



Utilización de Medicamentos del Programa REMEDIAR en la Provincia de Buenos Aires, Argentina

Gustavo H. MARÍN *^{1,2}, Martín CAÑÁS ^{2,3}, Cecilia HOMAR ^{1,2} & Mariel PERROTTA ¹

¹ *Dirección de Atención Primaria de la Salud, Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires.
Av. 60 y 120, 1900 La Plata, Argentina*

² *Cátedra de Farmacología Básica, Facultad de Ciencias Médicas,
Universidad Nacional de La Plata, Av. 60 y 120, 1900 La Plata ; Argentina*

³ *Centro de Información de Medicamentos de Fundación Federación Médica
de la Provincia de Bs. As. Calle 54 N° 920, 1900 La Plata, Argentina.*

RESUMEN. El objetivo de este estudio fue el de describir las características de la prescripción y dispensación de medicamentos a través del Programa REMEDIAR en la Provincia de Buenos Aires, Argentina. Fueron analizadas: prescripciones totales, prescripciones por paciente/año, frecuencia de prescripción, cobertura y continuidad del tratamiento en diabetes e hipertensión calculando dosis diarias definida (DDD) por 1000 habitantes/día. El 17,61% de las consultas realizadas requirieron prescripción de fármacos, de las cuales el 16,85% fueron provistos por el Programa REMEDIAR. Las patologías agudas recibieron el 52,1% de los medicamentos dispensados, y las crónicas el 14,9%. Los menores de 15 años recibieron el 7,96% de los medicamentos prescritos, mientras que aquellos de 15-59 y los >60 años recibieron 60,21% y 31,83% respectivamente. Sólo el 0,65% de los pacientes diabéticos y el 0,08% de los hipertensos tuvieron continuidad del tratamiento durante el año de seguimiento. La patología aguda requiere la mayor cantidad de prescripciones. La continuidad del tratamiento en enfermedades crónicas es baja. Resulta necesario registrar todas las fuentes de dispensación y aunar esfuerzos para asegurar un tratamiento periódico y completo. Las herramientas incorporadas al Programa ayudan a resolver este planteo.

SUMMARY. "Usage of Drug Prescriptions through the REMEDIAR Program in the Province of Buenos Aires, Argentina". The objective of the present study was to describe essential drugs prescription through REMEDIAR public program in Buenos Aires Province, Argentina. Variables analyzed: total prescriptions number, prescriptions by patient/year, frequency of prescription, accessibility and continuity of diabetes and hypertension treatment in calculating daily dose defined (DDD) by 1000 inhabitants/day. 17.61% consultations required drug prescription, 16.85% of which were provided by REMEDIAR. The acute pathologies demanded 52.1% of prescriptions and chronic disease required 14.9%. Those aged with 15 years old or less, received 7.96% of the drugs, whereas those with 15-59 and those that exceed 60 years old received 60.21% and 31.83%, respectively. Only 0.65% of diabetics and 0.08% of hypertensives had continuity of the treatment during the year of pursuit. Acute disease demands the greater amount of prescriptions. The continuity of the treatment in chronic diseases is low. It is necessary to optimize a register system that should include all the sources of drug provision. New tools of REMEDIAR and local programs are now in process to be included. National and Provincial efforts must put together in order to assure a personal, periodic and complete treatment for all members.

INTRODUCCIÓN

Los medicamentos son una parte importante de la medicina moderna y un producto esencial para mantener la vida, evitar el sufrimiento y prevenir enfermedades. El medicamento, como bien de consumo, tiene una característica única que lo distingue de los demás bienes: lo toma

un paciente, lo prescribe un médico, lo dispensa un farmacéutico, lo administra un enfermero/a, en algunas ocasiones lo paga el sistema público de salud y en otras el usuario, pero no quien decide la prescripción ¹.

El proceso de generalización de las reformas neoliberales sufrida por Argentina durante los

PALABRAS CLAVE: Accesibilidad, Atención Primaria de la Salud, Medicamentos, Salud Pública, Utilización de Medicamentos.

KEY WORDS: Access, Drugs, Drug Utilization, Primary Health Care, Public Health.

* Autor a quien dirigir la correspondencia. *E-mail:* gmarin@netverk.com.ar

años 90 implicó en el área de salud la privatización de los servicios de atención, la descentralización del subsector público de salud y el traspaso de tareas a niveles provinciales y municipales sin el soporte económico-financiero. A su vez, específicamente en el campo de los medicamentos, y acorde a las reformas económicas desregulatorias y orientadas a un mayor papel del mercado en la asignación de recursos, se fijó una política de liberación de precios, liberación de importaciones y simplificación de los trámites de registro sanitario de los principios activos. Esta política favoreció el aumento de precios de los medicamentos y la entrada al mercado de un número creciente de productos innecesarios e inútiles ².

A fines de 2001, luego de tres años de recesión económica y de un deterioro progresivo del bienestar social del país, Argentina se sumergió en un período de grave crisis social, moral y económico-financiera. El abandono de la política monetaria de paridad con el dólar y la consiguiente devaluación del peso argentino produjeron una inflación del 70% durante el primer semestre de 2002, con una caída del producto bruto interno del 16% proyectada para fin de ese año. El desempleo creció hasta alcanzar el 22% durante el 2002 y el 53% de la población pasó a vivir en condiciones de pobreza ³.

El sistema de salud también entró en crisis: se rompieron las cadenas de pago en la seguridad social y aumentó la demanda sobre el sector público, en el marco de presupuestos cada vez más restringidos y aumentos de precio de los medicamentos e insumos biomédicos (muy por encima del incremento de los costos de los insumos importados y de la inflación general). La salud de la población de menores ingresos se vio seriamente comprometida, tanto por su mayor riesgo epidemiológico, producto del deterioro en las condiciones socioeconómicas, como por las mayores dificultades de acceso al cuidado de la salud, especialmente a los medicamentos. Estos bienes pasaron a tener un mayor peso dentro de la canasta de consumo ⁴.

Según los datos de la Encuesta Nacional de Gasto de los Hogares de 1996/1997 realizada por el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC), el quintil de menores ingresos dedicaba el 8% de su ingreso total o el 80% de su gasto en salud a medicamentos, frente al 3% y 30% respectivamente para el quintil de mayores ingresos ⁵. Para el año 2003, los datos de la Encuesta de Utilización y Gasto en Servicios de Sa-

lud, del Ministerio Nacional de Salud, muestran que la situación se había deteriorado aun más: el primer quintil destinaba el 11,3% de su ingreso total, en comparación con el quinto quintil (3,3%) ⁶.

Para resguardar o mejorar el acceso de la población a los medicamentos, el Ministerio Nacional de Salud y Ambiente con apoyo de organismos internacionales, comenzó a implementar una serie de programas: provisión gratuita en Centros de Atención Primaria (Programa Remediar), financiación selectiva (Programa Médico Obligatorio de Emergencia-PMOE) y la Ley de promoción de la prescripción por denominación común internacional.

El Programa Remediar se puso en marcha en plena crisis durante el año 2002. El principal objetivo fue intentar garantizar en forma gradual el acceso a los medicamentos esenciales a través del suministro gratuito a la mayoría de los Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS) del territorio nacional y así reducir la inequidad en el acceso. Para ello se confeccionaron botiquines integrados por 46 principios activos, en un total de 51 presentaciones, que se estima dan respuesta al 80% de los motivos de consulta en el primer nivel de atención. Cada consulta médica u odontológica en los CAPS da lugar a un registro en una planilla de recetas y el beneficiario firma su conformidad en la misma receta, cuando se le entrega el medicamento. En el programa, la dispensación de los medicamentos no se efectúa a través de un profesional farmacéutico.

Un estudio llevado a cabo en Corrientes, observó que partir de la incorporación del Remediar aumentó el número de consultas en los CAPS, lo que sugiere que los pacientes consultan en los centros cuando éstos le garantizan el acceso a los tratamientos. También se observó que algunos grupos de medicamentos fueron más utilizados que otros, agotándose antes de la reposición mensual de los botiquines por sobreprescripción y uso irracional de los mismos ⁷.

El presente trabajo se propone contribuir al conocimiento de la utilización de los medicamentos que se dispensaron en los Centros de Atención Primaria de la Salud ubicados en la provincia de Buenos Aires a través del Programa Remediar tomando como modelo un período anual, describir las características de la prescripción y dispensación, caracterizar dicha prescripción según edad de los pacientes y motivo de consulta, y determinar continuidad de los tratamientos suministrados.

MÉTODOS

Tipo de Estudio

Estudio de Utilización de Medicamentos de consumo, descriptivo y retrospectivo, a partir de la información registrada en la Base de Datos del Programa Remediar provista por el Ministerio de Salud de la Nación, durante el período 1 de Enero al 31 de Diciembre de 2004.

Población Objetivo

Se consideró como potencial población beneficiaria del Programa Remediar a todos los habitantes de la Provincia de Buenos Aires sin obra social y/o plan de salud privado o mutual, de acuerdo a lo especificado en los objetivos del programa.

Universo de la Muestra

La muestra obtenida contiene el total del universo de recetas dispensadas a través del Programa Remediar en los Centros de Atención Primaria de la provincia de Buenos Aires.

Base de Datos

Los datos aportados por la Base de Datos analizadas fueron Centro de Salud, datos filiatorios del paciente (Nº de documento), motivo de consulta, código del medicamento prescripto, principio activo, forma de presentación y cantidad dispensada. Los datos sobre los números de consulta en los CAPS fueron suministrados por el Departamento de Estadísticas de la Dirección de Información Sistematizada (DIS) de Servicios de Salud del citado Ministerio.

Variables evaluadas

Número total de prescripciones realizadas a través del programa, promedio de prescripciones por paciente/año, frecuencia de medica-

mentos más prescriptos, medicamentos por grupo de edad y motivo de consulta, y grado de cobertura y continuidad del tratamiento en dos patologías crónicas trazadoras: diabetes e hipertensión. Esta elección fue debido a su alta prevalencia, a que ambas siguen un curso crónico y requieren un tratamiento continuo. Los pacientes fueron identificados mediante motivo de consulta/diagnóstico principal y para cada uno se calculó, en forma personalizada, el número de envases de medicamentos dispensados en el año evaluado.

Con el fin de determinar el consumo de los medicamentos prescriptos para el tratamiento de diabetes e hipertensión arterial, incluidos en el programa Remediar se utilizó la Anatomical Therapeutic Chemical (ATC), desarrollada por Norwegian Medical Department (NMD) y desde 1982 con sede en el "WHO Collaborating Centre for Drugs Statistics Methodology" con sede en Oslo ⁸.

Los datos se expresaron en dosis diarias definidas (DDD) como unidad técnica de medida que se define para los principios activos disponibles en el mercado farmacéutico mundial establecido en la clasificación ATC (Tabla 1).

Principio activo	Código ATC	DDD (expresada en mg)
Metformina	A10BA02	2.000
Glibenclamida	A10BB01	10
Endapril	C09AA02	10
Hidroclorotiazida	C03AA03	25
Atenolol	C07AB03	75
Furosemida	C03C A01	40

Tabla 1. Relación de medicamentos, Código ATC y DDDs, utilizadas en el estudio.

Para cada uno de estos medicamentos incluidos en la base se calculó la cantidad total prescripta en mg y se la dividió por todas las DDD, obteniendo así el número de DDDs prescriptas. Según la fórmula [1]:

$$N^{\circ} \text{ DDD} = N^{\circ} \text{ unidades prescriptas (expresadas en mg) durante un año} / \text{DDD en mg} \quad [1]$$

El consumo de medicamentos fue expresado en número de DDD y número de DDD por 1000 beneficiarios por día (DHD). La DHD permite estimar la proporción de pacientes en tratamiento con un determinado fármaco, en un momento dado. Para su cálculo fue utilizada la fórmula [2].

$$\text{DHD} = \frac{\text{Envases dispensados} \times \text{Formas Farmacéuticas por envase} \times \text{mg por forma} \times 1000 \text{ hab.}}{\text{DDD en mg} \times N^{\circ} \text{ de usuario de la obra social} \times N^{\circ} \text{ de días analizados en la muestra}} \quad [2]$$

A su vez, en ambos grupos, y para cada paciente, se evaluó la continuidad del tratamiento, definida como la dispensación de la dosis mínima necesaria para garantizar un curso regular de tratamiento a lo largo de un año, expresada como 1 dosis /día en cada paciente particular.

Análisis Estadístico

La unidad de análisis de nuestro estudio fue la prescripción. Se determinó y analizó globalmente y en forma personalizada por individuo, la unidad de análisis en comparación con las demás variables (indicación, recetas por paciente, dosis prescrita, edad de los pacientes y patología). La información fue procesada por el Sector Desarrollo del Departamento de Informática perteneciente al Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires utilizando el programa informático Microsoft Office Access. Los datos recolectados de la ficha diseñada para la investigación fueron tabulados, obteniéndose así distribución de frecuencias y porcentajes. Se realizó finalmente el análisis descriptivo de los datos utilizando tablas, gráficas de la prescripción según cada variable. Dichos datos se expresaron en números absolutos y en medida de frecuencia porcentual en relación con la totalidad de cada ítem, utilizando el paquete estadístico SPSS para PC-Windows (versión 11).

RESULTADOS

Según el Censo 2001 realizado por el Instituto Nacional de Estadística y Censos, serían 6.746.937 beneficiarios potenciales, es decir aquellos que no posee cobertura específica en salud, y que representan el 48,8% de la población total de la provincia.

Durante el año 2004 se realizaron 18.155.777 consultas en todos los CAPS ubicados en el territorio provincial, de las cuales el 88,59% correspondieron a consultas médicas y el 11,41% a consultas odontológicas.

En el período analizado se realizaron 3.195.910 de prescripciones a través del Programa, lo que implica que el 17,61% de las consultas realizadas en los CAPS, recibieron tratamiento farmacológico. El promedio de prescripciones/paciente/año fue para ese año 2,81.

La Figura 1 muestra los medicamentos dispensados según motivos de consulta más frecuentes. Las patologías agudas representan el 52,1%, mientras que las crónicas el 14,9%.

En la Figura 2 se observan los medicamentos prescritos expresados en porcentaje para los motivos de consulta que más recibieron medicamentos: faringoamigdalitis, patologías odontológicas,

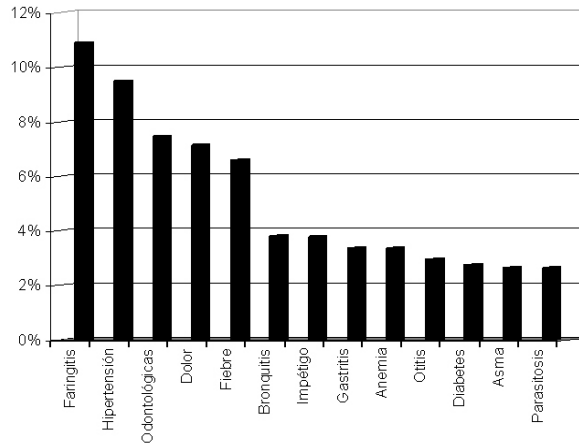


Figura 1. Porcentaje de medicamentos dispensados según motivo de consulta durante el año 2004 en los CAPS de la Provincia de Buenos Aires. Si bien los porcentajes se expresan sobre la totalidad de medicamentos dispensados por el programa (n = 3.195.910), el gráfico muestra el 67% de éstos. El 33% restante corresponde al conjunto de otras causas menos frecuentes que individualmente no alcanzaban al 2%.

gicas, dolor y fiebre. No se incluyen hipertensión y diabetes, los que se comentarán en detalle más adelante. Obsérvese que el 51,6% de las prescripciones para faringoamigdalitis fueron antibióticos y sólo el 29,1% analgésicos antitérmicos, situación similar a la que se ve en la prescripción odontológica (antibióticos = 54,8% y analgésicos antitérmicos = 33,9%). Se constató también la prescripción de antibióticos para los motivos de consulta dolor (15,2%) y fiebre (15,2%).

En la Figura 3 se muestra el porcentaje de prescripciones distribuidas según rango de edad. Los menores de 15 años recibieron el 7,96% de los medicamentos prescritos, el grupo de 15 a 59 años el 60,21% y los mayores de 60 años el 31,83%. Los principios activos más prescritos para estos tres grupos etarios se pueden observar en la Figura 4.

Continuidad del tratamiento en diabetes

Durante el año de análisis del presente trabajo, se individualizaron 33.880 pacientes con diagnóstico principal de diabetes (2,98% del total de la Base) con una edad promedio de 58,69 años (DS ± 15,7). En la Figura 5 se muestran los medicamentos más prescritos a los pacientes diabéticos.

Se observa que glibenclamida y metformina representaron el 64,4% de los medicamentos más utilizados. Sin embargo, de los pacientes que consultaron por diabetes, sólo 220 recibie-

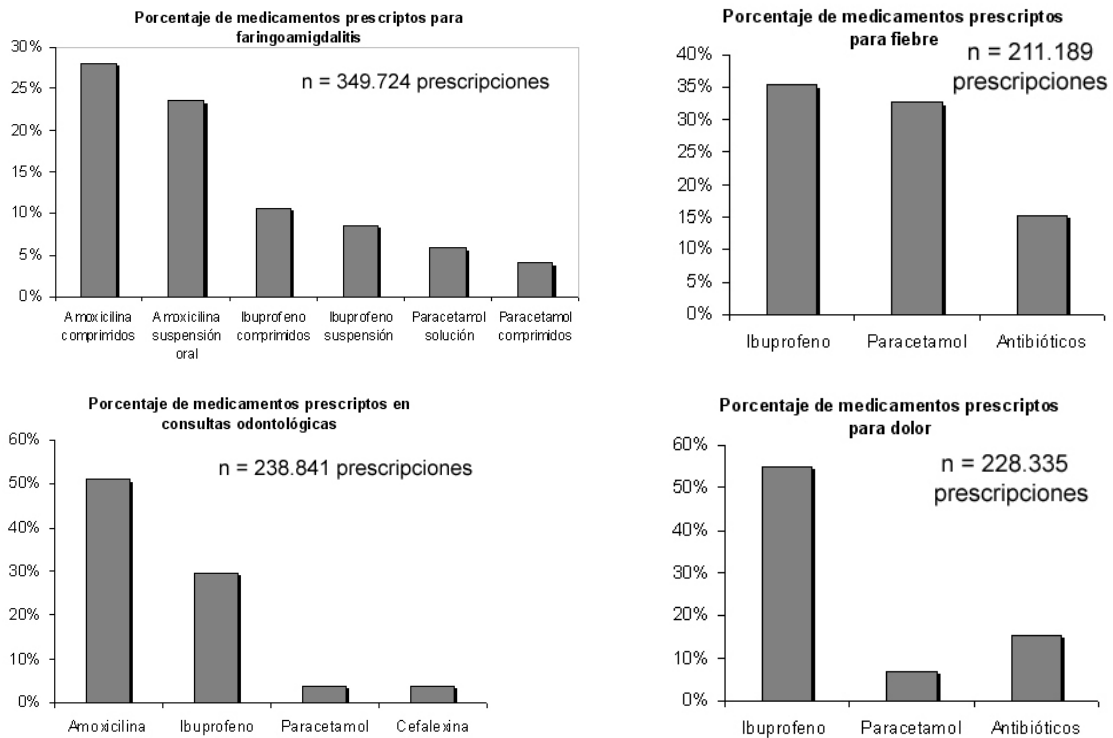


Figura 2. Medicamentos prescritos para los motivos de consulta que más recibieron medicamentos durante el año 2004 en los CAPS de la provincia de Buenos Aires. En cada cuadro se expresa el porcentaje que correspondió a cada medicamento sobre el total de medicamentos prescritos para cada patología según se expresa en la base de cada tabla.

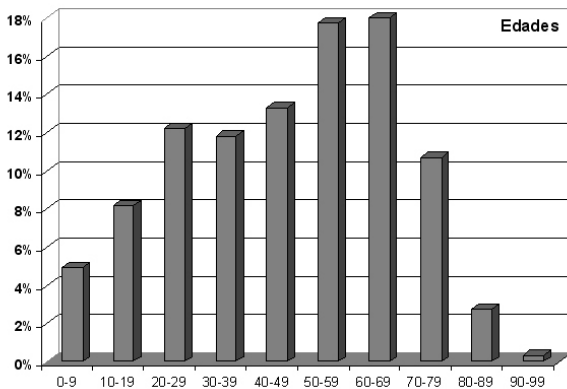


Figura 3. Porcentaje de medicamentos dispensados por edad durante el año 2004 en los CAPS de la provincia de Buenos Aires. Distribución de la dispensa de medicamentos según grupo etáreo, sobre la base total (100%) de medicamentos dispensados por el programa (n= 3.195.910).

ron la dosis mínima (1 dosis/día) de algún principio activo (metformina o glibenclamida) para el control específico de su enfermedad durante el año de seguimiento (Tabla 2). Se observó también que 4.220 diabéticos recibieron tratamiento continuo durante 1 año con enalapril.

Total pacientes diabéticos 33.880 (2,98% del total)	Tratamiento continuo	Glibenclamida
	con hipoglucemiantes:	98 pacientes (0,29%)
	220 (0,65%)	Metformina
		122 pacientes (0,36%)

Tabla 2. Pacientes diabéticos tipo II con tratamiento.

El consumo expresado en dosis diaria definida por 1000 habitantes/ día, arrojó los siguientes resultados: DHD glibenclamida 0,31; DHD metformina 0,14; correspondiendo las DHD para hipoglucemiantes 0,45. La DHD para enalapril en esta indicación fue de 0,15.

Continuidad del tratamiento en hipertensión

Durante el año de análisis se individualizaron 117.310 pacientes con diagnóstico de hipertensión (10,32% del total del universo de la muestra) con una edad promedio de 60,59 años (DS ± 15,06). En la Figura 6 se muestran los medicamentos más dispensados a los pacientes hipertensos, observándose que el enalapril fue el mayormente prescrito.

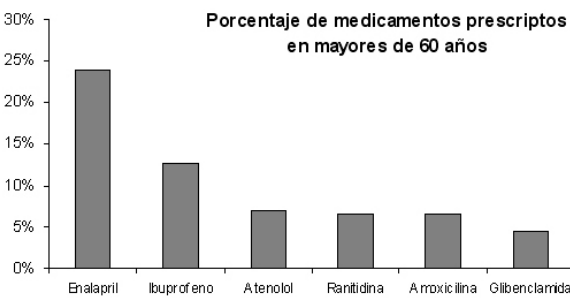
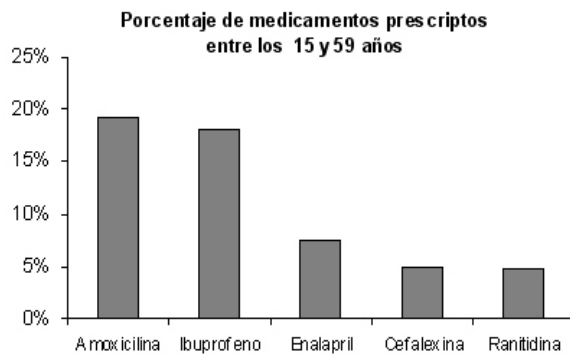
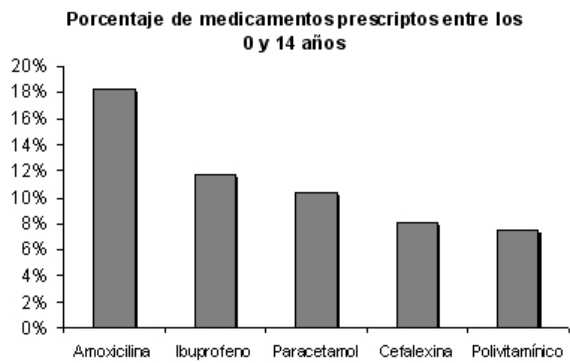


Figura 4. Distribución de medicamentos para tres grupos de edad: 0-14 años, 15-59 y mayores de 60 años.

De los 117.310 pacientes que consultaron por hipertensión, sólo 102 tuvieron continuidad del tratamiento, recibiendo al menos 1 dosis diaria durante el año con algún antihipertensivo (Tabla 3).

El consumo expresado en dosis diaria definida por 1000 habitantes/ día para este grupo

Total pacientes hipertensos 117.310 (10,32%)	Recibieron tratamiento continuo con antihipertensivos 102 pacientes (0,084%)	Enalapril: 65 pacientes (0,055%) Hidroclorotiazida*: 25 pacientes (0,021%) Atenolol: 9 pacientes (0,007%) Furosemida: 2 pacientes (0,001%)
	Aspirina 100mg/día: 1 solo paciente	

Tabla 3. Pacientes hipertensos con tratamiento. * Se consideró 1/2 comp/día= 25 mg/día, siendo esta la dosis intermedia entre los 12,5 mg/día y las dosis máxima de 50 mg/día.

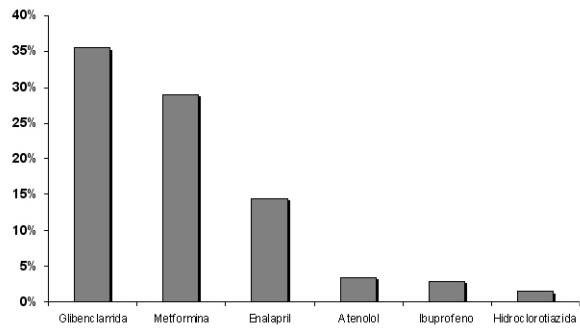


Figura 5. Frecuencia de medicamentos prescritos en diabetes. El gráfico expresa el porcentaje que correspondió a cada medicamento sobre el total de medicamentos prescritos bajo la indicación de diabetes (n = 87.789).

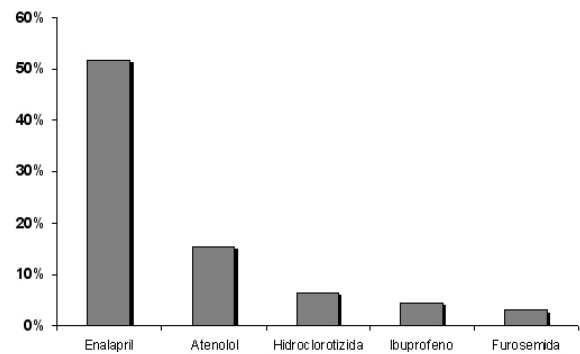


Figura 6. Frecuencia de medicamentos prescritos en hipertensión arterial. El gráfico expresa el porcentaje que correspondió a cada medicamento sobre el total de medicamentos prescritos para la hipertensión arterial (n = 303.063).

fue el siguiente: DHD enalapril 1,95; DHD hidroclorotiazida 0,34; DHD atenolol 0,30; correspondiendo DHD antihipertensivos 2,33.

DISCUSIÓN

El número de prescripciones por consulta en el ámbito de los Centros de Salud resultó más bajo de lo esperado (17,61%) en función de datos publicados por el Ministerio de Salud Nacional⁸. Los datos aportados por el mismo afirman que de cada 100 consultas realizadas en el primer nivel de atención, el 60% se retira con una

prescripción de medicamentos, siendo el 40% provistos por el Programa Remediar ⁹.

El presente estudio describe que se prescriben 3.195.910 de recetas anuales por el Programa en los CAPS de la provincia de Buenos Aires, y que el promedio de prescripciones/paciente/año es de 2,81. Existen pues 1.137.335 individuos que recibieron medicación a través del Remediar. En el año en que se realizó el presente estudio, la población total de la provincia era de 13.827.203 y 48,8% de ella (6.747.675 habitantes) no poseía cobertura específica en Salud, es decir que se constituían en potenciales beneficiarios del programa. Por otro lado sabemos que no toda la población consume medicamentos en el período de un año. Estudios de utilización de medicamentos en poblaciones Latinoamericanas y Españolas de características semejantes a la de la provincia de Buenos Aires, estiman el uso de fármacos por parte de la población en un rango de 49-67% ¹⁰⁻¹¹. Tomado todo ello en consideración, se infiere que al menos, en el año de estudio 3.306.360 bonaerenses sin cobertura debían consumir algún tipo de medicamento, por tanto, la cobertura del Programa fue del 34,39%.

La mayor parte de los problemas de salud que requirieron una terapéutica farmacológica fueron los de curso agudo. Este aspecto debe analizarse desde un concepto más amplio que el de los medicamentos. Existe en la población de la Provincia de Buenos Aires (como en la mayoría de las regiones de América Latina), una consulta "a demanda", emergente cuando se percibe un problema de salud, careciéndose de una planificación en base a consultas programadas ¹². En este marco, resulta lógico que las enfermedades crónicas, con poca sintomatología inicial, no sean percibidas como problema, y por tanto, no ameriten una consulta. En cambio, las enfermedades agudas por su florida expresión sintomatológica, llevan a consultar precozmente.

En nuestro estudio constatamos que el 51,66% de las faringoamigdalitis fueron tratadas con amoxicilina, aunque se ha señalado que sólo un 10-20% de ellas tienen una infección demostrada por *Streptococo β Hemolítico grupo A* y necesitarían realmente la prescripción de un antibiótico ¹³.

En la provincia de Buenos Aires, donde habita el 40% de la población Argentina, la fiebre ocupó el quinto lugar como diagnóstico en los CAPS (6,61%), mientras que datos del país recabados por Remediar muestran que dicho signo ocupó el segundo lugar con una frecuencia de 9%. El medicamento más prescripto para la fie-

bre fue el ibuprofeno (35,3%) y el segundo el paracetamol (32,6%), relación inversa a la observada en los datos nacionales, donde se aclara que el ritmo de prescripción estuvo condicionado por la oferta de los antipiréticos presentes en el botiquín Remediar ¹⁴.

Con respecto a Diabetes, constatamos que generó el 2,98% de las prescripciones, datos semejantes a los del territorio Nacional (2,5%). Comparando la prescripción de glibenclamida con metformina, se objetivó una relación inversa a la establecida en estudios previos, en los cuales la metformina, fue claramente la mayormente prescripta ¹⁵.

El consumo de antidiabéticos fue mayor que el observado en un trabajo realizado en distintos subsistemas de salud de la región de Extremadura, España ¹⁶. En el mismo se encontró una variación del consumo de 3,71 DHD en Funcionarios Civiles del Estado comparado con 12 DHD en el personal perteneciente al Instituto Social de las Fuerzas Armadas ¹⁵. Estos valores resultan intermedios si se los compara con los resultados de una publicación llevada a cabo en Hungría en la cual se mostró además una variación del consumo de 20,85 DHD en 1998 a 36,83 DHD en 2004 ¹⁷. En los estudios de los países a los que se hace mención, las características de los pacientes fue similar a las presentadas por los analizados en el presente trabajo.

Asimismo, en nuestro análisis de las prescripciones realizadas por el Programa Remediar en la provincia de Buenos Aires, se constató que el 9,48% de ellas se realizaron a pacientes hipertensos. Este porcentaje es similar al 9,2% hallado ese año por el Programa para dicha patología en el resto de Argentina.

El enalapril fue el medicamento mayormente prescripto para hipertensión arterial en Buenos Aires, siendo la demanda directamente proporcional a la oferta de dicho fármaco en el botiquín provisto (a mayor provisión, mayor demanda) ⁹.

Igualmente, el consumo de antihipertensivos fue menor al observado en un estudio realizado en seis países (4 europeos, EE.UU. y Canadá) para pacientes de similares características durante el año 2005, en el cual el consumo fue en el rango de 105,8 DHD (Reino Unido) y 165,3 DHD (EE.UU.) ¹⁸.

Resulta importante garantizar la accesibilidad a los medicamentos, especialmente en situaciones problema o en población en riesgo. En una encuesta realizada sobre el Programa Remediar, los profesionales de salud señalaron que en su opinión el programa había incrementado dicha

accesibilidad ¹⁹. Asimismo resulta igualmente importante procurar brindar una continuidad de los tratamientos prescriptos.

A juzgar por este trabajo, parecería que la continuidad es excesivamente baja. No obstante, se debe considerar que Remediar no es la única fuente de provisión de medicamentos en el territorio de la provincia de Buenos Aires. Existe también provisión de medicamentos a través de otros programas nacionales y/o provinciales para Diabetes (PRODIABA) e Hipertensión ¹⁴, así como compras municipales o individuales (“de bolsillo”). Ante la existencia de distintas fuentes de provisión de medicamentos por vías formales y no formales, y la ausencia de registros fidedignos para determinar el incremento a la accesibilidad que brindan las mismas, resulta necesario establecer medidas que permitan objetivar todas las formas de acceso al medicamento. Mientras las mismas no existan, la única fuente de datos actual es la del Programa Remediar, y muestra que la continuidad de los tratamientos de las enfermedades crónicas tomadas como ejemplo para el presente trabajo (Diabetes e Hipertensión) es poco satisfactoria.

La ausencia de continuidad en el tratamiento en estas patologías, provoca grandes riesgos individuales y sanitarios, teniendo en cuenta que sin un adecuado control, probablemente estas enfermedades debuten con complicaciones severas que ameriten atención en Unidades de Cuidado Intensivo ²⁰. Resulta necesario pues, asegurar en los ámbitos provinciales un mejor registro de la dispensación de medicamentos y tomar medidas preventivas como la de asegurar la toma periódica de los mismos para las enfermedades crónicas.

Una herramienta que complementaría estos aspectos es la incorporación del rol del farmacéutico en el equipo de salud, o bien contemplar en los procesos inherentes al programa, la entrega de medicamentos a través de dichos profesionales, ya que con los mismos se garantizaría, no sólo la dispensación responsable, sino también el monitoreo personalizado de la continuidad de cada tratamiento.

Nominalizar la entrega de medicamentos que sean provistos por cualquiera de los financiadores, entonces permitiría también mejorar la eficiencia. Dos intervenciones en este sentido se realizaron durante el año 2007: desde el programa Remediar, la incorporación del formulario “M”, en el cual se registra cualquier tipo de prescripción o entrega que se realice desde un CAPS, y desde la Provincia de Buenos Aires, la creación del programa PROCAPS, destinado a

nominalizar a cualquier bonaerense sin cobertura social que posea una patología crónica, y a quien se le provea gratuitamente medicación en forma personalizada desde el Estado provincial.

Resultará interesante reevaluar en el futuro, mediante un trabajo similar a éste, el grado de cobertura y la continuidad de los tratamientos provistos desde el sector Público con estas nuevas herramientas incorporadas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Dirección de Recursos para la Salud, República de Nicaragua. Estudios de Utilización de Medicamentos. Manual Práctico. <<http://www.icf.uab.es/eums/pdf/capt-1.pdf>>.
2. Comisión Pro Cátedra Libre de Salud y Derechos Humanos, Facultad de Medicina Universidad de Buenos Aires (2003) *Boletín Fármacos* 6 : 99-110.
3. Uribe, J. & N. Schawab (2002) *Buenos Aires: Banco Mundial* Documento de trabajo N° 2/02.
4. Tobar, F. (2004) *Banco Interamericano de Desarrollo* Nota técnica de discusión de salud 002/2004.
5. Tobar, F. (2002) *Boletín Fármacos* 5: 35-45.
6. Maceira, D., I. Apella & E. Barbieri (2005) *Centro de Estudios de Estado y Sociedad* 1-26.
7. Valsecia, M.E., S.D. Morales, P.H. Gerometta, C. Carrara & L.A. Malgor (2004) *Boletín Fármacos* 7: 53-6.
8. WHO Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology (1996) “*Anatomical Therapeutic Chemical (ATC) classification index including defined daily doses (DDDs) for plain substances*”. Oslo.
9. PROAPS-REMIEDIAR (2004) *Bol. PROAPS-REMIEDIAR* 2 (13):5-9.
10. Felga de Carvalho, M. (2003) *Cad. Saúde Pública* 21:100-8.
11. Sans, S., G. Paluzie, T. Puig, L. Balañá, I. Balaguer-Vintró (2002) *Gac. Sanit.* 16: 121-30
12. Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, Argentina (1998) *Encuesta Provincial de Salud*. Ed Impr. Ministerio de Salud 1-54.
13. Calmaggi, A. & M. López Furst (2003) *Bol. PROAPS-REMIEDIAR* 1(5):10-2.
14. Anónimo (2004) *Bol. PROAPS-REMIEDIAR* 2 (12):4-7.
15. Bernztein, R. & M. Monsalvo (2004) *Bol. PROAPS-REMIEDIAR* 2 (9): 4-8.
16. Benítez, J., A.M. Puerto, J.A. Díaz (1992) *Eur. J. Clin. Pharm.* 42: 151-4.
17. Doró, P., R. Benk_, E. Kosik, M. Matuz, K. Tóth & G. Soós (2005) *Eur. J. Clin. Pharm.* 61: 893-7.
18. Fretheim, A. & A. Oxman (2005) *International BMC Health Services Research* 5: 21 <<http://www.biomedcentral.com/1472-6963/5/21>>.
19. Kremer P. (2007) *Programa Remediar: la voz de los profesionales en los centros de salud*. Tesis de Maestría. Buenos Aires: CEDES/FLACSO.
20. Organización Mundial de la Salud (2003) *Informe sobre la salud en el mundo 2002*. 1: 1-56.