento mediante la entrega diaria y el 13% mediante la entrega semanal; en el SPB, el 62% garantiza el acceso al tratamiento mediante la entrega diaria, y el 38% de otra forma; por último, en el SPM aquellas unidades que no entregan tratamiento completo, garantiza el acceso mediante la entrega diaria.

La operatoria de *clearing* consiste en la redistribución de medicamentos entre distintos CAPS, con el objetivo de compensar faltantes y disminuir excesos de *stock* de forma rápida, optimizando así los insumos transferidos. Estos movimientos siempre deben estar coordinados por un responsable jurisdiccional que debe garantizar el traslado adecuado de la medicación, el resguardo de la trazabilidad de los lotes, y el correcto registro de esta operatoria a través del formulario C o del *clearing* digital, para que pueda ser informado al Programa en tiempo y forma.

Más del 87% de los servicios manifiesta conocer la posibilidad de realizar *clearing* y el 31.1% lo realizó en el último año.

Proporcionalmente, en el SPM más unidades la implementaron.

Por otra parte, los medicamentos no aptos para el uso son todos aquellos que presentan: deterioro en sus envases, alteraciones del color, no conservación de su forma íntegra, presentaciones abiertas, evidencia de haber sido contaminados por derrames de cualquier sustancia, fecha de vencimiento vencida. **Menos del 20% de las unidades manifiesta tener medicamentos no aptos para el consumo.** Proporcionalmente, en el SPM es donde más unidades tienen no aptos⁸.

En el 64% de las unidades no se realiza retiro de medicamentos no aptos. Mientras que en el SPF no se realiza esta operatoria en el 50% de las unidades, en el SPB y en el SPM asciende a 66.7%, y 100% respectivamente. Otro de los aspectos clave para garantizar el acceso a los medicamentos, es la disponibilidad de los mismos en tiempo y forma. **Del relevamiento realizado, surge que menos del 10% de las unidades tienen excedente de más de 10 medicamentos.**

De los medicamentos que tienen excedente, las sales de rehidratación oral y la eritromicina comprimidos se encuentran dentro del grupo de los que menos unidades declaran utilizar. Por el contrario, **atenolol, el enalapril, y la dexametasona se ubican entre aquellos medicamentos con excedente aunque registran uso en la mayoría de las unidades.**

Al momento de la realización del relevamiento, el 22% de las Unidades, no tienen faltantes de ningún medicamento; el 32% manifiesta que le faltan entre 1 y 10 medicamentos, y el 46% declara tener faltante de más de 10 ítems. A partir de los resultados obtenidos, se logró coordinar entre el Programa y las autoridades responsables por los establecimientos pedir a las distintas unidades la actualización del

⁷ Los formularios de recetas de Remediar + Redes tienen valor de documento legal. Siempre deben tener la firma y el sello de médico u odontólogo tratante.

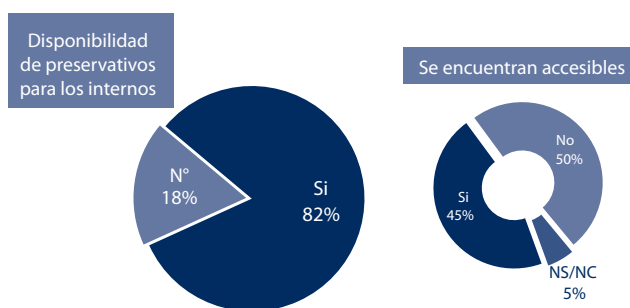
⁸ En el relevamiento no se especificó el origen de los medicamentos no aptos, por lo cual los medicamentos no aptos pueden pertenecer a distintas fuentes de suministro.

consumo de medicamentos para ajustar los botiquines y optimizar recursos.

El 95% de las unidades reciben provisión alternativa de medicamentos. En el SPF las fuentes de provisión son varias (nacional, provincial, municipal, donaciones y fondos rotatorios). El SPB declara recibir fuentes alternativas de provisión provincial, municipal y donaciones. Y el SPM solo declara como fuente alternativa la provisión provincial.

En lo que respecta a la salud sexual en los establecimientos, se relevó que el 82% de las unidades disponen de preservativos para entregar a los internos. Sin embargo, apenas el 45% de las unidades, cuentan con los preservativos accesibles⁹ para los internos. El 55% restante no se encuentran en lugares de libre acceso. Las restricciones que se especifican son: i) se entregan en visitas íntimas; ii) se entregan cuando lo solicitan los internos; iii) se encuentran en enfermería, en la farmacia, o en el sector de salud.

Gráfico 9: Disponibilidad de preservativos para los internos.



Fuente: Relevamiento 2011 Remediar+ Redes

Finalmente, en las 19 unidades relevadas con internas mujeres, se relevó que:

√ Se colocan DIUs en 5 Unidades (26.8%): 3 Unidades del SPB, 1 del SPF y 1 del SPM. Entre los principales motivos por los que no se colocan en las unidades se encuentran, la falta de profesionales y la falta de insumos necesarios para colocarlos.

√ En 15 Unidades (78.9%) se realizan examen de PAP: 3 del SPF, 11 del SPB y 1 del SPM. Los que no realizan el PAP en las unidades aducen que no cuentan con profesionales idóneos y otros derivan a las internas directamente al Hospital de referencia.

√ En 12 Unidades (63.2%) se realizan Colposcopías: 9 Unidades del SPB, 2 del SPF y 1 del SPM. La mayor parte de las Unidades, manifiestan que no se realizan porque no cuentan con profesionales idóneos y/o equipamiento, y otros derivan a las internas directamente al Hospital de referencia.

√ En 5 Unidades del SPB (26.3%) se entregan Anticonceptivos Hormonales de Emergencia en forma preventiva.

√ En 8 unidades (42.1%) se entregan más de un tratamiento de Anticonceptivos Orales, Anticonceptivos Orales para la Lactancia y Anticonceptivo Hormonal Inyectable por consulta. Entre las Unidades que no lo hacen, los motivos se dividen entre quienes expresan que no reciben métodos anticonceptivos, y quienes entregan diariamente a las beneficiarias.

Reflexiones finales.

El acceso a los medicamentos, es un derecho que debe estar garantizado a la totalidad de la población. El surgimiento del Programa Remediar + Redes, se erigió como la respuesta institucional por parte del Estado Nacional a la falta de acceso a los medicamentos esenciales, producto de las condiciones socioeconómicas imperantes.

Luego de 10 años de implementación, Remediar + Redes se presenta como una política de Estado consolidada con llegada periódica e ininterrumpida a unidades sanitarias de todo el país, que presenta como pilares fundamentales la equidad, la eficiencia, la calidad y la sustentabilidad.

En el recorrido de su implementación, el Programa ha ido sumando nuevos desafíos referidos al suministro de medicamentos, tales como la llegada a hospitales, universidades, depósitos provinciales y servicios penitenciarios. El trabajo con instituciones que presentan realidades diversas o desconocidas para el Programa, supone inicialmente un período de adaptación y conocimiento, que impactan directamente en el éxito o no del programa. En este sentido, Remediar + Redes pretende brindar respuestas y soluciones adecuadas a las necesidades del servicio de salud que se trate.

En el caso puntual de los establecimientos penitenciarios y los institutos de menores, el trabajo articulado entre distintos Ministerios, Secretarías y Programas tanto del espectro nacional como provincial, tiene como principal objetivo garantizar el acceso a los medicamentos a las personas privadas de su libertad. La política de promoción del acceso a los medicamentos, no puede entenderse sino en el marco de un Estado cuya filosofía de restitución de derechos, se materializa en la gestión cotidiana.

⁹ Se entiende por accesibles que los internos pueden hacerse de los preservativos de manera libre y sin condicionamientos en cantidad suficiente.

Desde el año 2009 el Programa Remediar+Redes, desarrolla una estrategia para fortalecer el modelo de atención basado en Atención Primaria de la Salud (APS), **a través del fortalecimiento y consolidación de las redes provinciales de servicios de salud**. Esta estrategia se suma a la provisión de medicamentos esenciales para la población que concurre a los efectores del Primer Nivel de Atención (PNA) que el Programa viene realizando desde el año 2002. Para ello, adopta el concepto de las **Redes Integradas de Servicios de Salud-RISS** (OPS, 2009), considerada como una de las principales expresiones operativas del enfoque de APS a nivel de los servicios de salud para contrarrestar la fragmentación, contribuyendo a concretar varios de sus elementos esenciales tales como la cobertura y el acceso universal; el primer contacto; la atención integral, integrada y continua; el cuidado apropiado; la organización y gestión óptimas; orientación a la acción intersectorial, entre otros. Desde esta perspectiva, el Programa Remediar + Redes en consonancia con la **Estrategia Nacional para la Prevención y Control de Enfermedades No Transmisibles**¹ promueve un cambio en el modelo de gestión y atención de la salud. Para ello trabaja en la formulación e implementación de proyectos en conjunto con cada una de las provincias argentinas, con el objeto de fortalecer sus redes de servicios de salud, reorientándolas y readecuándolas con el fin de mejorar la respuesta a las necesidades de las personas que sufren afecciones crónicas.

REDES: paso a paso

Cada provincia define un equipo de trabajo y constituye una Unidad de Gestión Provincial (UGP). Se selecciona una **red** de efectores que debe contener al menos el 30% de la población total de la provincia. Solamente pueden formar parte de dicha red aquellos efectores de salud del primer nivel de atención que se encuentran activos para recibir botiquines de medicamentos del Programa Remediar + Redes. Una vez seleccionada la red, el equipo provincial elabora un **diagnóstico** respecto del funcionamiento y coordinación de los servicios de salud de dicha red.

El diagnóstico es un insumo imprescindible para el proyecto provincial, en tanto permite conocer el estado de situación de aspectos claves de la red de servicios de salud (recursos humanos, financieros, infraestructura, insumos, etc.); la estructura organizacional del sistema y de la provincia, las políticas y programas sanitarios que se llevan adelante; el estado de desarrollo en los sistemas de referencia y contrarreferencia; los avances en términos de participación comunitaria; las necesidades en capacitación en gestión sanitaria y de redes, entre otros.

Luego, para afrontar los problemas identificados y priorizados, la provincia formula un **proyecto** que será implementado para dar respuesta a dicha problemática.

Un proyecto de fortalecimiento de redes de salud puede orientarse a diversas intervenciones y actividades, siempre y cuando responda a un diagnóstico previo: sistemas de información, logística, gestión de turnos programados, estrategias de referencia y contrarreferencia, programas específicos de promoción y prevención, entre otros.

El Programa Remediar+Redes financia estos proyectos, a través de las siguientes actividades que se llevan a cabo en la red seleccionada:

- ✓ nominalización de la población;
- ✓ la evaluación y clasificación de personas por Riesgo Cardiovascular Global (RCVG) y;
- ✓ el seguimiento de aquellas personas con RCVG moderado, alto y muy alto.

Actualmente 20 provincias se encuentran implementando sus proyectos de redes, algunas desde hace 3 años. REDES para las personas con enfermedades crónicas

¹ Ministerio de Salud de la Nación. Resolución 1083/2009. Estrategia Nacional para la Prevención y Control de Enfermedades no Transmisibles y el Plan Nacional Argentina Saludable.

REDES : para las personas con enfermedades crónicas

La prevención y el control de las enfermedades crónicas exigen un contacto a largo plazo de las personas con servicios de salud accesibles en el primer nivel de atención, que funcionen conforme a estrictas normas de atención y prácticas óptimas. La prevención integrada incluye las intervenciones que prevengan y a la vez reduzcan un conjunto de factores de riesgo comunes modificables. Además, el control de las enfermedades crónicas requiere una integración de los servicios mediante el fortalecimiento de los sistemas de derivación de casos y una relación entre los niveles primarios, secundarios y terciarios de atención².

Un cuidado y seguimiento apropiado también debe abarcar la prevención, el tamizaje y la detección temprana, así como el diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación y los cuidados paliativos. Esto significa poder acceder a servicios de salud de calidad, con prácticas de diagnóstico apropiadas y la posibilidad de obtener los medicamentos esenciales³.

En este sentido, es fundamental fortalecer los sistemas de salud basados en la Atención Primaria de la Salud y organizados en redes integradas de servicios de salud (RISS), prestando especial atención a las tres funciones básicas del primer nivel en relación con estas enfermedades: **actuar como puerta de entrada al sistema, garantizar la coordinación y la continuidad de la atención e integrar la información del usuario.**



Organizar los servicios de salud en redes integradas implica establecer criterios de derivación de pacientes desde el primer nivel de atención a otros ámbitos del sistema de salud, y que los servicios se basen en la efectividad de las prestaciones de cada nivel y en la eficiencia global del sistema.

La atención de las personas con factores de riesgo y/o con enfermedades crónicas en el nivel de atención adecuado es requisito de calidad del sistema, reduce demoras de diagnósticos y tratamientos, duplicación y realización de pruebas diagnósticas inadecuadas, la prescripción inducida; y maximiza, en suma, la capacidad resolutoria y la eficiencia de cada nivel.

¿Por qué nos importan las enfermedades crónicas?

La epidemia de las enfermedades crónicas no transmisibles amenaza el desarrollo económico, social, la vida, y la salud de millones de personas. Un 30% de todas las muertes que se producen en el mundo cada año son atribuibles a las enfermedades cardiovasculares. Se estima que en 2010 fallecieron por estas causas 18,1 millones de personas, de las cuales el 80% vivía en países de ingresos bajos y medianos. La enfermedad cerebrovascular, que es la segunda causa de muerte y la primera de discapacidad adquirida en el mundo, ocasionó 5,7 millones de muertes, el 85% de ellas en los países en desarrollo⁴.

Las enfermedades crónicas más frecuentes y las de mayor importancia para la salud pública en los países de América Latina y el Caribe son las siguientes: enfermedades cardiovasculares (incluida la hipertensión), el cáncer, las enfermedades respiratorias crónicas y la diabetes.

El envejecimiento de la población, el consumo de tabaco, la dieta no saludable y la falta de actividad física, principalmente en el contexto de la globalización y el crecimiento urbano muchas veces no planificado, explican las altas prevalencias de hipertensión arterial, hipercolesterolemia, diabetes y obesidad. Por ello las enfermedades cardiovasculares son la primera causa de muerte.

Del total de años de vida perdidos por muertes prematuras de todo el país en el año 2005, un 62% correspondió a enfermedades no transmisibles, mostrando un ascenso pronunciado a partir de los 30 años de edad⁵. La evolución de los determinantes de las enfermedades no transmisibles pronostican un aumento de la incidencia y prevalencia de estas enfermedades: envejecimiento poblacional, alimentación no saludable, sedentarismo y consumo de tabaco. Esta tendencia, además de condicionar mayor mortalidad y carga de enfermedad, genera una creciente necesidad de uso de recursos del sistema de salud para afrontar esta realidad⁶.

Las enfermedades cardiovasculares constituyen una de las causas más importantes de discapacidad y muerte prematura en nuestro país y en todo el mundo.

El problema subyacente es la aterosclerosis, que progresa a lo largo de los años, de modo que cuando aparecen los síntomas (generalmente a mediana edad) suele estar en

² Ministerio de Salud de la Nación. Resolución 1083/2009. Estrategia Nacional para la Prevención y Control de Enfermedades no Transmisibles y el Plan Nacional Argentina Saludable.

³ Organización Panamericana de la Salud (2007). Estrategia regional y plan de acción para un enfoque integrado sobre la prevención y el control de las enfermedades crónicas. Washington, D.C.

⁴ Organización Panamericana de la Salud (2011). "Consulta regional: prioridades para la salud cardiovascular en las Américas. 8 Mensajes claves para los decisores". Washington, D. C.

⁵ Borruel, M.; Mas Irene; Borruel, G. "Estudio de carga de enfermedad: Argentina". Ministerio de Salud de la Nación. 1º ed. Buenos Aires, 2010

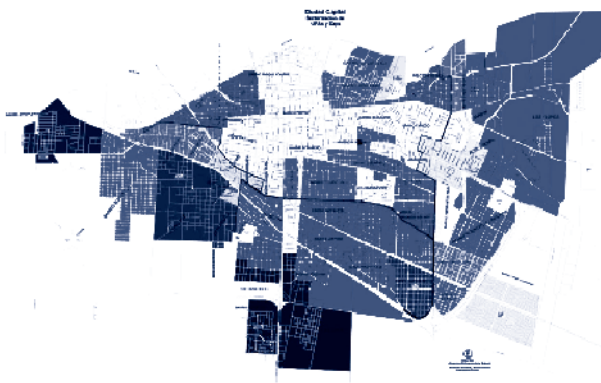
⁶ Ministerio de Salud de la Nación. Resolución 1083/2009. Estrategia Nacional para la Prevención y Control de Enfermedades no Transmisibles y el Plan Nacional Argentina Saludable.

una fase avanzada.

Los episodios coronarios y cerebro vasculares agudos se producen de forma repentina y, a menudo, conducen a la muerte antes de que pueda dispensarse la atención médica requerida. La detección temprana y la modificación de los factores de riesgo pueden reducir los episodios cardiovasculares y la muerte prematura, tanto en las personas con enfermedad cardiovascular establecida, como en aquellas con alto riesgo cardiovascular debido a uno o más factores de riesgo⁷.

REDES: La experiencia de Santiago del Estero.

La provincia de Santiago del Estero se encuentra implementando su **proyecto provincial de REDES**, apoyado por Re-



mediar + Redes desde 2010.

La **red seleccionada** por la provincia es la "Red Capital" que cuenta con 34 efectores del PNA (25 CAPS provinciales, 7 CAPS municipales y 2 Puestos Sanitarios), 4 Hospitales y 2 Laboratorios que cubren una población total estimada en 270.000 personas.

El proyecto se encuentra orientado a fortalecer la accesibilidad al Primer Nivel de Atención de la Red Capital. Para ello ha destinado sus esfuerzos en normatizar los procesos de atención de las personas en la red, elaborando un manual de funcionamiento de los Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS), protocolizando Guías de Práctica Clínica de 10 patologías prevalentes, e implementando procesos de referencia y contrarreferencia apoyados por dispositivos en el 2° nivel. En esa dirección se plantea la creación de una **Unidad de Gestión de Redes** que posibilite la articulación entre los distintos niveles de la red.

Asimismo el proyecto se propone una fuerte inversión en capacitación de los recursos humanos de salud de la red, al igual que una fuerte inversión en equipamiento y refacción

de los CAPS y ampliación de la red de laboratorio.

Como parte de la estrategia de identificación de personas con riesgo cardiovascular y adherencia a los tratamientos de quienes padecen de alguna enfermedad crónica, el proyecto se propuso facilitarles la atención a las personas a través de:

- ✓ La instalación de **Oficinas de Orientación** a los pacientes en 3 hospitales de la red. A través de estas oficinas se brindan los turnos, lo que ha permitido reducir los tiempos de demora de 30 días a 7 días.
- ✓ **Sistema de turnos programados** a través del envío de mensajes de texto por celular (SMS) para brindar y para recordar un turno. De este modo se logró evitar grandes porcentajes de ausentismo.
- ✓ **Campañas de prevención de enfermedades cardiovasculares** a través de SMS.



Estas estrategias representan una mejora en el sistema de salud y una oportunidad para lograr un cambio de paradigma en la atención de las personas con enfermedades crónicas.

La implementación del sistema de turnos por SMS que mejoró el ausentismo y acortó los tiempos de espera en los turnos, además actúa como:

- ✓ Un nuevo canal de comunicación que incorpora el uso de las tecnologías de información en la atención a los ciudadanos.
- ✓ Establece un canal de comunicación concreto, personalizado e interactivo con las personas, que les permite expresar sus consultas y sugerencias.
- ✓ Ayuda a los equipos de salud a conocer la población con la que trabajan.



Hospital Regional

Hospital Independencia

Hospital Neumológico

⁷ Dirección de Promoción y Protección de la Salud del Ministerio de Salud de la Nación (2009). "Prevención de las enfermedades cardiovasculares. Guía de bolsillo para la estimación y el manejo del riesgo cardiovascular."

Carta de LECTORES

Hola Área de Comunicación de Remediar + Redes: Les cuento que yo desde el 01-03 hace 10 años que trabajo en los CAPS del Municipio de Caraguatay, lo que más recuerdo era el tener que atender y no contar con ninguna clase de medicamentos, la población que al día de hoy llega a aproximadamente 5000 habitantes tenían que viajar en colectivo y llegar hasta el municipio de Montecarlo (que queda a más de 15 km) para poder comprar el medicamento prescripto en alguna farmacia..., la comunidad toda se atendía en el CAPS pero la demanda mayor era la de niños... el solo pensar que tenía fiebre y que no contaba con un paracetamol o ibuprofeno me dejaba mal y el pensar que muchas veces no iban a comprar ningún medicamento ya que no tenían dinero para el colectivo o el medicamento... Desde que llegó REMEDIAR esto se solucionó al 100%. Mi población sabe que llega con una problemática al centro de salud, sale con la respuesta y la solución en la mayoría de los casos.

SALUDOS!!!

Dra Andrea Rohrmöser

¡¡¡Felicitaciones!!! es un orgullo lo que se logra con Remediar, el paciente sale de la consulta con su remedio en la mayoría de los casos. ¡Ni imaginar como era antes!

Contacto: publicaps@remediar.gob.ar

¡Esperamos tu aporte!

El programa Remediar fué importantísimo en la Atención Primaria, ya que comenzó en un momento en que no teníamos medicamentos y los pacientes no se acercaban a la Unidad Sanitaria.

Con la llegada de las cajas de Remediar, tenemos medicamentos para los pacientes de distintas edades, para pediatría, clínica, ginecología, odontología, obstetricia. Esto provocó un aumento en el número de consultas.

Con respecto a los cursos que ofrece Remediar, los hice a todos, dos cursé en el Hospital Italiano, uno en el Esteban Etcheverría y ahora me toca en el Cemic de Avellaneda, estos cursos me ayudan en mi práctica diaria como pediatra y como jefa de la Unidad Sanitaria, por eso también hice los cursos de diabetes, hipertensión arterial.

Mi Caps es el 02394,
Unidad Sanitaria Las Casuarinas
de Lomas de Zamora

Dra. Villareal
Miryam Griselda

Hola!!
La verdad que contar con los botiquines de Remediar fue un salto de calidad en atención cotidiana, en la "trinchera" como me gusta decir. Tener la posibilidad de brindarle al paciente no solo la atención, sino también el medicamento, que necesita para mejorar es algo muy poderoso. En todos estos años de carrera fui y vine varias veces a Atención Primaria y realmente hoy que estoy en el hospital sigo diciéndoles a mis pacientes que se atiendan en su Caps que ahí retire su medicación.

En cuanto a las capacitaciones son excelentes, en el 2006 realicé la de Uso Racional de Medicamentos en AP, y hasta hoy sigo aplicando los conceptos aprendidos, el año pasado no pude terminar la de Patologías Respiratorias por cuestiones de salud personal, pero hasta donde pude brillante. Y actualmente estoy realizando el de Riesgos Cardiovascular y Oncología, el material es muy bueno, los docentes excelentes y encontramos con compañeros de toda la provincia para pasar toda una jornada, lo mas!!

Los felicito por el esfuerzo, la constancia y la permanencia en el tiempo. Los botiquines son completos, seguros y efectivos.

Dr. Juan Beas

!!! NUEVA PUBLICACIÓN !!!

Te contamos que el Programa tiene una nueva publicación:

"REMEDIAR + REDES. 10 AÑOS COMPROMETIDOS CON LA SALUD PÚBLICA"

ACCESO A MEDICAMENTOS ESENCIALES
EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

En la publicación podrás encontrar las acciones realizadas por Remediar + Redes en sus 10 años de vida, enmarcadas en la política nacional de medicamentos, como la distribución gratuita de medicamentos esenciales a los Centros de Salud de todo el país y la capacitación del Recurso Humano en Salud.

Podés descargarla desde nuestra página web ingresando a la biblioteca virtual.
(<http://www.remediar.gov.ar/>)

Si te interesa recibir un ejemplar enviá-nos un mail a comunicacion@remediar.gov.ar y te haremos un envío a la dirección que nos indiques.



BIBLIOTECA VIRTUAL

El Programa cuenta con una biblioteca virtual que permite visualizar y descargar gratuitamente todas las publicaciones que están colgadas en nuestra página Web (<http://www.remediar.gov.ar/>) de manera dinámica, fácil y ordenada

En la biblioteca virtual podés encontrar las publicaciones organizadas de la siguiente manera:



Solicitá el envío de cualquier ejemplar que te interese, enviando un mail con tu dirección a comunicacion@remediar.gov.ar

Esperamos que sea una herramienta de gran utilidad.