

ESTUDIOS INDIVIDUALES- BECAS CARRILLO-OÑATIVIA 2014

INFORME FINAL

Informe final presentado ante la Comisión Nacional Salud Investiga.

Ministerio de Salud de la Nación. Mayo de 2015

**IMPACTO DE UN PROGRAMA DE GESTIÓN DE MEDICAMENTOS DE
BAJO COSTO EN CENTROS DE ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD Y
HOSPITALES DEL INTERIOR EN LA PROVINCIA DE TUCUMÁN**

Nombre/s y Apellido del becario: Sandra Marcela Tirado

Categoría de beca: Individual

Nombre/s y Apellido del Director de la beca: Irene Garbero

INFORME FINAL

Fuente (s) de financiamiento:

El presente trabajo de investigación fue realizado con el apoyo del programa de becas “Ramón Carrillo-Arturo Oñativia”, categoría individual, otorgada por el Ministerio de Salud de la Nación, a través de la Comisión Nacional Salud Investiga.

Este estudio descriptivo, de evaluación de procesos y análisis financiero y económico se realizó siguiendo las listas de comprobación CHEERS

1. PORTADA

1.1. Título de la investigación IMPACTO DE UN PROGRAMA DE GESTIÓN DE MEDICAMENTOS DE BAJO COSTO EN CENTROS DE ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD Y HOSPITALES DEL INTERIOR EN LA PROVINCIA DE TUCUMÁN

1.1.2 Título abreviado ANALISIS DE UN PROGRAMA PROVINCIAL DE ACCESIBILIDAD A MEDICAMENTOS ESENCIALES

1.2. Autor/a Tirado, Sandra Marcela. Dirección General del Programa Integrado de Salud, Tucumán

1.3. Colaboradores/as

1.4. Director/a Garbero, Irene. Ministerio de Salud de Tucumán

1.5 Correspondencia smtirado04@gmail.com

1.6 Fuente de financiamiento El presente trabajo de investigación fue realizado con el apoyo del programa de becas "Ramón Carrillo - Arturo Oñativia", otorgados por el Ministerio de Salud de la Nación, a través de la Comisión Nacional Salud Investiga.

1.7 Declaración de conflicto de intereses No hubo conflictos de intereses durante la realización del estudio

2 ÍNDICE

	Pág.
Resumen y palabras clave	3
Abstract y key words	4
Introducción	5
Materiales y Métodos	9
Resultados	11
Discusión	18
Relevancia para la Salud Pública	20
Comunicación de resultados de la investigación	23
Abreviaturas	24
Agradecimientos	24
Referencias Bibliográficas	24

3 RESUMEN Y PALABRAS CLAVE

Introducción: Promover el acceso a medicamentos esenciales en el primer nivel de atención es un medio para alcanzar mayores niveles de salud para la población. Al mismo tiempo es importante optimizar el uso de los recursos disponibles en los sistemas de salud **Objetivo:** evaluar si la compra centralizada de medicamentos y contar con información relacionada al uso de los mismos trae como consecuencia una mejor gestión y logra hacer más eficiente el gasto por parte del Sistema de Salud **Métodos:** Se realizó un análisis descriptivo del programa de accesibilidad a medicamentos esenciales, del diseño e implementación. Se evaluaron indicadores de cobertura, de gestión de medicamentos, de fuentes de información y económico financieros durante el período 07/2013-06/2014 **Resultados:** Se entregaron 5961 botiquines que significaron 1.258.438 tratamientos. Se realizaron 1.653.756 consultas, 76% originaron una prescripción de medicamento, 93% de los pacientes terminaron su consulta recibiendo la totalidad de la medicación recetada. Analizando la redistribución de medicamentos se redistribuyeron 261.593 tratamientos entre efectores sanitarios. En cuanto al porcentaje de Establecimientos que completaron la información de la Planilla de Consolidado se observó que durante el primer semestre este indicador fue 45% aumentando en el segundo semestre al 90%. En el segundo semestre se distribuyeron 887 botiquines menos, significando una disminución en el gasto de \$ 1.743.836. En el segundo semestre estudiado no se compraron algunos medicamentos por haber en stock **Conclusiones:** Contar con información confiable y oportuna sirvió para disminuir la cantidad de botiquines entregados y para no incluir la compra de algunos medicamentos, lo cual bajó el precio del botiquín. También quedó en evidencia la necesidad de la presencia de farmacéuticos en las áreas involucradas con el funcionamiento del programa. Esta situación quedó demostrada al hacerse evidente el mejor manejo de medicamentos e información en aquellas áreas que cuentan con dicho profesional

3.2. Palabras clave

Medicamentos, accesibilidad, gastos, gestión, farmacéutico

4 ABSTRACT Y KEY WORDS

Introduction: To promote access to essential medicines in primary care is not an end in itself but means to achieve greater levels of health for the population. At the same time it is important to optimize the use of available resources in health systems **Objective:** To assess whether the centralized purchase of medicines and have information related to the use thereof results in better management and manages to make spending more efficient by Health System Methods: Analyze a provincial program of access to essential medicines in primary care and rural hospitals and drug spending in the province of Tucuman during the period July 2013 to June 2014 Was performed a descriptive analysis of program design and implementation. Coverage indicators, drug management, information sources and economic financial results were evaluated. **Results:** 5961 kits which meant 1,258,438 treatments were delivered. 1,653,756 consultations were held, 76% resulted in a prescription medication, 93% of patients completed their inquiry receiving all prescribed medication. Analyzing the redistribution of drugs among health effectors 261 593 treatments were redistributed. As for the percentage of establishments that completed the information Sheet Consolidated noted that during the first half of this indicator was 45% increase in the second half to 90%. In the second half 887 kits were distributed less, meaning a decrease in spending of \$ 1,743,836. In the second half studied some drugs were not bought for having in stock **Conclusions** have reliable and timely information served to reduce the number of kits delivered and also to not include purchase of some drugs, which lowered the price of the kit. It also became evident the need for the presence of pharmacists in the areas involved with the operation of the program. This situation was clearly demonstrated to be both better management of medicines and the information on those areas that have such professional

4.2 Key words

Drugs , accessibility , Rates, management , pharmaceutical

5 INTRODUCCIÓN

Los Sistemas de Salud tienen entre sus funciones asegurar la accesibilidad de la población a los servicios de salud. Dicha accesibilidad está relacionada con diversos factores jugando un rol fundamental la posibilidad de que los pacientes cuenten con los tratamientos con medicamentos para la resolución de las patologías que provocan la demanda. Cuando los sistemas de salud no garantizan el acceso a la medicación esto constituye una barrera de acceso al mismo.

Conocer la importancia que tienen los medicamentos para la población, para la calidad de la atención y para la evolución de ciertas enfermedades lleva a concluir que si las políticas de salud no incluyen una política de medicamentos, muy difícilmente afecten la dimensión de la salud pública que más se valora.¹

Por otro lado, se ha estimado que la mitad del gasto en salud de los hogares se llegó a concentrar en los medicamentos² Por lo tanto, ellos condicionan gran parte de las diferencias sociales en el acceso de las personas a la salud.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a los fármacos, medicinas, productos farmacéuticos y productos medicinales como aquellas sustancias o productos utilizados en el ser humano con fines profilácticos, diagnósticos o terapéuticos. Dentro de este grupo de sustancias se incluyen las sintéticas y naturales, los biológicos - como las vacunas y el suero- , y la sangre y sus derivados.³ Posteriormente define en 1977 a los medicamentos esenciales como aquellos medicamentos de importancia vital que deben estar disponibles en todo momento en las dosis adecuadas y en cantidades suficientes para satisfacer las necesidades fundamentales de salud de todos los segmentos de la población.⁴ En 1981, establece el Programa de Acción sobre Medicamentos Esenciales y Vacunas y refiere que la disponibilidad de medicamentos esenciales, ésta depende de una planeación basada en un buen diagnóstico de salud y registros detallados de consumo, compras racionales y ágiles, y una administración, almacenamiento y distribución adecuados.^{5,6}

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el uso racional de medicamentos “consiste en que los pacientes reciban la medicación adecuada a sus necesidades clínicas, en las dosis correspondientes a sus requerimientos individuales, durante el período de tiempo adecuado y al menor costo posible para ellos y para la comunidad”.⁷ Además señala que prescribir, entregar y consumir correctamente los medicamentos es hacer un uso racional de los mismos.

El Ministerio de Salud de Nación distribuyen desde octubre del año 2002 a los Centros de Atención Primaria, los botiquines Remediar, los cuales son fundamentales para dar respuesta a la accesibilidad a medicamentos de la población. El suministro gratuito de medicamentos constituyó una modalidad de financiación que permitió un acceso más amplio, equitativo y focalizado sobre la población más necesitada⁸ A pesar que, dichos botiquines poseen una amplia gama de medicamentos para dar respuesta a la mayoría de las consultas, hay algunos medicamentos de uso frecuente, que la cantidad recibida no era suficiente para dar respuesta a la demanda. Al mismo tiempo la medicación de dichos botiquines está prevista para ser dispensada a pacientes que consultan en forma ambulatoria para su tratamiento posterior, pero posee escasa o no posee medicación para aquellos servicios con guardias.

La provincia de Tucumán se encuentra ubicada en la región Noroeste de la República Argentina, tiene una población de 1.448.188 habitantes. Del total de la población el 57% se encuentra comprendido entre los 20 y 65 años de edad. El 35% son menores de 19 años, un 8% posee más de 65 años. Con respecto a la cobertura de salud de la población sólo el 36% no posee cobertura social por lo cual su único prestador de salud es el Sistema Público. Del 64% que si posee cobertura, la obra social provincial "Subsidio de Salud" posee aproximadamente 300.000 afiliados, el PAMI 130.000 afiliados y el resto obras sociales nacionales y prepagas. Si bien la población bajo cobertura es importante, en algunas zonas rurales de la provincia los únicos efectores sanitarios son los del sistema público, lo cual lleva a un subsidio cruzado ya que no todas las veces los efectores públicos facturan a las obras sociales las prestaciones que reciben sus afiliados, como así tampoco la entrega de medicamentos a los mismos.⁹

El Sistema Provincial de Salud (SIPROSA) divide geográfica y operativamente a la provincia en cuatro Áreas Programáticas: Este, Oeste, Centro y Sur. A su vez, cada Área Programática se encuentra dividida en diferentes Áreas Operativas. Los efectores de salud en el sistema público se encuentran organizados por niveles de complejidad¹⁰. Cada área programática posee una determinada población a cargo asignada a los 301 Centros de Atención Primaria (CAPS) y a los 24 Hospitales de segundo nivel en el interior de la Provincia, los cuales reciben los botiquines Remediar ya que, realizan atención ambulatoria con la consiguiente prestación de tratamiento medicamentoso. Al mismo tiempo, algunos de éstos CAPS y todos los Hospitales del Interior poseen guardias de 24 horas en las cuales también se administran medicamentos (ANEXO I, Tabla 1) Además, estos centros eran provistos de medicación a través de la Farmacia Oficial que contaba con un área en la que se producían antibióticos, antigripales, analgésicos, y antipiréticos entre otros

medicamentos. Finalmente, la provisión de medicamentos se realizaba por compras realizadas por las diferentes áreas operativas mensualmente por pedidos históricos.

Los Hospitales de mayor complejidad o de Tercer Nivel son nueve en total, de estos seis se encuentran en la capital (Hospitales Padilla, Zenón Santillán, Néstor Kirchner, Avellaneda, del Niño Jesús e Instituto Maternidad Nuestra Señora de las Mercedes), dos en el sur de la provincia (Hospital Regional de Concepción Miguel Belascuain y Hospital de Monteros) y uno en el área este (Hospital del Este Eva Perón). Estos hospitales no reciben los botiquines Remediar.

En el año 2013, los responsables del SIPROSA realizaron un análisis de la gestión de los medicamentos del que surgieron las siguientes debilidades:

- Falta de registros confiables y centralizados que permitieran el conocimiento real del stock disponible en cada servicio y sus necesidades.
- La compra y distribución de los medicamentos del 1° y 2° nivel se realizaba en forma descentralizada por lo que resultaba desorganizada en cuanto al tipo y cantidad de medicamentos adquiridos por cada efector.
- Diversidad de criterios en el uso del medicamentos (protocolos de atención) lo que creaba un listado de medicamentos extenso sin justificación objetiva, disminuía el concepto de uso racional y en ocasiones no cumplía con la ley de medicamentos genéricos.
- Descentralización de los recursos financieros para la compra de medicamentos lo cual disminuía el uso eficiente de los recursos ya que se generaban compras a valores diferentes.
- Cuando se adquiría dicha compra la misma, en muchas ocasiones, era recibida por personal no idóneo, por lo cual no se realizaban los controles relativos a la seguridad del medicamento.
- Falta de profesionales farmacéuticos suficientes en la red sanitaria provincial.
- Falta de movilidad suficiente para la distribución de medicamentos lo que ocasionaba constantes demoras en la recepción, como también las demoras en la entrega por parte de los proveedores a quienes se les realizaban las compras
- Compra mensual e histórica sin considerar uso ni stock de medicamentos, lo que generaba cantidades importantes de medicamentos vencidos.
- Diferentes modalidades de registro, por lo cual era difícil poder realizar un análisis completo ya que los circuitos de información no eran comparables.

- Al no existir vías formales de información con respecto a las necesidades de la medicación de pacientes bajo programa, por ejemplo diabetes, en muchos CAPS era insuficiente la cantidad de medicación que recibían para entregar a los pacientes bajo dicho programa.
- La gestión administrativa de medicamentos de origen Remediar se realizaba siguiendo las normativas del programa nacional pero se dispensaba a los pacientes con registros no uniformes y a veces con ausencia de los mismos.
- Falta de redistribución de los medicamentos (clearing), escaso control de fecha de vencimiento o lote.

Además, se identificaron las siguientes fortalezas:

- Éxito en la modalidad normativa y operativa del Programa REMEDIAR en todo el territorio nacional.
- Experiencia en la distribución de la producción de la planta productora provincial de medicamentos, bajo la modalidad de botiquines, para su llegada a cada efector sin intermediarios.
- Existencia de la Dirección de Red de Servicios que cuenta con un farmacéutico supervisor general y cuatro farmacéuticos supervisores de cada una de las cuatro áreas programáticas
- Responsables de la recepción de medicamentos del REMEDIAR en cada servicio capacitados en el manejo de dicho programa.

De éste análisis y con la decisión política provincial surge el Programa de Accesibilidad a Medicamentos Esenciales en Centros de Atención Primaria de la Salud y Hospitales del interior. Se determina la necesidad de preparar 860 botiquines comunes y 56 especiales a distribuir cada 35 o 40 días.

Se definieron los pasos necesarios para implementar el proyecto y área responsable de cada tarea (ANEXO I: Flujograma).

Teniendo en cuenta la composición de los botiquines se definieron:

Botiquín Tipo: compuesto por 30 medicamentos para consultas ambulatorias (cremas, comprimidos, jarabes, ampollas, aerosoles). Cada botiquín provee 485 tratamientos. Se decidió distribuir uno cada 300 consultas.

Botiquín Especial de Guardia (para 56 servicios): para hospitales de segundo nivel, policlínicas y CAPS de 24 horas (seis medicamentos en ampollas y uno en gotas).

Cada botiquín contiene por lo tanto, medicamentos provenientes de compras centralizadas, de producción propia y algunos, son también provistos por el programa Remediar (ANEXO I, Tablas 2 y 3)

A partir del proyecto se reforzó el recurso humano encargado de medicamentos en la Red de Servicios. Cada CAPS posee una farmacia y un encargado de la misma. Algunos CAPS con mayor población a cargo poseen farmacéuticos. Todas las Áreas Operativas y Programáticas poseen farmacéuticos encargados de la gestión de los insumos. La Red de Servicios cuenta en la actualidad con 34 farmacéuticos y 422 encargados de farmacia (ANEXO, Tabla 4)

Después de un tiempo de implementación y algunas modificaciones en la operatoria del Programa se decide analizar si el mismo cumple con los objetivos propuestos por lo cual se inicia la presente investigación midiendo el impacto, valorando si el mismo mejoró la información relacionada al uso de medicamentos en los efectores de salud, si el registro de dicha información mejoró la gestión de los mismos y si todo esto hace más eficiente el gasto en medicamentos por parte del Sistema Provincial de Salud

6 MATERIALES Y MÉTODOS

El presente estudio se realizó a través de los diferentes registros administrativos involucrados en el proceso de compra, distribución, prescripción y dispensa de medicamentos a través de los botiquines del Programa Provincial de Accesibilidad a Medicamentos Esenciales distribuidos en los 301 Centros de Atención Primaria de la Salud y 24 Hospitales de 2do nivel del Sistema Provincial de Salud.

El periodo de estudio fue el comprendido entre el 01/07/2013 al 31/06/2014 analizando los datos del año en general y comparando segundo semestre 2013 y primer semestre 2014 entre sí.

El análisis presentado es exclusivamente de los medicamentos distribuidos por el programa provincial, no analizándose aquellos cuyo origen fue el Programa Remediar. Todo el análisis de medicación distribuida, prescrita y entregada se refiere al Programa Provincial de Accesibilidad a Medicamentos Esenciales. Si bien en dicho Programa se distribuyen dos tipos de botiquines (Tipo o Comunes y Especiales de Guardia), en este análisis se tomarán la totalidad de los Botiquines Comunes distribuidos en este período.

Para realizar el análisis de costos, se valorizó los medicamentos, con los valores del último cotejo de precios centralizado en la Dirección General del Programa Integrado de Salud del período estudiado, es decir el cotejo realizado en junio de 2014 para evitar realizar un análisis de costos con valores diferentes por las variaciones registradas durante un año de cotejos.

Este estudio descriptivo, de evaluación de procesos y análisis financiero y económico se realizó siguiendo las listas de comprobación CHEERS^{li}

Las fuentes de datos las constituyeron fundamentalmente:

1. Cotejos de precios
2. Planillas de consolidados medicamentos
3. Formularios de atención
4. Sistema informático.
5. Recetas emitidas por el equipo de salud de los efectores
6. Planillas de redistribución o clearing

Se definieron como variables de estudio (glosario en Anexo I):

1. Medicamentos centinelas:
 - a. Hipertensión Arterial: Furosemida y/o Enalapril
 - b. Diabetes: Metformina
 - c. Respiratorios: Salbutamol, Amoxicilina
 - d. Artritis: diclofenac
 - e. Tratamiento analgésico, antiinflamatorio: ibuprofeno
2. Indicadores de cobertura:
 - a. Información del universo de medicamentos distribuidos por los botiquines
 - b. N° de informes con stock cero para los productos en seguimiento
 - c. Recetas despachadas de manera completa y oportuna: : Toda receta que sea despachada en forma completa (todas sus líneas de prescripción) y entregada el mismo día en que se realice la prescripción
 - d. Recetas parciales o no despachadas: Toda receta que sea entregada sin cumplir la condición anterior.
 - e. Días promedio de entrega de los botiquines.
 - f. Relación consultas/prescripciones
3. Indicadores de gestión de medicamentos:
 - a. Porcentaje de prescripciones de medicamentos en concordancia con los disponibles en los botiquines
 - b. Porcentaje de prescripciones con dosis diarias correctas de los medicamentos centinelas.
 - c. Clearing: Cantidad de medicamentos distribuidos por el botiquín provincial vencidos en un año

- d. Número de tratamientos: entregados mensualmente y en total en el período estudiado.
4. Indicadores económicos financieros:
 - a. Comparabilidad del precio promedio de los medicamentos en un periodo determinado antes y después de la implementación de la estrategia
 - b. Comparabilidad del precio o valor promedio de un tratamiento para una enfermedad crónica o aguda, según las pautas comunes de tratamiento antes y después de la implementación de la estrategia.
 - c. Comparabilidad del precio o valor promedio de un tratamiento para una enfermedad crónica o aguda, según las pautas comunes de tratamiento, respecto del salario mínimo nacional.
 5. Indicador de productividad en la unidad farmacia oficial
 - a. Número de preparados farmacéuticos elaborados por la farmacia oficial
 6. Fuente de Información y muestreo:
 - a. Porcentaje de Establecimientos que completen la información de la Planilla de Consolidado/Total de Establecimientos en forma mensual.

7 RESULTADOS

Durante el período en estudio se realizaron 4 entregas completas en el segundo semestre 2013 y 3 entregas en el primer semestre 2014 de los botiquines comunes y 3 entregas completas en ambos períodos de los botiquines especiales, con una periodicidad de 45 a 60 días entre las entregas.

En total se entregaron 5961 botiquines comunes a 325 efectores y 311 botiquines especiales a 56 servicios. El 100% de los servicios recibieron los botiquines comunes y el 17% los especiales, ya que son los que tienen guardias de 24 horas.

Comparando la cantidad de botiquines entregados se observa que el segundo semestre 2013 se entregó 3424 botiquines comunes y 150 especiales; mientras que, en el primer semestre 2014 se entregaron 2537 botiquines comunes y 161 especiales.

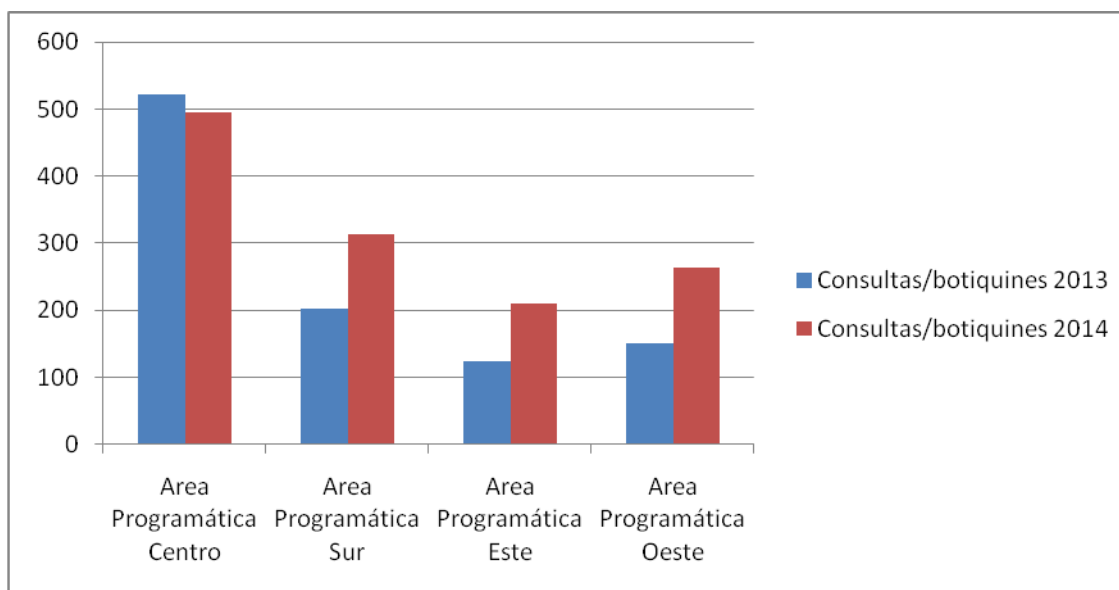
Analizando cantidad de botiquines comunes o botiquines tipo entregados durante el período completo del estudio, esta cantidad de botiquines significó la entrega de 1.258.438 tratamientos acumulados con un promedio de 104.870 tratamientos mensuales.

Se realizaron 1.653.756 consultas acumuladas con un promedio mensual de 137.813 consultas. La relación entre cantidad de consultas realizadas y cantidad de botiquines entregados fue de un

botiquín tipo cada 292 consultas. Analizando por semestre en el año 2013 se entregaron un botiquín cada 256 consultas y en el 2014 un botiquín cada 338 consultas.

En el siguiente gráfico se observa la relación botiquines entregados por consultas por semestre y por áreas programáticas.

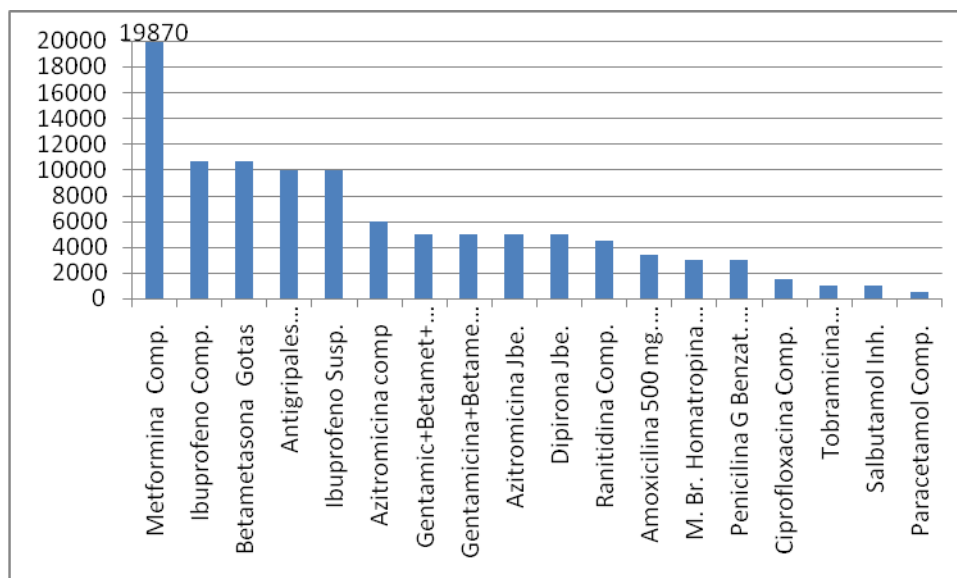
Gráfico N°1: Relación Consultas realizadas y Botiquines Tipo o comunes entregados, período 2013 - 2014, Tucumán.



Fuente: Departamento de Informática, Farmacia Oficial; Tucumán

Del universo de medicamentos distribuidos por los botiquines comunes como medida de resumen se estimó la media del total de medicamentos esenciales, entendiéndose como tal la media de tratamientos de medicamentos esenciales distribuidos y disponibles por mes en los efectores sanitarios, la cual fue de 209.187 del total de medicamentos distribuidos en todos los efectores. Posteriormente, se realizó este mismo cálculo diferenciado por tipo de unidad.¹⁰

Gráfico N°2: Media distribución de tratamientos de medicamentos esenciales (comprimidos, suspensión, gotas y cremas) por mes Botiquines Comunes, Período 06/2013 - 07/2014, Tucumán



Fuente: Farmacia Oficial

Analizando la cantidad de medicación entregada, se pudo constatar que, un grupo de medicamentos fueron entregados en igual cantidad durante todo el período, mientras que otros, fueron modificados según necesidad y según disponibilidad de los mismos en los CAPS.

En este sentido los medicamentos amoxicilina, ibuprofeno, paracetamol y betametasona no se entregaron en varios períodos debido a la existencia en stock, porque los efectores sanitarios recibieron dicha medicación por redistribución entre servicios o porque aumentó la entrega de dicha medicación por el Programa Remediar como es el caso del paracetamol. En el caso de los otros medicamentos fue por stock y/o redistribución entre servicios

Tabla N°1: Medicamentos que no se distribuyeron en alguna entrega por stock suficiente en los servicios, Período 01/07/2013 al 31/06/2014, Tucumán

Medicamentos	1ra Entrega 2013	2da Entrega 2013	3ra Entrega 2013	4ta Entrega 2013	1ra Entrega 2014	2da Entrega 2014	3ra Entrega 2014
Amoxicilina Comp.	13776	13616	0	0	0	0	13440
Ibuprofeno Comp.	25830	25530	25710	25650	25590	0	0
Paracetamol Comp.	34440	34040	0	0	0	0	0
Betametasona Gts.	21525	21275	21425	21375	21325	0	21000

Fuente: Farmacia Oficial y Dirección General de Red de Servicios, Tucumán

Durante este período se realizaron 1.258.438 recetas, es decir que el 76% de las consultas originó una prescripción de un medicamento. De estas recetas, un 7% fue dispensada en forma parcial, es decir que el 93% de los pacientes terminaron su consulta recibiendo la totalidad de la medicación recetada. En relación, entre el porcentaje de prescripciones, con dosis diarias correctas de los medicamentos centinelas, no pudo ser valorado, ya que no se encontró en las recetas que quedan en los efectores sanitarios.

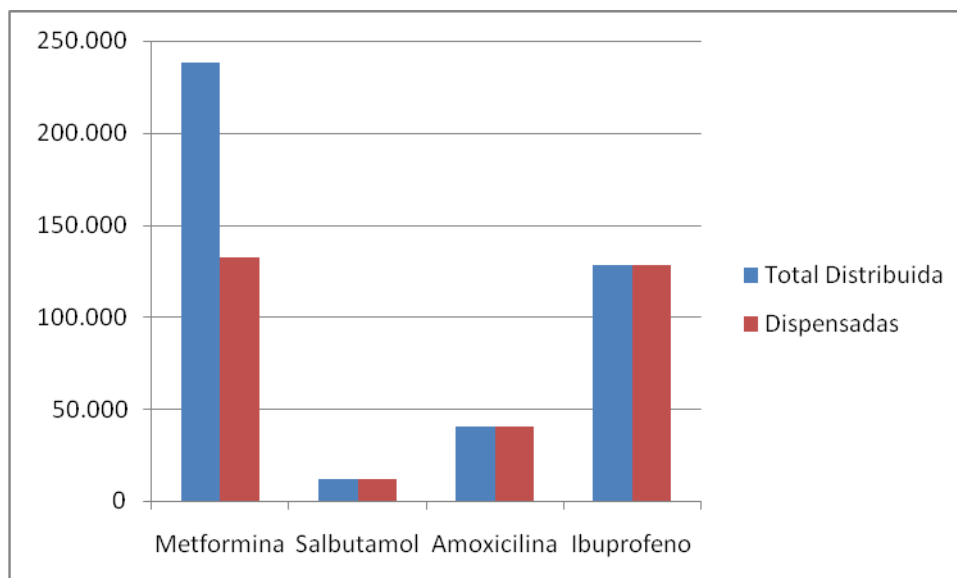
Durante todo el período estudiado no se informó stock cero, de ninguno de los medicamentos distribuidos por el Programa Provincial.

Analizando la redistribución o clearing de medicamentos, se constata que, durante ese período se redistribuyeron 261.593 tratamientos de los botiquines provinciales entre los efectores sanitarios. Los medicamentos que fueron redistribuidos en mayor cantidad fueron metformina, ibuprofeno, antigripales y amoxicilina comprimidos y entre las ampollas dipirona, diclofenac y dexametasona. Esta cantidad de tratamientos redistribuidos, valorizada según el cotejo de precios que se toma como referencia, fue de \$455.855,07.

Tomando algunos medicamentos como "medicamentos centinela", si analizamos la distribución, prescripción y dispensa de la metformina de estos botiquines, observamos que durante el período se distribuyeron 238.440 tratamientos, con una media mensual de 19.870, se dispensaron según registros del sistema informático 132.530 tratamientos, con una media mensual de 11.044, y se redistribuyeron 94.080 tratamientos entre los diferentes servicios. Comparando la prescripción de dicho medicamento con la cantidad de consultas realizadas vemos que un 8% de las mismas recibió como tratamiento ésta medicación.

En relación al análisis de los otros medicamentos centinelas, furosemida y diclofenac, se distribuyen en ampollas, por lo cual no pueden ser valorados como tratamientos sino como medicación administrada posterior a una consulta, generalmente de guardia. Los medicamentos salbutamol, ibuprofeno y amoxicilina, fueron dispensados en un 100%. Enalapril no se analiza ya que su origen es solo de botiquines Remediar.

Gráfico N° 3: Cantidad de medicamentos centinelas distribuidos y dispensados Período 01/07/2013 al 31/06/2014, Tucumán



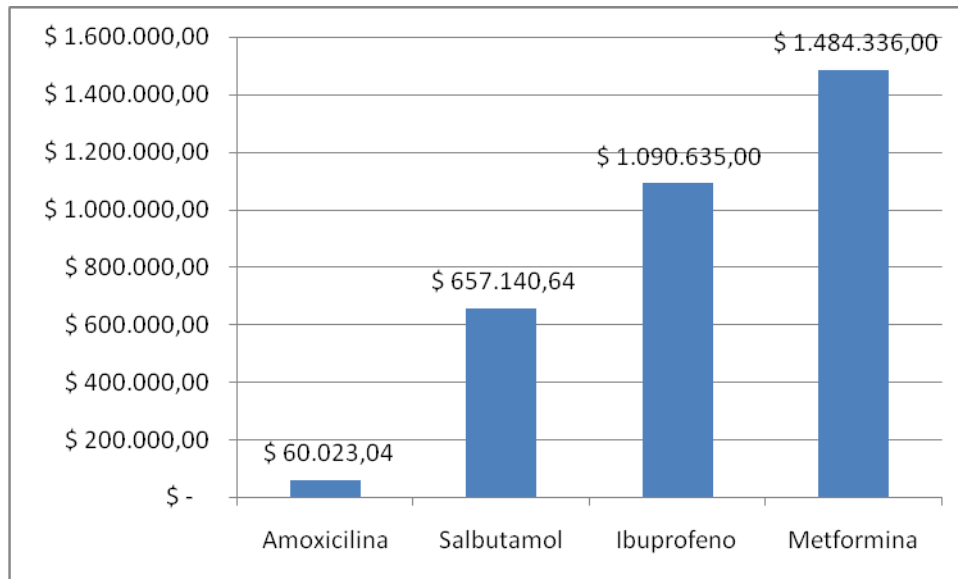
Fuente: Farmacia Oficial, Sistema Informático, Tucumán

En el análisis relacionado a indicadores financieros no se pudo comparar lo que gastaban las áreas operativas en la compra de medicamentos, ya que los registros no eran de buena calidad. Comparando el valor de los medicamentos desde la adquisición de los mismos al realizarse el cotejo central se observaron dos situaciones. Por un lado algunos proveedores fueron presentando en los cotejos posteriores valores cada vez menores de algunos medicamentos.

Al comparar los precios de los tratamientos para una enfermedad crónica o aguda, se observa que, si valoramos el valor promedio de un tratamiento, tomando como referencia los medicamentos centinelas, observamos que según los cotejos realizados se observa un incremento promedio del precio desde el inicio del período hasta la finalización del mismo de un 14%

Para poder valorar el costo de los tratamientos, de una enfermedad crónica o aguda en el siguiente gráfico, se observa el valor de los tratamientos dispensados de los medicamentos centinelas, tomando como referencia el valor promedio de los mismos del Manual Farmacéutico de junio de 2014. Con este indicador se puede observar lo que hubiera significado de gasto de bolsillo para los pacientes que recibieron estos medicamentos

Gráfico N° 4: Total tratamientos distribuidos de medicamentos centinelas valorizados según precios promedio Junio 2014 según el Manual Farmacéutico, Período 01/07/2013 al 31/06/2014, Tucumán

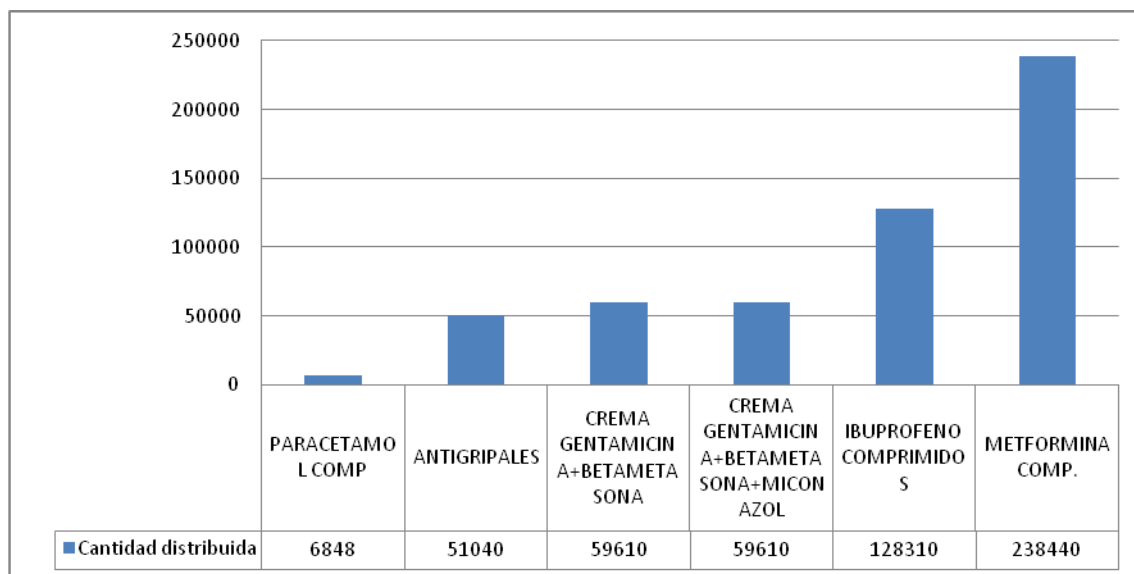


Fuente: Farmacia Oficial, Departamento de Informática, Manual Farmacéutico Junio 2014

En relación a los valores de compra de los medicamentos centinelas comparados con los valores en el Manual Farmacéutico (junio 2014) se observa que los precios de los medicamentos adquiridos mediante cotejo central fueron significativamente más bajos que los valores del Manual Farmacéutico (Amoxicilina valor unitario \$ 0,52 vs \$ 1,47, salbutamol \$ 19,5 vs \$ 35,12).

En relación a los preparados farmacéuticos elaborados por Farmacia Oficial los mismos correspondieron a productos de uso externo (cremas) y a algunos comprimidos, para los cuales cumplieran, en su producción, con las normativas para la misma. En el siguiente gráfico se muestran las cantidades elaboradas y distribuidas en el período de estudio

Gráfico N° 5: Total tratamientos elaborados por Farmacia Oficial y distribuidos, Período 01/07/2013 al 31/06/2014, Tucumán



Fuente: Farmacia Oficial, Tucumán

En cuanto al Porcentaje de Establecimientos que completan la información de la Planilla de Consolidado/Total de Establecimientos, en forma mensual, se observó que durante el primer semestre, se recibieron las planillas de consolidados en tiempos discontinuos, por falta de ejercicio de los servicios, tiempos de rendición del operador logístico o la falta de confección por parte de los centros de salud. Esto llevó a que solo el 45 % cumpliera con la llegada a tiempo de las planillas a Farmacia Oficial. En el primer semestre del 2014 se decide centralizar la entrega de dichos consolidados, a través de las Áreas Programáticas y Red de Servicios, lo que logro elevar significativamente (90%) el porcentaje de planillas recibidas y se pudo analizar los datos para realizar los cambios justificados. Al mismo tiempo en el segundo semestre también se crearon grupos de comunicación en las Áreas Operativas y Programáticas que agilizaron el intercambio de medicamentos.

Para poder realizar un análisis de variación de gasto entre ambos semestres se calculó un valor del botiquín considerando aquellos medicamentos que se entregaron en forma constante en todo el período para evitar comparar botiquines de diferente valor por poseer diferente composición. A ese botiquín homogéneo se lo cotizó según el último cotejo de precios del período estudiado (junio 2014) más el valor calculado de lo producido por Farmacia Oficial, dando un valor de 1966\$ y se analizó la diferencia según botiquines entregados como se puede ver en la siguiente tabla.

Tabla N° 2: Cantidad total de botiquines entregados por áreas programáticas segundo semestre 2013 y primer semestre 2014

	Segundo Semestre 2013	Primer semestre 2014	Diferencia
APC	988	803	- 185
APE	856	693	- 163
APS	896	597	- 299
APO	684	444	- 240
TOTAL	3424	2537	- 887
Total período	\$ 6.731.560	\$ 4.987.724	\$ 1.743.836

Fuente: Dirección General de Programa Integrado de Salud, Farmacia Oficial, Tucumán

En el primer semestre del 2014 no se compraron algunos medicamentos ya que había stock suficiente según lo informado por las planillas. Todo esto trajo como consecuencia que el valor del botiquín común de la segunda entrega del año 2014 sea más bajo \$1.966, comparado con los primeros botiquines del año 2013 cuyo valor fue de \$2.227,2 Todo esto valorizado según el cotejo de junio del 2014.

8 DISCUSIÓN

Al analizar la cantidad de botiquines entregados durante el período en estudio se evidencia que en el segundo semestre hubo una disminución del 26 % en la cantidad de botiquines distribuidos. En la planificación del Programa se definió un botiquín cada 300 consultas por lo cual esta disminución llevó a una mejor adecuación de la entrega de botiquines según consultas.

Al mismo tiempo dicha información sirvió para demostrar que algunos medicamentos tenían stock suficiente en los servicios, por lo cual por un lado se disminuyeron la cantidad de botiquines entregados en el segundo semestre y también en varias entregas no se incluyó la compra de dicha medicación, lo cual bajó así el precio del botiquín.

Es por este motivo que, a medida que se implementaron los cambios en cuanto al número y contenido de los botiquines, la partida presupuestaria para la compra de los botiquines en el período estudiado disminuyó lo que demuestra la evidente conveniencia económica de la compra centralizada y la modalidad de distribución.

Otro beneficio de la modalidad de compra, distribución y control, fue la cantidad de tratamientos redistribuidos entre los efectores (261.593 tratamientos), lo cual no solo provocó la disminución en

la compra de algunos medicamentos sino que también, al evitar que estos queden en lugares con baja tasa de uso, puedan vencerse y provocar gastos por decomiso de medicamentos más el impacto ambiental que esto conlleva.

Analizando la media de medicamentos distribuidos, se observa que metformina fue la mayor cantidad de tratamientos que se distribuyó. Esto se relaciona con una necesidad de los efectores de contar con dicha medicación ya que el número de pacientes con enfermedades crónicas y no transmisibles en seguimiento en los efectores de primer nivel, fue aumentando en los últimos años. Esto demuestra que durante estos años se sigue reforzando la estrategia de atención primaria también para este tipo de patologías.

Durante este período se entregaron 1.258.438 tratamientos lo cual provocó una disminución en el gasto de bolsillo de todos aquellos pacientes que recibieron los mismos y asegura equidad en el acceso a la medicación después de una atención médica, permitiendo un ahorro por parte de los hogares usuarios del sistema de salud público.

Al analizar la medicación entregada según las recetas que originaron dicha entrega se vio que en el 93% de los casos se entregaron la totalidad de los medicamentos, solo un 7% de recetas no recibieron la totalidad. Esto demuestra que no hubo faltante de medicamentos y que en la mayoría de los establecimientos asistenciales el personal respeta los protocolos establecidos para cada patología según normativas de los programas sanitarios, por lo cual, no se observa existencia de recetas parciales o incompletas. Al mismo tiempo en las planillas con consolidados de stock de los efectores sanitarios no se informó stock cero en ningún medicamento.

Al realizarse el análisis de la información mediante planillas más recetas y adecuar el envío según esto, durante el año se vio una mejora constante tanto en el llenado de planillas como en la confección de las recetas. A pesar de esto es necesario continuar trabajando sobre el análisis de las planillas de información, buscar la disponibilidad de las mismas, en puntos estratégicos para mejorar la calidad de los datos. Esto también permitirá el estudio para ir disminuyendo el número de clearing y hacer efectiva la disponibilidad oportuna del medicamento.

Es importante recalcar el rol fundamental que tiene para una buena gestión el poder contar con información oportuna y de calidad. En ese sentido, si bien el sistema informático del sistema de salud, más las planillas de consolidados resultaron de gran utilidad, es necesario avanzar hacia un módulo de medicamentos que se encuentre disponible en todas las farmacias de los Centros de Atención Primaria de la Salud. En ese sentido en Tucumán casi el 90% de los CAPS se encuentran

informatizados por lo cual avanzar hacia un módulo en el cual se puedan cargar todos los movimientos de los medicamentos es posible y agilizará aún más el uso de información.

También quedó en evidencia la necesidad de la presencia de profesionales farmacéuticos en las áreas operativas, ya que los controles descentralizados favorecen la ejecución del programa. Esta situación quedó demostrada al hacerse evidente el mejor manejo tanto de los medicamentos como de la información en aquellas áreas que cuentan con dicho profesional y las que no lo tienen.

Este programa es sumamente ágil, por lo que estará en constante desarrollo a fin de cumplir el objetivo planteado, siendo necesario que se mantengan las condiciones sociopolíticas para que las adaptaciones emergentes sigan siendo posibles.

9 RELEVANCIA PARA LA SALUD PÚBLICA

El derecho a la salud es el valor central de la cobertura universal de salud que debe promoverse y protegerse sin distinción de edad, etnia o raza, sexo, género, orientación sexual, idioma, religión, opinión política o de otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento, o cualquier otra condición social. Promover y proteger el derecho a la salud exige una articulación con otros derechos humanos relacionados. El derecho a la salud está protegido por la gran mayoría de las constituciones nacionales y por tratados internacionales y regionales de derechos humanos, entre ellos la Constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS).¹³

La República Argentina tiene incorporada en su Constitución Nacional el derecho a la salud de manera expresa¹⁴. Al mismo tiempo la Constitución de la provincia de Tucumán en el artículo 146 reconoce la salud como derecho fundamental de la persona.

Dicho artículo expresa que es obligación del Estado Provincial garantizar el derecho a la salud integral pública y gratuita a todos sus habitantes, sin distinción alguna, mediante la adopción de medidas preventivas, sanitarias y sociales adecuadas. Dicho artículo también manifiesta que el medicamento es considerado un bien social básico, siendo obligación del Estado arbitrar los mecanismos que garanticen su accesibilidad para todos los habitantes de la Provincia, así como fiscalizar su procedencia y calidad.¹⁵

Los Estados deben garantizar el cumplimiento de las Funciones Esenciales de Salud Pública en materia de: I) monitoreo, evaluación y análisis del estado de salud; II) vigilancia en materia de salud pública, investigación y control de los riesgos y amenazas para la salud pública; III) promoción de la salud; IV) participación social en lo que se refiere a la salud; V) desarrollo de políticas y

capacidad institucional para la planificación y gestión en cuestiones de salud pública; VI) fortalecimiento de la capacidad institucional para la reglamentación y ejecución en el marco de la salud pública; VII) evaluación y promoción del acceso equitativo a los servicios de salud necesarios; VIII) desarrollo y capacitación de los recursos humanos en salud pública; IX) garantía de la calidad del personal y de los servicios de salud basados en la población; X) investigación en salud pública; y XI) reducción de la repercusión de las emergencias y los desastres en la salud¹⁶. Dentro de la Función VII el rol de los medicamentos accesibles para la población después de una consulta es esencial para su cumplimiento.

Es por todo lo expresado anteriormente que contar con un Programa Provincial de Accesibilidad a Medicamentos Esenciales constituye una estrategia de gran importancia para la Salud Pública.

Para alcanzar los objetivos de una política farmacéutica, el estado tiene que desempeñar una función primordial, consiguiendo que los medicamentos distribuidos en los sectores público y privado sean de calidad aceptable, inocuos y eficaces. El estado tiene también la responsabilidad de promover el uso racional de los medicamentos y fomentar activamente la disponibilidad de los mismos¹⁷.

Entre las decisiones que los gobiernos tienen que afrontar en el sector farmacéutico, la más compleja y costosa puede referirse a la financiación y el suministro de medicamentos por los servicios de salud estatales.¹⁷ En este sentido el análisis de este estudio demuestra que la implementación del Programa trajo aparejado un mejor uso de los recursos financieros garantizando la llegada de los medicamentos a los efectores sanitarios.

En la perspectiva económica, los medicamentos constituyen el segundo mayor ítem de gastos de los sistemas de atención de salud, solamente superados por la atención hospitalaria. Además, los gastos con asistencia farmacéutica son crecientes, lo que se deriva de la combinación de tres factores: el aumento del número de personas que consumen medicamentos, el aumento del número de prescripciones por personas y el costo de las prescripciones derivado de las innovaciones tecnológicas. Generalmente, el crecimiento de los gastos con asistencia farmacéutica supera el incremento del Producto Interno Bruto de los países, generando problemas de financiamiento.¹⁸

El Programa Provincial de Accesibilidad a Medicamentos asegura, junto con el Programa Remediar, el acceso a medicamentos esenciales a la población sin cobertura de salud fortaleciendo la atención primaria, mediante la compra centralizada de los mismos, asegurando su llegada a todos los efectores sanitarios.

Al realizarse un análisis de dicho Programa queda demostrado que esta estrategia ha sido de gran utilidad tanto para efficientizar los gastos, como así también para brindar a la población

medicamentos seguros, jerarquizando el rol del farmacéutico dentro del Sistema provincial de Salud.

La decisión de modificar la gestión de los medicamentos dentro del Sistema de Salud en Tucumán fue justificada por diferentes motivos, los cuales fueron lo suficientemente importantes como para decidir la implementación del mismo. Si el cambio del sistema de suministro de medicamentos en un sistema sanitario no es el resultado de un análisis cuidadoso de las causas subyacentes de los puntos débiles del sistema existente en una determinada región, el cambio tal vez no produzca los resultados deseados.¹⁸

Que el estado garantice la accesibilidad a medicamentos posee relevancia en el estado de salud de cada individuo como así también en el hecho de garantizar el cumplimiento de tratamientos, los cuales si se realizan en forma incompleta pueden traer problemas a la salud pública, como ser en el tratamiento de enfermedades infecciosas un uso inadecuado, ya sea por incorrecta dosificación o por no poder cumplir con la duración del tratamiento pudiendo esto provocar una selección de cepas resistentes¹⁹.

En tal sentido también, la estrategia de establecer “medicamentos centinelas” dentro del Programa Provincial de Accesibilidad a Medicamentos, definidos a través de un diagnóstico epidemiológico de la población, permitirá una evaluación indirecta de los programas destinados al control de las enfermedades más frecuentes. Así por ejemplo, el análisis de la metformina permitió evaluar el Programa Provincial de detección, control y tratamiento de la diabetes, asegurándonos la accesibilidad del paciente crónico a la medicación necesaria para el control de su enfermedad.

Para lograr un mayor impacto en las políticas relacionadas a medicamentos es fundamental, no solo efficientizar los gastos realizando mecanismos de gestión que favorezcan la compra a mejores precios, ya que la compra en cantidad mejora la oferta de precios, sino también mejorar la prescripción de los mismos. Dentro de los Sistemas de Salud el uso de normativas uniformes para los profesionales mediante Guías Clínicas, definidas como recomendaciones sistemáticas, basadas en el mejor conocimiento científico disponible, para orientar las decisiones de los profesionales y de los pacientes sobre las intervenciones sanitarias más adecuadas y eficientes en el abordaje de un problema específico relacionado con la salud en circunstancias concretas, mejoran la prescripción y uso de medicamentos en los pacientes²⁰

Por esas razones económicas y sanitarias, se impone en los Sistemas Sanitarios organizar el sistema de asistencia farmacéutica, como uno de sus sistemas transversales de apoyo. El sistema de asistencia farmacéutica engloba dos grandes componentes: la logística de los medicamentos y la farmacia clínica. Por eso, en la Salud Pública, la organización del sistema de atención farmacéutica debe considerar esas dos dimensiones. Generalmente, prevalecen los esfuerzos en la organización

de los ciclos logísticos y se coloca, aún, poco esfuerzo en el componente asistencial y de vigilancia de la farmacia clínica. Es necesario considerar que todas las actividades de la asistencia farmacéutica deben ocurrir de forma ordenada, ya que una actividad ejecutada de manera inapropiada perjudicará todas las otras actividades del sistema.

La introducción de la farmacia clínica cambia el papel del farmacéutico que de un profesional que trabaja con medicamentos, pasa a ser miembro de un equipo multi profesional de salud, interactuando con los demás profesionales y relacionándose con las personas usuarias, sus familias y la comunidad, de manera que promueva vínculos permanentes, con base en la acogida y en la humanización de las prácticas clínicas.¹⁸

Por todo lo expuesto anteriormente más los resultados presentados en el presente estudio es que se considera que la implementación del Programa Provincial de Accesibilidad a Medicamentos Esenciales posee una importancia relevante para la Salud Pública.

10 COMUNICACIÓN DE RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

Dados los resultados obtenidos en la presente investigación, es fundamental comunicar los resultados a los actores involucrados directamente en el Programa Provincial de Accesibilidad a Medicamentos:

Decisores en salud (Ministro de Salud y su gabinete),

Responsables de logística y distribución de medicamentos: manejo de depósitos, control de stock.

Economistas de la salud y decisores de administración de recursos financieros en salud.

Farmacéuticos: importancia de este recurso humano en decisiones, procesos y farmacia clínica.

Informáticos y responsables de los registros y manejo de datos en los sistemas de salud.

Responsables de Áreas que poseen a su cargo efectores sanitarios.

La metodología de difusión de la información será en Sala de Situación presidida semanalmente por el Ministro de Salud en la que participan los responsables de las Áreas Programáticas, representantes de las Direcciones de Programa Integrado de Salud y de la Red de servicio así como directores de hospitales y otras dependencias del Sistema Provincial de Salud.

Conferencias con presentación de resultados a nivel provincial, nacional e internacional. Poster en eventos relacionados a Economía en Salud. Publicaciones en revistas relacionadas a la Salud Pública y a la Economía en Salud

11 ABREVIATURAS Y ACRÓNIMOS

CAPS: Centro de Atención Primaria de la Salud

APC: Área Programática Centro

APE: Área Programática Este

APS: Área Programática Sur

APO: Área Programática Oeste

12 AGRADECIMENTOS

A mi Directora de Beca, Dra. Irene Garbero por ser mi apoyo y guía permanente.

Al Ministro de Salud Pablo Yedlin, al Secretario Ejecutivo Médico Fernando Avellaneda y al Subsecretario Ing. Sergio Epstein.

Al Director de Salud de las Personas, Dr. Hugo Jovanovics.

A la Gerencia Administrativa de la Dirección del Programa Integrado de Salud Contador Ricardo Bringas, al Licenciado Javier Valdecantos, Sra. Sandra Bravo.

A la Jefa de Departamento de Fiscalización Farmacéutica Sandra Miotti.

A la Jefas de Departamento Farmacia Oficial Farmacéuticas Adriana Fracchia y Marta Sosa.

A la Supervisora de Farmacias de la Dirección General de Red de Servicios Farmacéutica Ana Paola Merep.

A la Directora de la Red de Servicio del Sistema Provincial de Salud: Dra. Verónica Rubatti.

A mi familia por ser el motor de todos mis días y por su apoyo permanente.

13 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1-Gonzalez García, Ginés; De la Puente, Catalina; Tarragona, Sonia: "Medicamentos: Salud, Política y Economía". Buenos Aires, Ediciones ISALUD, 2005.

2- Jorrat, Jorge Raúl; Fernández, María de las Mercedes y Marconi, Elida: "Utilización y gasto en servicios de salud y medicamentos". En El futuro del acceso a los medicamentos en la Argentina. Buenos Aires, CONAPRIS, 2003.

3. World Health Organization. Background document for the 31st World Health Assembly. Ginebra: WHO, 1978;(A/31 Technical Discussions/1).

4. World Health Organization. The use of essential drugs (Tenth model list of essential drugs). Ginebra: WHO, 1998;(Technical Reports Series No. 882).

5. Reich M. The global drug gap. Science 2000;287:1979-1981.

6. Comité de Expertos de la Organización Mundial de la Salud. Uso de medicamentos esenciales. Ginebra: OMS, 1995;(Serie de Informes Técnicos No. 867).
7. Perspectivas políticas de la OMS sobre medicamentos: Acceso equitativo a los medicamentos esenciales: Un marco para la acción colectiva. Marzo 2004 N°8. OMS.
8. Remediar+Redes: 10 años comprometidos con la Salud Pública, Ministerio de Salud de Nación, Buenos Aires, 2013.
9. Dirección de Estadísticas de la provincia de Tucumán (www.estadisticas.tucuman.gov.ar)
10. Objetivos, metas y Estrategias "Salud al bicentenario", Ministerio de Salud de Tucumán, Tucumán, 2007.
11. Augustovski F, García Martí S, Pichon-Riviere A. Estándares Consolidados de Reporte de Evaluaciones Económicas Sanitarias: Versión en Español de la Lista de Comprobación CHEERS. Value in Health Regional Issues 2013 (2): 338-341
- 12- Reséndez Cristela, Garrido Francisco, Gómez-Dantés Octavio. Disponibilidad de medicamentos esenciales en unidades de primer nivel de la Secretaría de Salud de Tamaulipas, México. Salud pública Méx. 2000 Aug; 42(4): 298-308. Available from: http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S0036-36342000000400004&script=sci_arttext
- 13- Organización Panamericana de la Salud. Plan Estratégico de la Organización Panamericana de la Salud 2014-2019 [Internet]. 52.º Consejo Directivo de la OPS, 65.a Sesión del Comité Regional; 2013 30 septiembre – 4 de octubre; Washington (DC), Estados Unidos, Washington (DC): OPS; 2013 (Documento Oficial 345) Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=23052&Itemid=270&lang=es.
- 14- Constitución Argentina, Artículo 75; 128, Buenos Aires, 2010. Disponible en: <http://bibliotecadigital.csjn.gov.ar/Constitucion-de-la-Nacion-Argentina-Publicacion-del-Bicent.pdf>
- 15- Constitución Tucumán, Artículo 146; 42; Tucumán; 2004; disponible en: <https://hlt.gov.ar/pdfs/digesto/constitucionprovincia.pdf>
- 16- OPS. La salud pública en las Américas: nuevos conceptos, análisis del desempeño y bases para la acción. Publicación científica y técnica No. 589. Washington, D.C., 2002.
- 17- Opciones en el suministro de medicamentos: ¿qué funciona mejor?, Boletín de Medicamentos Esenciales, OMS, N°25-26, 1998.

-
- 18- Mendes, Eugênio Vilaça. Las redes de atención de salud, ed. en español; Brasilia : Organización Panamericana de la Salud, 2013.
- 19- Buschiazzo, Perla M. de; Medicamentos y Salud. Grupo argentino para el uso racional de los medicamentos, Vol. 3, N° 3, 2000.
- 20- Grifell E, Carbonell, JM, Infiesta F. Mejorando la gestión clínica: desarrollo e implantación de guías de práctica clínica. Barcelona: CHC Consultoria i Gestió, 2002