

## Editorial

# Dos años de REMEDIAR

Dr. Ginés González García - Ministro de Salud y Ambiente de la Nación

Hace dos años entregábamos los primeros botiquines del Programa REMEDIAR y sentimos, siento la necesidad de recordar ese acto que a la distancia crece en su trascendencia pues, no se trata de un simple acontecimiento cronológico pues sería un vano, débil e inmerecido festejo de su histórica magnitud.

Estos dos años de permanente cobertura de medicamentos para las personas más desprotegidas han significado el sostenimiento de una política de alto contenido social y médico, reparadora de una crónica carencia conocida por su larga data y solamente atendida en forma paliativa y parcial, peor siempre insuficiente, por el accionar solidario de los hospitales públicos o las instituciones de caridad.

Dos años de progresiva generación de confianza en sus destinatarios, que son testigos del preciso cumplimiento en las entregas mensuales y de la disponibilidad de lo comprometido. Sabe y tiene fe quien necesita alguno de esos medica-

mentos que allí estarán disponibles para atender su necesidad.

Dos años de revalorización de los Centros de Atención Primaria, de las "salitas", de respaldo a la labor de sus profesionales incrementando su accionar terapéutico, y con mayor satisfacción de sus pacientes.

Dos años de ganado prestigio del control social a cargo de CARITAS Y CRUZ ROJA y que, como verdadero garante de la transparencia del sistema se ha posicionado como el modelo referente para otros programas de nuestro y de otros ministerios.

Dos años de sana administración y concurrentes controles de los medicamentos, erradicando su utilización clientelista política y derrotando al fraude y los desvíos con fines ajenos al programa.

Dos años en los que el REMEDIAR jugó un papel principal para recrear y consolidar el rol rector del Ministerio de Salud

### Objetivos de esta publicación

REMEDIAR cumple dos años proveyendo medicamentos y cuidando la salud de los sectores más vulnerables de nuestra sociedad. El editorial, *Dos Años de REMEDIAR*, jerarquiza la magnitud histórica del programa. *La Estrategia de Atención Primaria y las Políticas Saludables como eje futuro del PROAPS-REMEDIAR* enmarca los nuevos objetivos del programa. *Problemas de Salud cubiertos por REMEDIAR* devuelve a los CAPS la información diagnóstica que proviene del análisis del universo de recetas del 3er cuatrimestre de 2003. *Las Reformas para la Salud de los argentinos* presenta las acciones adoptadas por las autoridades de la Salud para mejorar la APS. *Análisis de los diagnósticos o problemas de salud* es una discusión acerca de los diagnósticos de las recetas, pone énfasis en el contraste de los resultados con la medicina basada en evidencias y estudia especialmente la variabilidad de los diagnósticos. En *Evaluación del Impacto del Programa REMEDIAR*, se exponen los resultados de la evaluación de medio término del SIEMPRO, realizada a través de una muestra de beneficiarios del Programa y se comparan con la situación inicial. *Estimación de la Eficiencia en la Compra de Medicamentos del Programa Remediar* muestra cómo el sistema de compra y distribución centralizada de medicamentos ha obtenido resultados notables en términos de ahorro. Ese ahorro, entre otros logros, prolongó la vigencia del Programa (sin más financiamiento) e incluyó nuevos medicamentos y mayores cantidades de ellos. *El control social de REMEDIAR, dos años de aprendizaje y crecimiento* transmite numerosas experiencias de los voluntarios de las ONGs que trabajan con el Programa. *REMEDIAR y la Participación en Salud* define participación y traza el plan de acción para que ésta sea efectiva a lo largo de nuestro país. En *La línea 0800* se describe el trabajo de un equipo, que posibilita otro modo de participación. *Auditoría y Control de Gestión* muestra los resultados del conjunto de acciones de control permanente, a fin de evaluar y mejorar el funcionamiento del Programa. *Recaudos del Programa Remediar para garantizar la calidad de los medicamentos adquiridos y distribuidos* demuestra cómo se asegura que los medicamentos adquiridos y distribuidos para la población más pobre tengan la misma calidad que los que se pueden comprar en las farmacias. *Evaluación de satisfacción Programa Remediar* es un estudio realizado en el conurbano bonaerense que mide la satisfacción de los usuarios de los Centros de Atención Primaria de la Salud. *APS, Boletín PROAPS-REMEDIAR y la gente* mide la repercusión que el Boletín tiene en los profesionales de la salud del primer nivel de atención. *La investigación en salud como marco de una política sanitaria* define la investigación como una prioridad del Ministerio de Salud de la Nación e invita a todos los integrantes de los diferentes CAPS a participar de las becas Ramón Carrillo- Arturo Oñativia.

· **AUTORIDADES DEL MINISTERIO** ·

**Señor Ministro de Salud y Ambiente de la Nación**  
- Dr. Ginés Gonzales García -

**Señora Secretaria de Políticas, Regulación y Relaciones Sanitarias**

- Dra. Graciela Zulema Rosso -

**Señora Subsecretaria de Políticas, Regulación y Fiscalización**

- Dra. Claudia Madies -

· **AUTORIDADES PROAPS - REMEDIAR** ·

**Coordinación General del Programa**

- Dra. Graciela Ventura -

· **Boletín PROAPS-REMEDIAR** ·

**Director del Boletín PROAPS-REMEDIAR:**

- Dr. Ricardo Bernztein -

**Comité Editorial**

Dr. Armando Reale

Lic. Lucas Godoy Garraza

Lic. Mauricio Monsalvo

Prof. Silvia Pachano

**Diseño Editorial**

Pablo Conte

**Comité Revisor:**

- Dra. Perla Mordujovich de Buschiazio -

*Profesora Titular Cátedra de Farmacología de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de La Plata*

- Dr. Jorge Aguirre -

*Profesor Adjunto de Farmacología Aplicada de la Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Córdoba*

- Dr. Guillermo Williams -

*Director del Programa Nacional de Garantía de Calidad, Ministerio de Salud de la Nación*

- Dra. María Luisa Ageitos -

*UNICEF - Argentina*

- Dr. Roberto Diez -

*Profesor Titular de la Segunda Cátedra de Farmacología, Facultad de Medicina - UBA*

- Dr. Mario Meuli -

*Profesor Titular de Farmacología. Facultad de Medicina: Universidad Nacional de Tucumán*

**Dirección postal:**

Proaps - RemediAR - Ministerio de Salud de la Nación

Av. 9 de Julio 1925, piso 8 - Casillero 54

(C1073ABA) Buenos Aires, República Argentina

Tel: 0-800-666-3300

mail: [boletinremediAR@proaps.gov.ar](mailto:boletinremediAR@proaps.gov.ar)

ISSN 1668-2831

Propietario: **Programa PROAPS - REMEDIAR**

**Suscripción gratuita:**

[suscripcionesremediAR@proaps.gov.ar](mailto:suscripcionesremediAR@proaps.gov.ar)

y Ambiente y del Consejo Federal de Salud en la formulación e implementación de políticas de salud valorizándolas como políticas de estado.

Dos años de crecimiento constante de la cobertura a partir de aquellos primeros 2200 CAPS hasta los 5300 actuales que alcanzan a los 15 millones de personas que estaban marginados total o parcialmente del sistema de salud.

Dos años de perfeccionamiento de los registros, de acumulación de información estadística y epidemiológica, de conocimiento de la modalidad prescriptiva regional y aún local, de las características de la demanda y del comportamiento ético del personal de cada centro.

Dos años de adecuación del contenido de los botiquines respondiendo a esos datos que fueron revelando la veracidad en la producción asistencial y su incremento CAPS por CAPS.

Dos años de intensa actividad docente para la capacitación y actualización profesional en el uso racional de los medicamentos, en talleres de afirmación de la estratégica atención primaria de la salud.

Dos años logrando amalgamar formas organizativas que facilitan y ordenan la participación de la comunidad y de los individuos involucrándolos en el cuidado por grupos de autoayuda o en el autocuidado.

Dos años obligando a silencio a los precoces agoreros y descreídos que fueron cambiando su opinión, en su mayoría, se han sumado al REMEDIAR.

Dos años en lo que se demostró que es posible lograr inéditos e innovadores apoyos financieros internacionales, cuando se suma la coherencia de un plan convincentemente diseñado y con claros objetivos sociales a la sensible disposición de los funcionarios del BID.

Los números anteriores de Atención Primaria de la Salud; Boletín PROAPS-REMEDIAR están en la página web:

[www.remediar.gov.ar](http://www.remediar.gov.ar) en la sección Boletines RemediAR.

**Boletines publicados:**

1. Infección Respiratoria Aguda Baja.
2. Hipertensión Arterial.
3. Políticas de Medicamentos.
4. Anemia Ferropénica.
5. Faringitis. Uso de Trimetroprima-Sulfametoxazol.
6. Diarrea Aguda.
7. Infección Urinaria. Uso inapropiado de antibióticos.
8. Participación Social en Salud.
9. Diabetes Mellitus Tipo 2.
10. Bronquiolitis/BOR.
11. Bases del Plan Federal de Salud.
12. Fiebre.
13. Riesgo Cardiovascular - Prescripciones en HTA
14. Parasitosis
15. Dos Años de REMEDIAR

El Boletín se indiza para la base de datos Bibliografía Nacional en Ciencias de la Salud - BINACIS, que se encuentra disponible en la Biblioteca Virtual en Salud (BVS) en la dirección <http://www.bvs.org.ar>.

Dos años en los que el BID está difundiendo a otros países este REMEDIAR al que jerarquiza como programa modelo recomendando su implementación.

Dos años de creciente eficiencia y eficacia en las compras logrando economías que habilitaron a extender el programa desde el año 2004 hasta el año 2007.

Dos años de estímulo a la competencia entre los proveedores, que redundó en propuestas de precios muy accesibles con niveles óptimos de calidad en los medicamentos.

Dos años en los que las empresas proveedoras recuperaron la certidumbre en la cobranza concurriendo a todas las licitaciones, destacando la transparencia del procedimiento, abandonando las sospechas e involucrándose en el programa.

Dos años, 730 jornadas de intenso trajín al que concurren diariamente más de 20.000 trabajadores de la APS a los que se refuerza con 5000 profesionales comunitarios más, para ampliar las horas de atención, las actividades en la comunidad y en los domicilios, y fomentar los equipos interdisciplinarios.

Dos años en los que se creció en la distribución hasta alcanzar los 15.000 botiquines mensuales actuales. A la fecha suman más de 250.000 los botiquines entregados conteniendo los 75.000.000 de tratamientos dispensados.

Dos años de incesante reinmigración de los pacientes de los Hospitales hacia los, ahora, cada vez más confiables Centros de Atención Primaria de la Salud barriales aumentando las consultas a 3.600.000 mensuales y a casi 1.400.000 las recetas.

Dos años de creciente prestigio y reconocimiento de la Atención Primaria de la Salud y estrategia que se consolida como eje del PLAN FEDERAL DE SALUD.

Dos años de justicia distributiva producto de una conducta social ejemplar puesto que el 95% del REMEDIAR fue demandado por pobres e indigentes y el 85% no tiene cobertura por obra social.

Dos años de un REMEDIAR de elogiable andar, que entusiasma a pensar en un futuro modelable para ir perfeccionando su accionar y consolidando su incidencia en el PLAN FEDERAL DE SALUD.

Dos años que nos habilitan a recuperar utopías, a sentir las alcanzables estimulándonos para actuar y no dejarlas escapar y volver a perderlas.

La escritura y la lectura de este sentido resumen me han convencido de la afirmación de comienzo.- REMEDIAR ha sido en estos años mucho más-.

Desde la misma génesis del REMEDIAR quedó en claro que la firme y concertada voluntad política es capaz de sortear, con éxito, cualquier obstáculo y es posible de transformar los innumerables "no" en positivos actos de gobierno.

## En este número:

|  |           |
|--|-----------|
| <b>Editorial: Dos años de REMEDIAR.....</b>  | <b>1</b>  |
| <i>Dr. Ginés González García</i>   |           |
| <b>La Estrategia de Atención Primaria y las Políticas Saludables como eje futuro del PROAPS-REMIAR .....</b>         | <b>4</b>  |
| <i>Dra. Graciela Ventura</i>   |           |
| <b>Problemas de Salud cubiertos por RemediAR.....</b>  | <b>5</b>  |
| <i>Subgerencia de Operaciones</i>  |           |
| <b>Análisis de los diagnósticos o problemas de salud .....</b>   | <b>11</b> |
| <i>Dr. Bernztein y Lic. Monsalvo</i>   |           |
| <b>Evaluación del Impacto del Programa REMEDIAR .....</b>  | <b>14</b> |
| <i>Área Programación, Subgerencia de Operaciones de REMEDIAR</i>   |           |
| <b>Estimación de la Eficiencia en la Compra de Medicamentos del Programa RemediAR .....</b>                          | <b>16</b> |
| <i>Área Programación, Subgerencia de Operaciones de REMEDIAR</i>   |           |
| <b>El control social de REMEDIAR. Dos años de aprendizaje y crecimiento .....</b>                                    | <b>17</b> |
| <i>Lic. Andrea Casabal y Lic. Mercedes Cabanas</i>   |           |
| <b>REMIAR y la Participación en Salud .....</b>  | <b>19</b> |
| <i>Dr. Carlos Pacheco</i>  |           |
| <b>La línea 0800 .....</b>   | <b>20</b> |
| <i>Prof. Silvia Pachano</i>  |           |
| <b>Auditoria y Control de Gestión: Principales Resultados .....</b>  | <b>20</b> |
| <i>Subgerencia de Auditoria y Control de Gestión</i>   |           |
| <b>Recaudos del Programa RemediAr para garantizar la calidad de los medicamentos adquiridos y distribuidos .....</b> | <b>23</b> |
| <i>Área de Farmacia</i>  |           |
| <b>Evaluación de Satisfacción - Programa RemediAr .....</b>  | <b>25</b> |
| <i>CEDOP-UBA</i>   |           |
| <b>APS - Boletín PROAPS-REMIAR y la gente .....</b>  | <b>26</b> |
| <b>La investigación en salud como marco de una política sanitaria .....</b>  | <b>27</b> |
| <i>Dr. Juan Carlos O'Donnell</i>   |           |
| <b>Las Reformas para la Salud de los argentinos .....</b>  | <b>28</b> |
| <i>Dra. Mariela Rossen</i>   |           |

# La Estrategia de Atención Primaria y las Políticas Saludables como Eje futuro del PROAPS - REMEDIAR

Dra. Graciela Ventura, Coordinadora General de PROAPS-REMEDIAR

Después de dos años, podemos decir que REMEDIAR ha dado una respuesta eficaz y oportuna a los desafíos impuestos por la emergencia sanitaria, garantizando el acceso a los medicamentos esenciales a la población en situación de pobreza. Ha tenido un fuerte impacto redistributivo sobre su población objetivo, tal como se observa en el gráfico 2 de la página 16 de este mismo boletín. También se ha complementado con la Política Nacional de Medicamentos, en cuanto a la utilización del nombre genérico en la prescripción.

Podemos decir también que ha operado favorablemente sobre el modelo de Atención Primaria de la Salud. Por un lado, al incentivar la demanda directa en los CAPS<sup>1</sup> ha fortalecido la capacidad de los sistemas de salud provinciales y municipales para dar respuesta a sus habitantes jerarquizando la red asistencial. Por otro lado, REMEDIAR promovió e hizo efectiva la Participación y el Control de la sociedad civil en diversas instancias del programa<sup>2</sup>.

Al mismo tiempo ha colaborado en la mejora del sistema de salud a través de la complementación con la Política Nacional de Medicamentos en la promoción del acceso y el uso del nombre genérico y, **la promoción del uso racional de medicamentos**<sup>3</sup>.

En el marco de la extensión del Programa hasta el año 2007, obtenida como resultado de la eficiencia con la que se realizaron los procesos de compra, REMEDIAR concentrará sus esfuerzos en **Fortalecer el Modelo de Atención Primaria y Promover Políticas Saludables con Gestión Participativa** en el marco del Plan Federal de Salud. Recordemos la afirmación del punto I de la Declaración de Alma-Ata: "La conquista del más alto nivel de salud exige la intervención de muchos otros sectores sociales y económicos, además del sector salud". Sobre esta consigna es que PROAPS-Remediar asume como objetivo proveer recursos materiales, tecnológicos e informativos, para estimular a los CAPS a superar su simple condición de servicios del primer nivel de atención y alcanzar la estrategia de APS. Las herramientas principales para operar esa transformación son la Promoción y la Prevención. Ambas requieren que los servicios y más aún la red de salud, incorporen una actitud proactiva; identificando las necesidades y anticipándose a las demandas de la población a cargo o en el área de influencia. En otras palabras, se propone establecer la visión del centro de salud como un organismo propulsor del desarrollo local y del profesional de salud como un activo militante por la calidad de vida de la comunidad.

Sobre estos conceptos, las líneas de acción que seguiremos tendrán como objetivo estimular las transformaciones necesarias para el afianzamiento de la estrategia de Atención Primaria de la Salud. Estas son:

- Redes de servicios.
- Programación local.
- Prevención y promoción de la Salud.
- Participación social.
- Compromisos de gestión.
- Conjunto mínimo básico de datos en atención primaria.
- Población a cargo.
- Uso racional de medicamentos.
- Reconversión de recursos humanos.

Los Ejes de trabajo para el período 2004/2007 por lo tanto serán:

**Provisión pública de medicamentos esenciales:** se continuará atendiendo a la emergencia sanitaria a través del sistema de provisión gratuita de medicamentos con la modalidad operativa actual del programa REMEDIAR, con el objetivo de garantizar el acceso a los medicamentos esenciales a la población en condiciones de pobreza para el tratamiento y prevención de las principales enfermedades prevalentes.

**Fortalecimiento del un modelo de APS y la promoción de políticas saludables con gestión participativa:** Su ejecución se llevará adelante con la firma de Compromisos de Gestión con las Jurisdicciones y los Centros de Salud, se brindará capacitación y actualización al personal de los Centros de Salud (Postgrado en Medicina Social y Comunitaria – Curso de Uso Racional de Medicamentos, entre otros), se tratará de nivelar las condiciones de los CAPS asignando equipamiento básico, y se proveerán medicamentos para las patologías crónicas bajo programa, se otorgarán becas a los recursos humanos de los CAPS como incentivos a las innovaciones en atención primaria y al cumplimiento de metas. Por último, se brindará asistencia técnica para generar espacios participativos y, mediante propuestas pedagógicas no formales se formarán Promotores de Salud, quienes actuarán en el ámbito del área programática de los diferentes CAPS.

Éste es el desafío que hoy nos imponemos y que esperamos -como hasta ahora- poder concretar con la colaboración de todos ustedes.

<sup>1</sup> Centros de Atención Primaria de la Salud.

<sup>2</sup> Una fiel expresión de ella lo constituye la Comisión Asesora Intersectorial, constituida por Caritas, Cruz Roja, UNICEF, OPS, COMRA, COFA, y representantes de los Ministerios de Educación, Trabajo y Desarrollo Social, entre otros. Los voluntarios de Caritas y Cruz Roja Argentina visitan mensualmente los Centros Efectores de REMEDIAR, de modo de garantizar los derechos de los mismos y de la comunidad en el cumplimiento del compromiso asumido por el programa.

<sup>3</sup> Hasta el momento han participado 2704 médicos del sistema en los Talleres de Uso Racional de Medicamentos llevados adelante por las Cátedras de Farmacología de las Universidades de La Plata, Córdoba, Buenos Aires y Tucumán. Asimismo, cada uno de los Boletines Remediar es un instrumento de permanente análisis de la utilización que los CAPS hacen de los medicamentos del Botiquín.

# Problemas de Salud cubiertos por REMEDIAR

Subgerencia de Operaciones - Programa REMEDIAR

## 1. Introducción

Se presentan los principales problemas de salud (enfermedades y/o motivos de consulta) que generaron la prescripción de un medicamento provisto por Remediación, registrada en el Formulario R (receta), para el total nacional y cada una de las regiones que componen el país. También se presentan los resultados discriminados por sexo, grupos de edad y tamaño de CAPS. *Por primera vez, la información proviene del análisis del universo de recetas del 3er cuatrimestre de 2003.*<sup>1</sup>

## 2. Metodología

Los resultados presentados corresponden a Formularios de Recetas (R), prescriptos por CAPS bajo programa durante el tercer cuatrimestre del año 2003. En la tabla 1 se presenta para cada mes de dichos trimestres, el número de consultas en los CAPS, el número de Formularios R y la relación entre ambos –tasa de prescripción de medicamentos provistos por Remediación-.

**Tabla 1. Evolución de Recetas, Total Nacional.**  
Tercer cuatrimestre, 2003

| MES        | Consultas en CAPS | Form. R (RECETAS) | Tasa |
|------------|-------------------|-------------------|------|
| SEPTIEMBRE | 2,890,061         | 1,167,434         | 40%  |
| OCTUBRE    | 2,968,485         | 1,155,612         | 39%  |
| NOVIEMBRE  | 2,727,823         | 995,641           | 36%  |
| DICIEMBRE  | 2,474,279         | 885,732           | 36%  |

Fuente: Formularios R y B.

Se excluyeron del análisis tanto las recetas procesadas correspondientes a trimestres distintos, así como también aquellas que figuraban como anuladas por el profesional prescriptor.

Cada Formulario R puede contener hasta dos códigos de problemas de salud que deben ser completados por el médico. Para facilitar el trabajo de codificación del motivo de consulta, Remediación proveyó junto con los botiquines la **Clasificación Estadística de Problemas de Salud – Atención Primaria** (CEPS-AP), elaborada por la Comisión Nacional de Clasificación de enfermedades (CNCE), Dirección de Estadísticas del Ministerio de Salud de la Nación. El Manual de Clasificación está disponible en [www.remediar.gov.ar](http://www.remediar.gov.ar) sección *uso racional* <sup>2</sup>. La clasificación tabular debe ser consultada cada vez que surjan dudas diagnósticas.

<sup>1</sup>Hasta la fecha, la información devuelta por Remediación a los CAPS se basaba en una muestra de 150.000 recetas representativa a nivel provincial y de los municipios de Buenos Aires de mayo, junio y julio 2003.

<sup>2</sup><http://www.remediar.gov.ar/site/uso.asp>

Los resultados obtenidos no consideran las recetas en las cuales se indicó un código de motivo de consulta no reconocible o que no existiera en la Clasificación CEPS-AP. Por tal motivo, las distribuciones de frecuencia presentadas son obtenidas sobre los códigos de diagnósticos válidos. Es razonable asumir que los diagnósticos ilegibles se distribuyen en la misma forma.

Los datos procesados corresponden a **4.061 CAPS** de todo el país, y por no tratarse de una muestra aleatoria no deberían extrapolarse al resto de los CAPS. La Tabla 2 presenta la cantidad de CAPS que recibían botiquines al momento de prescribirse las recetas analizadas, la cantidad de CAPS involucrados en el análisis y la cantidad de recetas por provincia. **Es necesario aclarar que la información correspondiente a octubre de 2004, muestra casi 5300 CAPS bajo programa.**

**Tabla 2. CAPS Totales, CAPS Bajo Programa y Media de Recetas Mensuales**

| Provincia         | CAPS Bajo Programa | CAPS que informaron Recetas | %            | Media de Recetas Mensuales |
|-------------------|--------------------|-----------------------------|--------------|----------------------------|
| Bs. As.           | 1,390              | 1,220                       | 87.8%        | 273714                     |
| Cap. Fed.         | 47                 | 37                          | 78.7%        | 12768                      |
| Catamarca         | 66                 | 59                          | 89.4%        | 14060                      |
| Chaco             | 125                | 122                         | 97.6%        | 58351                      |
| Chubut            | 69                 | 66                          | 95.7%        | 11200                      |
| Córdoba           | 445                | 375                         | 84.3%        | 88049                      |
| Corrientes        | 204                | 162                         | 79.4%        | 36797                      |
| Entre Ríos        | 292                | 228                         | 78.1%        | 37083                      |
| Formosa           | 71                 | 62                          | 87.3%        | 17174                      |
| Jujuy             | 139                | 123                         | 88.5%        | 20169                      |
| La Pampa          | 66                 | 65                          | 98.5%        | 11752                      |
| La Rioja          | 55                 | 51                          | 92.7%        | 16819                      |
| Mendoza           | 285                | 266                         | 93.3%        | 61731                      |
| Misiones          | 112                | 100                         | 89.3%        | 37401                      |
| Neuquén           | 85                 | 70                          | 82.4%        | 8134                       |
| Río Negro         | 120                | 106                         | 88.3%        | 13162                      |
| Salta             | 156                | 134                         | 85.9%        | 32233                      |
| San Juan          | 80                 | 76                          | 95.0%        | 19023                      |
| San Luis          | 66                 | 56                          | 84.8%        | 14915                      |
| Santa Cruz        | 25                 | 19                          | 76.0%        | 1197                       |
| Santa Fe          | 501                | 434                         | 86.6%        | 63641                      |
| S. del Estero     | 276                | 219                         | 79.3%        | 34361                      |
| T. del Fuego      | 11                 | 11                          | 100.0%       | 1854                       |
| Tucumán           | 263                | 217                         | 82.5%        | 51687                      |
| <b>Total Nac.</b> | <b>4,686</b>       | <b>4,061</b>                | <b>86.7%</b> | <b>937278</b>              |

En la tabla 2 se ve como las distintas jurisdicciones tienen distinto grado de desarrollo de su red de APS y de rendición de recetas por CAPS, lo que determina un diferente grado de beneficio en términos de botiquines recibidos desde Nación.

Las regiones analizadas están compuestas del siguiente modo (tabla 3).

Tabla 3. División de las jurisdicciones en regiones.

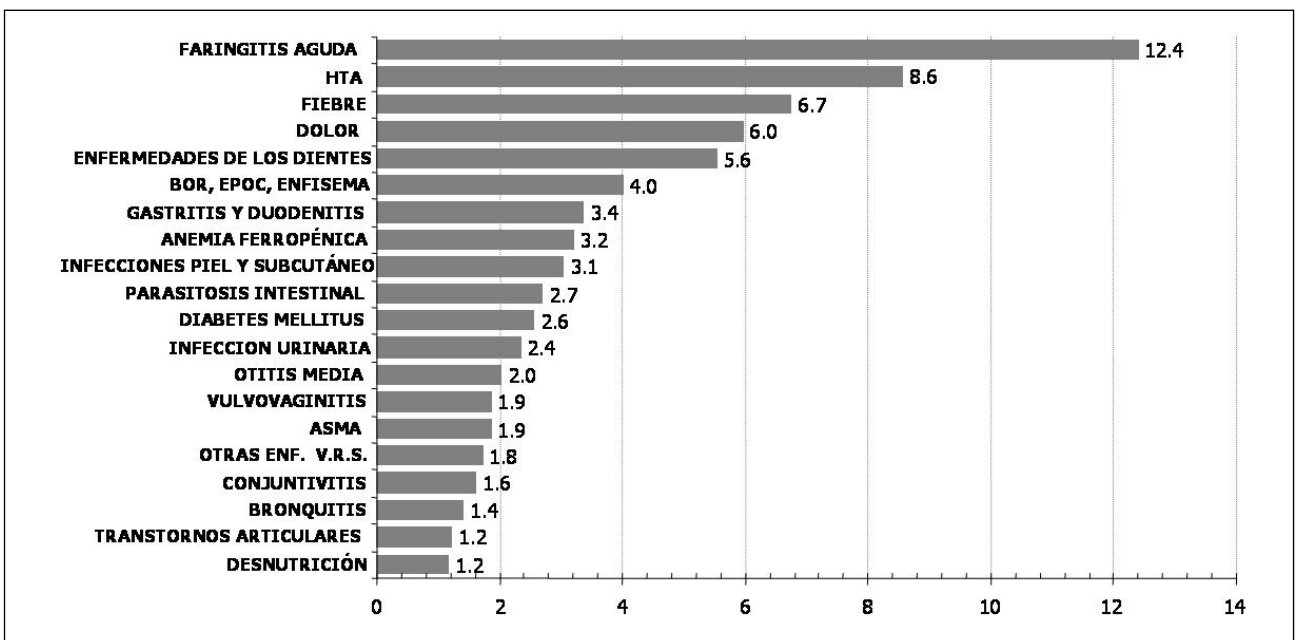
| Región          | Provincia           | Región     | Provincia        |
|-----------------|---------------------|------------|------------------|
| CAPITAL FEDERAL | CAPITAL FEDERAL     | NOA        | TUCUMÁN          |
| CUYO            | LA RIOJA            | PAMPEANA   | JUJUY            |
|                 | MENDOZA             |            | LA PAMPA         |
|                 | SAN LUIS            |            | SANTA FE         |
|                 | SAN JUAN            |            | ENTRE RÍOS       |
| NEA             | MISIONES            |            | BUENOS AIRES     |
|                 | FORMOSA             |            | CÓRDOBA          |
|                 | CHACO               | CHUBUT     |                  |
|                 | CORRIENTES          | SANTA CRUZ |                  |
| NOA             | CATAMARCA           | PATAGÓNICA | NEUQUÉN          |
|                 | SALTA               |            | RÍO NEGRO        |
|                 | SANTIAGO DEL ESTERO |            | TIERRA DEL FUEGO |

### 3. Resultados

Se registró un promedio de 1,33 diagnósticos por receta.

El Gráfico N° 1 presenta la frecuencia de diagnósticos (Motivos de Consultas) indicados en los Formularios R prescriptos en los trimestres de 2003 citados. Se presentan los primeros 20 diagnósticos, que significan el 73.6% del total registrado. En primer lugar se ubican la faringitis (12,4%), hipertensión arterial primaria (8,6%) y fiebre (6,7%).

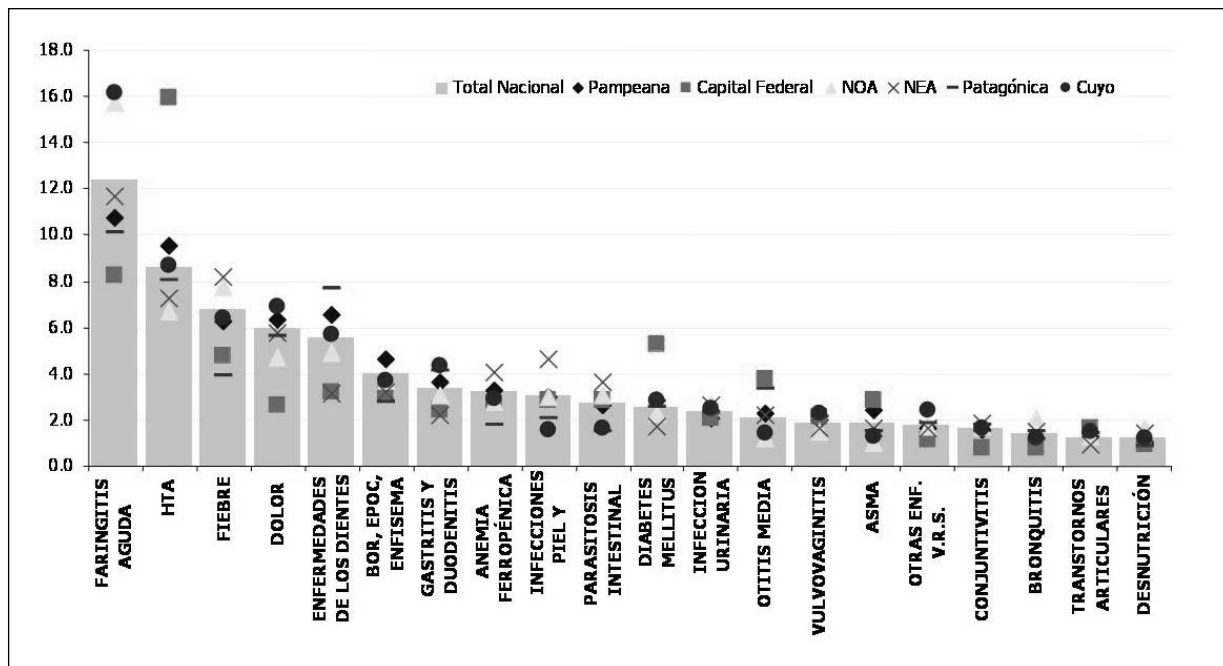
Gráfico 1. Frecuencia de Diagnósticos. Total Nacional.



FUENTE: Formularios R

En el gráfico 2 se presenta la distribución de diagnósticos por regiones. Es de interés ver como la Ciudad de Buenos Aires se diferencia de resto del país, con mayor frecuencia de problemas crónicos (HTA, diabetes, asma) y menor frecuencia de problemas agudos (faringitis, fiebre, dolor).

Gráfico 2. Frecuencia de Diagnósticos. Total Nacional y distribución por regiones.



FUENTE: Formularios R.

A partir del análisis de heterogeneidad de las diferencias interregionales de patologías, se constata que las que mayores diferencias presentan son la otitis media, diabetes mellitus, las infecciones de la piel y el asma. Por otro lado, las patologías que se presentan más homogéneamente entre regiones son las infecciones urinarias, vulvovaginitis y BOR, EPOC, enfisema.

En la tabla 4 (pag. 8) se muestra la distribución de patologías por provincia. Se observa que las provincias de cada región no se comportan homogéneamente. Por ejemplo: Tucumán triplica a Jujuy en la frecuencia de HTA, Formosa tiene menos de la mitad de consultas por diabetes que Misiones, Tierra del Fuego duplica en otitis a Santa Cruz, la Provincia de Buenos Aires tiene más del doble de consultas por asma que La Pampa, Corrientes más del doble de infecciones de piel que Entre Ríos.

En la tabla 5 se presenta la distribución de Formularios R

según sexo. Los resultados muestran que las mujeres realizan más consultas que los varones en los CAPS.

Tabla 5. Recetas según sexo, en %

| Hombres | Mujeres |
|---------|---------|
| 36.21%  | 63.79%  |

\*sólo se incluyeron casos con respuesta válida

FUENTE: Formularios R.

En la tabla 6 se presenta la distribución de Formularios R según grupo de edad.

Tabla 6. Recetas según grupos de edad, en %.

| < 2 años | 2 a 15 años | 15 a 60 años | > 60 años |
|----------|-------------|--------------|-----------|
| 17.03%   | 23.70%      | 47.21%       | 12.06%    |

\*sólo se incluyeron casos con respuesta válida

FUENTE: Formularios R.

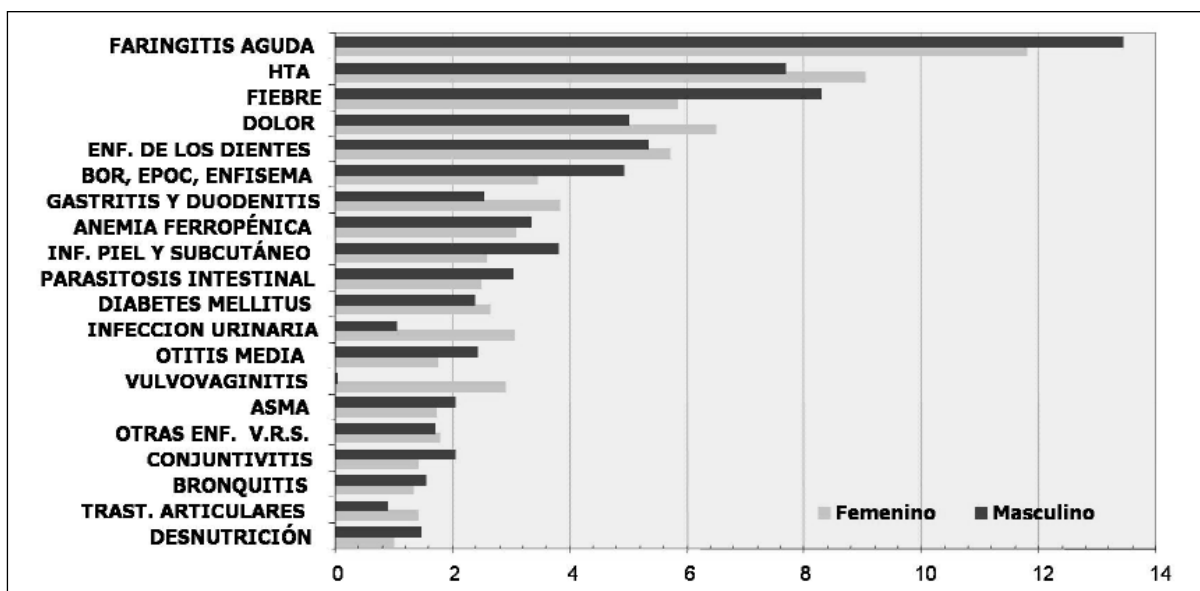
Tabla 4. Frecuencias de 20 principales diagnósticos, por provincias, en porcentaje.

| PROBLEMA DE SALUD         | TOTAL NACIONAL | B U E N O S A I R E S | C A P F E D E R E A L | C A T A M A R C A | C H A C O | C H U B U T | C O R D O B A | C O R R I E N T E S | E N T R E R I O S | F O R M O S A | J U J U Y | L A P A M P A | L A R I O J A | M E N D O Z A | M I S I O N E S | N E U Q U E N | R I O N E G R O | S A L T A | S A N J U A N | S A N L U I S | S A N T A C R U Z | S A N T A F E | S A N T. E S T E R O | T. DEL F U E G O | T U C U M A N |
|---------------------------|----------------|-----------------------|-----------------------|-------------------|-----------|-------------|---------------|---------------------|-------------------|---------------|-----------|---------------|---------------|---------------|-----------------|---------------|-----------------|-----------|---------------|---------------|-------------------|---------------|----------------------|------------------|---------------|
| FARINGITIS AGUDA          | 12.4           | 10.3                  | 8.2                   | 14.0              | 10.7      | 12.9        | 12.1          | 12.2                | 12.8              | 12.4          | 14.9      | 9.7           | 18.5          | 15.5          | 12.4            | 6.8           | 9.1             | 15.5      | 19.0          | 12.3          | 6.5               | 9.9           | 12.2                 | 15.0             | 19.5          |
| HTA                       | 8.6            | 9.1                   | 16.0                  | 7.8               | 7.1       | 7.7         | 9.5           | 7.8                 | 10.8              | 6.0           | 3.3       | 11.4          | 7.2           | 8.9           | 7.6             | 8.0           | 8.5             | 4.7       | 9.8           | 7.9           | 6.3               | 10.2          | 6.6                  | 8.0              | 9.1           |
| FIEBRE                    | 6.7            | 6.6                   | 4.7                   | 5.9               | 7.0       | 3.6         | 5.9           | 9.2                 | 5.8               | 10.2          | 5.8       | 4.3           | 7.3           | 5.9           | 8.0             | 4.5           | 4.0             | 6.0       | 7.5           | 6.0           | 1.4               | 5.7           | 11.1                 | 4.3              | 7.6           |
| DOLOR                     | 6.0            | 7.0                   | 2.6                   | 2.5               | 7.2       | 4.2         | 4.2           | 4.8                 | 8.5               | 4.5           | 5.4       | 6.1           | 4.8           | 8.0           | 4.9             | 11.6          | 4.5             | 4.4       | 6.6           | 5.3           | 0.3               | 5.3           | 5.3                  | 1.0              | 4.7           |
| ENF. DE LOS DIENTES       | 5.6            | 6.9                   | 3.2                   | 8.8               | 4.0       | 8.2         | 6.9           | 3.3                 | 6.5               | 2.7           | 4.2       | 8.4           | 5.4           | 5.1           | 1.6             | 12.2          | 5.2             | 5.1       | 4.7           | 9.5           | 7.3               | 4.4           | 4.4                  | 3.9              | 4.4           |
| BOR, EPOC, ENFISEMA       | 4.0            | 5.0                   | 3.0                   | 2.1               | 2.3       | 4.1         | 4.2           | 4.3                 | 3.6               | 2.7           | 2.9       | 2.3           | 2.1           | 4.4           | 3.8             | 1.4           | 2.6             | 3.1       | 3.6           | 2.8           | 0.5               | 4.5           | 4.6                  | 2.8              | 4.2           |
| GASTRITIS Y DUODENITIS    | 3.4            | 3.1                   | 2.4                   | 4.0               | 1.8       | 3.5         | 4.6           | 2.3                 | 3.9               | 2.5           | 2.4       | 4.4           | 4.3           | 4.6           | 2.5             | 4.0           | 4.9             | 3.1       | 3.5           | 4.3           | 5.7               | 4.2           | 3.3                  | 2.7              | 2.9           |
| ANEMIA FERROPÉNICA        | 3.2            | 3.7                   | 2.7                   | 2.9               | 4.2       | 1.6         | 2.8           | 4.7                 | 2.7               | 3.1           | 2.5       | 1.2           | 2.6           | 2.9           | 3.8             | 1.7           | 1.9             | 3.0       | 3.4           | 2.7           | 1.3               | 2.6           | 2.5                  | 2.1              | 2.9           |
| INFECC. PIEL Y SUBCUTÁNEO | 3.1            | 3.3                   | 2.9                   | 1.7               | 4.9       | 2.3         | 2.8           | 5.0                 | 2.0               | 3.7           | 5.0       | 1.4           | 2.3           | 1.5           | 4.1             | 1.8           | 1.9             | 3.7       | 1.1           | 1.6           | 1.3               | 2.8           | 3.0                  | 2.7              | 2.0           |
| PARASITOSIS INTESTINAL    | 2.7            | 2.9                   | 2.9                   | 2.3               | 3.8       | 1.8         | 1.9           | 4.0                 | 3.0               | 1.9           | 3.2       | 1.4           | 2.6           | 1.5           | 3.9             | 1.1           | 1.6             | 3.2       | 1.4           | 1.7           | 0.9               | 2.5           | 2.6                  | 1.6              | 3.4           |
| DIABETES MELLITUS         | 2.6            | 2.7                   | 5.3                   | 2.3               | 1.9       | 2.2         | 3.2           | 1.5                 | 2.3               | 1.4           | 1.2       | 2.8           | 2.1           | 3.2           | 1.7             | 2.7           | 2.7             | 2.2       | 2.8           | 2.3           | 2.8               | 3.4           | 2.0                  | 4.0              | 3.0           |
| INFECCION URINARIA        | 2.4            | 2.1                   | 2.1                   | 3.4               | 2.6       | 2.2         | 2.4           | 2.2                 | 1.6               | 3.0           | 2.2       | 1.7           | 3.5           | 2.3           | 2.9             | 1.8           | 2.9             | 3.0       | 2.4           | 2.3           | 2.0               | 1.9           | 2.6                  | 2.5              | 2.5           |
| OTITIS MEDIA              | 2.0            | 2.5                   | 3.8                   | 1.2               | 3.0       | 3.6         | 2.0           | 1.9                 | 1.4               | 1.6           | 1.7       | 2.1           | 1.1           | 1.6           | 1.5             | 2.6           | 3.4             | 0.9       | 1.0           | 1.5           | 2.3               | 2.4           | 1.4                  | 4.3              | 1.1           |
| VULVOVAGINITIS            | 1.9            | 2.3                   | 2.1                   | 1.5               | 1.9       | 2.2         | 1.6           | 1.6                 | 1.2               | 1.2           | 2.2       | 1.4           | 1.8           | 2.7           | 1.6             | 3.3           | 1.6             | 1.6       | 1.5           | 1.9           | 1.9               | 1.7           | 1.5                  | 1.7              | 1.1           |
| ASMA                      | 1.9            | 2.9                   | 2.9                   | 1.1               | 1.2       | 1.0         | 1.7           | 2.3                 | 2.4               | 1.4           | 1.2       | 1.2           | 1.5           | 1.1           | 2.0             | 1.6           | 1.8             | 1.0       | 1.2           | 1.7           | 1.6               | 1.7           | 1.1                  | 1.6              | 0.8           |
| OTRAS ENF. V.R.S.         | 1.8            | 1.4                   | 1.1                   | 1.6               | 1.7       | 1.3         | 1.8           | 1.6                 | 1.9               | 1.7           | 1.4       | 2.7           | 2.3           | 2.4           | 1.5             | 2.3           | 2.1             | 1.8       | 2.4           | 2.5           | 2.9               | 2.1           | 2.0                  | 1.3              | 1.5           |
| CONJUNTIVITIS             | 1.6            | 1.5                   | 0.8                   | 1.7               | 1.9       | 1.9         | 1.8           | 1.5                 | 1.5               | 1.9           | 2.0       | 0.8           | 1.6           | 1.7           | 2.0             | 1.1           | 2.1             | 1.9       | 1.2           | 2.1           | 1.0               | 1.4           | 1.6                  | 2.0              | 1.6           |
| BRONQUITIS                | 1.4            | 1.0                   | 0.8                   | 1.7               | 1.5       | 1.6         | 1.5           | 1.3                 | 1.5               | 1.5           | 1.9       | 1.1           | 2.0           | 1.1           | 1.9             | 0.6           | 1.7             | 2.1       | 0.7           | 1.3           | 1.6               | 1.7           | 2.5                  | 3.1              | 1.8           |
| TRANST. ARTICULARES       | 1.2            | 1.0                   | 1.6                   | 1.7               | 1.0       | 1.3         | 1.2           | 0.8                 | 1.3               | 1.2           | 1.4       | 2.8           | 1.4           | 1.4           | 0.7             | 2.0           | 1.3             | 1.5       | 1.7           | 1.4           | 2.3               | 1.8           | 1.3                  | 0.4              | 1.0           |
| DESNUTRICIÓN              | 1.2            | 1.0                   | 0.9                   | 1.0               | 1.8       | 0.8         | 0.9           | 1.4                 | 0.8               | 1.4           | 3.1       | 0.2           | 1.8           | 1.0           | 1.0             | 0.7           | 1.1             | 2.0       | 1.3           | 0.9           |                   | 1.1           | 1.1                  | 0.2              | 1.4           |

FUENTE: Formularios R.

En el gráfico 3 se muestra la distribución de los problemas de salud indicados en los Formularios R, por sexo. Las barras oscuras indican la distribución de frecuencia de problemas de salud en varones, y la barra clara la distribución interna al grupo de las mujeres. Ello no debe confundirse con la distribución de las recetas totales entre varones y mujeres que se reportó en la tabla 4. Además de en vulvovaginitis, las principales diferencias se registraron en fiebre e infección urinaria.

Gráfico 3. Problemas de salud más frecuentes a nivel nacional, por sexo.

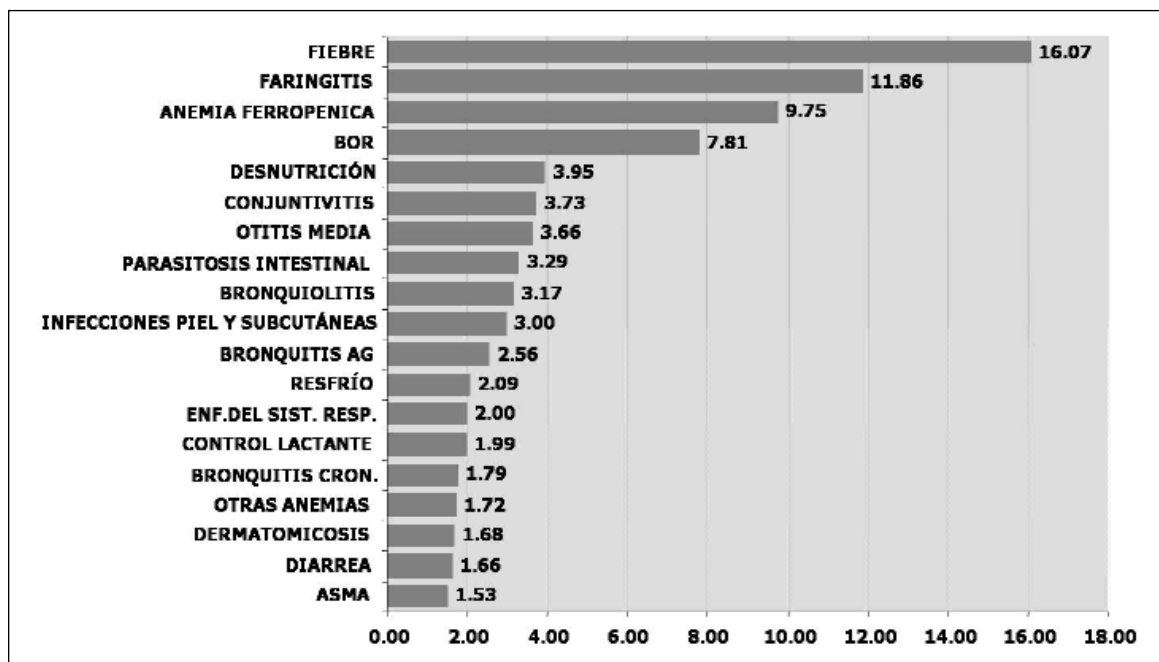


FUENTE: Formularios R.



El gráfico 4 presenta los 20 diagnósticos más frecuentes en niños menores a 2 años, indicados en los Formularios R. Éstos significan el 83.57% del total de diagnósticos registrados.

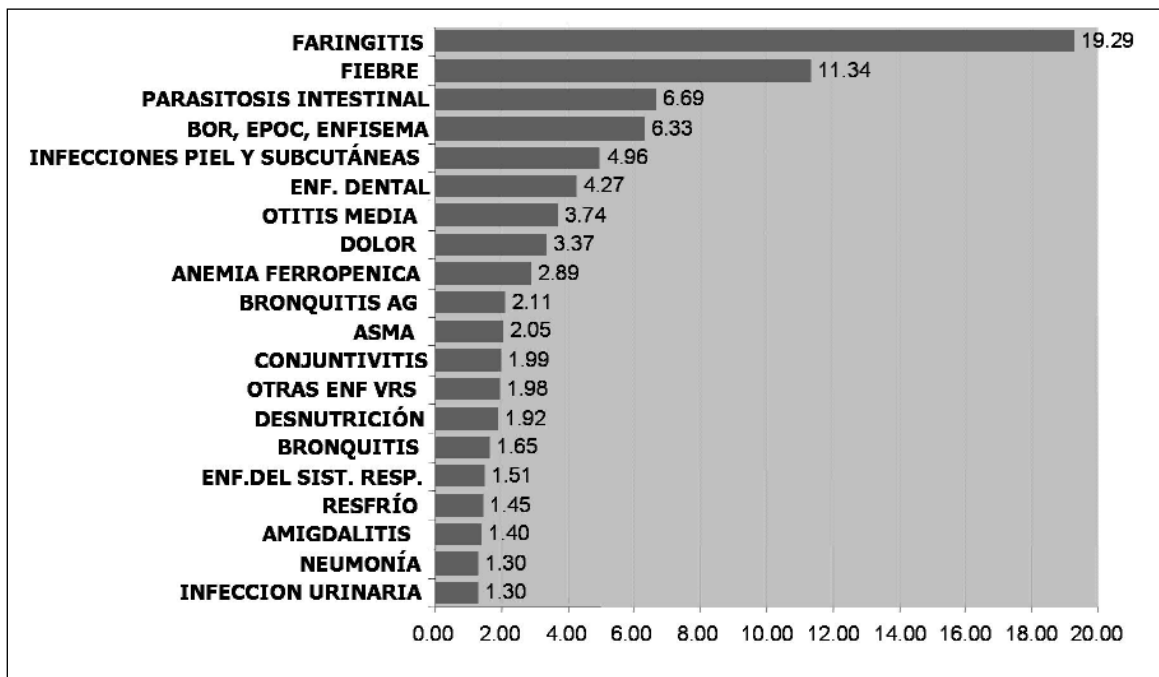
Gráfico 4. Diagnósticos más frecuentes en niños menores a 2 años.



FUENTE: Formularios R.

El gráfico 5 presenta los 20 diagnósticos más frecuentes en niños de entre 2 y 14 años, indicados en los Formularios R. Éstos significan el 81.56% del total de diagnósticos registrados.

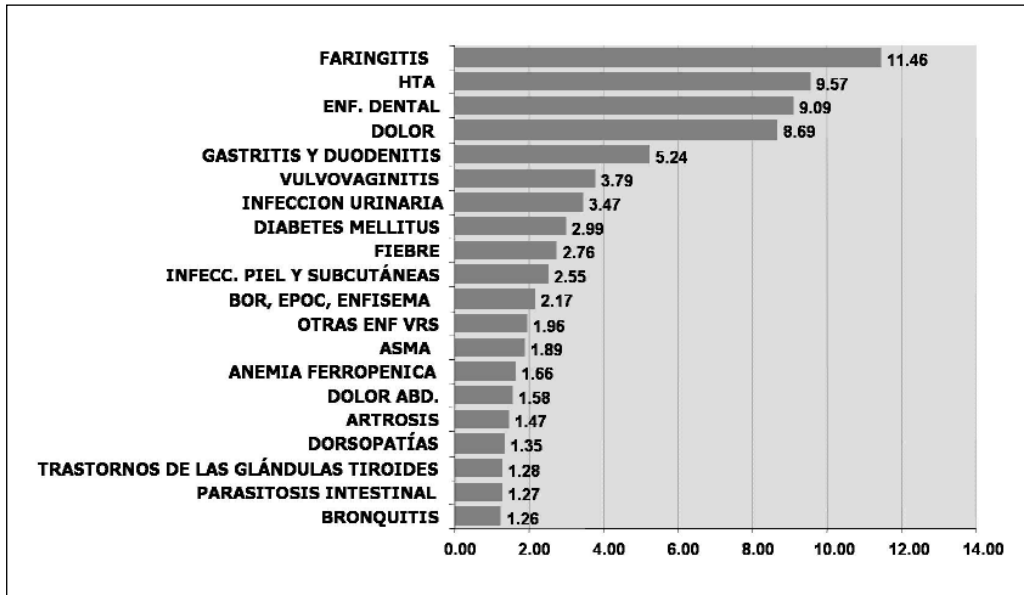
Gráfico 5. Diagnósticos más frecuentes en niños de entre 2 y 14 años.



FUENTE: Formularios R.

El gráfico 6 presenta los 20 diagnósticos más frecuentes en el grupo de entre 15 y 60 años, indicados en los Formularios R. Éstos significan el 75.84% del total de diagnósticos registrados.

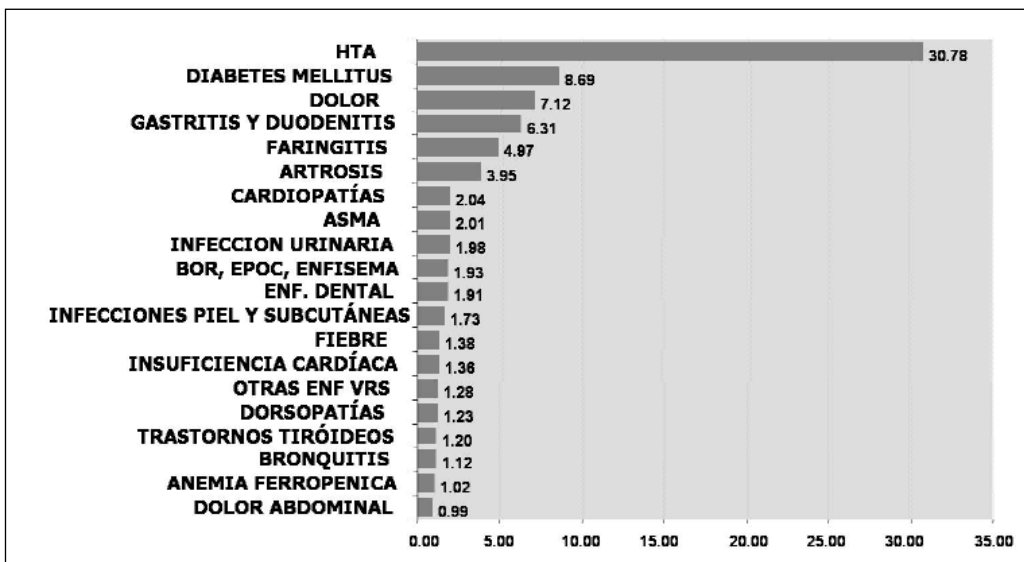
Gráfico 6. Diagnósticos más frecuentes en personas de 15 a 60 años de edad.



FUENTE: Formularios R.

El gráfico 7 presenta los 20 diagnósticos más frecuentes en mayores a 60 años, indicados en los Formularios R. Éstos significan el 82.99% del total de diagnósticos registrados.

Gráfico 7. Diagnósticos más frecuentes en mayores a 60 años.



FUENTE: Formularios R.

De los problemas de salud más frecuentes detectados a nivel nacional, cabe destacar la clara preponderancia de desnutrición en los grupos de hasta 14 años y de la HTA en los mayores de 15 años. En particular, en el grupo de mayores de 60 años, la HTA es el principal problema de salud y significa casi un 31% del total.

Por último, se investigó si existían diferencias en la frecuencia de diagnósticos relacionadas con el tamaño del CAPS, definido en función del número de consultas mensuales en cada CAPS. Los CAPS mayores podrían tener más especialistas, exámenes complementarios y por ende mayor manejo de problemas complejos. Los CAPS fueron clasificados según sus consultas mensuales en: 0-599; 600-999; 1000-1999; > 2000. Se observó que no existen diferencias significativas.

# Análisis de los diagnósticos o problemas de salud

Dr. Ricardo Bernztein y Lic. Mauricio Monsalvo

La información provista por el Programa REMEDIAR es trascendente, ya que colabora en la construcción de estadísticas de morbilidad en la República Argentina. La frecuencia de consultas en el primer nivel de atención es un insumo clave, no sólo para los ajustes del botiquín, sino para la planificación sanitaria y -a pesar de que no informe prevalencia o incidencia- el conocimiento epidemiológico en general. También es útil para estudiar la oferta de servicios de salud.

## Limitaciones del estudio

- Las recetas informan las frecuencias de los problemas de salud o diagnósticos para los que REMEDIAR provee medicamentos. Por lo tanto, no se genera información acerca de problemas como tuberculosis, SIDA, etc., para los que los medicamentos son provistos por otros programas nacionales.
- Otro sesgo, que podría modificar las frecuencias de diagnósticos, lo constituye la falta de información acerca de provisión provincial o municipal de medicamentos. Información del SIEMPRO muestra que en el 60% de las consultas ambulatorias en los CAPS se prescriben medicamentos. Como se ve en la tabla 1 del artículo anterior, la prescripción de medicamentos REMEDIAR es del 40% de las consultas ambulatorias.

## Validación de los análisis anteriores

Se puede afirmar que, aún considerando mínimas diferencias en los resultados, el análisis del universo de Formularios R valida el análisis de la muestra de recetas utilizada hasta la fecha, para la evaluación del uso racional de medicamentos (URM). Para constatar esta afirmación, se puede comparar el gráfico 1, del artículo anterior de este boletín (Frecuencia de Diagnósticos. Total Nacional) con el gráfico 1 de la pág. 6 del Boletín Nro 7 (enero 2004), que se basó en la muestra mencionada.

## El diagnóstico y el uso racional de medicamentos

La evaluación sistemática del URM basada en la Guía de la Buena Prescripción<sup>1</sup>, define un proceso de terapéutica razonada (tratamiento personal) que requiere seis pasos sucesivos. El primero, es la definición del problema: el *diagnóstico*. A partir de allí se debe especificar el *objetivo terapéutico*; la elección de un *tratamiento efectivo y seguro* -que puede o no involucrar la utilización de un fármaco; la *selección* apropiada del medicamento, dosis y duración; la *comunicación* de las indicaciones e *información* adecuada al paciente; y el *monitoreo* de la eficacia de la terapia y efec-

tos adversos. Sólo a partir de un diagnóstico correcto, se puede realizar un URM. Debido a ello, es necesario estudiar detenidamente los diagnósticos consignados en las recetas. La *metodología* de este análisis consiste en contrastar los resultados con la medicina basada en evidencias (MBE) y en especial, estudiar la variabilidad.

## Medicina basada en evidencias

La MBE es un *proceso de aprendizaje continuo* que consiste en la incorporación de la *mejor evidencia disponible* -revisiones sistemáticas, metaanálisis- dentro de la *práctica clínica o sanitaria diaria*<sup>2</sup>. El enfoque basado en la evidencia promueve: a) la adopción de intervenciones que causan más beneficios que daño y que son costo-efectivas; b) la disminución de la variabilidad en la práctica sanitaria y c) la investigación local. La MBE es la base de las Guías de Práctica Clínica, definidas como: enunciados sistemáticamente desarrollados para asistir al profesional y a las decisiones del paciente acerca de la atención médica apropiada para circunstancias clínicas específicas<sup>3</sup>.

## La Variabilidad

Glover publicó, en 1938, inexplicables diferencias en la tasa de amigdalectomías de escolares que vivían en condados vecinos en Inglaterra<sup>4</sup>. La probabilidad de sufrir dicha cirugía era 6 veces mayor según el sitio de nacimiento. A partir de allí, Wennberg definió el *fenómeno de variación en la utilización de recursos en áreas pequeñas* para describir la enorme e inexplicable variabilidad en el manejo de las condiciones de salud. Hay evidencia que muestra que la localización del sitio de práctica es un motor más importante que el costo, la calidad o los resultados de la atención médica provista<sup>5</sup>. La variabilidad puede ser *apropiada* cuando se debe a diferencias en tipo o severidad de patologías evaluadas o a diferentes resultados. Pero en otras ocasiones se debe a *inadecuadas* decisiones médicas frente a la incertidumbre<sup>6</sup>. No debe tomarse como natural que el lugar donde a la población le toca vivir y atenderse, sea el determinante de la calidad y resultados de su atención médica<sup>7</sup>. La variabilidad en la atención de la salud puede ser **causa de inequidad**. La reducción de las desigualdades en el estado de salud de la población, depende entre otras variables de la reducción de la **variabilidad inapropiada**.

## Análisis de las consultas por sexo

En la tabla 5 del artículo anterior se ve que casi dos tercios de las consultas en CAPS, las realizan mujeres y un tercio,

<sup>1</sup> T. de Vries, R. Henning, H. Hogerzeil and D. Fresle. Guía de la buena prescripción. Organización Mundial de la Salud (OMS). Programa de acción sobre Medicamentos Esenciales. 1998.

<sup>2</sup> Ortiz Z. La colaboración Cochrane. Evidencia Aten. Primaria 2000;3 (3):66-7.

<sup>3</sup> Williams G y Martínez Sagasta C. La normatización y la calidad asistencial. Atención Primaria de la salud, Boletín PROAPS [www.msal.gov.ar/htm/site/pngcam/pngcatm.html](http://www.msal.gov.ar/htm/site/pngcam/pngcatm.html) Resolución 899/01.-REMIAR 2004;10 (2):25-8. Definición adoptada por el Institute of Medicine, EEUU -Lohr.

<sup>4</sup> Glover JA. The incidence of tonsillectomy in school children. Proceedings of the Royal Society of Medicine 1938;31:1219-36.

<sup>5</sup> Wennberg J, Guittelsohn A. Small area variation in health care delivery. Science 1973;182:1102-8.

<sup>6</sup> Rubinstein A y Rubinstein F. Más no es necesariamente mejor. Evidencia en Atención Primaria 2003;6:2-4.

<sup>7</sup> Wennberg J. Variation in the delivery of health care: the stakes are high. Ann Intern Med 1998;128:866-8.

varones. El mayor acceso de las mujeres a los servicios de salud se repite en diferentes niveles: hospitales públicos, seguridad social. Como se ve más adelante, la diferencia en los CAPS no se debe a consultas por control de embarazo. A pesar de que esta información no es sorprendente, muestra que es necesario trabajar con la población masculina para lograr un mayor nivel de consultas y así, mejores resultados sanitarios.

### Análisis de las consultas por edad

En la tabla 6 del artículo anterior, se ve que el 40% de las consultas corresponden a menores de 15 años de edad. Se podría decir que se verifica una mayor demanda por parte de la población pediátrica en el Primer Nivel de Atención (PNA). Esta mayor demanda pediátrica, se relaciona con un predominio de las presentaciones infantiles de los medicamentos en el Botiquín REMEDIAR.

Esto se asocia con la alta frecuencia de infecciones respiratorias altas en los primeros 2 años de vida, la presencia de pediatras en muchos CAPS y, a una historia de promoción de salud y control del crecimiento y desarrollo.

La política, pone énfasis en cuidar la salud infantil.

### Análisis de los diagnósticos

Los diagnósticos pueden evaluarse según distintas categorías:

- Los diagnósticos pueden revelar prácticas preventivas (controles de salud) o curativas.
- Entre estas últimas hay problemas agudos (faringitis, fiebre, dolor) o crónicos (hipertensión, diabetes, asma).
- Algunos de los problemas presentan complejidad que prioritariamente puede ser resuelta en el PNA por un médico generalista (control de salud, faringitis, HTA, asma leve); otros problemas requieren una red de atención con la integración de diferentes niveles de complejidad, referencia y contrarreferencia (diabetes, epilepsia). Así, los diagnósticos ayudan a estudiar la oferta de los servicios.
- El diagnóstico puede revelar diferentes grados de complejidad en su elaboración. Puede consignarse: fiebre (código 726) o, en el mismo paciente, infección urinaria (código 535); dolor (código 728) o migraña (código 229), etc.
- La frecuencia de diagnóstico puede tener, o no, relación con la distribución epidemiológica de la prevalencia o incidencia, ya sea por región, por sexo o por edad.

### Diagnósticos

La tabla 4 del artículo anterior de este boletín muestra en detalle, para los principales diagnósticos, las frecuencias y sus variaciones por provincia.

**Faringitis aguda.** Código CEPS AP 402. Frecuencia total nacional, formularios R=12,4%.

Es notorio que sea el diagnóstico más frecuente. El manual de codificaciones CEPS-AP incluye angina estreptocócica. Ésta tiene una incidencia de un 10-20% de los casos de faringitis, ocurre en niños mayores de 5 años y más frecuentemente en menores de 15 años de edad<sup>8</sup>. La sospecha (Score de Centor<sup>9</sup>); o mejor la confirmación del estreptococo mediante un cultivo, que es la única justificación para prescribir un antibiótico beta lactámico. También es notoria la gran variabilidad del diagnóstico según provincia: mientras

que en Tucumán y La Rioja la frecuencia se acerca al 20%, en Santa Cruz y Neuquén está cercana al 6,5%. Es improbable que dicha variabilidad se relacione con diferencias epidemiológicas. Se constata que el clima frío no incide en la frecuencia.

La alta frecuencia en niños menores de 2 años (gráfico 4 del artículo anterior), así como la variabilidad geográfica, hacen pensar que existe un sobrediagnóstico de faringitis. . Ello genera en nuestro PNA la sobreprescripción de antibióticos, replicando experiencias ya publicadas.

Dicha práctica, la sobreprescripción de antibióticos, es un problema con importantes consecuencias:

- Presión selectiva para la aparición de bacterias resistentes a los antibióticos.
- Efectos adversos de los antibióticos.
- Aumento de los costos.

**BOR, EPOC, enfisema.** Código CEPS-AP 418.

La recurrencia del cuadro de sibilancias en el niño pequeño es objeto de controversias<sup>11</sup>. Los nombres dados a lo largo de los años a las sibilancias en niños pequeños, siempre han sido confusos: **BOR**, bronquitis sibilante, sibilancias asociadas a enfermedades respiratorias o bronquitis asmáticas, entre otros. Se utiliza la denominación **lactantes sibilantes**, para diferenciar el cuadro de la **bronquiolitis** (Código CEPS-AP 414) y del **asma bronquial** de los niños mayores (Código CEPS-AP 419). Las sibilancias son un síntoma de obstrucción bronquial de la vía aérea y no representan un diagnóstico en sí mismo. Para que éstas se produzcan, se requiere: un estrechamiento de la vía aérea o compresión de la misma y la producción de un flujo aéreo suficiente. Habiendo diferenciado cuadros como fibrosis quística, displasia broncopulmonar, compresión de la vía aérea, reflujo gastroesofágico, entre otros, la pregunta es si el diagnóstico es asma. Martínez<sup>12</sup> concluyó que la mayoría de las veces las sibilancias recurrentes en niños menores de 6 años, están relacionadas a condiciones transitorias asociadas a una función de la vía aérea disminuida al nacimiento y no presentan riesgo incrementado de asma o alergias tardías en la vida; excepto en un grupo en el que las sibilancias representan una predisposición al asma. Ello es, sin embargo, motivo de controversia.

Para codificar el mal definido cuadro denominado BOR o sibilancias recurrentes, el índice alfabético del manual CEPS-AP remite al código 418. La clasificación tabular no es tan clara, ya que incluye en el código 418, un problema pediátrico, como BOR o bronquitis crónica asmática obstructiva y problemas del adulto, como enfisema o EPOC. Otros diagnósticos relacionados son: bronquitis aguda en menores de 15 años -incluye fibrinosa, membranosa, purulenta, con broncoespasmo, traqueobronquitis (Código CEPS-AP 413); bronquitis y bronquitis crónica en mayores de 15 años (Código CEPS-AP 417).

En la distribución de diagnósticos la frecuencia en menores de 2 años es del 7,8% y decrece hasta llegar al 1,9% en mayores de 60 años de edad. La distribución por provincias, muestra mayor frecuencia en Buenos Aires, sin clara distribución por regiones.

**Hipertensión arterial (HTA).** Código CEPS-AP 351. Frecuencia total nacional, formularios R = 8,6%.

La HTA es uno de los principales motivos de consulta médi-

<sup>8</sup> Bisno AL, et al. Practice Guidelines for the Diagnosis and Management of Group A Streptococcal Pharyngitis. *Clinical Infectious Diseases* 2002;35:113-125.

<sup>9</sup> Centor RM, Witherspoon JM, Dalton HP, Brody CE, Link K. The diagnosis of strep throat in adults in the emergency room. *Med Decis Making* 1981;1:239-46

<sup>10</sup> Calmaggi A et al. Faringitis aguda. Atención Primaria de la Salud, Boletín PROAPS REMEDIAR 2003;5:10-11.

<sup>11</sup> Castaños C. Lactante sibilante. Atención Primaria de la Salud, Boletín PROAPS-REMEDIAAR 2003;Nº 1; pag 7.

<sup>12</sup> Martínez F; Wright A; Taussig L y col. Asthma and Wheezing in the first six years of life. *N Engl J Med* 1995; 332:133-138.

ca en todo el mundo, con una prevalencia en la población general muy alta. En la Argentina, según el Estudio Argentino de Prevalencia de Hipertensión Arterial<sup>13</sup>, en una muestra de 10.461 adultos no institucionalizados en todo el país, la prevalencia de HTA fue del 26% y su consecuencia, la enfermedad cardiovascular (ECV), es la principal causa de mortalidad en nuestro país. Por lo que la alta frecuencia de consultas por HTA es esperable.

En las encuestas periódicas de salud de los EEUU (National Health and Nutrition Examination Survey -NHANES-) se determinó que **la prevalencia de HTA se está incrementando**. El aumento de la prevalencia de HTA coincide con el aumento de la prevalencia de obesidad y de la edad en la población. En 1999-2000 llega al 28,7%; el 68,9% de los hipertensos **lo sabe**, el 58,4% **es tratado** y la HTA fue **controlada** en el 31% de los casos<sup>14</sup>. La prevalencia es mayor en mujeres, aumenta con la edad (más del 65% de los mayores de 60 años de edad es hipertenso) y con el mayor índice de masa corporal (BMI). Es razonable, entonces, que aumente la frecuencia en los formularios R en los grupos de mayor edad (30% de las consultas en > de 60 años) y en las mujeres.

No es explicable la **gran variabilidad en la frecuencia del diagnóstico de HTA entre las diferentes jurisdicciones**. La frecuencia de HTA en Jujuy es del 3,3%, en Salta del 4,7%, en cambio en La Pampa llega al 11,4% y en la Ciudad de Buenos Aires al 16%. Las hipótesis que explicarían la variabilidad son: **1.** variabilidad epidemiológica -diferente prevalencia relacionada con diferente pirámide poblacional, influencia del medio urbano, etc-, pero no explica la variabilidad entre provincias de una misma región (ej. hacia el interior de Patagonia, NOA o NEA); **2.** lugar que ocupa el seguimiento programado de patologías crónicas -en el primer nivel de atención en las jurisdicciones- en relación al lugar de la patología aguda; **3.** agudeza diagnóstica de los médicos de los CAPS en cada provincia para detectar la HTA.

**Fiebre.** Código CEPS-AP 726. Frecuencia total nacional, formularios R = 6,7%.

La fiebre, es un motivo de consulta muy usual en la práctica ambulatoria, ya que hace que las personas no se sientan bien y consulten para resolver su problema. Pero la consulta por fiebre implica un diagnóstico subyacente. Investigar la etiología oculta tras la queja del paciente y determinar el riesgo de una infección severa, es de mayor importancia que el manejo de la fiebre como sintoma. El objetivo es **consignar siempre los diagnósticos en su mayor nivel de elaboración**.

Se observa una gran variabilidad del diagnóstico entre las jurisdicciones argentinas. En Formosa y Santiago del Estero la frecuencia de consultas por fiebre supera el 10%; en las provincias patagónicas y Ciudad de Buenos Aires es menor al 5%. La variabilidad de la frecuencia del diagnóstico fiebre puede tener **diferentes significados**: desde el lugar que representan la urgencia y la atención programada en las consultas del primer nivel, hasta el grado de complejidad en la elaboración de un diagnóstico.

**Otras patologías con variabilidad no explicadas.**

Las mayores variaciones interregionales de patologías diagnosticadas, que se constatan en la **diabetes mellitus** (cód-

igo CEPS-AP 151), el **asma** (código CEPS-AP 419), la **otitis media** (código CEPS-AP 301) y las **infecciones de la piel** (código CEPS-AP 451), probablemente no encuentren razón en diferencias epidemiológicas.

**Desnutrición** (código CEPS-AP 155).

Hay un diagnóstico que preocupa, la **desnutrición** que aparece en el lugar número 20 del total nacional, pero es el número 5 (frecuencia casi del 4%) entre los niños menores de 2 años de edad. No se aclara el tipo de desnutrición. La provisión de leche se efectúa desde otros programas, lo que podría originar un subregistro, a pesar de que REMEDIAR distribuye hierro y vitaminas. La Encuesta Nacional de Nutrición y Salud (ENNyS), próxima a realizarse, brindará información precisa, válida y actualizada que permita dar cuenta de la magnitud del problema, su distribución geográfica, por edad u otra condición relevante.

**Epilepsia** (código CEPS-AP 228).

La epilepsia aparece como diagnóstico número 41. Sin embargo, afecta alrededor del 0,5 % (1 cada 200 habitantes) de la población<sup>15</sup>. En nuestro país hay alrededor de 200.000 pacientes con epilepsia. El inicio es más frecuente en los primeros 20 años de vida, sin embargo puede comenzar a cualquier edad<sup>16</sup>. REMEDIAR provee medicación para el tratamiento de la epilepsia, dirigida a los pacientes que se encuentran bajo línea de pobreza (en enero de 2004 se discontinuó transitoriamente, por problemas en la licitación, la provisión de carbamazepina). Sin embargo, se produce la siguiente paradoja:

Los pacientes con epilepsia suelen concurrir a servicios de neurología, en hospitales de alta complejidad, donde no hay medicación disponible.

La medicación es distribuida por REMEDIAR en los CAPS, donde no siempre concurren los epilépticos para su control. Por lo tanto, drogas antiepilépticas presentan un stock creciente.

Estas variaciones inapropiadas<sup>17</sup>, que se denominan *variaciones sensibles a las ofertas de servicios*, se ven claramente en el caso de la epilepsia. El sistema (servicios) determina una frecuencia de consultas que difícilmente se justifican, ya que están determinadas por la oferta de recursos sanitarios y no por las necesidades de los pacientes. La paradoja planteada es resultante de esto. Es necesario reformular el modelo de atención. El diagnóstico y tratamiento de epilepsia tienen en el neurólogo y el servicio de neurología un lugar central. El control clínico del paciente, la pesquisa de efectos adversos, la provisión de medicamentos corresponde al médico de atención primaria. La red de atención, con referencia y contrarreferencia, es el modo de lograr que el paciente tenga acceso al medicamento y que los medicamentos sean consumidos por quien los necesitan.

Hay **diagnósticos relacionados con consultas programadas y actividades preventivas**, que a pesar de su importancia y de haber medicamentos en el botiquín de REMEDIAR que justifican la confección de una receta, llamativamente tienen una muy baja frecuencia de consultas.

**Examen médico general** (código CEPS-AP 800).

**Control de salud de rutina del lactante**, menor de 2 años (código CEPS-AP 801).

<sup>13</sup> Limansky RB. Et al. MI for the Multicentric Group for the Study of Hypertension and Risk Factors. Arterial Hypertension prevalence in Argentina. (abstract). Hypertension-Suppl 1992;10 (4) S 37.

<sup>14</sup> Hajjar I and Kotchen T. Trends in Prevalence, Awareness, Treatment, and Control of Hypertension in the United States, 1988-2000. JAMA 2003; 290: 199 - 206.

<sup>15</sup> Melcon MO, Kochen S, Vergara RH, Anderson DW. Prevalence of Epilepsy in an Argentine Community. Neuroepidemiology 2002; 21:209.

<sup>16</sup> Sander JW. The epidemiology of epilepsy revisited. Curr Opin Neurol. 2003 Apr;16(2):165-7

<sup>17</sup> Wennberg J. Unwarranted variations in healthcare delivery: implication for academic medical centers. BMJ 2002;325:961-4.

**Control de salud de rutina del niño sano**, de 2 a 14 años (código CEPS-AP 802).

**Examen y prueba del embarazo** (código CEPS-AP 823). El control de salud de rutina del lactante, está en lugar número 14 entre los menores de 2 años de edad; el control de salud de rutina del niño sano de 2 a 14 años, está en el lugar número 46; el control de embarazo (mujeres entre los 15 y 45 años de edad), está en el lugar número 45; y el examen médico general en adultos y adolescentes, prácticamente no se registra.

## Conclusiones

- El análisis del universo de recetas valida, en los aspectos fundamentales, las evaluaciones presentadas previamente basadas en una muestra.
- La frecuencia de diagnósticos en el primer nivel de atención es un insumo clave para la planificación sanitaria y el conocimiento epidemiológico en general, a pesar de que la información se relacione indirectamente con prevalencia o incidencia.

• Una alta e inexplicable variabilidad en la atención de la salud, es una constante en el análisis de los diagnósticos. La variabilidad inapropiada es causa de inequidad, ya que no se determina la atención según el problema de salud, los resultados buscados o las diferencias epidemiológicas, sino en función del sitio donde se realiza la consulta.

• En línea con lo anterior, existen regiones que tienden a una mayor frecuencia de consultas por patologías crónicas, mientras que otras atienden fundamentalmente problemas agudos. Resultaría de interés conocer en qué medida estas diferencias se relacionan con distintos modelos de atención de la salud.

• En determinadas regiones, los diagnósticos presentan mayor grado de elaboración y complejidad que en otras.

• Ciertos problemas de salud, como la epilepsia, requieren que se reformule el sistema y defina la red de atención, para que los medicamentos se encuentren con quienes los necesitan.

El análisis de las recetas muestra que el PNA no realiza consultas programadas ni prácticas preventivas, sino excepcionalmente.

# Evaluación del Impacto del Programa REMEDIAR

Área Programación - Subgerencia de Operaciones de REMEDIAR

## Introducción

Con el objetivo de evaluar los resultados e impactos previstos de Remediar, y a los efectos de compararlos con la situación inicial del Programa (Línea de Base, realizada a inicios del año 2003), el Sistema de Información, Monitoreo y Evaluación de Programas Sociales (SIEMPRO) desarrolló entre los meses de abril y mayo de 2004 la Evaluación de Medio Término del Programa Remediar.

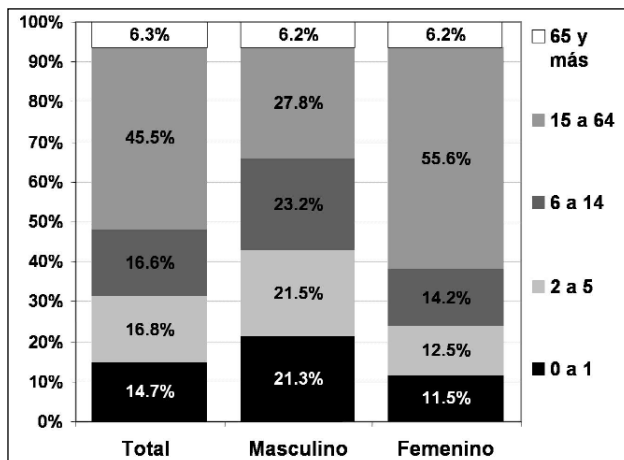
La evaluación comprendió diversos abordajes cualitativos y cuantitativos. Se exponen los resultados de los Módulos I y II, que comprenden una muestra coincidental a 6724 consultantes interceptados a la salida del CAPS, y una sub-muestra de 791 consultantes que recibieron una prescripción médica, que fueron visitados en sus hogares, una semana después, con el objetivo de estudiar conductas en relación con el cuidado de la salud y relevar datos sociodemográficos de los miembros del núcleo del hogar.

El presente artículo resume las principales conclusiones obtenidas por el SIEMPRO, así como también otros datos de impacto de Remediar que son relevados por el propio Programa mediante las piezas de información que los CAPS rinden en forma periódica (Formularios B, M y R).

## Resultados

**Entre los consultantes que recibieron una prescripción médica, se observa que la mayor demanda corresponde a mujeres y niños.** Aproximadamente dos tercios del total de los consultantes son mujeres. La distribución etaria conserva las mismas proporciones entre la totalidad de los consultantes a CAPS y los beneficiarios de Remediar. Puede observarse que se mantiene la fuerte demanda en los tramos de menor edad en la Atención Primaria: **1 de cada 2 beneficiarios son niños menores de 14 años**, con distribuciones similares de sexo al interior de todos los tramos de edad.

**Gráfico 1. Distribución por sexo y grupos de edad de los beneficiarios de Remediar. Año 2004.**



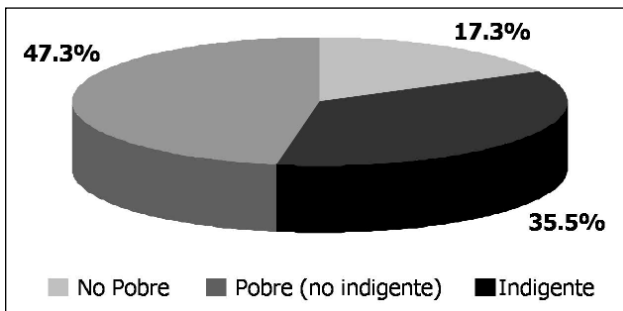
FUENTE: Evaluación SIEMPRO

Del total de consultantes a los que les recetaron un medicamento, el 87% no tenía ningún tipo de cobertura de seguro. **Entre los beneficiarios de Remediar se observa que el 53% concurre al CAPS porque "se sentía mal", es decir, en forma espontánea.** El segundo grupo en importancia está compuesto por aquellos que manifestaron "estar en tratamiento", con un 23%. Es importante destacar que este grupo creció significativamente respecto del 9% que registraba en la Evaluación realizada por SIEMPRO en 2003. **Remediar ha tenido un impacto favorable sobre el cuidado de la salud de la población que es atendida en los CAPS.** Teniendo en cuenta el total de consultantes, se observó que realizan consultas médicas con mayor frecuencia, al tiempo que cobran peso relativo las visitas de tipo preventivo y de control. Así, un tercio de los consultan-

tes manifiesta haber concurrido para realizarse algún tipo de control; el tiempo transcurrido desde la última visita ha disminuido entre el 2003 y el 2004 y el tiempo de espera para ser atendido se ha incrementado. Las entrevistas al personal del CAPS también confirman estos fenómenos. La aparente contradicción entre estas afirmaciones y las del artículo Análisis de los diagnósticos... de este mismo boletín, donde se ve que sólo una ínfima parte de los diagnósticos se relaciona con controles de salud, se relaciona con las diferentes visiones de los beneficiarios y de los médicos (diagnósticos). Se analiza el **nivel educativo alcanzado por los jefes del hogar de consultantes**, considerando la importancia que tiene este indicador en las prácticas preventivas y en el cuidado de la salud de los niños, puede observarse que el 3% no recibió instrucción formal, el 14% alcanzó sólo primaria incompleta; el 46% finalizó el ciclo primario. Un tercio de los jefes accedió a estudios secundarios completos/incompletos.

La utilización de los Centros de Atención Primaria como estrategia de provisión de medicamentos garantiza altos niveles de focalización. El 83% de los consultantes con prescripción médica cubierta por RemediAR se encuentra por debajo de la línea de pobreza. Uno de cada dos beneficiarios vive en hogares que no logran cubrir sus necesidades alimentarias, es decir son indigentes o habitan en hogares indigentes.

Gráfico 2. Situación de pobreza de los beneficiarios REMEDIAR. Año 2004.



FUENTE: Evaluación de RemediAR SIEMPRO, 2004.

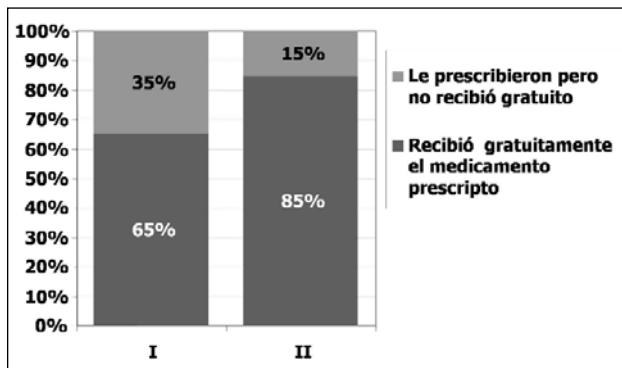
Los medicamentos provistos a los beneficiarios suponen un importante impacto redistributivo sobre la economía de los hogares. Si se relacionan los valores a precios de mercado minorista de los tratamientos promedios entregados en un receta RemediAR con el ingreso *per cápita* de los hogares, puede observarse que el impacto de la transferencia en los ingresos oscila entre un 5,5% en hogares no pobres a un 37,7% en hogares indigentes.

**Impacto sobre la accesibilidad a los servicios públicos de salud.** En términos de distancia a los CAPS del total de consultantes, el 62% vive a menos de 10 cuadras del CAPS donde demandó la atención y el 20% entre 10 y 19 cuadras. La escasez de recursos que caracteriza a los beneficiarios de RemediAR incide incluso en las posibilidades de trasladarse para acceder a servicios de salud que se encuentren a distancias medias o grandes de los hogares. En este sentido, la implementación del Programa a través de los centros cumple el requisito de llegar a un sector de la población con un alto nivel de vulnerabilidad y que no cuenta con los medios para costear otro tipo de atención médica que no sea la pública y gratuita.

La cobertura de medicamentos tuvo un fuerte crecimiento si se consideran los valores iniciales obtenidos en los comienzos de RemediAR (Línea de Base, SIEMPRO, 2003). Inicialmente, la recepción de medicamen-

tos en forma gratuita entre los CAPS bajo Programa había sido del 69% de los consultantes con prescripción médica, mientras que en la actualidad dicha cobertura alcanza al 85%. Ello representa un incremento del 23% entre ambas mediciones. Prácticamente 9 de cada 10 consultantes recibieron los medicamentos que les prescribieron en forma gratuita, en tanto que el Programa RemediAR llegó a casi 6 de cada 10. Estas cifras indican que dos tercios de los consultantes que recibieron medicamentos gratis lo recibieron por el Programa RemediAR.

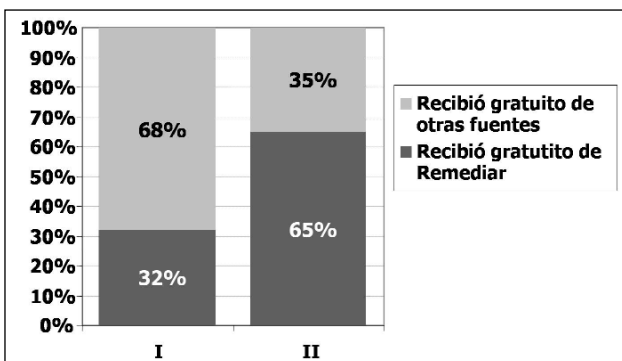
Gráfico 3. Recepción gratuita de medicamentos en CAPS. Años 2003 y 2004.



FUENTE: Evaluación de RemediAR SIEMPRO, 2003 y 2004.

Con respecto al desempeño del Programa, se registró un fuerte crecimiento en la cobertura. Esta mejora podría estar explicada por la incorporación de nuevas drogas al botiquín y a una mayor diversificación en el armado de los mismos, con el fin de cubrir necesidades específicas de medicamentos. Se observa un crecimiento en el segmento de consultantes que consiguieron la totalidad de sus medicamentos a través de RemediAR del 32% en 2003 al 47% en 2004. Como consecuencia, globalmente se logró disminuir la proporción de consultantes que se fueron del CAPS sin recibir medicamentos de 31% en 2003 a 15% en 2004.

Gráfico 4. Participación de RemediAR en la provisión gratuita de medicamentos en CAPS. Años 2003 y 2004.



FUENTE: Evaluación de RemediAR SIEMPRO, 2003 y 2004.

Finalmente, es importante destacar que del 29% de consultantes que no consiguió la totalidad de los medicamentos que le prescribieron, 1 de cada 2 los obtuvo una semana después, también a través de RemediAR. En este sentido, la proporción de consultantes con prescripción médica que logró obtener el medicamento luego de una semana de la indicación sin provisión, se incrementó de 18% en 2003 a 52% en 2004.

# Estimación de la Eficiencia en la Compra de Medicamentos del Programa Remediar

Área Programación - Subgerencia de Operaciones de REMEDIAR

## 1. Método

Para medir la eficiencia de la compra, se compararon los costos unitarios de la adquisición de medicamentos del Programa REMEDIAR, con los precios unitarios del mercado minorista. Se entiende por **costo unitario** el precio de adquisición (en dólares) de una unidad primaria de medicamentos: comprimido, frasco, pomo, óvulo o aerosol.

Se estimó el **precio unitario de mercado minorista** de los medicamentos adquiridos en cada LPI en el mes en el cual finalizó el plazo para la presentación de ofertas por parte de los laboratorios participantes<sup>1</sup>, utilizando como fuente la base de precios del Manual Farmacéutico Argentino. El precio unitario de mercado minorista es el resultado del promedio simple de los precios unitarios de los medicamentos con idéntico principio activo, forma farmacéutica y concentración. Para estimar el valor en dólares del precio de venta en farmacias se consideró el dólar a \$2.90.

En el caso de medicamentos presentados en forma de *comprimidos*, es conocido que las presentaciones comerciales contienen cantidades variables de unidades primarias. Se incluyeron en el análisis todas aquellas presentaciones comerciales que contuvieran una cantidad de unidades similares a las licitadas por el Programa, eliminando principalmente las presentaciones hospitalarias<sup>2</sup>. En el caso de medicamentos presentados en *frascos, pomos, aerosoles o emulsiones*, se seleccionaron aquellos del mismo tamaño licitado por el Programa, excepto en los casos en los cuales se licitaron en distintos tamaños en ambas compras, no tuvieron presentaciones comerciales idénticas o la cantidad de oferentes en la misma presentación resultare muy reducida. En estos casos, todos los envases fueron considerados en el precio promedio.

Una vez calculados ambos valores, para cada licitación se identificó la razón Costo Unitario / Precio Unitario de Mercado Minorista para cada medicamento.

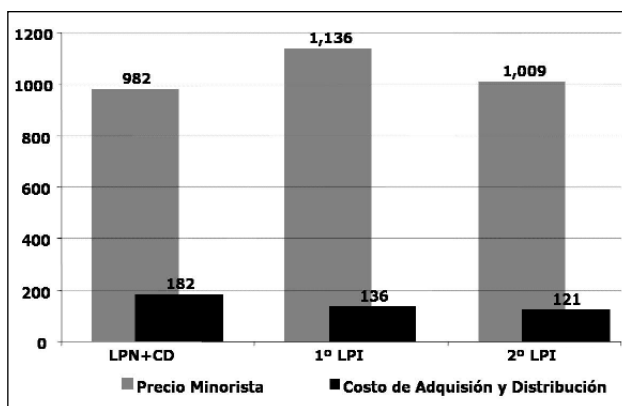
## 2. Resultados

En promedio, el Programa pudo adquirir los medicamentos al 11.5%, 9.9% y 10.4% del precio de mercado en los Procesos de Compra Nacional, Internacional I e Internacional II, respectivamente. El rango de valores de este cociente va de 1.3% a 77%.

Los resultados globales obtenidos, expresados en costo y valorización total del modelo de botiquín, son reflejados en

el Gráfico N° 1. Los valores correspondientes al costo incluyen además el costo de distribución de los botiquines.

**Gráfico N° 1.** Costo de Adquisición y Distribución del Botiquín y Valorización a Precios de Mercado, según Proceso de Compra. En dólares.



FUENTE: Elaboración propia en base a datos de procesos de compra del Programa Remediar y del Manual Farmacéutico Argentino.

## 3. Conclusiones

El sistema de compra y distribución centralizada de medicamentos propuesto por Remediar ha obtenido resultados notables en términos de ahorro de costos. Por la magnitud de su escala, Remediar ha logrado obtener importantes e inéditos ahorros en las compras públicas de este tipo particular de insumos. En consecuencia, sin alterar el financiamiento original previsto se ha podido:

- prolongar la vigencia del Programa, garantizando la provisión continua hasta el año 2007.
- incluir mayores cantidades de medicamentos de alto consumo en los próximos procesos de compra previstos para el 2005.
- incluir nuevos medicamentos al listado originalmente previsto.
- otorgar mayor financiamiento a proyectos locales destinados a fortalecer el modelo de Atención Primaria y la promoción de políticas saludables previstos para la Fase II del Programa (que incluyen provisión de equipamiento básico los CAPS, insumos y medicamentos para población con patologías crónicas bajo programa, y becas para los profesionales de salud).

<sup>1</sup> Así, para la L.P.I. 001/02 se utilizaron los precios del mes de Noviembre de 2002 y para la L.P.I. 003/03 se utilizaron los precios correspondientes a Abril de 2003. Para la L.P.I. 004/04 se utilizan los precios de Diciembre de 2003.

<sup>2</sup> El precio de las presentaciones hospitalarias no es reportado en forma sistemática en el Manual Farmacéutico. Por lo mismo, no puede obtenerse desde éste una aproximación al precio mayorista.



# El control social de REMEDIAR

## Dos años de aprendizaje y crecimiento

Lic. Andrea Casabal y Lic. Mercedes Cabanas - Participación y Control Social - REMEDIAR

Segundo aniversario de la llegada de REMEDIAR a los CAPS y el compromiso de reflejar en pocas líneas, todo el trabajo de un programa y una sociedad civil comprometidos en pos de una participación real y de un control social veraz y legítimo.

Dos años atrás, era difícil imaginar el botiquín, su forma, su contenido, la efectiva llegada a los centros de salud, pero mucho más difícil era soñar con cientos de voluntarios -custodios de los intereses de la sociedad- visitando cada uno de los CAPS, aún en los lugares más inhóspitos, constatando que se cumplía con lo prometido: los medicamentos llegaban a aquellos que los necesitaban.

Contamos para ello con dos instituciones de ganado prestigio y credibilidad, Cáritas y Cruz Roja Argentina, pero especialmente con el compromiso de sus representantes, que se sumaron a esta propuesta y creyeron en ella.

Muchísima información ha surgido de la tarea de control social<sup>1</sup> durante los últimos dos años: datos, porcentajes, estadísticas, pero creemos que lo que más ha enriquecido no solo al programa sino a las instituciones que lo controlan, ha sido la visión de los voluntarios, sus experiencias, sus denuncias, sugerencias, comentarios, los que más de una vez nos sorprenden y emocionan por el alto grado de compromiso y responsabilidad que revelan. Por eso nos gustaría en esta oportunidad compartir con ustedes algunas de esas "miradas"<sup>2</sup>:

"...en todos los casos se consultó sobre la concurrencia poblacional al CAPS a partir de la implementación del Programa, se puede deducir que esta es de un 20% más. La situación socio económica determina que sea imposible el acceso a los medicamentos, por este hecho muchas personas directamente no concurrían a consulta médica."

**Graciela Zalazar. Cáritas Tucumán. (Diciembre de 2002)**

"El programa se hace conocer en la comunidad más como hecho concreto en la atención médica a través de los efectores de salud que por materiales de difusión, que han venido muy escasamente a Salta ..."

**Silvia Tiranti de Anuch. Cáritas Salta. (Junio 2003)**

"Finalmente los pedidos principales pueden resumirse en dos: que se tomen en cuenta las sugerencias de los centros e intimar a la empresa que avise los días de entrega del próximo botiquín".

**Andrés Marsala. Cáritas Mendoza (octubre 2003)**

"...la Unidad Sanitaria ya funciona en un edificio propio, caber recordar que en las visitas anteriores habíamos denunciado que este centro de salud funcionaba en un gabinete de una escuela primaria, gracias al esfuerzo de la cooperadora y del personal de la unidad sanitaria han conseguido inaugurar su nueva sede....".

**Eduardo A Martínez. Cáritas Argentina La Plata. Provincia de Bs. As. (Octubre 2003)**

"...hemos encontrado irregularidades en todas las salas al cobrar bonos de contribución para la asistencia médica".

**Cáritas Diocesana Laferrere (octubre 2003)<sup>3</sup>**

"Los problemas de salud en estos momentos están relacionados en gran medida con la situación climática que vive la provincia. La sequía prolongada y la floración de las plantas hacen que aumenten los casos de alergia e hipertensión".

**Ivana G. Indovino. Cáritas Arquidiocesana Mendoza. (Noviembre 2003)**

"...otra necesidad de mejora es la puesta en común con el Gobierno Provincial, para la compra de medicamentos, y que cada uno atienda distintas problemáticas y no duplicar esfuerzos financieros, en procura de asistir a una mayor cantidad de necesidades".

**Oscar Alberto Cejas. Cáritas La Rioja. (Noviembre 2003)**

"...no hubo dificultades en la recepción de los botiquines ni en la distribución de los medicamentos, sí en todos los CAPS se observa que persiste la gran demanda de atención y la escasez de personal médico para satisfacerla..."

**Silvia Tiranti de Anuch. Cáritas Arquidiocesana Salta. (Diciembre 2003)**

"A nuestro criterio, la distribución de medicamentos debería ser ajustada de acuerdo a las especialidades y patologías de mayor demanda de cada CAPS a fin de evitar el sobre almacenamiento innecesario de ciertos medicamentos y el faltan-

<sup>1</sup>Informes de avance [www.remediar.gov.ar](http://www.remediar.gov.ar)

<sup>2</sup>Los párrafos citados han sido seleccionados al azar y reflejan todo tipo de realidades, desde las más ventajosas hasta las menos privilegiadas. Creemos que ése es el valor más grande del Control Social

<sup>3</sup>Los CAPS fueron suspendidos cuando se verificó el cobro de bonos para la asistencia médica.

te de otros sumamente importantes par los pacientes. A los voluntarios de esta Filial nos produce una gran satisfacción y gratificación ser parte del programa en la función que nos compete. El agradecimiento que recibimos por parte de las personas entrevistadas, ya sean beneficiarios o responsables en nuestras visitas nos enorgullece y nos conmina a seguir participando con responsabilidad y compromiso".

**Claudia Marisa García. Cruz Roja Argentina, Filial Berazategui. (Enero de 2004)**

"Los integrantes de esta Filial consideramos que el Programa resultó sumamente oportuno, dada la grave crisis económica del país, la que sacudió con crudeza nuestro sistema de salud. Previa su implementación, acudían a nuestra filial varias familias angustiadas ante la falta de de acceso al medicamento. Desde la fecha de puesta en marcha del Programa observamos una importante disminución de la demanda de medicamentos en nuestra filial".

**Dr. Carlos Calvi. Cruz Roja Argentina, Filial Tandil. (Enero de 2004)**

"...los medicamentos de REMEDIAR son de extrema necesidad y en la mayoría de los CAPS son los únicos remedios con que cuentan, llegándome a decir que cerrarían el centro de no disponer de esos remedios..."

**María Elena Zuloaga de Claret. Cáritas Gualeguaychú. Entre Ríos. (Febrero 2004)**

"Si una de nuestras misiones como Iglesia es denunciar lo que está mal, no alcanza con completar una planilla de monitoreo, sino que debemos exigir que se corrijan estas irregularidades a la brevedad, transformándose también en una cuestión ética para la imagen de Caritas".

**Gerardo Perazzo. Cáritas Buenos Aires. (Marzo 2004)**

"...Aspectos positivos: aumento de la demanda en casi el 100% de los CAPS; con los medicamentos del botiquín se solucionan la mayoría de las patologías propias del primer nivel de atención: el programa jerarquizó a los CAPS sobre todo los de zonas alejadas. Aspectos negativos: la falta de información sobre las próximas entregas del botiquín: la imposibilidad de enviar los medicamentos sobrantes a otros centros donde los mismos tienen salida; se deberían ir viendo las necesidades específicas de cada CAPS..."

**Dr. Brocca, Dr. Taubas, Dr. Sánchez. Cruz Roja Argentina, Filial Concordia, Prov. Entre Ríos. (Marzo 2004)**

"Propuestas de los voluntarios de la Filial: Es indispensable una mayor difusión del Programa en toda la comunidad, a través de todos los medios de comunicación y de las instituciones públicas de toda la comunidad. Esto aumentaría la demanda y los recursos serían utilizados eficazmente".

**Jorge Lastiri, Mariana Baudino, Enrique Pereyra y María Nélide Saldaño. Cruz Roja Argentina. Filial Santa Rosa, La Pampa (Junio 2004)**

"...detectamos que la población sabe que cuenta con la exis-

tencia de un programa que está al servicio de sus demandas, reconociendo tal situación como un derecho que pueden reclamar".

**María Carla Menichelli. Cáritas Diócesis San Nicolás. Provincia de Bs. As. (Julio 2004)**

"Es importante - desde mi óptica- la función de las enfermeras, "almas" de los centros, que defienden REMEDIAR, como algo que les pertenece y no lo quieren perder, dando muestras de una sensibilidad y amor impresionante, sabiendo que la llegada del Plan les acarrea más trabajo, pero todo sea por los enfermos que recurren a la "salita"..."

**Juan Ibarra, voluntario de Cáritas Diocesana 9 de Julio, Provincia. de Bs. As. (Octubre de 2004)**

"...el sentimiento es de satisfacción por pertenecer a una Organización que ha sido elegida para poder monitorear este programa, habiéndoles permitido descubrir lugares y personas que trabajan por la salud en un contexto de carencia inimaginable. Se puede además comprobar los beneficios del plan para una comunidad necesitada, como así también ser intermediarios de las sugerencias y problemáticas en los receptores de Remediar."

**Ricardo Cocimano. Cáritas Rosario. Prov. Santa Fe. (octubre 2004)**

"Como se puede apreciar, cada CAPS tiene una realidad diferente, por lo tanto, las sugerencias y los pedidos son muchos y muy variados, pero en resumen volvemos a repetir que todos agradecen y aplican este Plan Nacional".

**Cledi Grenon. Cruz Roja Argentina. Filial Esperanza, Santa Fe. (Mayo 2004)**

Toda esta experiencia, volcada en algunas líneas de redacción que hemos extractado de cientos de grillas e informes de voluntarios de todo el país, han servido en gran medida a favorecer cambios necesarios al interior del programa, posibilitando su adecuación a las necesidades concretas de los centros de salud y la comunidad. Por otro lado, las denuncias informadas por esta vía, así como las recibidas por la línea gratuita 0-800 disparan inmediatamente los procedimientos de auditoría del programa.

Creemos que el éxito de REMEDIAR también depende de este trabajo, que ha sabido ganarse el reconocimiento, no sólo de la sociedad en su conjunto sino también de otros programas sociales que desean replicar la experiencia.

Finalmente, creemos que REMEDIAR hubiera sido *sin* el Control Social, pero *cómo* hubiera sido siempre será una incógnita, una pregunta sin respuesta que no queremos ni quisimos desde un principio hacernos. Preferimos al REMEDIAR hecho *con* el Control Social, a partir del aporte de todos y cada uno de los actores convocados, y a los que, a través de estas líneas queremos agradecer y reconocer.

Por todo lo antes dicho y de aquí en más, seguiremos asumiendo este compromiso de intentar gestar con la participación de todos un mejor y más difundido Control Social para *un país en serio*.

# REMIAR y la Participación en Salud

Dr. Carlos Pacheco - Área Participación y Control Social REMIAR

Dentro de los principios que sustentan la APS, uno de ellos no ha pasado de meras declamaciones.

Este principio se refiere a **la participación social en salud**, permanentemente expresada pero nunca puesta ni siquiera seriamente en consideración.

La participación es la deuda pendiente desde Alma Ata. Muchas fueron las experiencias a las que se las llamó participativas, pero pocas fueron las que permitieron trabajar a la comunidad, inclusive éstas era de bajo porte y como sustituto de las que debía encarar el agente sanitario.

Reconociendo entonces a la participación como deuda, nos propusimos diseñar un instrumento que permitiera la incorporación efectiva de la población a las actividades, logrando e inculcando más protagonismo en el cuidado de la Salud, la Planificación, la Ejecución de los Programas y la Evaluación de los mismos.

Nuestro **objetivo** es la conformación efectiva de los **Consejos Locales** de los CAPS, única instancia posible para el cumplimiento de la primera premisa de la Participación: **"participar es tomar parte, y ese tomar parte, depende de la institución u organización que debiera tener previstos los puntos de contacto adecuados a tal participación"**

En primer término, se diseñaron los instrumentos que podrían facilitar la participación y se decidió definir a esta modalidad de capacitación como una estrategia de acercamiento de los espacios Programa y Población. En síntesis, encarar la capacitación desde un posicionamiento estratégico. El **suje-to** de esta **capacitación** es, a nuestro entender, **la población**.

Por ello establecimos modalidades pedagógicas no formales, pensando a la formación como una instancia de **reflexión crítica**.

Si bien, para que la participación sea tal, el **tomar parte** es o debiera ser facilitado por la organización, y ese **formar parte** requiere de los participantes determinadas capacidades, que luego pasarán a ser parte indisoluble de la organización.

La estrategia elegida para la capacitación no formal propuesta, es instruir facilitadores en la formación de la Conciencia Crítica, condición a la que consideramos imprescindible para la Participación Libre y Protagónica.

La modalidad educativa, es desarrollada en tres diferentes segmentos:

- Aproximación Política.
- Estandarización conceptual.
- Planificación Participativa.

Una de las actividades del equipo Técnico Local consiste en la **Selección de las Provincias**, objetivo de la capacitación. Luego de la misma se realiza una **Aproximación Política**, que consiste en una visita a dicha provincia, y es ahí cuando se les comunica a las autoridades de salud la

decisión del Programa. El **sujeto** de la Aproximación Política son las autoridades de Salud de la Provincia. En estos encuentros, se informa acerca del objetivo de la propuesta, y en el caso de que la provincia acepte la asistencia técnica, se fijan las pautas para los encuentros.

El segundo segmento, se programa con los responsables locales del Programa Remiari, quienes deberán convocar para el encuentro a los equipos de salud de las áreas programáticas, entre los cuales se cuenta a la comunidad, las ONGs y las instituciones propias que desarrollan sus actividades en esa zona. Los contenidos que se trabajan son los referidos a lo que definimos como **Estandarización Conceptual**. Dicho concepto es considerado imprescindible para unificar las definiciones operativas acerca de la temática propuesta.

El encuentro correspondiente al segundo segmento consta de dos espacios:

- En el primero, un disertante pone a disposición de los participantes diferentes conceptos, entre ellos: Salud, APS, Participación, etc.
- En el segundo, los participantes leen experiencias desarrolladas en los CAPS previamente seleccionadas, que son analizadas y discutidas por el resto de los concurrentes, en grupos no mayores de diez.

Una de las consignas de este taller es identificar las ocasiones en las que en los trabajos se mencionan conceptos erróneos, tal lo definido en el primer espacio.

Por último, en el tercer encuentro se trabaja exclusivamente con modalidades pedagógicas participativas que se desarrollan en tres diferentes talleres. Todos ellos, referidos a la Planificación, enfatizando en técnicas participativas.

Se capacita en:

- Diagnóstico comunitario.
- Epidemiología comunitaria.
- Construcción de escenarios.
- Planificación Local Participativa.

Uno de los resultados esperados es la **promoción de Promotores Comunitarios**, que aportarían la masa crítica para la conformación de los Consejos Locales de los CAPS. Con estos encuentros, se da por terminada la intervención centralizada, dejándose en manos de la provincia el seguimiento pedagógico descentralizado, centrado en el trabajo de campo mediante grupos locales previamente seleccionados por el equipo Técnico Local.

Los encuentros realizados hasta la fecha fueron en la Ciudad

de San Miguel de Tucumán. El primero tuvo un marco general con todos los efectores del Primer Nivel de Atención de la Provincia, en el que se marcaron determinadas particularidades:

- Los efectores de la Provincia están fuertemente sensibilizados por la Intervención Técnica Nacional, en lo que se llamó Operativo Rescate.
- Para los trabajadores de los CAPS, el Equipo de Salud lo constituían sólo los médicos.

El segundo encuentro fue realizado para los efectores de la Región Sanitaria Central, el que tuvo un alto índice de participación, donde se trataron fundamentalmente los siguientes

ejes:

- Planificación Participativa
- Epidemiología Comunitaria
- Participación Social y Popular.

Actitudinalmente, en este segundo encuentro se notó mayor presencia de la comunidad. Sin embargo quienes participaban, reproducían en su discurso la hegemonía en lo médico de la salud y la enfermedad. Se desarrollarán otros tres encuentros en la provincia, con lo que se cumplirían así las metas anuales propuestas.

En tanto que para el año 2005, el Proyecto tiene por finalidad realizar encuentros en otras ocho provincias.

## La Línea 0-800

Prof. Silvia Pachano - Área Comunicación

Muchos de ustedes y muchísimos de los beneficiarios que se atienden en los CAPS se han comunicado alguna vez con nuestra línea gratuita de alcance nacional, por eso nos pareció importante contarles que desde el inicio del programa hasta ahora hemos atendido 92.000 llamadas y contestado más de 170.000 preguntas.

Pero no podemos informarles tan sólo números, los que siempre resultan datos fríos y más aún en este caso. Lo que sí es relevante, lo que sí merece ser destacado, lo que sí es importante para REMEDIAR es la calidad en la atención telefónica, atributo que ostenta cada uno de los 8 (ocho) consultores del 0800-666-3300. Ellos han sido conscientemente seleccionados y altamente capacitados para la función que desempeñan. Y nos es grato reconocer que dicho entrenamiento potenció su innata vocación de servicio, su capacidad de escuchar atentamente, su facultad de detectar

inconvenientes y dificultades que obstaculizaran el primordial objetivo del programa.

Por esta última condición la línea 0800-666-3300, a través de cada uno de los consultores, constituye un instrumento eficaz en el monitoreo de la correcta implementación del Programa y fundamentalmente es el canal que nos ayuda a construir este puente invisible que nos une desde los más recónditos lugares, nos permite fortalecer este vínculo que día a día creamos con cada comunicación.

Remediar es gracias a ustedes y por ustedes. Por eso sin vuestra participación, sin sus consultas, sugerencias, reclamos, denuncias, Remediar pierde esa mirada interna que le permite implementar cambios y mejoras que resultan benéficos para todos.

## Auditoría y Control de Gestión: Principales Resultados

Subgerencia de Auditoría y Control de Gestión

### Introducción

El diseño del programa REMEDIAR contempla un conjunto de acciones de control permanente, a fin de evaluar y mejorar su funcionamiento. Para ello efectúa controles externos, mediante Caritas y Cruz Roja, e internos, dentro de los cuales se encuentra el área de auditoría. Esta es la responsable de realizar un control en terreno en Centros de Salud seleccionados en todo el país, así como en los domicilios de los beneficiarios. El seguimiento en campo, se complementa con un monitoreo informático del funcionamiento del Programa en los centros, resultado del procesamiento y análisis de la información que producen a diario los CAPS.

Las acciones del área se orientan principalmente a evaluar el cumplimiento de los procedimientos en los efectores y, en consecuencia, el alcance de los objetivos del Programa. Dicho control se efectuó coordinando dos modalidades: auditando el desarrollo de la operatoria del Programa en los CAPS y relevando la opinión de los beneficiarios sobre el fun-

cionamiento del REMEDIAR en los efectores.

El objetivo principal de las auditorías a los CAPS consistió en analizar la implementación de las normas operativas del programa REMEDIAR, tanto en los aspectos vinculados con la recepción de los botiquines, el llenado, archivo y remisión de los formularios del programa así como las condiciones de almacenamiento, seguridad en la guarda y custodia de los medicamentos, entre otros aspectos. Durante el último año, el énfasis se colocó en controlar los procedimientos relativos al stock de medicamentos en los CAPS, debido a que, como resultado de las auditorías, se observó serias dificultades en confeccionar el mismo por parte de los efectores.

En cuanto a las entrevistas a beneficiarios, estas permitieron conocer desde su perspectiva la marcha del Programa en los efectores. Además de ello, se verificó que los beneficiarios hayan recibido la totalidad de los medicamentos que figuran como entregados por el profesional, que se hayan cumplido los requisitos formales para acceder a los medicamentos,

motivos por los que concurre al centro de salud, frecuencia de los controles, grado de conocimiento del programa REMEDIAR, conocimiento de los mecanismos para realizar reclamos y/o denuncias, entre otros.

En las entrevistas a beneficiarios el acento se colocó en detectar si existieron o no limitaciones a la accesibilidad, tales como el cobro de bonos para acceder a las prestaciones, disponibilidad de turnos, o alguna forma de discriminación en base a criterios de clientelares, entre otros.

Las auditorías efectuadas se agruparon en tres categorías, a saber:

**Auditorías programadas**

Fueron aquellas que respondieron a una planificación anual, basada en aspectos tales como cantidad de efectores por provincia, concentración geográfica de los centros, cantidad de consultas y recetas elaboradas, cantidad de botiquines mensuales asignados al efector, entre otros aspectos-;

**Auditorías generadas por denuncias**

En este caso, se trató de controles focalizados, orientados a determinar en terreno la veracidad de las denuncias y/o los reclamos recibidos en el 0800. Los procedimientos incluyeron la entrevista en el domicilio del denunciante, en aquellos casos que se contó con los datos del mismo. También se encontraron en este grupo los pedidos de auditorías efectuadas por otras áreas del Programa (Capacitación, Operaciones o Control Social).

**Auditorías de monitoreo**

Las mismas consistieron en seguimientos posteriores a las auditorías programadas o por denuncias, en las cuales se verificaron incumplimientos. Su objetivo principal consistió en evaluar si fueron corregidos los mismos, y en caso contrario, proponer una estrategia adecuada para resolver la problemática que obstaculiza el correcto desempeño de la operatoria del Programa.

En los casos en los cuales se verificaron incumplimientos, se procedió a la **apertura de expedientes internos**, con el fin de realizar un seguimiento mediante el Sistema Remediar. El cierre y archivo de expedientes se efectuó solo en aquellos casos que, mediante una verificación empírica, se constató que fueron corregidos el o los incumplimientos que dieron origen a las actuaciones.

**Cumplimiento de metas**

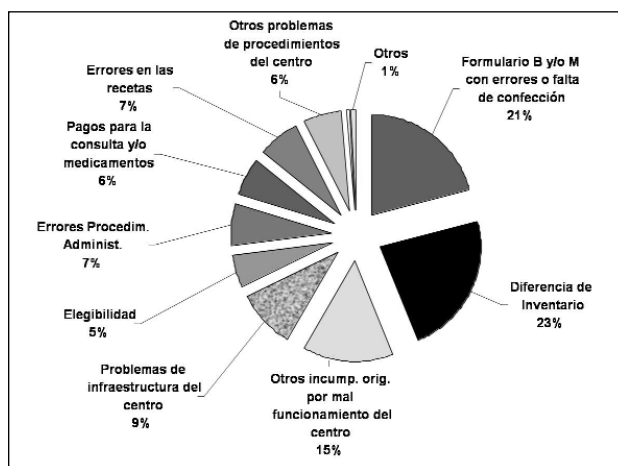
Los controles sobre los efectores se adecuaron a las diferentes fases de implementación del Programa. En las primeras auditorías se puso especial énfasis en corroborar el cumplimiento de las condiciones de elegibilidad de los efectores (cantidad de horas médicas y de enfermería, depósitos adecuados y seguros para los medicamentos, entre otros aspectos), así como orientar a los responsables de los centros sobre cómo realizar correctamente los pasos de la operato-

ria del Programa.

En marzo del 2003, se incorporaron más de 2000 CAPS, y a partir de allí se comenzó a efectuar un trabajo más intensivo en lo relativo al control de stock de medicamentos<sup>1</sup>, y la corrección de los incumplimientos detectados. Como se observa en el siguiente gráfico, se produjeron diferencias entre el stock declarado y la toma de inventario realizada por el auditor en terreno. El origen de las mismas fue diverso, pero en general fueron atribuibles a la falta de experiencia del personal, en lo que respecta a cómo llevar el registro del stock -lo que se reflejó en errores en el llenado de los formularios B y M-, así como la rotación del personal, más que a desvíos intencionales de medicamentos en los efectores.

**Detalle de incumplimientos:**

Periodo: octubre 2002 – septiembre 2004



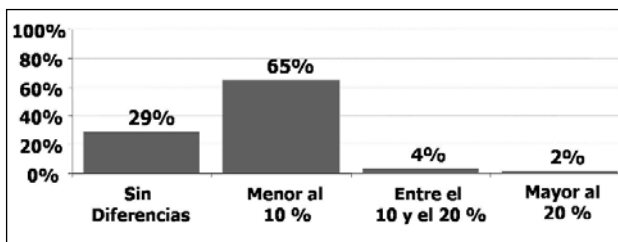
FUENTE: Sub Gerencia de Control de Gestión y Sistemas de Información

Las diferencias de inventario representaron la mayor dificultad observada en los CAPS -se verificaron en el 23% de los efectores que presentaron incumplimientos-.

Al analizar su magnitud se observa que el 29% no registró diferencias, y que, en el 65% de los efectores estas fueron menores al 10% del total del stock del centro, tal como se observa en el siguiente gráfico.

**Diferencias de Stock**

Periodo 1º semestre 2004



FUENTE: Sub Gerencia de Control de Gestión y Sistemas de Información

<sup>1</sup>Desde octubre del 2003, se comenzó a efectuar una toma total del inventario de los medicamentos REMEDIAR, en lugar de una muestral. En esta última se controlaba el stock mediante el conteo de los 5 medicamentos de mayor nivel de prescripción.

Respecto de las metas anuales -de CAPS a auditar así como de beneficiarios a entrevistar-, en ambos casos se alcanzaron en forma satisfactoria: desde el comienzo de la ejecución hasta el septiembre del 2004, se controló el funcionamiento del Programa en 2439 centros de salud de atención primaria distribuidos en 23 provincias. Dicho en otros términos, se efectuó un control de la gestión del Programa en el 48% de los 5000 efectores.

Estos controles implicaron realizar 3254 auditorias a los centros de salud y visitar más de 13200 domicilios de beneficiarios y entrevistar a 6600 de ellos, aproximadamente.

Al analizar la distribución de auditorias por provincias, se observa que el 40% de las auditorias a los CAPS se concentraron en la provincia de Buenos Aires, mientras que en las provincias de Córdoba y Santa Fe, se efectuaron el 7% del total respectivamente. También la mayor cantidad de entrevistas a beneficiarios se efectuaron en Buenos Aires- el 68% del total-. Esta concentración de auditorias (a CAPS y beneficiarios) realizadas en la provincia de Buenos Aires se explica principalmente por dos motivos: es la provincia que posee el mayor número de efectores -el 28% del total del país-, y es la provincia que registró la mayor cantidad de denuncias y/o reclamos recibidos en el Call Center y posteriormente derivados al área: el 61% de los llamados.

## Principales resultados:

La gran cantidad de horas de auditoria en terreno observando, analizando y asistiendo sobre el correcto desempeño del Programa en los efectores, implicó detectar obstáculos en la ejecución pero también muchos logros. A continuación, sintetizamos los que consideramos principales:

### Progresiva eliminación de barreras de acceso

Al inicio del Programa, la ejecución se encontró con una práctica bastante frecuente en los centros de salud: el cobro de bonos para acceder a la consulta médica. Las modalidades fueron variadas. Según manifestaba el personal de los CAPS, en su mayoría los bonos eran de carácter voluntario, y de ningún modo constituían barreras de acceso. Sin embargo, el testimonio de los entrevistados indicaba otra percepción: su pago era condición obligatoria para recibir atención médica y en consecuencia, poder acceder al medicamento REMEDIAR. Si no pagaban, en algunos centros tenían registros para deudores, o recibían el maltrato y discriminación bajo diferentes formas.

Según lo establecido por el Programa, la gratuidad de la atención médica constituye una de las condiciones que debe cumplir un centro de salud para ser efector del REMEDIAR. En consecuencia, cuando se verificó la existencia de cobros de bonos en los efectores, se realizaron una serie de acciones, que en muchos casos derivaron en la eliminación de las barreras de acceso. Ello trajo aparejado que muchos centros asumieran el compromiso de atender la salud de los ciudadanos sin ninguna contraprestación a cambio. Esto ocurrió tanto a nivel particular de efectores, como a nivel de municipios y provincias.

**Fortalecimiento de la capacidad de gestión de los efectores.** La consecuencia más elemental de contar con más de 5000 efectores, sin duda consiste en la heterogeneidad. Nos encontramos con centros de salud de características muy diversas, lo que se traducía en una disímil capacidad de ejecución del Programa. Desde centros de salud que no contaban con personal administrativo, hasta CAPS con 24 horas de atención, desde aquellos que sólo contaban con una estantería improvisada para guardar los medicamentos hasta aquellos que poseían una farmacia con medicamentos provinciales, desde los que llevaban registros adicionales en un cuaderno, hasta los que lo hacían mediante una computadora.

Para que la gente pudiera acceder a los medicamentos REMEDIAR, intervinieron muchos factores, pero el que fue clave sin duda alguna fue el compromiso cotidiano de todo el personal de los centros de salud. El Programa, constituyó para los CAPS una exigencia de trabajo, que funcionó, en muchos casos como una gran lente de aumento que resaltó tanto capacidades como debilidades de los mismos.

Confecionar las recetas REMEDIAR, completar los formularios, realizar conteos y clasificación de los medicamentos, recibir los botiquines, consolidar información, dispensar los medicamentos, fueron todas tareas que los centros incorporaron a su desempeño cotidiano, y, que en la mayoría de los centros, se tradujo en un incremento de las consultas.

Y es sólo en este contexto en el que se puede comprender uno de los efectos más singulares que produjo la ejecución del REMEDIAR: dotar de mayor visibilidad a los centros de salud ante la mirada de funcionarios municipales y/o provinciales, así como ante la población en general.

De este modo, las distintas jurisdicciones intentaron reforzar -con los recursos disponibles- a los centros para que puedan continuar siendo efectores del REMEDIAR. En algunos casos se contribuyó a mejorar el desempeño administrativo mediante personal del Programa de Jefas y Jefes de Hogar, en algunos pocos realizaron nombramientos de personal, en otros casos se reubicaron recursos humanos. Si existe un término que sintetiza y caracteriza los logros de que el programa cumpla con sus objetivos, es la *sinergia*.

Según el diccionario, el término proviene del griego -cooperación-, y significa la acción de dos o más causas cuyo efecto es superior a la suma de los efectos individuales.

A dos años de ejecución del Programa, podemos decir que los logros del REMEDIAR son mucho más que la suma de acciones individuales. Los logros son el resultado del compromiso cotidiano de todos los actores involucrados: de enfermeras, médicos, agentes sanitarios, administrativos, junto con el apoyo estratégico de funcionarios municipales, provinciales y de la nación, sin quienes, el REMEDIAR nunca hubiese sido más que un bello sueño.

# Recaudos del Programa Remediar para Garantizar la Calidad de los Medicamentos Adquiridos y Distribuidos.

Área medicamentos - Subgerencia de Operaciones - Programa REMIAR

*El objetivo de este artículo es mostrar a los profesionales de la salud que se desempeñan en el Primer Nivel de Atención que los medicamentos adquiridos y distribuidos por el Programa Remediar tienen la máxima garantía de calidad. Dicha calidad se asegura desde el pliego de licitación de los medicamentos<sup>1</sup>, en todas las etapas, desde las compras hasta el mismo momento de la entrega de los botiquines en los CAPS. Las cantidades solicitadas por Remediar en cada licitación son muy grandes comparadas con otras ventas, por eso se pone especial hincapié en que los laboratorios aseguren que están en condiciones de producir y entregar las cantidades solicitadas en los tiempos estipulados. En el pliego se detallan los criterios de evaluación de los medicamentos y de los laboratorios.*

## Introducción

El programa PROAPS – REMIAR estableció cuatro instancias de garantía y control de calidad para la adquisición de medicamentos que forman parte del Botiquín distribuido a todo el país.

- La primer instancia corresponde a la selección de los productos incluidos en el listado del programa. REMIAR hace propia la definición adoptada por la Organización Mundial de la Salud en Nairobi en 1985, donde se afirmó que: “El uso racional de medicamentos requiere que el paciente reciba la medicación apropiada a su necesidad clínica, en las dosis correspondientes con sus requerimientos individuales, por un período adecuado de tiempo, y al menor costo para él y su comunidad.” Por estos motivos, el programa entiende que velar por la calidad de los productos es mucho más que controlar la cantidad de principio activo que contiene el medicamento, e involucra, entre otras cosas, tomar en cuenta las características de dosificación y la cantidad de unidades que correspondan a un uso racional de los medicamentos.

- En segundo lugar, el Programa cuida que toda la línea de provisión de medicamentos desde la adquisición hasta la entrega del producto en los Centros de Atención Primaria de Salud sea controlada.

- En tercer lugar, los mecanismos de adquisición de productos por parte del programa incluyen un cuidadoso detalle de requisitos de calidad.

- En cuarto lugar, se considera a los medicamentos una vez que se encuentran en los CAPS, monitoreando su almacenamiento y la entrega a través de evaluación y controles propios del Programa y de las provincias.

Todos los productos que provee REMIAR cuentan con el control del Instituto Nacional de Medicamentos (INAME) y de la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica (ANMAT). La dependencia controla y autoriza a través de un acta de liberación cada lote de medicamentos que proveen los laboratorios previo a la recepción de los mismos por el Programa y a la producción de Botiquines.

**Requisitos de calidad establecidos en las normativas del Programa. Criterios de Evaluación.** Los pliegos de adquisición del programa describen los criterios de evaluación de medicamentos y los laboratorios, haciendo referencia al texto del

pliego de bases y condiciones de las Licitaciones correspondientes teniendo en cuenta todas las características técnicas y legales de los medicamentos y de los laboratorios productores y / o importadores.

## A – Criterios técnicos para evaluar a los laboratorios:

**a) Capacidad instalada del laboratorio que produce el medicamento.** Acreditan la capacidad para cumplir los términos de la oferta mediante:

- Certificar su capacidad de producción mediante una descripción de la capacidad instalada o Certificar experiencia de suministro mediante contratos para ítems iguales o similares, acumulables, en montos no inferiores a dos veces el valor de la oferta en cada ítem.

- Autorización del laboratorio elaborador para presentarse con la oferta y así garantizar la provisión de medicamentos.

## b) Habilitación:

- Habilitación para producir los medicamentos que ofrece con las especificaciones técnicas que sean necesarias según el producto (elaboración de beta – lactámicos, condiciones de esterilidad y otras).

**Certificación de las Normas de Buenas Prácticas de Manufactura (BPM):** Según lo establece el pliego de bases y condiciones los oferentes deberán contar con:

- Certificado de BPM otorgado por ANMAT.
- Para los laboratorios internacionales, la habilitación de la planta elaborado y certificado de BMP/OMS 92 emitido por la autoridad sanitaria del país de origen, de la Food and Drugs Administration de los Estados Unidos de Norteamérica, de la EMEA o de la P.I.C. (Pharmaceutical International Convention) o de los siguientes países: Estados Unidos de Norteamérica, Japón, Suecia, Confederación Helvética, Israel, Canadá, Austria, Alemania, Francia, Reino Unido, Países Bajos, Bélgica, Dinamarca, España e Italia.

Además el programa se reserva el derecho de inspeccionar las plantas elaboradoras.

**B-) Criterios para evaluar los productos:** Los requisitos de cumplimiento de la concentración del principio activo y toda otra característica del producto están expresados en su certificado de Autorización para la Venta como Producto Medicinal.

Todos los productos importados son objeto de verificación técnica conforme a los parámetros de la Resolución N° 6897 / 00 ANMAT y de control de calidad por la autoridad competente antes de su ingreso al país.

## Especificaciones Adicionales

- Para medicamentos como: Carbamacepina, Fenitoína, Acido Valproico y Digoxina, se exige que la documentación técnica presentada se adapte a las disposiciones vigentes del ANMAT al respecto.

## Prospectos

- Cada tratamiento se entrega acompañado por el respectivo prospecto, ajustado a lo aprobado por el ANMAT para informa-

<sup>1</sup> <<http://www.remediar.gov.ar/site/licitaciones01.asp>>

ción del paciente

**Envase primario y secundario.** Los requisitos de los envases buscan asegurar las condiciones del producto durante su vigencia. Deben ser herméticos, no reaccionar con los principios activos y proteger de la exposición a la luz (en los casos que se solicitan). El envase ofrecido también es el debidamente autorizado por el Registro de la ANMAT o del país de origen. Las unidades de envases primarios indicadas son contenidas en un envase secundario consolidado, el que posee características que protegen la calidad del producto.

### Estabilidad y período de caducidad

- Los estudios de estabilidad realizados por el fabricante y/o importador están a disposición del PROAPS – REMEDIAR.
- Todos los medicamentos entregados deben tener una vigencia mínima no menor a 22 meses contados a partir de la fecha de entrega al programa.
- Todos los productos farmacéuticos deben cumplir con las especificaciones técnicas establecidas en el Registro Sanitario expedido por la ANMAT o la autoridad de origen. Los artículos que no lo hagan serán rechazados.

**Etiquetado.** La única diferencia con los productos de circulación habilitada en el mercado nacional es que el Programa diseñó envases diferentes a los comerciales para que sean fácilmente identificables y evitar su venta ilegal.

- Debe cumplir con lo autorizado por la ANMAT.
- **Rótulos del envase secundario:** deben estar en correlación con el producto solicitado con todos los datos legales solicitados por la ANMAT.
- El estuche debe contar con cinta de seguridad que permita comprobar que el mismo no ha sido violado al momento de llegar al usuario final.
- A partir de octubre, los medicamentos tienen en los envases colores en función de la acción terapéutica del medicamento involucrado, siguiendo la codificación de las drogas de la clasificación ATC (donde figuran las DDD de cada droga). Tenemos 10 colores diferentes. Suponemos que en un tiempo no muy lejano, cuando estén todos los medicamentos nuevos en los CAPS, y los anteriores hayan sido entregados, el color de los medicamentos contribuirá a una más fácil ubicación de los mismos en el CAPS.

### C-) Embalaje y entrega de los medicamentos por parte de los proveedores.

- El proveedor embalará los bienes en la forma necesaria para impedir que se dañen o deterioren durante el transporte al destino final, como se ha indicado en el contrato. El transporte del botiquín debe cumplir con las disposiciones exigidas para transportar medicamentos. El embalaje deberá ser adecuado para resistir, sin limitaciones, durante el transporte, manipulación brusca y descuidada, etc. Para determinar el tamaño y peso de

los embalajes se tendrán en cuenta, cuando sea el caso, la lejanía del destino final de los bienes y la carencia de equipo pesado de carga y descarga en todos los puntos en que los bienes deban transbordarse.

### Almacenamiento y distribución

- Los proveedores entregarán los medicamentos al Operador Logístico que es el responsable del almacenamiento y la distribución en todo el país. El mismo cumple con la disposición N° 7439/99 de ANMAT sobre Buenas Prácticas de Almacenamiento, Distribución y Transporte de medicamentos.
- El depósito donde están almacenados los medicamentos tiene condiciones reguladas de temperatura y humedad, controlada las 24 horas, para registrar cualquier variación que pudiera resultar perjudicial. De esta forma se asegura el correcto mantenimiento de los medicamentos dentro de las condiciones de conservación recomendadas para los mismos.

### Control de calidad por parte del INAME

- El proveedor notifica al INAME la fecha de elaboración y/o control de calidad de cada uno de los ítems adjudicados a fin de que realice la fiscalización correspondiente para garantizar y certificar la calidad de los productos.
- Los medicamentos importados ingresan a un depósito y son mantenidos en un área separada físicamente, llamada cuarentena. Se coordina una inspección en la que concurren inspectores del INAME junto al director técnico del programa, que toman 3 muestras iguales por c/ lote (una queda como testigo para ser analizada en caso de existir algún problema) para análisis galénicos, químicos, de disolución, bacteriológicos, etc., necesarios según la droga y sus características. Luego de los análisis, el INAME emite un **acta de liberación para el uso** de los lotes involucrados y recién entonces se incorpora dicha entrega al stock general para la preparación de los botiquines.

### Conclusiones

A nivel nacional, contando con dos años del desenvolvimiento del Programa Remediar, sólo se registran **cuatro de denuncias por falta de eficacia – sobre más de 70 millones de tratamientos distribuidos-**, que fueron elevadas al ANMAT y analizadas por el INAME. En todos los casos la eficacia fue constatada. Podemos concluir, que el resultado de implementar rigurosamente los recaudos de calidad de los medicamentos por parte del Programa Remediar, es altamente satisfactorio. No obstante, insistimos en denunciar ante la autoridad nacional (Formulario Amarillo de Fármaco-vigilancia del ANMAT<sup>2</sup>) cualquier sospecha: tanto de falta de eficacia, como de efectos adversos. Para ello es necesario identificar el lote, el vencimiento y enviar una muestra al ANMAT, sin la cual no se podrá controlar la eficacia.

### Notificaciones recibidas por sospecha de desvío de calidad- falta de eficacia- y resultados de análisis de las muestras realizados por INAME

| Año  | Origen de la notificación    | Producto   | Resultado de los Análisis: INAME  |
|------|------------------------------|--|---|
| 2003 | Hosp. Posadas- PBA           | Carbamazepina EMS 200mg lote 03/1237; vto: 01/05     | Todos cumplieron las especificaciones: aspecto, peso, test disolución, uniformidad, identificación por HPLC, valoración por HPLC. |
| 2003 | Caja Prof. Salud - Córdoba   | Enalapril Bago 10mg L4NP; vto. 06/05                 |   |
| 2004 | Hosp. Pena - GCBA            | Atenolol 50mg PLE Certif. 35899 Lote 3V6; vto: 02/05 |   |
| 2004 | Col. Farmacéutico - La Pampa | Glibencamida Austral 5mg lote 84; vto: 09/04         |   |

<sup>2</sup> www.anmat.gov.ar



# Evaluación de Satisfacción - Programa Remediador

Informe elaborado por: CEDOP-UBA

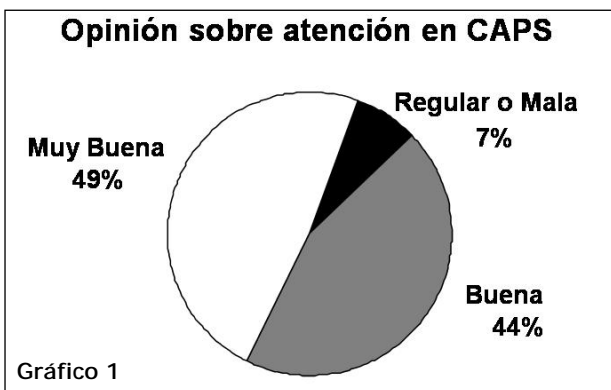
## Aspectos básicos

El trabajo buscó acumular información para mejorar la calidad de atención en el área de salud, buscando identificar algunos factores estratégicos asociados a la (in)satisfacción de los usuarios de los **Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS)**, en particular de los beneficiarios del **Programa Remediador**, que llevasen a rectificaciones y mejoramientos en la organización de los CAPS y en la implementación del Programa Remediador, en función de la mirada del beneficiario y del equipo de salud de los Centros de Atención Primaria de la Salud bajo análisis.

Se seleccionaron 32 Centros del Conurbano Bonaerense, tomando como criterio su ubicación geográfica según los puntos cardinales norte, sur y oeste, controlando que en cada zona estuviesen representados distintos niveles de concurrencia a los mismos. El trabajo de campo se realizó en septiembre de 2003. Se obtuvo finalmente un total de 1027 casos de beneficiarios encuestados, por selección coincidental en los propios CAPS.

## Resultados globales para el total de la muestra

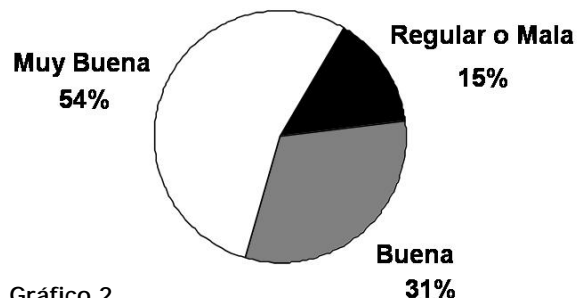
Si se toma en cuenta la propia *percepción de los encuestados en cuanto a su nivel de concurrencia a los distintos CAPS*, algo menos de dos tercios dice tener una concurrencia alta -eligen un puntaje entre 8 y 10 para calificar su nivel de concurrencia-. Más de 9 de cada 10 tienen una opinión buena o muy buena de la *atención general* en los CAPS, con 5 de cada 10 que dicen que es muy buena. (Gráfico 1). Es decir, la frecuencia de concurrencia es alta y la opinión favorable sobre atención en los Centros es prácticamente universal, con la mitad de los concurrentes encuestados opinando que dicha atención es *muy buena*.



Casi un 15% piensa que la *entrega de medicamentos gratuitos* es regular o mala, mientras que en el otro extremo un 54% dice que es muy buena. Cerca de dos tercios de los encuestados indican que los *medicamentos recetados por el médico le alcanzaron* para casi todo o todo el tratamiento. Así, la opinión más favorable sobre la entrega de medicamentos en los Centros es emitida por algo más de la mitad de los concurrentes encuestados. Si se agregan los que la consideran buena, la opinión favorable en este sentido (buena o muy buena) abarca al 85% de los entrevistados.

O sea: tanto la *atención general* como la *entrega de medicamentos* en los CAPS cuentan con un alto nivel de aprobación por parte de la población que resultara entrevistada, constituida por concurrentes de alta frecuencia, según propia indicación de los mismos.

## Opinión sobre entrega remedios



Enfrentados a la consulta sobre *conocimiento del Programa Remediador*, unos 7 de cada 10 encuestados dicen no conocerlo, o que lo conocen un poco. Cerca de 2 de cada 10 lo conoce bien, mientras que menos de 1 de cada 10 lo conoce bastante o muy bien.

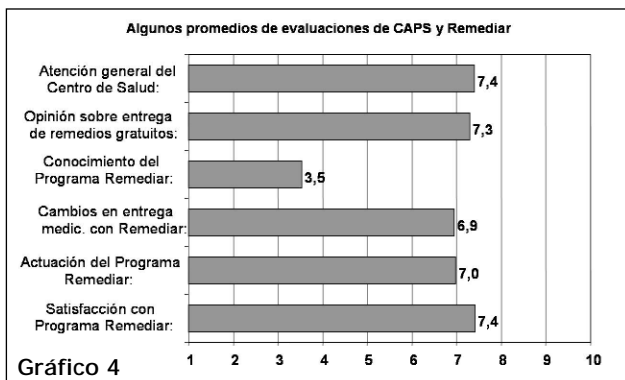
Consultados sobre la *actuación general del Programa Remediador*, 1 de cada 10 la consideró mala, algo más de 4 de cada 10 la consideró buena, mientras que algo menos de 4 de cada 10 la calificó como muy buena.

En cuanto al *nivel de satisfacción con el Programa Remediador*, un 10% dijo estar insatisfecho, un 25% se mostró indiferente o algo satisfecho, mientras un 57% dijo sentirse entre satisfecho y muy satisfecho. O sea, algo más de la mitad de los encuestados indicó satisfacción con el Programa Remediador (Gráfico 2). En una escala de 0 a 10, el promedio de calificación de satisfacción con este Programa fue de 7,4 puntos.



Un resumen de diferentes evaluaciones de interés está dado por las medias aritméticas de las evaluaciones de esas dimensiones previamente consideradas, atento a que los encuestados calificaban los ítems propuestos en una escala de 1 a 10. Los resultados corresponden a: a) calificación de la atención general del Centro de Salud; b) opinión sobre entrega de remedios gratuitos (cuanto más favorable la opinión, más alto el puntaje otorgado); c) conocimiento del Programa Remediador (la calificación aumenta con el mayor conocimiento) y d) calificación de la actuación del Programa Remediador y niveles de satisfacción con dicho Programa.

El gráfico siguiente expresa los valores de los promedios indicados:



### Aspectos que los encuestados sugieren mejorar

Por lo que hace a la evaluación de los CAPS, hay un reclamo de organizar mejor el Centro –en realidad se requiere que tengan los medicamentos recetados-, ya que 4 de cada 10 encuestados eligen esta alternativa. Unos 2 de cada 10 piden mejor comunicación entre el Centro y el Programa Remediar. Menos de 2 de cada 10 pide un trato más amable y 1 de cada 10 señala tanto la necesidad de que den diagnósticos médicos claros como de que digan la verdad sobre la salud de cada uno. Téngase presente que se trata de la selección de alternativas fijas por parte de los encuestados.

En cuanto a lo que debería hacer el Programa Remediar para mejorar, la alternativa más señalada apunta a aumentar la can-

tidad y variedad de medicamentos del Programa, tanto para niños como para adultos (44%). Le siguen en un mismo nivel el reclamo de una mayor difusión del Programa en los medios (28%) y el de tener los remedios necesarios para terminar el tratamiento, sin interrumpir la entrega (28%).

### Algunas observaciones finales

Más allá de algunas críticas puntuales, los concurrentes a los CAPS tienden a expresar mayoritariamente satisfacción con la atención general en los mismos y con la entrega de medicamentos en particular.

En cuanto al Programa Remediar, desde su implementación en octubre de 2002 hasta un año después, ha alcanzado niveles de conocimiento que indican que, en este sentido, todavía hay un importante camino por recorrer: sólo 3 de cada 10 encuestados lo conocen. Debe observarse que la existencia de otros Programas puede incidir en las dificultades de reconocimiento.

En este contexto, las evaluaciones son favorables. Por lo que se refiere a la actuación del Programa, 8 de cada 10 lo aprueban, con una calificación promedio, en una escala de 1 a 10, de 7 puntos. Lo mismo ocurre con los niveles de satisfacción con el Programa, ya que 6 de cada 10 dicen estar satisfechos o muy satisfechos con el mismo, logrando una importante calificación promedio de 7,4 puntos. Estas evaluaciones positivas no se diferencian por variables sociodemográficas.

Tanto el mejorar las formas de difusión como los mecanismos y frecuencias de entrega de medicamentos en los Centros de Salud, emergerían como tareas cruciales del Programa Remediar en el corto y mediano plazo. Y tales demandas parecerían no depender del sexo, la edad o el nivel de educación de la población potencialmente beneficiaria.

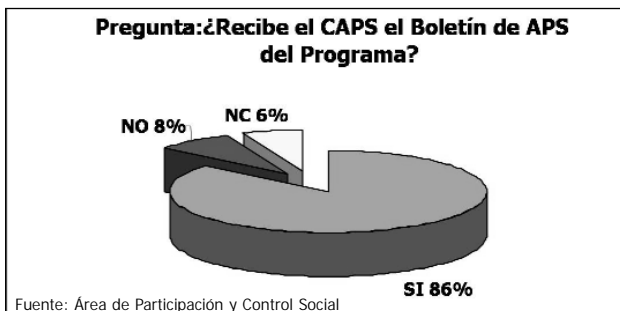
## APS - Boletín PROAPS - REMEDIAR y la gente

Cuando comenzó la implementación del Programa REMEDIAR, la urgencia en proveer medicamentos no impidió que se trabajara simultáneamente en otros objetivos, como: el fortalecimiento de la estrategia de APS, el manejo de la información, el cuidado del uso racional de los medicamentos, etc. Recordamos las caras de los médicos de los CAPS, cuando a la ardua tarea de atender en el primer nivel, agregábamos el difícil llenado de los formularios. Hoy, resulta inimaginable la provisión de medicamentos sin la generación de información como diagnóstico, edad, sexo. La información originada en los CAPS y, su confrontación con la evidencia científica, fue “devuelta” regularmente desde el Boletín. Llegamos a una tirada de 25.000 números mensuales y, tenemos el orgullo de distribuirlo, inclusive en sitios adonde no llega el diario. Numerosas cartas de lectores, agradeciendo el material enviado, pidiendo números faltantes, dan fe de ello. Además, el Boletín se indiza para la base de datos Bibliografía Nacional de Ciencias de la Salud –BINACIS, que se encuentra disponible en la Biblioteca Virtual en Salud (BVS).

El principal resultado que nos interesa medir es el cambio en los hábitos prescriptivos. Esperamos un mejor uso de los medicamentos y una mejor organización del sistema de salud. En el Boletín Nro 13 comenzamos a internarnos en ese camino, aunque somos conscientes de que esos resultados dependen de numerosos factores.

Aquí publicamos otros resultados relacionados con el Boletín. Son los resultados de la sistematización de datos de un total de 2.694 grillas de visita, administradas a los centros de atención primaria de la salud efectores de Remediar en todo el país, respecto de la recepción y aceptación del boletín que edita mensualmente el programa.

Las grillas son el instrumento que utilizan los más de 200 voluntarios de Cáritas y Cruz Roja Argentina para relevar información de la ejecución del programa en terreno, garantizando asimismo el cumplimiento de sus objetivos y la transparencia de sus acciones.



Para los que trabajamos en el boletín, estos resultados son sumamente alentadores y nos comprometen a seguir adelante en este camino.

# La Investigación en Salud Como Marco de Una Política Sanitaria

Dr. Juan Carlos O'Donnell - Coordinador Comisión Nacional de Programas de Investigación Sanitaria-CONAPRIS

Entender la investigación en salud como un recurso esencial de las políticas sanitarias invita a resignificar positivamente su condición, responsabilizando en dicha acción a todos los decisores políticos y actores sociales que la integramos.

En un marco de acuciante crisis social (2002) nace la Comisión Nacional de Programas de Investigación Sanitaria, CONAPRIS, como una forma de entender y organizar todos aquellos aspectos inherentes a la investigación requeridos por el Ministerio de Salud.

Se convoca a personalidades del ámbito sanitario, del ámbito de las ciencias básicas así como autoridades significativas del quehacer Ministerial, tendientes a fijar los criterios de gestión institucional.

Una vez constituida la Comisión se establecen las prioridades en campos de investigación prioritaria en salud, tales como: la salud de los niños y la nutrición, la salud materna y genésica, las enfermedades no transmisibles, las lesiones y las investigaciones sobre políticas y sistemas sanitarios.

Esas prioridades se relacionan con relación a las funciones esenciales de la Salud Pública. Entre los ejes temáticos más destacados, se mencionan: el monitoreo y análisis de la situación de salud de la población y servicios, la promoción de la salud, la participación social y ejercicio del poder de los ciudadanos, la garantía de calidad de los servicios de salud individuales y colectivos, la evaluación del impacto económico y social de las enfermedades emergentes, la efectividad clínica y sanitaria en el desarrollo de políticas, planes y capacidad de gestión en investigación y el desarrollo e implementación de soluciones innovadoras en salud pública.

En las Becas "Ramón Carrillo- Arturo Oñativia" se acotaron el campo de acción a las investigaciones básicas –modalidad de ejecución implementada a lo largo de los periodos 2000 y 2001- ampliando, las investigaciones de corte clínico u operativa, y proponiendo estudios multicéntricos. Estas investigaciones permitirán desarrollar herramientas más efectivas destinadas a mejorar la salud de la población.

Se establecieron las siguientes categorías:

- para investigaciones básicas y clínicas
- para investigación clínica u operativa a nivel hospitalario
- para investigación según programas sanitarios con apoyo institucional (especialmente dirigidas a instituciones como ong's, universidades, fundaciones, institutos universitarios, entre otras).
- investigación para estudios colaborativos multicéntricos (en este caso se invitó a reconocidas instituciones ó programas)

Los estudios multicéntricos durante el periodo 2002 fueron: 2

estudios sobre Mortalidad Materna y Perinatal; el estudio sobre la "Utilización del Nombre Genérico de los Medicamentos".

En el periodo 2003 se incrementaron la cantidad de becas para investigaciones multicéntricas:

- Estudio sobre Alimentación Infantil y Riesgo de Desnutrición.
- Estudio sobre Embarazo Adolescente.
- Estudio sobre Calidad de los Servicios.
- Políticas de Medicamentos (2da etapa de lo iniciado en el año 2002).

En el periodo 2004 se incrementaron nuevamente becas multicéntricas. Los temas seleccionados fueron los siguientes:

- Morbilidad Materna y Muertes No Institucionales en Mujeres en Edad Fértil.
- Prevención del Tabaquismo en Adolescentes.
- Aspectos sociodemográficos de los accidentes de tránsito.
- Conocimiento y actitud de los profesionales frente a la ley de salud y procreación responsable.
- Estudio sobre Equidad y Salud Materno Infantil.
- Desarrollo de promoción del recurso humano para estudios de biodisponibilidad y bioequivalencia.

En estos estudios multicéntricos participaron y participan funcionarios de ministerios provinciales, ong's científicas y universitarias como: CEDES, INUS, CENEP, Sociedad Argentina de Pediatría (SAP), Asociación Argentina para la Salud Sexual y Reproductiva (AASSER), Sociedad Argentina de Cardiología y Federación Argentina de Cardiología ambas fundaciones, ADELCO, IDICSO, Universidad Maimónides.

Las distribución de las becas hospitalarias durante el año en curso fue la siguiente:

| Procedencia Geográfica de Hospitales | Nº de Becas |
|--------------------------------------|-------------|
| Ciudad de Buenos Aires               | 30          |
| Córdoba                              | 10          |
| Chubut                               | 4           |
| Pcia. de Buenos Aires                | 4           |
| Rosario-Santa Fe                     | 1           |
| Santiago del Estero                  | 1           |
| Tucumán                              | 1           |
| TOTAL                                | 51          |

La atención primaria está considerada como un área importante

Tanto los formularios como convocatorias 2005 las podrán bajar de la página del Ministerio de Salud y Ambiente: [www.msal.gov.ar](http://www.msal.gov.ar), link: **Becas CONAPRIS** o personalmente a CONAPRIS :Av. 9 de Julio 1925, 8vo. De 12.00 a 18.00hs.

**Se invita a todos los integrantes de los diferentes Centros de Atención Primaria a participar en las categorías de nivel hospitalario, así como dentro de los programas sanitarios con apoyo institucional. Podrán presentarse desde el 25 de octubre al 20 de diciembre de 2004.**

# Las Reformas para la Salud de los argentinos

Dra. Mariela Rossen - Coordinadora Nacional - Programa Médicos Comunitarios

El Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación junto con las autoridades sanitarias provinciales en el ámbito del COFESA (Consejo Federal de Salud<sup>1</sup>), han formulado las **Bases del Plan Federal** de Salud con el objetivo de "proponer para los próximos años un sendero de reformas para la salud de los argentinos".

Uno de los principales objetivos del Plan es construir un sistema de salud más justo, que iguale las oportunidades de acceso a toda la población y que tienda a equilibrar las grandes diferencias sociales que tenemos.

La política primordial es implementar un nuevo modelo sanitario basado en la **estrategia de atención primaria de la salud**, creando y fortaleciendo las redes de atención y rejerarquizando el rol del 1er nivel.

En este marco se crea el **Programa Nacional de Médicos Comunitarios**, que tiene como principal propósito consolidar un modelo de atención que priorice las actividades de prevención y promoción de la salud con participación de la comunidad, de manera de promover un compromiso intersectorial para la resolución de los problemas sanitarios de nuestro país. Son sus objetivos:

1. Orientar y fortalecer la formación en APS y en Salud Social y Comunitaria del recurso humano que trabaja en el 1er nivel de atención, tanto de los becarios incorporados, como del recurso humano preexistente, a través de una estrategia de formación de postgrado.
2. Ampliar la cobertura de la atención de los CAPS efectores de Remediare, reforzando con recurso humano calificado sus ya existentes equipos de salud
3. Fortalecer la búsqueda activa y el seguimiento de las familias más vulnerables o en situaciones de riesgo socio-sanitario (indigentes, multíparas, madres adolescentes, desnutridos, poblaciones aborígenes, ancianos enfermos, discapacitados), tarea a cargo de los equipos de salud, a partir de su fortalecimiento.
4. Reforzar las actividades de prevención y promoción de la salud como así también el trabajo extramuros con la comunidad a partir de la capacitación del recurso humano del 1º nivel de atención.

La celeridad de su implementación ha permitido que los médicos seleccionados como becarios comenzaran a desempeñar actividades en los CAPS el 1º de octubre

del corriente. Recibirán una beca de apoyo económico en forma mensual para realizar junto con otros profesionales de la salud del equipo al cual se integran el **Postgrado en Salud Social y Comunitaria**, experiencia inédita en la Argentina, la que será coordinada con universidades de todo el país, tendrá una duración de 2 años y comenzará el 1º de Marzo del 2005.

Como parte de este postgrado, y de acuerdo con los ya citados objetivos del Programa, los becarios se integrarán a los equipos de salud de los CAPS y desarrollarán actividades de prevención y promoción de la salud con la participación activa de la comunidad; seguimiento y búsqueda activa de familias vulnerables y situaciones de riesgo como también tareas asistenciales de su especialidad.

El postgrado será desarrollado en servicio y tendrá instancias presenciales, una estructura modular (10 módulos a desarrollarse en dos años), materiales de autoaprendizaje que serán enviados a través de los botiquines de Remediare, tutorías docentes y evaluaciones.

La propuesta se enmarca en una concepción de optimización de la salud comunitaria, a partir de una mejor articulación entre los procesos de formación permanente del profesional del área de la salud y las necesidades del sistema sanitario.

Al día de la fecha, y en esta primera etapa, ya existen más de 1.200 médicos comunitarios incorporados al sistema, distribuidos en las 24 provincias participantes, en 155 departamentos de todo el país y que han sido ubicados en 970 CAPS.

Sabemos que desde el sector salud tenemos la posibilidad de disminuir las inequidades que sufre nuestra población y para esto, aunque son muy importantes los insumos y medicamentos, lo son en mayor medida los recursos humanos, su formación, su mística y compromiso.

Apuntamos, a través del Programa de Médicos Comunitarios y del Postgrado en Salud Social y Comunitaria, a acompañar a los equipos de salud del 1º nivel de atención en su labor cotidiana y a fortalecer su formación.

<sup>1</sup> Integrado por los Ministros de Salud de todas las provincias

