



Ministerio de Salud
PRESIDENCIA DE LA NACION



El Programa Remediar

Gestión y Resultados de un
Modelo Innovador en APS

Presidente de la Nación

Dr. Néstor C. Kirchner

Consejo Nacional de Coordinación de Políticas Sociales

Lic. Alicia Kirchner

Ministro de Salud de la Nación

Dr. Ginés González García

Sr. Secretario de Programas Sanitarios

Lic. Walter Valle

Coordinadora General del PROAPS-REMEDIAR

Dra. Graciela Ventura

INDICE

	Prólogo	7
1	Introducción	10
2	Antecedentes: Crisis de Acceso en Argentina	12
3	Misión, Visión, Valores	16
4	Gestión Basada en la Información: Distribución de Medicamentos en Remediar	21
4.1	El Modelo Inicial de Botiquín: Primeras Aproximaciones a la Estructura de la APS.	23
4.2	Utilización de la Información en el Sistema de Asignación de Botiquines	24
4.3	Procesos de Control y Sistemas de Información: Auditorías en Terreno y Control Social Directo	26
5	La información en acción	28
5.1	Demanda: El Padrón de Beneficiarios	28
5.2	Oferta: Catastro de Centros	30
5.3	Sistema de Información y Consumo de la Población	34
5.4	Estrategia de Uso Racional de Medicamentos - URM	38
5.5	De la Demanda a la Necesidad: El Programa Nacional de Desparasitación Masiva - PNDM	41
6	Participación en Remediar	44
7	Resultados	46
7.1	Cobertura	46
7.2	Accesibilidad	48
7.3	Focalización	49
7.4	Impacto Redistributivo	50
7.5	Satisfacción	50
7.6	Fortalecimiento de la Red de APS	51
7.7	Eficiencia en compras	52
8	Algunas Reflexiones Finales y Lecciones Aprendidas	54
9	Bibliografía	56

PRÓLOGO

Ministro de Salud de la República Argentina Dr. Ginés González García

En la Argentina la crisis de 2001 suprimió el acceso de millones de familias a muchos bienes, y en el territorio de la atención médica no hubo mayor injusticia por falta de acceso que en el área de los medicamentos. Esa fue la razón que nos indujo a llevar a cabo una política tan ambiciosa junto con todos los gobiernos provinciales.

El Programa Remediar fue creado en el año 2002, cuando, tras una caída estrepitosa que venía anunciándose desde 1999, ocurrió una drástica disminución en el acceso a medicamentos esenciales. Tras la recuperación, hoy se puede afirmar que nunca en la historia de la Argentina hubo tanta accesibilidad a los medicamentos.

No puede hacerse una política nacional de salud, ni se puede hacer siquiera medicina -en pequeña o en gran escala-, si no se trabaja fuertemente en la cuestión de los medicamentos. Por eso desde hace ya muchos años venimos batallando por una Política Nacional de Medicamentos. Lo hicimos de distintas formas y desde distintas posiciones, pero con un mismo objetivo: mejorar el acceso de los argentinos a los medicamentos.

Cuando el gobierno implementó con las provincias esta Política, lo hizo concibiendo un país de alta accesibilidad a la atención médica. Como consecuencia de su aplicación, se ha ampliado aún más la red pública, como en ningún otro país de Latinoamérica y como casi ningún otro país del mundo.

Nos preocupamos porque la red se mantuviera, lo cual al principio no fue fácil; pero, sobre todo, porque la red fuera eficaz y sirviera para resolver problemas sanitarios. Sabemos que tanto los médicos -que en nuestra capacitación hemos sido habituados a prescribir- como los pacientes tienen al medicamento como la sustancia terapéutica de mayor valor.

Después de los alimentos, es en medicamentos en lo que más gastan los pobres. Además, la carga de enfermedad es proporcionalmente mayor en ellos, de manera tal que tienen más necesidades y además de tener menos dinero tienen menos cobertura de seguridad social. Para los pobres el acceso a los medicamentos es más caro.

El origen del Programa Remediar de acceso gratuito a medicamentos fue posible porque se utilizó dinero de créditos ya asignados a otros rubros.

La política del Remediar fue eficiente y equitativa, porque rápidamente se puso en marcha y porque el programa no se utilizó políticamente. La necesidad de articularlo con 24 gobiernos provinciales y alrededor de 2.000 gobiernos municipales da idea de la magnitud del esfuerzo realizado.

El Programa cuesta menos de 2 dólares por habitante por año, y es un programa de altísima eficacia, porque al distribuirse directamente en los centros de atención primaria llega a los que menos tienen.

Para los sectores medios empobrecidos, que con la crisis habían dejado de tener acceso a las farmacias -por eso cayeron las ventas-, se implementó la política de Prescripción de Medicamentos por su Nombre Genérico. Esta política transformó un mercado en el cual sólo el 3% de los productos estaba bajo patente en uno de prescripción por genéricos, utilizando la sustitución como mecanismo de intercambio de medicamentos de marca. Muchos países están queriendo formar hace años un mercado de genéricos, pero en general las experiencias han sido muy lentas. La Argentina en muy pocos años ha logrado que el 80% de la prescripción de medicamentos para su compra en farmacias se realice por nombre genérico. Esto fue posible porque la sociedad participó de manera activa, logrando que los precios se mantuvieran muy por debajo de los valores esperados.

La Política Nacional de Medicamentos se completó con la cobertura gratuita y universal en medicamentos antirretrovirales, la coordinación de la producción estatal de medicamentos, la flexibilización arancelaria a bienes e insumos críticos, los acuerdos de precios de venta al público, la ampliación de la cobertura de la seguridad social para patologías crónicas, los precios de referencia y el formulario terapéutico.

Además, junto con todas las universidades nacionales se realiza un curso masivo sobre Uso Racional de Medicamentos. De esta forma se promueve el aspecto más vulnerable de la capacidad terapéutica de los medicamentos: la calidad fuera del frasco. Muchos de los problemas vinculados a los medicamentos no tiene que ver con lo que está dentro del envase -nada está más controlado que eso-, sino con la manera en que se prescribe, cómo se utilizan y cómo se dispensan los medicamentos. Los médicos hemos tenido en general una enorme capacitación en diagnóstico y muy escasa formación en tratamiento. Con el Programa Remediar estamos trabajando para revertir esa situación.

Desde la propia enseñanza -donde aprendemos muchísimo de diagnóstico y muy poco de terapéutica-, hasta en el propio acto médico, pensamos mucho en el diagnóstico junto con el paciente y finalmente llegamos al último procedimiento que es la prescripción, donde también la participación del paciente tiende a disminuir. Es ahí donde mecanizamos, y tanto lo hacemos que ni siquiera usamos el nombre verdadero, el científico que nos proveyeron en las universidades, sino que lo suplantamos por una marca.

En la Argentina, nueve de cada diez consultas médicas termina en una prescripción de medicamentos. Si se quiere trabajar en calidad, resulta indispensable incrementar el uso racional. En primer lugar, por la masividad que tiene el procedimiento terapéutico; segundo, porque suelen suceder inconvenientes en el procedimiento terapéutico que se vinculan a un incorrecto diagnóstico o a una incorrecta prescripción; en tercer lugar, hay déficit de acceso; y por último, se verifican con frecuencia incorrectas utilizaciones por parte de los pacientes. Cualquiera de estos cuatro grupos de razones modifica el resultado esperado de la prescripción.

Por eso la política de medicamentos es una parte fundamental de la estrategia sanitaria. En el plano internacional, hoy está fuertemente vinculada a la correcta aplicación de los principios de la propiedad intelectual. Este es uno de los temas que puede hipotecar el futuro de la humanidad.

Desde hace un tiempo nos preocupamos de algunas formas de privatización del

conocimiento que implican no sólo actitudes monopólicas, sino rentas monopólicas que se transforman en incapacidad de acceso de muchas personas a bienes esenciales. Todo el avance del sistema de patentes -las formas regulatorias para mantener el comportamiento monopólico que se traduce en precios- está en una selección de mercado que excluye a millones de personas. Ante este escenario, la Argentina tiene una posición clara: no sólo defiende el acceso de sus habitantes a los medicamentos, sino además la capacidad productiva y el bienestar de sus ciudadanos.

Intentamos además que esto sea una política latinoamericana. Nuestro objetivo es transmitir nuestra experiencia, llevándola a foros y reuniones de expertos. Por ello hemos sido elegidos en toda la Red Iberoamericana de Ministros de Salud como responsables de las políticas de medicamentos.

Además, la política actual promueve la innovación, el desarrollo y la producción como política de Estado, coordinando a los centros de producción de información. Así se busca resolver la antigua desvinculación entre ciencia y técnica, y entre técnica y producción.

Asimismo, es preciso destacar el protagonismo que están asumiendo los barrios, desde La Quiaca hasta Ushuaia. Para eso no sólo se asignan más insumos a los centros de atención primaria, sino que además se construyen nuevos establecimientos, se amplían y remodelan los ya existentes, y se promueve la capacitación en servicio mediante el Programa Médicos Comunitarios. Así se logra que los vecinos sientan que los centros de atención primaria son de ellos, y crecientemente asuman un papel protagónico en el cambio hacia conductas más saludables. Por ello los programas sanitarios tienen en la participación comunitaria un capítulo central.

El Estado debe impulsar principios que el mercado no valora. Por eso existen las políticas que garantizan el acceso a bienes esenciales. Nadie le puede pedir al mercado que respete valores, porque es un sistema de precios y, como tal, se ocupa de otro tipo de cosas vinculadas con la eficiencia y la competencia. El Estado tiene políticas activas para defender valores superiores, y en el caso de los medicamentos, cualquier impedimento pone de manifiesto profundamente una manera de exclusión.

¿Qué clase de triunfo se puede adjudicar una sociedad que innova tecnológicamente a una velocidad excepcional pero no logra que millones de personas accedan a medicamentos esenciales? Nos acercamos a solucionar cada vez más problemas de la célula pero no encontramos remedios políticos para las personas. El individualismo nos está conduciendo a sociedades con hombres de éxito y ciudadanos sumergidos. Con jugadores rutilantes en equipos que están perdiendo el match fundamental: el de las sociedades sanas. Sería aterrador que desemboquemos en una civilización de células sanas en cuerpos enfermos. Rico o pobre no puede ser sinónimo de sano o enfermo.

Uno de los derechos humanos centrales es el de la salud, porque no hay peor cautiverio que vivir en un cuerpo enfermo. En nombre de los valores que todo sistema social debe defender, impulsamos un programa cuyos principales resultados hoy se reseñan en esta publicación, con la esperanza de que sirva de base para impulsar políticas más audaces de universalización del acceso a medicamentos esenciales.

INTRODUCCIÓN

Remediar es un programa de provisión gratuita de medicamentos esenciales de uso ambulatorio para el Primer Nivel de Atención de la Salud. Surge como respuesta a la emergencia sanitaria, con el objetivo de garantizar el acceso de la población social y económicamente vulnerable a medicamentos apropiados para atender la mayoría de los motivos de consulta. Al mismo tiempo, en tanto la crisis constituye una oportunidad para el cambio, el Programa se propone impulsar reformas duraderas en el sistema público de salud, al priorizar la estrategia de Atención Primaria de la Salud (APS).

El Plan Federal de Salud expresa el consenso alcanzado entre Nación y las Provincias para un modelo sanitario integrado, y define a la estrategia de Atención Primaria como organizador del sistema. En consecuencia, resulta necesario el desarrollo de instrumentos que incrementen la equidad en el acceso y el financiamiento de la salud, e implementen mecanismos que permitan una fuerte participación comunitaria en todos sus niveles.

Remediar se constituye así como herramienta central para llevar adelante el Plan Federal de Salud; principalmente, por haber alcanzado resultados exitosos en el logro de los objetivos propuestos: garantizar el acceso de medicamentos esenciales a la población de mayor vulnerabilidad, universalizar la cobertura y disminuir la inequidad en salud, fortalecer la estrategia de Atención Primaria de la Salud al incrementar la capacidad resolutiva y asistencial de los sistemas públicos provinciales, financiar en forma centralizada un insumo crítico y de alto impacto redistributivo, y promover el uso racional de medicamentos.

Remediar se integra cabalmente a la Política Nacional de Medicamentos en los aspectos referidos a la promoción del acceso, el uso del nombre genérico y la promoción del uso racional de medicamentos.

Para alcanzar sus objetivos, implementa un modelo de gestión de política pública basado en el flujo de información entre el nivel ejecutor (los Centros de Atención Primaria de la Salud - CAPS), el nivel intermedio (las jurisdicciones provinciales y municipales) y el nivel central. Este flujo está integrado en un complejo sistema de información que articula actores (ministerio, operador logístico, personal del CAPS) y procesos clave (provisión, indicación, prescripción, almacenamiento), diseñado con el objetivo de tomar decisiones de gestión de mediano y corto plazo y de sustentar las decisiones políticas de largo alcance.

Por otra parte, Remediar se apoya en un modelo innovador que conjuga las ventajas comparativas de la gestión y planificación centralizada, con una estrategia de implementación altamente descentralizada en su operatoria. De esta forma, el Programa resulta más eficiente, al tiempo que es empoderado por sus efectores y beneficiarios. El contacto regular, directo y fluido con quienes se encuentran más cercanos a la población, tanto como el vínculo permanente e institucionalizado con las autoridades subnacionales, se hallan en el centro del entendimiento del éxito de Remediar, al permitirle garantizar la relación con el entorno, aprender, adaptarse y corregir su rumbo constantemente.

De este modo, a través de la provisión de medicamentos esenciales al Primer Nivel de Atención, se obtiene un cúmulo de información crítica sobre el funcionamiento de la oferta y del comportamiento de la demanda. Esta disponibilidad y la articulación con los niveles subnacionales disminuyen la incertidumbre e incrementan la capacidad de diagnóstico de la situación del sistema; permitiendo diseñar e instrumentar acciones complementarias precisas que redundan en el desarrollo de la capacidad de respuesta de la red de APS.

* * *

La presente publicación da cuenta de las principales características del modelo de gestión del Programa Remediar; así como también de los resultados e impactos alcanzados a partir de su implementación. Finalmente, se discuten sus posibilidades como productor de información para todo el Sistema Público de Salud.

Como se verá, lo que en un principio fueron sus dos objetivos (la provisión de medicamentos esenciales a la población vulnerable en el marco de la emergencia sanitaria y el fortalecimiento de la red de APS), se han ido sofisticando a partir del desarrollo de la capacidad de aprendizaje que permitió la construcción de un sistema de información, tanto operativa como estratégica. En efecto, el conocimiento más preciso del funcionamiento del Primer Nivel ha permitido la planificación y puesta en marcha de acciones apropiadas para materializar a Remediar como dinamizador de la demanda hacia los CAPS y factor de cambio del modelo de Atención Primaria.

Con este objetivo, en un primer momento se revisan brevemente los antecedentes socio-económicos que dieron lugar a la formulación del programa, en el marco de la crisis de acceso que vivió la Argentina hacia finales de 2001 (Capítulo 2). A continuación, el trabajo se detiene en aquellas premisas que funcionan como motor de Remediar (Capítulo 3). Luego, se presenta una caracterización del Sistema de Información diseñado por el Programa, su aplicación operativa en los procesos de adquisición y la distribución de medicamentos, así también en la delimitación de problemas y la elaboración de diagnósticos de situaciones que requieren el desarrollo de estrategias complementarias (Capítulo 4). A continuación, se exponen estas estrategias que Remediar implementa con el objetivo de empoderar el Programa, y fortalecer la APS de acuerdo con el Plan Federal de Salud. Se describen allí la construcción del Padrón de Beneficiarios; los resultados obtenidos del Catastro de Centros de Atención Primaria de la Salud; los análisis de utilización de medicamentos que permite el Sistema de Información, y dos acciones que son consecuentes con las conclusiones alcanzadas en estos análisis: la estrategia de Uso Racional de Medicamentos y el Programa Nacional de Desparasitación Masiva (Capítulo 5). En el siguiente capítulo (Capítulo 6), se expone el rol de la Participación Comunitaria en el Programa. Finalmente, los resultados alcanzados y el impacto social obtenido son expuestos en el Capítulo 7. Se incluye un último apartado con conclusiones generales y lecciones aprendidas (Capítulo 8).

De esta manera, se pretende compartir la experiencia de Remediar con el objetivo de contribuir no sólo a la implementación de programas de provisión pública de medicamentos, sino también a la formulación de políticas públicas en las que la información, la articulación y la comunicación jueguen un rol preponderante.

2

ANTECEDENTES: CRISIS DE ACCESO EN ARGENTINA¹

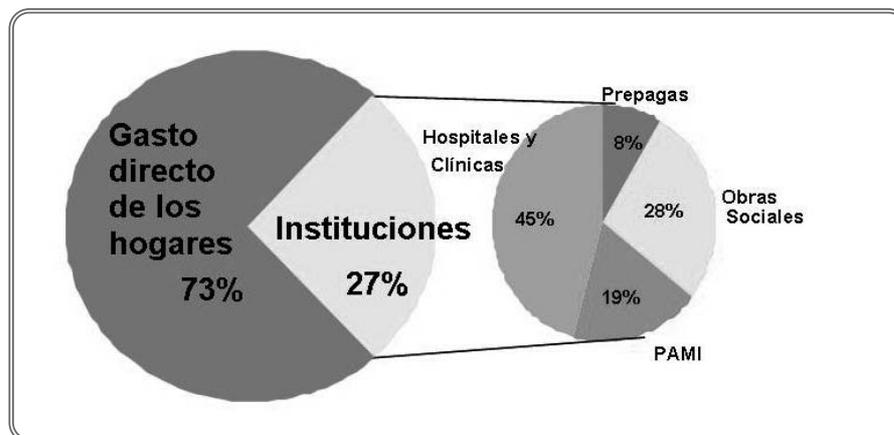
A fines de 2001, luego de tres años de recesión económica y de un deterioro progresivo del bienestar social del país, Argentina se había sumergido en un período de grave crisis económico-institucional, marcado por una sucesión de presidentes interinos, la cesación de pago de sus compromisos externos, la caída del crédito y el rebrote inflacionario.

A lo largo de 2002 se agudizó la recesión económica, se produjo una brusca devaluación de la moneda, la inflación tan solo durante el primer semestre alcanzó el 70%, el PBI continuó cayendo por cuarto año consecutivo, para acumular en el período 2000-2002 un retroceso del orden del 16%. El desempleo se ubicó en torno al 18% en octubre del 2002, al tiempo que la población viviendo en condiciones de pobreza trepó al 53%.

Esta drástica reducción del ingreso *per cápita* de los argentinos repercutió negativamente sobre los niveles de acceso a medicamentos. Lo hizo de forma directa, al retraerse la disponibilidad de recursos de los hogares; y de forma indirecta, al comprometerse el financiamiento institucional con el consecuente corte de prestaciones en el ámbito de la Seguridad Social.

En Argentina, el acceso a medicamentos es una variable altamente dependiente del ingreso de los hogares, debido a la alta participación de esta fuente dentro de la financiación sectorial en general y de los medicamentos en particular. En el año 2001 el gasto privado representaba el 43% del total del gasto sectorial y el gasto en medicamentos el 25%. Además, estudios anteriores demostraban que, dentro del gasto en medicamentos, alrededor del 73% era cubierto por los hogares, tal como se observa en el gráfico siguiente.

Argentina, Gasto en Medicamentos 2001

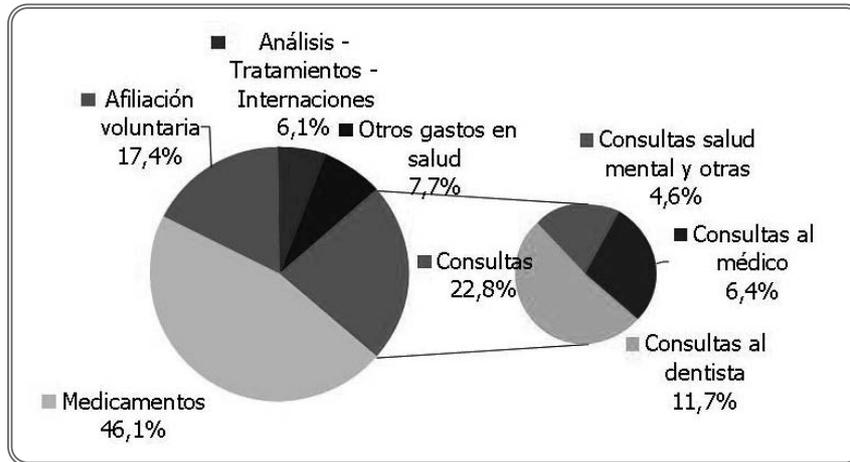


Fuente: Tobar y Otros, 2002a

1. Este capítulo resume el contexto económico y sociopolítico en el que se formuló la política Nacional de Medicamentos para hacer frente a la emergencia sanitaria.

Una familia argentina promedio destinaba a principios de este milenio cerca de la mitad de su gasto en salud a la compra de productos medicinales (González García, 2005). A continuación se presenta la composición del gasto en salud de la población en 2003.

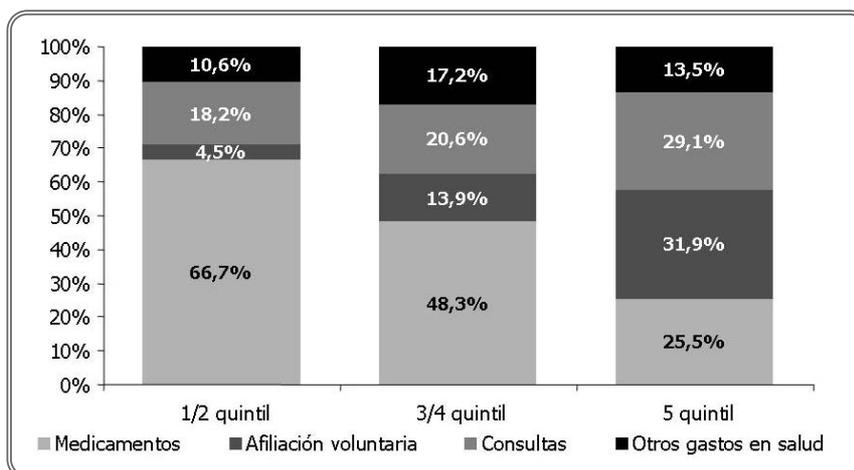
Argentina, composición del gasto de la población en salud (en %) año 2003



Fuente: González García y otros, 2005

Esta situación resultaba aún más grave si se considera la forma en que las familias distribuían sus gastos en salud en función de sus ingresos: una familia que formaba parte del grupo con menores ingresos destinaba más del 65% del dinero gastando en atención de la salud a la compra de medicamentos; mientras que el grupo más rico sólo el 25% (González García y otros 2005).

Argentina, composición del gasto de la población en salud por quintiles de ingreso del hogar per cápita año 2003



Fuente: González García y otros, 2005

Por primera vez en al menos 15 años la industria de medicamentos había retraído su facturación en el 2001. Además, el consumo de medicamentos, que venía cayendo desde 1998 cuando se inició la crisis, se continuó retrayendo durante 2002. Registraba así una caída del 22% comparado contra el año anterior, y una reducción cercana al 54% durante la década.

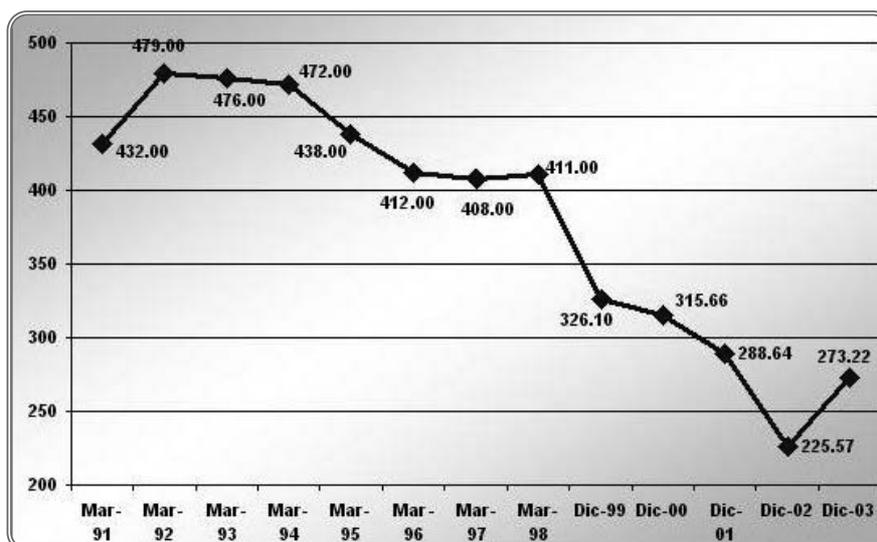
En el contexto de la crisis política y socioeconómica, y en particular por el desmoronamiento del régimen cambiario, se alentó una vez más el aumento del precio de los medicamentos. El exceso de demanda sobre el sector público y un severo deterioro del acceso a la salud resultaban, entonces, consecuencias previsibles. Los laboratorios habían comenzado a incrementar sus precios de forma cada vez más acelerada, incluso por encima del incremento de los costos.

En los tres primeros meses del 2002, para una muestra de 26 medicamentos líderes, se registró un aumento del 55% (y en algunos casos llegó a 130%). El mismo puede atribuirse parcialmente al incremento de costos. De hecho, los principios activos con los que se elaboran los medicamentos son en su totalidad importados y la devaluación repercute directamente sobre los mismos. Sin embargo, la incidencia de los principios activos en la formación de precios de los medicamentos es pequeña, su peso varía entre el 5 y el 8% situándose en un promedio cerca del 6% de los costos totales.

Así, la crisis económica que afectó a la República de Argentina, repercutió con fuerza en el Sector Salud. Una encuesta de situación social encargada por el Banco Mundial dio testimonio empírico de cómo la crisis había repercutido sobre el acceso a medicamentos: aproximadamente un 12% de los argentinos había experimentado algún cambio en su cobertura de salud. Más del 60% directamente había perdido su cobertura de seguro de salud, lo cual representaba la pérdida de la co-financiación de medicamentos (descuentos en farmacia). Casi el 23% de los hogares había informado que al menos uno de sus miembros había enfrentado barreras de acceso a los bienes y servicios de salud.

Pero tal vez el mayor indicador del impacto de la crisis sobre el acceso a los medicamentos en Argentina era el volumen en unidades de las ventas de los laboratorios (no en facturación, ya que este indicador tiene su caída amortiguada por el alza de los precios). El gráfico que sigue ilustra la caída de las ventas desde el comienzo del ciclo recesivo en el país.

Argentina, Adquisición de medicamentos en farmacias, en millones de unidades, 1991-2003.



FUENTE: Elaboración propia en base al Ministerio de Salud

En este contexto y como una estrategia central del Ministerio de Salud de Argentina, se formuló el programa Remediare, específicamente para dar cobertura de medicamen-

tos a todas aquellas personas en situación de vulnerabilidad socioeconómica, que dependen exclusivamente del sistema público de salud para el acceso a los medicamentos esenciales.

Estudios comparativos del acceso a medicamentos bajo diferentes sistemas de salud han señalado que el suministro gratuito de medicamentos constituye la modalidad de financiación que permite el acceso más amplio y equitativo, en especial cuando es focalizado sobre la población más necesitada. Su implementación exige mecanismos transparentes de negociación entre el sistema de salud y los oferentes de medicamentos. Además, exige tres conjuntos de medidas reguladoras: el uso de listados de medicamentos esenciales para garantizar adquisiciones con criterios de costo-efectividad; protocolos de prescripción y tratamiento, para evitar el abuso en la formulación y propender al uso racional; y el establecimiento de controles e incentivos para evitar desvíos y desperdicios en el sistema de manejo de inventarios y distribución al público.

Otras importantes medidas que se implementaron en Argentina en el marco de la Política Nacional de Medicamentos fueron la Ley de Prescripción por Nombre Genérico, que se impulsara primero por decreto para luego formar parte del marco jurídico nacional; y la financiación selectiva para la seguridad social.

MISIÓN, VISIÓN, VALORES

La Política Nacional de Medicamentos impulsada por el Ministerio de Salud de la Nación comprende tres medidas fundamentales: la prescripción por nombre genérico, la financiación selectiva y la provisión pública de medicamentos esenciales para la población en condición de vulnerabilidad socioeconómica. Esta última dimensión resultaba clave para enfrentar la emergencia social y sanitaria que vivía la Argentina; y se presentaba como la mejor opción para garantizar el acceso de la población vulnerable a medicamentos, en especial a aquellos que dan respuesta a la mayoría de los motivos de consulta médica en los establecimientos del Primer Nivel de Atención.

En este marco, en febrero de 2002 el Ministerio de Salud de la Nación propuso al Banco Interamericano de Desarrollo (BID) el re-direccionamiento del PROAPS (Programa de Reforma de Atención Primaria de la Salud) para enfrentar la emergencia sanitaria en Argentina. El PROAPS era un crédito otorgado en 1999, que no registraba ejecución y por el cual se pagaban comisiones de compromiso. Dicha reconversión involucraba respetar los objetivos centrales de fortalecimiento de la estrategia de Atención Primaria de la Salud, pero volcando los recursos a garantizar el acceso a medicamentos ambulatorios.

A partir de entonces el Programa incorporó dos objetivos centrales:

- Asegurar a la población sin cobertura de salud y en situación de pobreza el acceso a los medicamentos esenciales;
- Fortalecer un modelo de atención primaria y promover políticas saludables con gestión participativa.

Adicionalmente, Remediar asume los siguientes propósitos:

- jerarquizar los CAPS fortaleciendo las redes de APS;
- complementar la Política Nacional de Medicamentos en la promoción del acceso y utilización de los medicamentos por su nombre genérico; y
- promover el uso racional de los medicamentos.

Para alcanzar tales objetivos Remediar se propuso proveer medicamentos esenciales en botiquines buscando llegar a todos los Centros de Atención Primaria de la Salud del territorio nacional (estimados en aproximadamente 6000), para su prescripción y suministro gratuito a la población objetivo.

Remediar se constituyó así en uno de los mayores programas de provisión gratuita de medicamentos ambulatorios del mundo. Los beneficiarios de Remediar son aquellos ciudadanos que registran dificultades de acceso a los medicamentos ambulatorios. En especial quienes están bajo línea de pobreza o no tienen cobertura por parte de la seguridad social o privada. Su población objetivo fue estimada en alrededor de 15 millones de personas.

La población que consulta en los centros de salud tiene acceso gratuito e integral a los

medicamentos incluidos en el botiquín Remediar. Para ello debe consultar al profesional en el CAPS correspondiente a su lugar de residencia. Si el médico le prescribe un medicamento que integre el vademécum de Remediar, el mismo le es suministrado directamente en el CAPS en cantidades acordes a las dosis y duración del tratamiento prescripto y de forma enteramente gratuita.

La provisión de medicamentos esenciales a la Red de Atención Primaria constituye una estrategia eficaz para reactivar la capacidad de respuesta de los servicios públicos de salud. Al mismo tiempo, es un fuerte incentivo para acercar la población a los Centros de Atención Primaria de la Salud, que son los que detentan la mayor capacidad de lograr un impacto sobre la situación sanitaria.

Los sistemas de salud actuales resultan bastante poco eficaces para garantizar la salud de la población. Esta premisa, consensuada y difundida incansablemente desde la Conferencia de Alma-Ata (1978) y luego en la carta de Ottawa, supone que para que una población determinada consiga alcanzar resultados de salud, es necesario que los servicios de salud *derrumben sus paredes*. Ello implica, por un lado, que los trabajadores de la salud salgan del consultorio y se integren activamente en la comunidad, ejerciendo las funciones de liderazgo y comunicación. Y por otro, que la comunidad ingrese a los servicios de salud, participe activamente en la definición de las prioridades sanitarias y de la formulación e implementación de las acciones.

Remediar postuló nuevos motivos por los cuales la APS pudo recobrar su sentido estratégico y representar la puerta de salida a una crisis sanitaria endémica. Por un lado, la organización y la participación comunitarias han sido redimidas, para aparecer como manifestaciones deseables del Capital Social. De este modo, no sólo los gobiernos centrales y locales sino también los organismos internacionales y las ONGs estuvieron dispuestos a apoyar políticas y acciones que hasta hace pocos años hubieran resistido y combatido. Remediar expresa, en cambio, el interés por la articulación con entidades representativas de la Sociedad Civil, el compromiso de estas últimas en velar por el correcto funcionamiento del programa, y la responsabilidad del Estado Argentino en garantizar que todo esto se realice con la mayor transparencia.

En términos de articulación intergubernamental, Remediar procuró obtener niveles suficientes de consenso federal. Para ello, el alcance y la forma de la participación de cada provincia en el Programa Remediar fueron acordados en el ámbito del Consejo Federal de Salud (CO.FE.SA.). De este modo, se establecieron criterios equitativos, automáticos y transparentes. Por un lado, un modelo de distribución primaria que determina la cantidad de botiquines de medicamentos esenciales a ser entregados mensualmente en cada provincia. Por otro lado, un modelo de distribución de los medicamentos entre los diferentes efectores de cada provincia.

El criterio primario fue definido por una fórmula polinómica integrada por dos componentes, uno relacionado con demanda y otro con necesidad². Para la distribución secundaria se elaboró un listado de los centros en condiciones de ser efectores del programa y se remitió la información a las provincias solicitando que la corrijan y expandan. Se solicitó, también, que cada provincia informe la producción de consultas de los centros y se elaboró una primera propuesta de distribución secundaria considerando que cada botiquín

² Para dar cuenta de la demanda se tomaron el total de consultas ambulatorias notificadas por la provincia a la Dirección Nacional de Estadísticas de Salud. Como indicador de necesidad se tomó población por debajo de Línea de Pobreza relevada por el SIEMPRO.

abastecía en esa primera instancia a 300 consultas. Luego esta propuesta fue revisada y modificada por los responsables provinciales. En algunas jurisdicciones, y según la modalidad con la que allí opera la Atención Primaria, se solicitó que haya botiquines móviles para médicos radiantes.

El modelo de compras centralizadas de medicamentos esenciales que efectúa el Programa también fue consensuado con las Provincias, explicitando la división de tareas entre los distintos niveles de gobierno para el aprovisionamiento del Primer Nivel y aprovechando la posibilidad de generar economías de escala.

Para ello, se realizan desde el nivel central licitaciones públicas internacionales en forma periódica. Las condiciones de los medicamentos a ser adquiridos están rigurosamente detalladas e involucran una serie de requisitos de calidad, así como la adecuación del envase a las guías clínicas de tratamiento del Ministerio y la garantía de no transabilidad del producto, que se obtiene al imprimir de forma indeleble la prohibición de venta, junto a un número de discado gratuito para efectuar denuncias telefónicas en los casos en que se detecten irregularidades. Además, para facilitar la competencia, los pliegos de las licitaciones se publican en el sitio web del Ministerio (www.msal.gov.ar) y del Programa (www.remediar.gov.ar).

Las compras de Remediare resultaron desde un principio muy eficientes, superando el desafío que, tanto para la Nación como para las provincias y municipios, involucraba realizar compras públicas en un país sin crédito.

El acuerdo alcanzado con las provincias determinó que los botiquines sean distribuidos por Remediare directamente a los Centros de Atención Primaria de la Salud. Esto permitió establecer un sistema uniforme de entrega en todas las provincias y municipios de la Argentina, garantizando su seguimiento y control. Para ello, se realizan licitaciones nacionales e internacionales, que permiten la contratación de un operador logístico responsable del armado de los botiquines, la impresión de los recetarios y otros formularios de control, el transporte y la distribución de los medicamentos y el retorno de los formularios completos³.

Esta decisión de hacer la distribución de botiquines directamente a los efectores (en lugar de funcionar por transferencias a las autoridades provinciales) fue clave para establecer el vínculo de comunicación directa que existe hoy entre el Programa y los CAPS, y que permite mantener el flujo de datos que alimenta al Sistema de Información.

La prestación creciente y adecuada a las necesidades particulares de cada CAPS constituye un desafío clave para un modelo de provisión centralizada. En una primera instancia, el diseño del programa previó que la composición y cantidad de los botiquines aumente de forma progresiva, así como la cantidad de CAPS que reciben medicamentos. No obstante, en aras de alcanzar el objetivo de la adecuación, la formulación incluyó la construcción de un sistema de información que permitiera identificar los productos utilizados, las patologías o motivos de consulta (diagnósticos) y las características de la población consultante; gestionar tanto la compra como la distribución de los medicamentos. Así, el programa trabaja en el mejoramiento continuo de su alcance, distribuyendo diferentes modelos de botiquines, adecuándolos progresivamente a las necesidades epidemiológicas verificadas en cada CAPS o localidad.

3. Además la firma adjudicada debe disponer de un sistema de rastreo satelital y un sistema de códigos de barras que permite el seguimiento permanente de cada botiquín, así como también garantizar la trazabilidad de los lotes.

Para cualquier nivel de gobierno, la información es una herramienta de gestión fundamental. No se puede decidir (y mucho menos utilizar los recursos eficientemente) sobre aquello que no se conoce. Es por eso que, desde sus inicios, en Remediar se decidió otorgar prioridad a la producción de datos sanitarios, así como a la construcción de canales de comunicación para que éstos sean accesibles a todos los centros de decisión.

Esta información, operando en un contexto de fluida articulación intergubernamental, redundaron en una alta capacidad de aprendizaje que el Programa ha tenido ocasión de demostrar en situaciones que demandaron creatividad y flexibilidad. De esta forma, pudieron construirse los consensos y la legitimidad necesaria para evitar las amenazas que reviste una política con componentes centralistas.

El Programa ha establecido una estrategia muy activa respecto del Uso y la Selección Racional de Medicamentos (URM). Ambos fines, propiciados por la OMS en materia de política de medicamentos, integran los objetivos definidos por el Plan Federal de Salud de la Nación. La disponibilidad de información adecuada sobre la utilización de medicamentos en el Primer Nivel, generada a partir de Remediar, permite conocer con precisión la realidad de la utilización de medicamentos y elaborar estrategias adecuadas para alcanzarlos.

Las acciones en URM constituyen un complemento esencial e ineludible de una estrategia de provisión de medicamentos. Tanto la selección errónea como el uso inapropiado de medicamentos suponen un desperdicio de recursos y traen como consecuencia la ausencia de resultados deseados y la posibilidad de reacciones adversas.

A su vez, acciones para la promoción del URM son fundamentales en un país en donde un importante porcentaje del gasto en salud está dedicado a los medicamentos. La estrategia de Remediar en este sentido se apoya en acciones orientadas a: capacitación a los profesionales de la salud en URM, comunicación y difusión para la comunidad y articulación institucional con universidades de todo el país y referentes en URM.

El diseño de Remediar incluyó además un riguroso control de gestión para garantizar la eficiencia y transparencia en el uso de los recursos. En primer lugar, a través de su Sistema de Información. Fue diseñado a medida, con el objetivo de sistematizar datos de manera de brindar información completa, oportuna y eficaz para el seguimiento del Programa en su conjunto.

En segundo lugar, un equipo de auditores propios recorren permanentemente los CAPS y supervisan los stocks disponibles en cada centro y el cumplimiento de los procedimientos. La auditoria se complementa con visitas a los hogares de los beneficiarios para verificar que los mismos hayan recibido la medicación en tiempo y forma así como medir los niveles de satisfacción.

En tercer lugar, Remediar cuenta con una red de control social directo a través de un convenio con Cáritas y Cruz Roja. A través de sus voluntarios, estas entidades visitan periódicamente cada uno de los centros de salud e informan respecto a dificultades e irregularidades.

Por último, Remediar dispuso una línea telefónica de acceso gratuito (0800-666-3300) que funciona los 365 días del año y un sitio de internet (www.remediar.gov.ar), que reciben y dan respuesta a consultas, denuncias e inquietudes.

En materia de participación comunitaria, el programa opera con un modelo innovador cuyo objetivo es que la comunidad misma sea la propulsora del cambio en el modelo de atención. El empoderamiento de las acciones de APS por parte de la población, es un requisito fundamental para impulsar una reforma definitiva del sector. Así, la participación tiene hoy en Remediar tres grandes ejes: la CAI, el control social y los proyectos locales participativos.

El primer eje, es el Consejo Asesor Intersectorial (CAI), que está integrado por Entidades de la Sociedad Civil representativas del Sector (Cáritas, Cruz Roja, Red Solidaria del Episcopado y la Confederación Médica de la República Argentina) además de organismos internacionales (UNICEF⁴, OMS⁵, PNUD⁶) y representación de otros Ministerios (Trabajo, Educación, Jefatura de Gabinete), o de la Coordinación de Políticas Sociales. Este Consejo sesiona periódicamente y en el mismo se discuten las decisiones más importantes del programa.

El segundo eje de la participación es el control social directo, que consiste la participación de la sociedad misma en el monitoreo y el control de su ejecución, a través de un convenio con dos grandes entidades de la sociedad civil con representación en todo el país, como lo son Cáritas y Cruz Roja. Estas entidades ofrecen a sus filiales y voluntarios la posibilidad de incorporarse al Programa con una función de control participativo, destinada a velar por los intereses de los beneficiarios. Este opera tanto en defensa del CAPS como del Programa, es decir es una tercera posición que en realidad se para desde los usuarios como voz para decir cuándo las cosas funcionan bien y cuándo funcionan mal.

El tercer eje es la promoción de la participación comunitaria a nivel de los CAPS a través de la realización de concursos nacionales. El Concurso Nacional de Relatos: la APS y el Programa Remediar, que proponía a los equipos de salud que cuenten sus experiencias en el terreno, su día a día.

En respuesta a una amplia recepción de esta convocatoria, se realizó un segundo concurso denominado Concurso Nacional de Proyectos Locales Participativos. En esta oportunidad, se convocó a los equipos de salud de los CAPS a que trabajen de manera participativa en la formulación de un proyecto que diera respuesta a alguna problemática sentida por la comunidad en la que están insertos, con la particularidad de que debían estar dispuestos a ampliar las márgenes de esa participación a miembros de la comunidad y organizaciones locales. Ello brindó a los equipos de salud de los CAPS instrumentos para facilitar la formación de espacios de discusión e investigación aplicada en las diversas áreas programáticas.

4. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia.

5. Organización Mundial de la Salud.

6. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo.

GESTIÓN BASADA EN LA INFORMACIÓN: DISTRIBUCIÓN DE MEDICAMENTOS EN REMEDIAR

Remediar adoptó, desde sus inicios, un modelo de gestión estratégica y operativa basado en la información. Este esquema de gestión requiere el mantenimiento de un sistema de información capaz de recolectar, sistematizar, procesar y analizar un gran volumen de datos generados, primordialmente, en los efectores del Programa. La apuesta por el desarrollo de un sistema de estas características constituye una característica distintiva del modelo de gestión del Programa, ya que permite un efectivo proceso de control, tanto en el nivel estratégico como en el de gestión y el operativo.

Dos elementos son clave a la hora de la sistematización de la operatoria del Programa. Por un lado, el diseño de un conjunto de formularios estandarizados, entre los más importantes: la Receta (o Formulario R), los formularios de Control de Stock o Clearing de medicamentos y, por otro lado, el Sistema de Información de Remediar.

La Receta Remediar, por ejemplo, releva datos filiatorios del beneficiario (nombre, número de documento, entre otros); datos de su estado clínico (peso, diagnóstico), el motivo de la consulta al profesional (codificado según la Clasificación Estadística de Problemas de Salud de la Atención Primaria) y las características de la prescripción medicamentosa indicada por el médico (medicamento y cantidades indicadas).

El Sistema de Información Remediar, opera sobre los procesos clave que lo componen y los actores asociados (véase, más adelante, *Procesos Clave y Actores Asociados al Sistema Informático*), lo cual se efectiviza a través de la Aplicación Remediar⁷. Esta contiene a cada uno de los procesos clave y los integra en una gran base de datos, donde se sistematiza y homogeniza toda la información. Resulta posible así efectuar controles y monitoreos prácticamente *en línea* y, del mismo modo, realizar todos los tipos de análisis pertinentes para la gestión operativa tanto como para la gestión estratégica. El gráfico siguiente presenta esta aplicación de manera esquematizada.



7. La Aplicación Remediar es el sistema informático que soporta todas las actividades del programa y funciona como instrumento de base para integrar, homogeneizar, consolidar y procesar toda la información. A fin de comprender los procesos y actores asociados al sistema

Las tres dimensiones clave del Sistema de información pueden resumirse de la siguiente manera:

- a) Los datos correspondientes a cada una de las áreas que componen el organigrama del Programa; que alcanzan una mayor articulación en la medida que la aplicación permite relacionarlos.
- b) Los datos correspondientes al operador logístico, relativos a la producción, despacho y entrega los botiquines de medicamentos esenciales; que permiten a RemediAR verificar la situación de cada lote de medicamentos (trazabilidad), identificar desvíos o dificultades y actuar en consecuencia.
- c) Los datos producidos por los efectores sobre consultas, recetas y utilización de medicamentos; que tienen un impacto directo y cotidiano sobre las decisiones adoptadas en cada una de las entregas de botiquines y en la planificación de nuevos procesos de compra de medicamentos.

Procesos Clave y Actores Asociados al Sistema Informático

Habilitación de CAPS: para la incorporación de un nuevo efector, el Responsable Provincial envía la solicitud de alta, con los datos básicos del CAPS (domicilio, horario de atención, especialidades y responsables autorizados para el manejo el Programa). Una vez verificados, estos datos ya comienzan a formar parte de la base de datos de RemediAR.

Adquisición de medicamentos: mediante compulsa internacional de precios se adquiere un conjunto de medicamentos racionalmente seleccionados (de acuerdo al punto iii. del capítulo anterior) para proveer a los CAPS.

Recepción de Medicamentos: los laboratorios adjudicatarios de las licitaciones entregan los medicamentos adquiridos, de acuerdo a un plan, en sede del Operador Logístico, contratado -también mediante un proceso de Licitación Pública Internacional- para la distribución de los botiquines. Cada lote de medicamento a distribuir es testeado y liberado por parte del ANMAT. Cada recepción de medicamentos es ingresado en el sistema RemediAR y es insumo de todos los procesos posteriores (trazabilidad, fecha de vencimiento, pago).

Armado y envío de botiquines y formularios: el operador logístico con los medicamentos en stock y la instrucción emitida por el Programa a través de un proceso informático y documental, procede al armado de los botiquines para luego enviárselos a los CAPS.

Recepción y gestión de los botiquines en los CAPS: el CAPS recibe los medicamentos que luego son prescritos y entregados a la población beneficiaria. En simultáneo con esto, el operador logístico recoge información generada por el CAPS.

Clearing de medicamentos: proceso mediante el cual se trata de hacer más eficiente el stock en los CAPS, identificando aquellos que registran medicamentos excedentes en relación a su utilización y aquellos con bajo nivel de stock; a partir de esto se organiza un clearing entre unos y otros, llevado adelante por el Responsable Jurisdiccional del Programa.

Análisis de la información: el Sistema de Información de RemediAR procesa las recetas que vuelven de los CAPS y se obtiene, así, información respecto de los medicamentos más prescritos, distribución de las recetas, principales motivos de consulta, diagnósticos más frecuentes.

El Modelo Inicial de Botiquín: Primeras Aproximaciones a la Estructura de la APS

Antes de la implementación del Programa Remediar la información sobre la estructura de la oferta asistencial pública, y en particular del Primer Nivel de Atención, resultaba escasa y fragmentada.

Las fases iniciales de implementación del Programa supusieron, por tanto, un primer proceso de recolección y consolidación de información junto a la incorporación de efectores al Programa. Para la mayoría de las jurisdicciones provinciales comportó un importante esfuerzo identificar la existencia de CAPS y obtener alguna noción de la cantidad de consultas mensuales que realizaba cada uno, así como también determinar si cumplían con los requisitos exigidos por Remediar para constituirse efector.

En este contexto, para la fase inicial del Programa se contempló un diseño robusto basado en la distribución de un "kit" o modelo único de botiquín (véase *El Modelo de Botiquín Único*). El modelo fue diseñado en base a información parcial respecto de la distribución de frecuencia de los motivos de consulta en el Primer Nivel de Atención para el total del país⁷. Este modelo único se distribuía mediante un sistema de asignación basado en las consultas declaradas por la provincia al momento de la incorporación de un nuevo efector al programa, uno de los pocos datos disponibles para una cantidad importante de CAPS. El sistema de adquisición también estaba estrechamente asociado a este diseño inicial.

La recolección y análisis de información por parte del Programa (a través de los formularios producidos por los responsables de los CAPS) **permitió una primera aproximación a las características del primer nivel de atención**. Es decir, la recopilación regular (mensual) de información primaria sobre utilización y stock de medicamentos esenciales, cantidad de consultas y recetas permitió dimensionar con mayor precisión la estructura básica de la oferta de la atención primaria de la salud. Más tarde, la información proveniente de los CAPS también se utilizó para identificar a la población beneficiaria del Programa. Actualmente, el Programa cuenta con más de cuatro años continuos de información de efectores que incluye, además de los mencionados, (i) datos estructurales sobre los beneficiarios atendidos (edad, sexo, situación ocupacional, cobertura de salud); (ii) información epidemiológica sobre todo el territorio nacional (Diagnósticos codificados según CEPS-AP); y (iii) conducta prescriptiva de los profesionales médicos que actúan en el Primer Nivel de Atención.

La disponibilidad de esta información permitió un cambio paralelo en la gestión del Programa en dirección a una creciente adecuación a las necesidades de los CAPS y la población. Estos cambios afectaron el sistema de asignación de los medicamentos, el mix de medicamentos distribuidos y la programación de adquisiciones.

8. A partir de datos obtenidos de la Dirección de Estadísticas del Ministerio de Salud, del Programa Federal de Salud y de información de la Provincia de Buenos Aires y Santa Fe.

El Modelo de Botiquín Único

En la fase inicial del programa, en un contexto de crisis sanitaria y severas restricciones respecto de cantidad y calidad de la información disponible, se contempló un "kit" de medicamentos o modelo de botiquín único.

Dicho modelo fue diseñado en base a la distribución de frecuencia de los motivos de consulta en el Primer Nivel de Atención para el total del país.

- A partir de la misma, era posible establecer una tasa de motivos para una cantidad determinado de consultas (se eligió 300 consultas).

- En base a evidencia clínica y opinión de expertos se asumió una determinada relación entre el motivo de la consulta y la utilización de un determinado medicamento en ciertas cantidades (tratamiento), para el 80% de los motivos de consulta de mayor frecuencia.

- El resultado era un kit o modelo (conjunto de medicamentos y cantidades de cada uno) adecuado para 300 consultas.

Dentro de este modelo, el sistema de asignación resultaba relativamente sencillo. Para asignar botiquines a un CAPS en un determinado período (por ejemplo, mensualmente) era necesario indagar la cantidad de consultas que el CAPS realizaba "normalmente" durante ese período. El sistema de adquisiciones también estaba asociado al modelo único: para estimar las compras de un determinado período bastaba con estimar la cantidad de consultas a realizarse durante el mismo.

Este modelo, adecuado en las fases iniciales del Programa, pronto mostró severos límites:

- El uso efectivo y el sistema de adquisición. Aún asumiendo una tasas de utilización de medicamentos homogéneas entre CAPS, las cantidades adquiridas y distribuidas de cada medicamento pueden no ser adecuadas debido a imprecisión de la distribución de frecuencia de motivos de consulta, y/o imprecisión de la relación entre motivos de consulta y utilización de determinado medicamento en determinada cantidad.

- Heterogeneidad entre CAPS y sistema de asignación. Un conjunto importante de variables tales como perfil asistencial de CAPS, pautas prescriptivas de los médicos, características epidemiológicas de la población, etc. no tienen una distribución homogénea en todo el país. Como resultado, tampoco es necesariamente homogénea la utilización que realizan los CAPS de los medicamentos provistos por el programa.

4.2

Utilización de la Información en el Sistema de Asignación de Botiquines

La incorporación creciente del flujo de información primaria al Sistema de Información Remediar generó un mayor conocimiento del comportamiento de los efectores del Primer Nivel. Esto hizo posible que a partir del año 2003 se implementasen cambios en el sistema de asignación de botiquines con el propósito de lograr una mayor adecuación a los niveles de utilización de los CAPS y la población.

A fin de reflejar en forma dinámica los niveles de utilización efectivos del CAPS, se implementó a partir del segundo cuatrimestre de 2003 un nuevo sistema de asignación (ver Recuadro Sistema de Asignación de Botiquines), basado en la cantidad de recetas mensua-

les promedio declaradas mensualmente por el CAPS. Adicionalmente, se incorporaron controles de niveles de stock de un conjunto seleccionado de medicamentos.

Sistema de Asignación de Botiquines

1) En forma regular, la cantidad de botiquines a recibir en una entrega se define en base a:

- Cantidad de recetas mensual promedio de los últimos cuatro meses informada por el CAPS mediante el Formulario B;

En cada nueva Entrega, el cociente entre las recetas del CAPS y la cantidad de recetas que potencialmente posee un botiquín⁹, sugiere la necesidad de aumentar o disminuir la cantidad de botiquines asignados al CAPS en la Entrega anterior. El aumento o disminución en cada entrega esta restringido a un máximo establecido por el programa.

- El stock declarado de un número seleccionado de medicamentos trazadores.

Se establecen para cada uno de estos medicamentos umbrales de stock en relación a los cuales se ratifican o no los ajustes en la cantidad de botiquines sugerido por las recetas.

2) En el caso de no contarse con suficiente información para efectuar los procedimientos previstos en (a), se continúa enviando la misma cantidad de botiquines que en entregas anteriores. No obstante, en el caso de comprobarse el no envío de información por parte del CAPS en forma reiterada, el mismo es suspendido temporalmente hasta tanto regulariza esta situación.

3) En el caso de CAPS incorporados por primera vez, se asigna la cantidad de botiquines en base a las consultas que declara la provincia a su ingreso. Si no existe información alguna, se asigna un botiquín.

En una segunda fase, la incorporación del conjunto de los CAPS del país, sumado la ampliación en la cantidad de medicamentos incluidos en el vademécum, generó un progresivo aumento en la utilización. Los incrementos posteriores obedecieron principalmente a los ajustes realizados en la composición del botiquín a partir de la información proveniente de los CAPS.

Sin embargo, los centros registraban (y registran) comportamientos sumamente heterogéneos con respecto al consumo de los medicamentos provistos por Remediar¹⁰ así como también se observaba una gran variabilidad en la prescripción médica. Esto, combinado con un modelo único y un sistema de asignación rígido implementado inicialmente, resultó en niveles elevados de acumulación de stock en las primeras etapas del Programa.

En relación a este conjunto particular de problemas, la consolidación del Sistema de Información de Remediar ha permitido comenzar un proceso de mejora en la adecuación del contenido de los envíos a las necesidades de los CAPS y la población que se atiende en ellos. Ello ha comportado la implementación de las siguientes modificaciones operativas:

⁹. Este número se establece periódicamente en base a la cantidad de tratamientos incluidos en el botiquín más un margen de seguridad. En ocasiones, sin embargo, puede ser afectado por la disponibilidad de medicamentos en Remediar.

¹⁰. Esto puede obedecer a diversos factores. Por un lado, aquellos relacionados con la estructura epidemiológica y etárea de la población, así como con la forma de vinculación de la población con el primer nivel de atención. Por otro lado, aquellos atribuibles a la estructura de la oferta, tales como disponibilidad horaria de atención, tipos de especialidad disponibles, infraestructura, pautas de prescripción, características organizacionales de los CAPS, etc.

- En primer lugar, el aumento o disminución de determinados medicamentos cuya utilización resultó ser, en proporciones mayoritarias de CAPS, menor o mayor a la originalmente prevista;
- En segundo lugar, se implementó un sistema de envíos selectivos de medicamentos con alta heterogeneidad en su utilización, modificando (dentro de las limitaciones impuestas por el sistema de producción de botiquines) el contenido del botiquín según la demanda específica de cada CAPS.
- En tercer lugar, el diseño de botiquines específico para segmentos de CAPS.

4.3

Procesos de Control y Sistemas de Información: Auditorías en Terreno y Control Social Directo

Adicionalmente, la información es utilizada como un elemento de vital importancia en el proceso de control. Además de ejecutar acciones con el fin de alcanzar sus objetivos, Remediar realiza en paralelo un proceso de control que permite monitorear y verificar desvíos de recursos para actuar en consecuencia.

Auditorías en Terreno

Se realizan dos tipos de auditoría: a) de CAPS; b) de beneficiarios. La primera se concentra en aspectos tales como las condiciones de custodia y guarda de los medicamentos. Ello requiere la constatación en terreno de un conjunto de elementos: existencia de puertas con llave de la farmacia o de los armarios, ventanas con rejas, si cuentan o no con vigilancia, entre otros. En la entrevistas a beneficiarios se indaga su percepción sobre el Programa, su grado de conocimiento del mismo, la accesibilidad a los CAPS, satisfacción, entre otros aspectos.

Ambos tipos de auditorías pueden tener diverso origen:

Programadas: son aquellas que responden a una programación 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.

Por denuncias: son las que se efectúan a partir de llamados telefónicos a un número gratuito (0800-666-3300) especialmente dispuesto por el Programa o a través del sitio de internet. También se encuentran en este grupo los pedidos de auditorías efectuadas por otras áreas internas del Programa. La característica principal de este tipo de auditorías es que son focalizadas en determinar en terreno la veracidad de la denuncia o del reclamo que originó la acción.

De Monitoreo: se trata de seguimientos posteriores a auditorías -programadas o por denuncias- en las cuales se han detectado y verificado incumplimientos. Su objetivo principal consiste en evaluar si se han corregido los incumplimientos, y en caso contrario, proponer una estrategia adecuada para resolver la problemática que obstaculiza el correcto desempeño de la operatoria del Programa.

Desde los comienzos del Programa a la actualidad, se realizaron 8.313 auditorías en terreno en 4.465 a CAPS en distintas provincias del país, lo que significa que aproximadamente el 70% de los centros bajo programa recibieron visitas de auditoría (Actualmente hay Remediar provee botiquines a algo más de 6 285 efectores).

En el marco de las auditorías realizadas sobre la población beneficiaria, durante el período informado, se visitaron 32 825 domicilios de beneficiarios que recibieron atención médica en 1 511 centros bajo programa, pudiéndose concretar 19 875 entrevistas.

Actualmente, se realizan, en promedio, por mes, 120 auditorías a CAPS y 621 entrevistas a beneficiarios.

Control social directo

A partir de un convenio con el Programa, como se mencionara en el capítulo anterior, Cáritas y Cruz Roja realizan visitas en terreno a los CAPS con el objeto de velar por los intereses de los beneficiarios.

La metodología de trabajo de la Red de Control Social Directo, consiste en que sus voluntarios visitan cada uno de los centros efectores de REMEDIAR completando una Grilla de Visita de Control Social, que fue consensuada y aprobada también en el seno de la Comisión Asesora Intersectorial. A través de este instrumento, los voluntarios logran no sólo recabar valiosa información acerca de la llegada de Remediar a los beneficiarios sino también identificar desvíos y colaborar en la planificación de las medidas correctivas más adecuadas.

Las visitas de los CAPS, las realizan los voluntarios de ambas organizaciones, completando la grilla y asentando las observaciones, de donde surgen: denuncias, consultas y sugerencias que son atendidas por las áreas pertinentes, brindando respuesta a la brevedad y obteniendo valiosos datos acerca de las características de los Centros de Atención Primaria de la Salud en nuestro país.

Además, para completar el procedimiento, se realizan entrevistas a beneficiarios, las que intentan perfeccionar la tarea de control, en pos de garantizar el acceso a los medicamentos por parte de la población e indagar sobre el funcionamiento del Programa en situaciones habituales.

Desde el inicio del programa a la actualidad ambas instituciones han realizado aproximadamente 16.600 visitas a los CAPS con sus correspondientes informes. Los resultados obtenidos han motivado intervenciones en el ámbito de responsabilidad del Programa Remediar y de las autoridades provinciales o municipales de las jurisdicciones a las que pertenecen los CAPS.

5

LA INFORMACIÓN EN ACCIÓN

Volviendo sobre la idea de la importancia del rol que juega la información, este capítulo analiza de qué manera Remediar, además de eficientizar su sistema de envíos de botiquines, profundiza la estrategia APS y el Uso Racional de Medicamentos, en su sentido más amplio.

Remediar logró conformar dos herramientas de gestión fundamentales para mejorar la eficiencia del sistema de APS: el Padrón de Beneficiarios y el Catastro de Centros de Salud. Estas herramientas permiten analizar con mayor profundidad los datos que integran el Sistema de Información de Remediar, referidos a la provisión, la prescripción y el consumo de los medicamentos y a los motivos de consulta que motivaron esta utilización.

Los datos producidos, al ser transferidos a las autoridades jurisdiccionales, mejoran la capacidad de respuesta de la red en su conjunto. Permiten gestionar sobre diagnósticos más precisos, y alimentar la discusión acerca de la forma en que el Programa se adapta al fortalecimiento de la APS.

Estos análisis y discusiones pusieron de relieve la necesidad de instrumentar medidas que acercaran, no ya la provisión central a la demanda a los CAPS, sino la demanda efectiva a la necesidad real de la población. En efecto, el análisis crítico de las prescripciones en relación a guías clínicas aceptadas, la comparación entre el consumo y el perfil epidemiológico de la población y las necesidades identificadas en terreno dieron origen a una serie de acciones en forma de medidas correctivas. En las secciones 5.4. y 5.5. se presentan y se analizan las principales dos estrategias desarrolladas: la de Uso Racional de Medicamentos y el sub-programa de desparasitación masiva.

5.1

Demanda: El Padrón de Beneficiarios

Tal como fue establecido por el Plan Federal de Salud, uno de los objetivos del Programa Remediar es realizar, a partir de las recetas producidas por médicos prescriptores de los CAPS, un Padrón de Beneficiarios de la red de APS. Es decir, se busca:

- Identificar nominalmente a la población que depende exclusivamente del sector público para el cuidado de su salud.
- Referenciar a la población identificada a un CAPS, que será el primer responsable por su salud y la puerta de entrada al sistema.
- Identificar grupos de riesgos para focalizar proyectos de intervención (crónicos, control del niño sano, etc.).

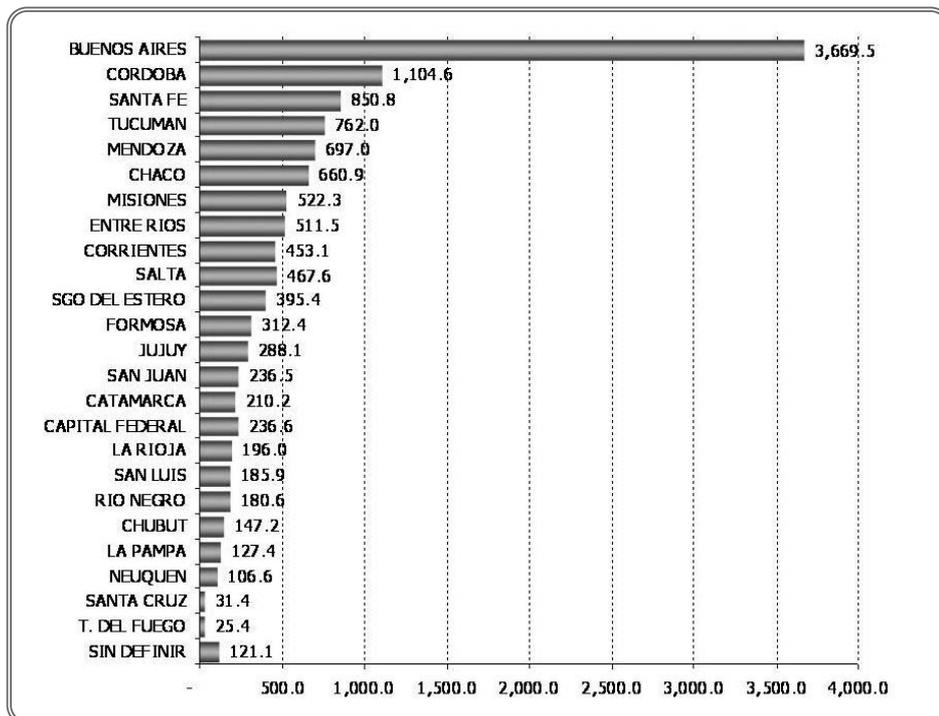
Esta radiografía de la demanda por servicios de salud es una herramienta fundamental no sólo para Remediar, sino también y muy fundamentalmente para las autoridades sanitarias, en el diseño de políticas de APS a nivel nacional y subnacional, y también para los CAPS, que identifican a la población por la cual son responsables, implementan registros estandarizados, programan y ejecutan acciones de promoción y prevención y detectan a los grupos vulnerables.

De este modo, a partir de las recetas que completan los médicos prescriptores de los CAPS (Formularios R) se van obteniendo datos identificatorios de los beneficiarios del Programa que, luego de un proceso de procesamiento y de cruces con distintas bases del Estado Argentino¹¹, son utilizados para la elaboración de dicho Padrón. Los datos que se obtienen para la confección del Padrón son: Tipo y N° de documento, Apellido y Nombre, Sexo, Fecha de Nacimiento, CAPS de Referencia, Domicilio, Jefe/a Hogar y Relación con el Jefe/a, Discapacidad.

Remediar cuenta hoy con un Padrón conformado por un total de 15 millones de beneficiarios aproximadamente, de los cuales 12,5 millones se encuentran unívocamente identificados¹² y un total de algo más de 2 millones de personas distintas, y en proceso de ser validadas. Desde el Programa se sigue trabajando para minimizar esta última cifra.

Los gráficos que siguen muestran algunas informaciones provenientes del Padrón.

Padrón de Beneficiarios: Personas Únicas Identificadas por Provincia. En Miles.

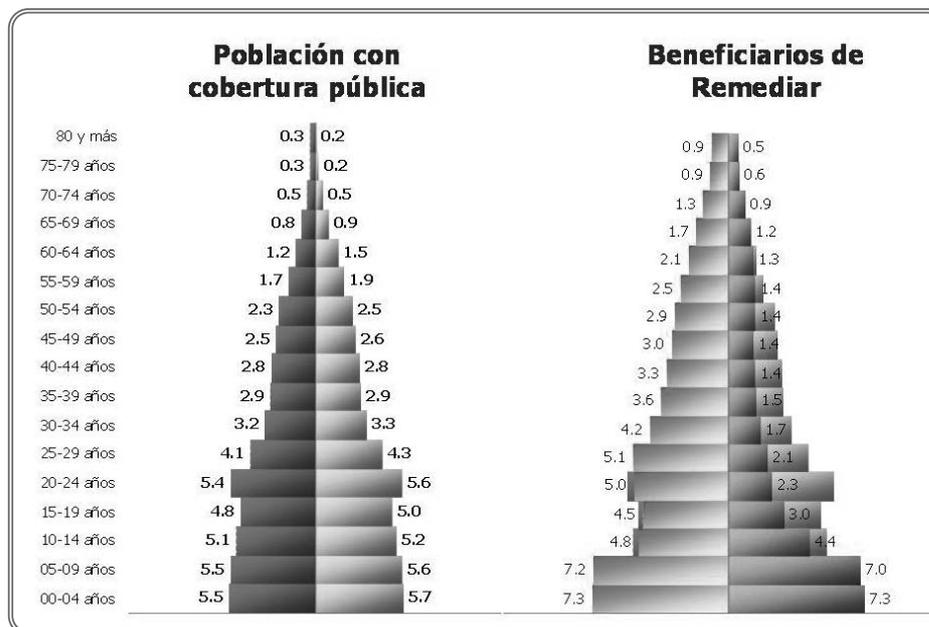


Fuente: Formularios R y SINTyS

11. En disposición del Sistema de Identificación Nacional Tributario y Social (SINTyS) del Consejo Nacional de Coordinación de Políticas Sociales de Presidencia de la Nación.

12. Unívocamente identificados significa que han cumplido con las distintas etapas de validación que incluye la correspondencia entre número de documento, apellido nombre, sexo y edad.

Población con cobertura pública de salud. Según sexo y edad.



Fuente: Formularios R y SINTyS

El Padrón que hoy se está construyendo es parte de un objetivo más ambicioso -que traza el Plan Federal de Salud- que es que todos los ciudadanos del país tengan una Clave Única de Salud (como existe la CUSS de previsión social).

5.2

Oferta: Catastro de Centros

Por otro lado, se encuentra la oferta de la red de APS, cuyas características también es fundamental conocer para diseñar políticas de fortalecimiento de la red.

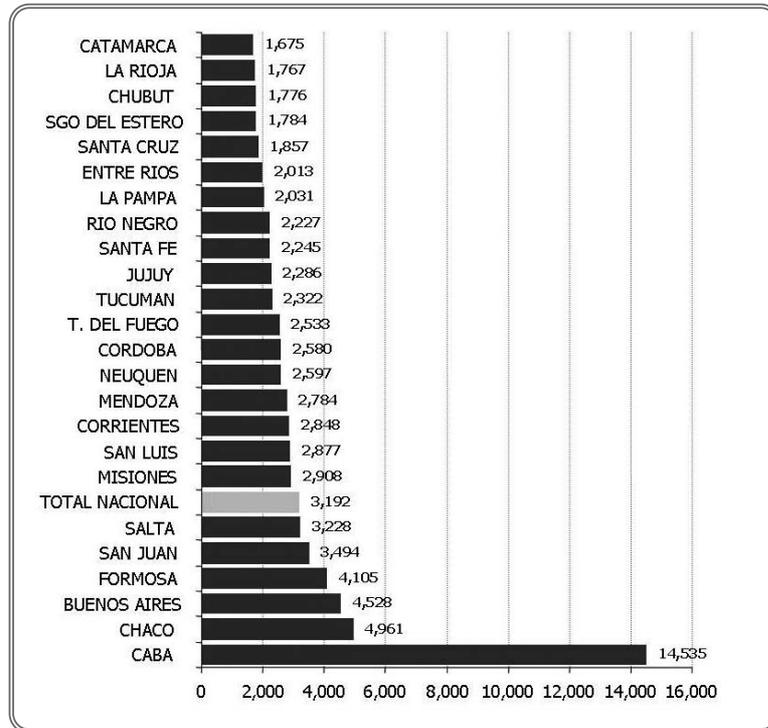
Para ello, Remediar elaboró un Catastro de los Centros de Salud que reciben los botiquines del Programa. A través de un relevamiento llevado adelante en todo el país en 2005 por el Instituto Gino Germani de la UBA, se obtuvieron datos que intentan dar cuenta del perfil asistencial de cada centro, la disponibilidad de recursos humanos, de equipamiento, de infraestructura y el grado en que están efectivamente insertos en una red más amplia de atención. Este diagnóstico pretende ser una herramienta importante de gestión para los decisores locales y, también, un instrumento estratégico a nivel nacional. Además, se indagó acerca del impacto de Remediar en la atención de los centros.

Algunos de los resultados obtenidos son los siguientes:

Dada la cantidad de centros existentes y la cantidad de población con cobertura de salud sólo pública, resulta que en promedio cada CAPS tendría a su cargo la atención de aproximadamente 3 200 personas. La dispersión entre provincias en la cantidad promedio de

población a cargo de cada CAPS varía de 1 675 en Catamarca a 4 961 en Chaco. Un caso excepcional resulta el de la Ciudad de Bs. As., donde hay un centro de atención primaria cada 14 535 personas con cobertura pública de salud solamente. La razón de ser de esta cifra tan alta viene del modelo hospitalocéntrico de la jurisdicción. El siguiente gráfico presenta el valor desagregado por provincia.

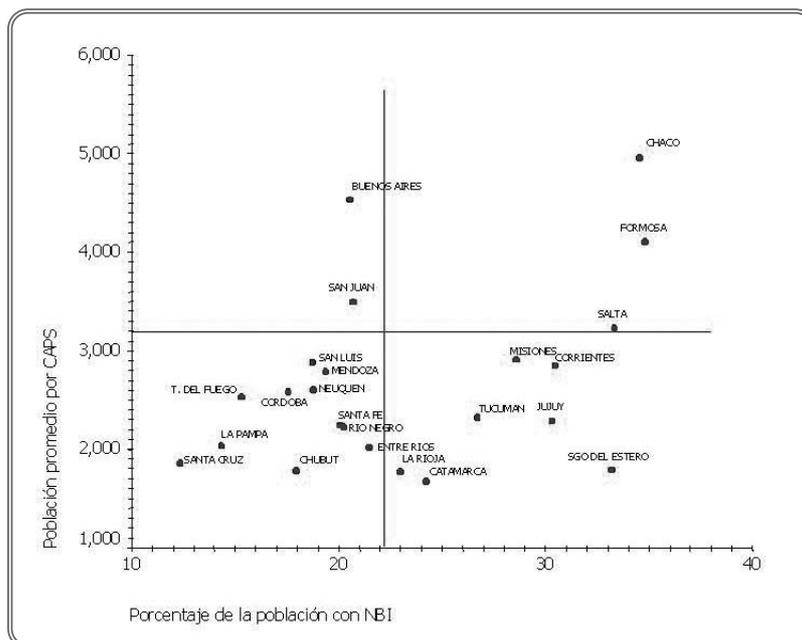
Población con cobertura pública de salud. Según sexo y edad.



Fuente: Formularios R y SINTyS

Para analizar la adecuación entre oferta y demanda es interesante hacer el cruce entre población con cobertura sólo pública por CAPS y el nivel de pobreza de la población, del cual surgen cuatro grupos. Por un lado, aquellas provincias, como Chaco, Formosa y Salta, en donde cada efector tiene a cargo un gran número de personas y donde el porcentaje de la población con necesidades básicas insatisfechas es alto; en el otro extremo, aquellas provincias en donde existen más efectores por habitante con cobertura sólo estatal y el porcentaje de población NBI es bajo, como Tierra del Fuego, Chubut, Santa Cruz; un tercer grupo de provincias, conformado por Buenos Aires y San Juan, en donde los efectores tienen un gran número de personas a su cargo y que el índice de población con NBI es bajo; y un último grupo donde, al revés del anterior, el promedio de población con cobertura de salud sólo estatal por CAPS es bajo y el porcentaje de población con NBI es alto, que son los casos de Santiago del Estero, Catamarca y Misiones, por ejemplo.

Porcentaje de población con Necesidades Básicas Insatisfechas y Promedio de Población con cobertura de salud sólo estatal por CAPS.

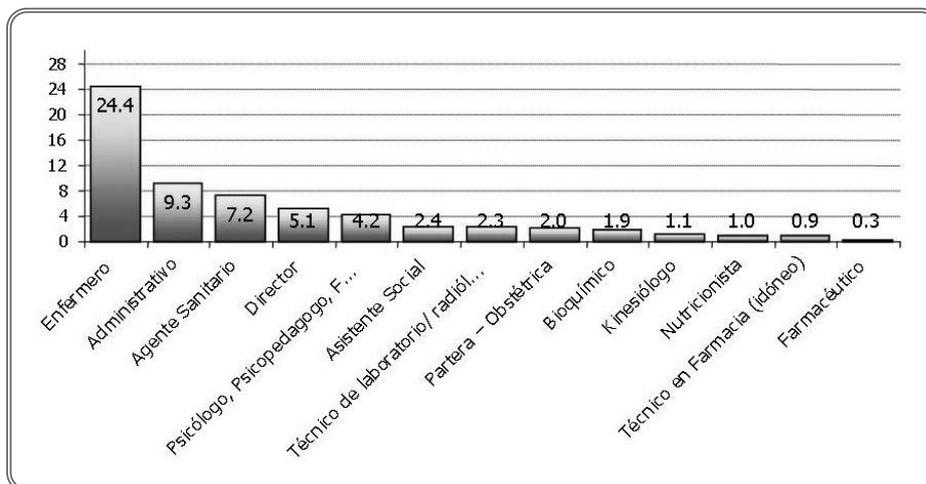


Fuente: Catastro de CAPS. PROAPS - Remediar. CNPHV - INDEC (2001)

Otro dato interesante que surgió del Catastro de Centros, fueron las contradicciones halladas en algunas de las respuestas. Por ejemplo, se constató que del total de CAPS que declararon tener un área programática asignada, el 30% no realiza actividades para actualizar registros de la población a cargo, un 24% no conoce aproximadamente cuántas personas residen dentro del área programática y un 12% no tiene identificado en forma cartográfica el área programática.

También pudo obtenerse una radiografía bastante completa de la composición y distribución de los recursos humanos en el sector. Y quedaron a la vista algunas necesidades como la escasa presencia de odontólogos, la necesidad de dividir mejor las tareas y de reforzar las actividades de algunas especialidades.

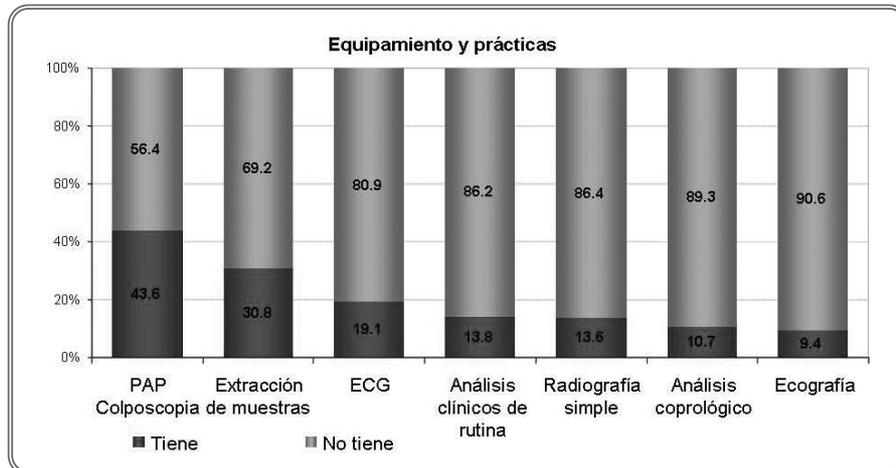
Población con cobertura pública de salud. Según sexo y edad.



Fuente: catastro de CAPS. PROAPS - Remediar

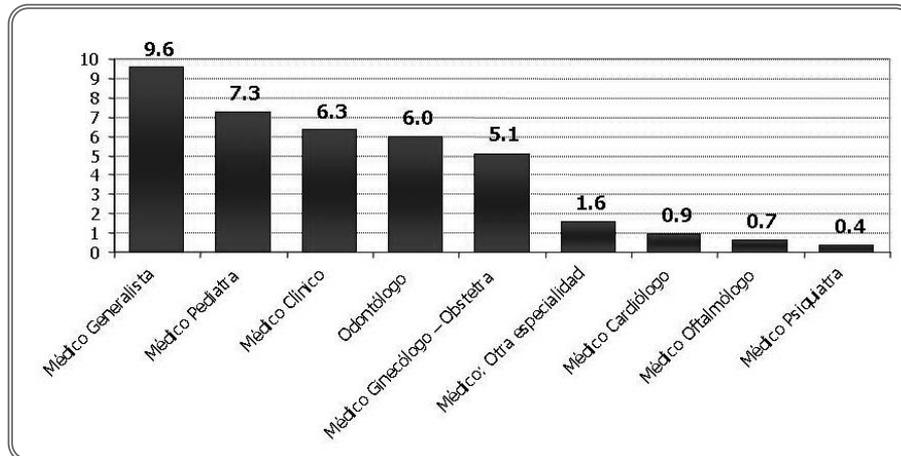
Por otro lado, el catastro permitió conocer datos sustantivos respecto de la capacidad de diagnóstico de los CAPS, entre ellos que sólo el 14% de ellos puede implementar análisis clínicos de rutina y que en varias provincias esto es prácticamente imposible. Las diferencias interjurisdiccionales que presenta este aspecto de la APS son particularmente marcadas.

Presencia de equipamiento y disponibilidad de efectuar prácticas



Fuente: catastro de CAPS. PROAPS - RemediAR

Composición de la oferta profesional médica en CAPS en relación al total del personal.



Fuente: catastro de CAPS. PROAPS - RemediAR

Finalmente, en relación al sistema de referencia y contrarreferencia, los resultados del Catastro evidenciaron que se trata de un campo donde aún queda mucho camino por recorrer. Si bien casi la totalidad de los CAPS tiene asignado diferentes servicios de salud para derivaciones y/o interconsulta de casos que no pueden ser resueltos en el establecimiento, sólo un 23,5% de los mismos recibe habitualmente derivaciones y/o interconsultas de otros establecimientos.

Sistema de Información y Consumo de la Población

Otro producto que se obtiene del procesamiento de las recetas es información desde la mirada del consumo y perfil epidemiológico de la población asistida por el Programa. Así, se puede conocer cuáles son los medicamentos más prescritos de los provistos por Remediar, la distribución de las recetas por distintas regiones, los principales motivos de consulta, los diagnósticos más frecuentes. Todo esto con apertura según sexo y edad de los beneficiarios.

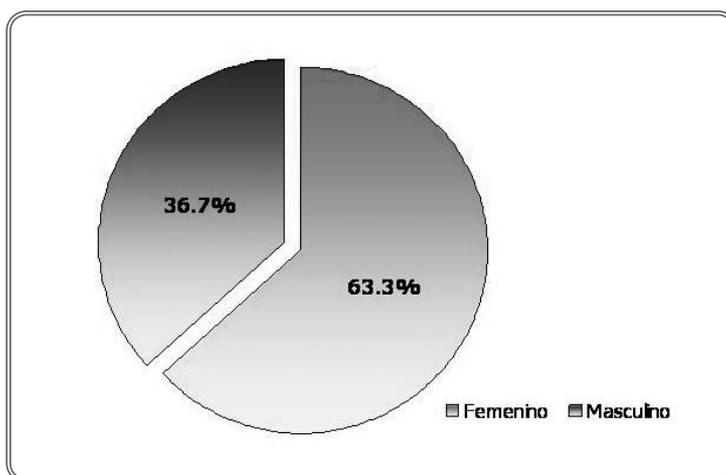
A continuación se presentan algunos de los resultados de dicho análisis.

Como ya fue dicho, las recetas producidas por los médicos prescriptores de los CAPS son procesadas por el Sistema de Información de Remediar, que obtiene a partir de esto información valiosísima respecto de los medicamentos más prescritos, distribución de las recetas, principales motivos de consulta, diagnósticos más frecuentes. Todo esto según sexo y edad de los beneficiarios.

A continuación se presentan algunos de los resultados de dicho análisis.

Existe una clara preponderancia de la población femenina entre los consultantes a centros de salud que recibieron una prescripción cubierta con un medicamento provisto por Remediar. Por cada 10 recetas que son prescritas a un varón, se prescriben 17 a una mujer. Esta situación de desequilibrio entre el sexo de los beneficiarios también se verifica entre los consultantes a CAPS, donde existe una similar distribución entre consultantes mujeres y consultantes varones, principalmente en el tramo de edad que va desde los 15 hasta los 65 años.

Distribución de Recetas Remediar, según sexo del beneficiario. En porcentaje. Total Nacional. 1º semestre de 2006.



N = 7,951,320 - Fuente: Formularios R

La distribución entre sexos que presenta el gráfico anterior no presenta diferencias significativas entre provincias. Se destacan Santa Cruz y Tierra del Fuego como las que mues-

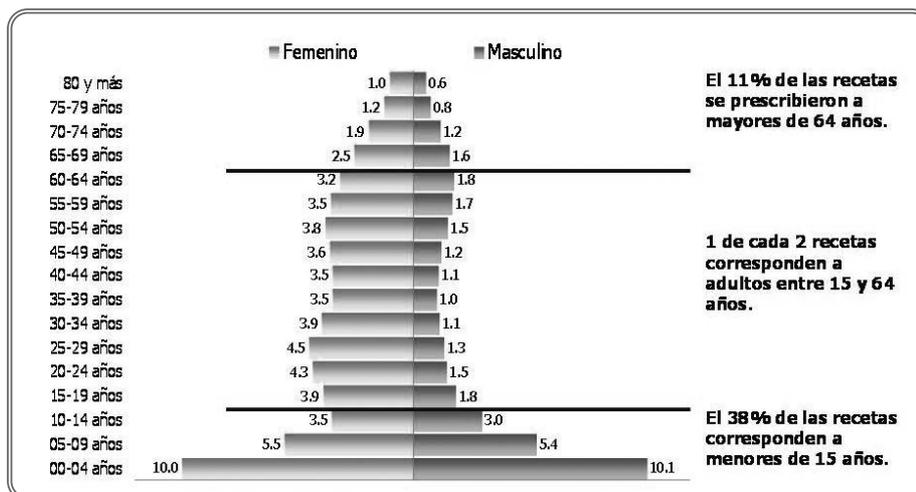
tran una menor proporción de beneficiarias (alrededor del 60%). En el otro extremo, en cambio, San Juan y Santiago del Estero la proporción de mujeres supera el 65% de los beneficiarios.

Al introducir la edad de los beneficiarios en el análisis pueden apreciarse distribuciones diferenciales de sexo según las edades. En la base de la pirámide puede apreciarse la significativa participación de la población infantil y adolescente, que llega al 38%. Como podría esperarse debido al rol de los padres en el cuidado de la salud de los menores, no se observan diferencias en la participación de niños y niñas en los dos tramos inferiores de este segmento poblacional (de 0 a 4 años y de 5 a 9 años).

Esta situación de paridad entre sexos comienza a inclinarse hacia las mujeres a partir de los 15 años, presumiblemente por la disminución del rol de los padres en el cuidado de la salud de los adolescentes.

Por su parte, tal como se comentara anteriormente, entre la población en edad adulta (de 15 a 64 años) la proporción de mujeres crece significativamente en desmedro de los varones. El tramo que va de los 30 a los 34 años presenta la mayor disparidad, con una relación a favor de las mujeres de 3.44.

Distribución de Recetas Remediar, según sexo y edad del beneficiario. En porcentaje. Total Nacional. 1º semestre de 2006.



N = 7,951,320 - Fuente: Formularios R

Finalmente, en las edades mayores la disparidad en la distribución entre se atenúa, aunque sin llegar a distribuirse como sucede en las edades infantiles. Algo más de 1 de cada 10 Recetas Remediar son prescritas a personas de más de 64 años.

La distribución de las edades y el sexo de los beneficiarios de Remediar, según surge del análisis de las Recetas, mostró cambios importantes entre la primera etapa de la distribución y el primer trimestre de 2006. Estos cambios en la estructura poblacional de los beneficiarios esta asociado a las modificaciones en el contenido del botiquín; que originalmente contenía mayor peso de las presentaciones pediátricas respecto de medicamentos destinados al tratamiento de las patologías crónicas.

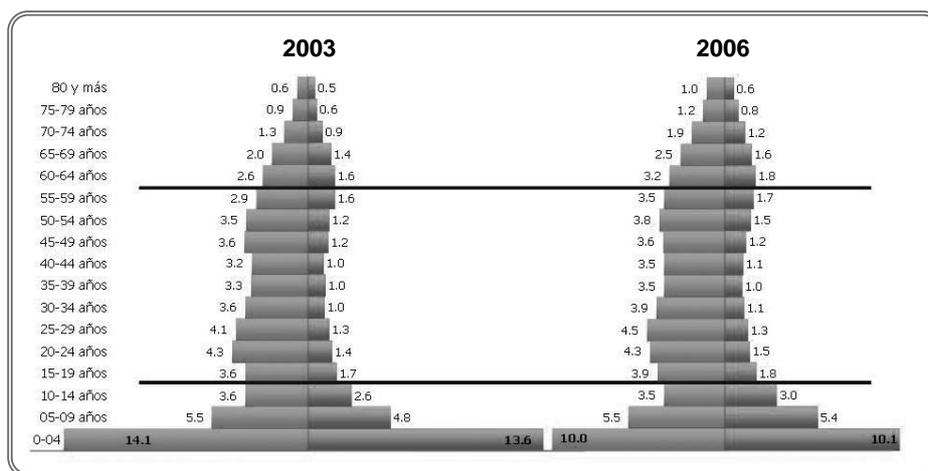
En efecto, el grupo que proporcionalmente perdió mayor participación es el de los meno-

res de 15 años, que disminuyó de 44% a 38% entre los años 2003 y 2006. En particular, los menores de 4 años son los que registran la mayor pérdida de participación en el total poblacional. Es importante aclarar, no obstante, que esta pérdida es relativa a la participación de otros tramos etéreos en la recepción de medicamentos, y no implica una merma en la cantidad absoluta de beneficiarios menores.

Es dable suponer que la mayor disponibilidad de medicamentos de uso crónico incentivará en mayor medida la demanda de población adulta, que creció proporcionalmente más en las edades superiores. De este modo, mientras que las recetas prescritas a los adultos entre 15 y 60 años creció un 8%, al pasar de 48% en 2003 a 52% en 2006. Por su parte, el grupo de mayores de 60 creció un 30% entre 2003 y 2006, al pasar del 8% al 11% en el mismo periodo.

En todos los casos, la distribución entre mujeres y hombres se mantuvo similar a la de 2003. Esto significa que la captación de población nueva a los centros tanto como el incremento de beneficiarios de Remediare no contempló acciones diferenciales hacia los varones, que continúan siendo minoritarios.

Distribución de Recetas Remediare, según sexo y edad del beneficiario. En porcentaje. Total Nacional. 1º Semestre 2003 Vs. 1º semestre de 2006.

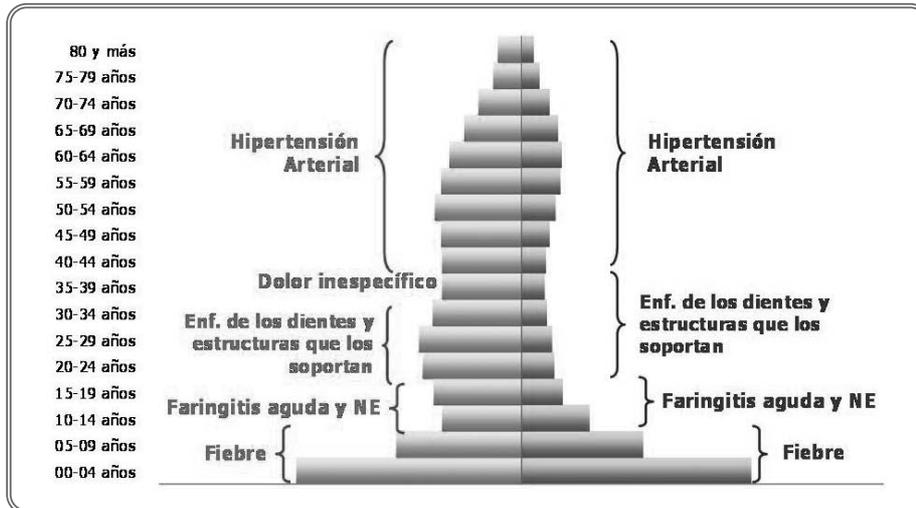


FUENTE: Formularios R

El principal motivo de consulta indicado en las recetas que contienen una prescripción cubierta por Remediare se presenta en el gráfico siguiente, al tiempo que el gráfico posterior muestra los medicamentos indicados con mayor frecuencia.

El principal motivo de consulta en las edades infantiles es la fiebre, tanto en niños como en niñas. El medicamento indicado con más frecuencia es el ibuprofeno solución. Por su parte, para el grupo etareo comprendido entre los 10 y los 19 años, el diagnóstico más frecuente es la faringitis aguda; y las enfermedades de los dientes y la boca son el primer diagnóstico entre los 20 y los 39 años. Para ambos grupos, el medicamento más indicado es el ibuprofeno en comprimidos.

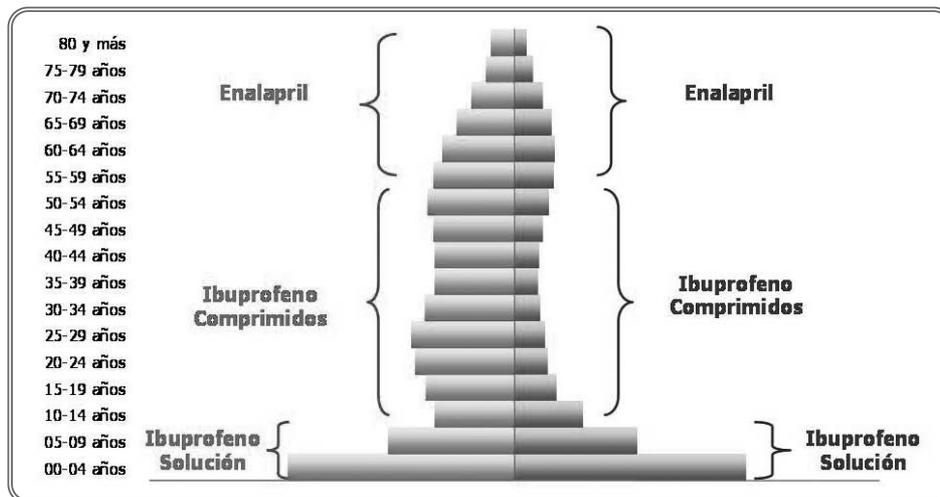
**Diagnósticos más frecuentes, según sexo y edad de los beneficiarios.
Total Nacional. 1º semestre de 2006.**



FUENTE: Formularios R

Entre los mayores de 40, la HTA Primaria se presenta como el diagnóstico más indicado tanto en mujeres como en varones. El enalapril es el medicamento indicado con mayor frecuencia.

**Medicamentos más frecuentes, según sexo y edad de los beneficiarios.
Total Nacional. 1º semestre de 2006.**



FUENTE: Formularios R

Todas estas informaciones constituyen un insumo fundamental para el esbozo de políticas sanitarias en APS, tanto en lo que refiere al permanente rediseño del Programa Remediar como en las decisiones a niveles subnacional.

Estrategia de Uso Racional de Medicamentos - URM

El Plan Federal de Salud y la Política Nacional de Medicamentos del Ministerio de Salud de la Nación han definido como objetivos fundamentales generar mayor accesibilidad, hacer más transparente el mercado, mejorar la eficiencia del gasto en salud, garantizar la calidad de los medicamentos, y fomentar el uso racional de los mismos. En este marco, Remediar, por su alcance se constituye en eje en el desarrollo de estas políticas. En efecto, el fomento de la utilización adecuada de los medicamentos es un complemento fundamental de la provisión de millones de tratamientos y un componente del cual no puede carecer una estrategia de APS.

El uso inadecuado y excesivo de medicamentos supone un desperdicio de recursos y trae como consecuencia la ausencia de buenos resultados y la incidencia de reacciones adversas. Tanto la falta de acceso a los medicamentos como también la administración de dosis inadecuadas traen como consecuencia un alto índice de morbilidad y mortalidad, sobre todo en infecciones infantiles y en enfermedades crónicas. Por otra parte, la permanente evolución científico-tecnológica en el campo de la Farmacología y de la Terapéutica genera desequilibrios entre la disponibilidad de conocimientos científicos y su utilización en la práctica clínica.

Por tales motivos, el Sistema de Información de Remediar contempló el diseño del Formulario Único de Receta (Formulario R) que permite capturar y monitorear la información proveniente de la demanda, para sobre ella poder tomar las acciones de salud pública necesarias a los fines del cumplimiento de sus objetivos. Entre las diversas posibilidades que brinda este Sistema, se destaca la observación y el análisis crítico de las prescripciones medicamentosas en relación a guías terapéuticas definidas.

A partir de los resultados de estos análisis fue posible iniciar una discusión de la calidad de la prescripción de los medicamentos provistos por el Programa. Dicho proceso supone, básicamente, contrastar el uso efectivo registrado por parte de los profesionales prescriptores con la mejor evidencia clínica disponible.

Si bien los resultados de estas observaciones fueron satisfactorios, se observó una esperable existencia de variabilidad en la práctica clínica, que no encuentra correspondencia con perfiles epidemiológicos ni con las recomendaciones basadas en la mejor evidencia clínica disponible. Este diagnóstico determinó la necesidad de sofisticar el entendimiento del URM por parte del Programa, formular estrategias correctivas e iniciar acciones de capacitación destinadas a disminuir los riesgos y costos asociados a dicha variabilidad.

Se pasó entonces de la definición tradicional de La OMS, que define al URM centrandolo en el paciente y sus necesidades, como:

“el paciente recibe la medicación apropiada a su necesidad clínica, en las dosis correspondientes a sus requerimientos individuales, por un período adecuado de tiempo, y al menor costo para el y su comunidad”¹³

| 13. OMS. Conferencia de Expertos en Uso Racional de Medicamentos. Nairobi. 1985.

a una definición más ambiciosa, que pone su foco también en el momento de la prescripción. De este modo, en RemediAR se considera el URM como:

“La aplicación del conjunto de conocimientos avalados científicamente y por evidencias basadas en calidad, eficacia, eficiencia y seguridad, que permitan seleccionar, prescribir, dispensar y utilizar un determinado medicamento en el momento preciso y problema de salud apropiado, con la participación activa del paciente posibilitando su adhesión y el seguimiento del tratamiento”

La estrategia de URM formulada en este contexto por RemediAR implica un grupo de acciones en el orden de la comunicación y la capacitación, destinada tanto a profesionales y trabajadores de la salud como a la comunidad. Estas acciones tienen por objetivo promover actitudes y conductas acordes con la problemática detectada, en función del rol que cada actor ocupa en la “cadena del medicamento” (industria, prescriptor, dispensador, usuario).

Es así como, en conjunto con 23 Facultades de Medicina Públicas y Privadas del país y con el apoyo de la OPS y el ANMAT, un Comité de Expertos desarrolló un curso de postgrado en URM de 208 horas de duración.

El Curso Anual de URM se dicta simultáneamente en las 23 Facultades de Medicina bajo la modalidad de capacitación a distancia, (lo que constituye la estrategia que mejor se adapta a las posibilidades de los profesionales que se encuentran comprometidos en una intensa actividad laboral). El material bibliográfico teórico, toma cuerpo en cinco módulos, cuyos contenidos son elaborados por los profesores de las distintas universidades, luego editados y distribuidos por RemediAR. Conformando el curso, además, cinco encuentros presenciales donde con la modalidad educativa de taller se trabaja sobre los principales problemas reales de prescripción detectados para cada grupo sobre las recetas RemediAR. Una vez terminado el curso, se implementa una evaluación final integradora cuya aprobación habilita a recibir un certificado de estudios.

Al finalizar este curso se espera que los participantes hayan actualizado los conocimientos y habilidades necesarios para hacer una prescripción razonada, implementar tratamientos no farmacológicos cuando estén indicados, informar y aconsejar a los pacientes sobre las diferentes estrategias terapéuticas y sobre probables efectos indeseables, promover conductas preventivas y hábitos saludables en la comunidad, detectar y notificar las reacciones adversas a través de las fichas amarillas a los centros de Farmacovigilancia, utilizar las fuentes de información con actitud crítica.

Con el Curso Anual de URM se está capacitando a un total de 4.900 profesionales prescriptores en dos cohortes.

Otras actividades previstas para este componente son talleres en URM para Farmacéuticos vinculados al sector de APS y un Curso en URM para Personal de Enfermería, que se desempeña en los Centros efectores de RemediAR. Todo esto a través de convenios con las universidades públicas y privadas de todo el país.

Facultades de Medicina Participantes

- o Facultad de Medicina de la Fundación Barceló
- o Facultad de Medicina de la Universidad Maimónides
- o Facultad de Medicina de la Universidad de Morón
- o Escuela de Medicina del Instituto Universitario CEMIC
- o Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de La Plata
- o Facultad de Medicina de la Universidad Abierta Interamericana
- o Facultad de Medicina de la Universidad del Salvador
- o Facultad de Ciencias de la Salud de la UCES
- o Instituto Universitario Escuela de Medicina del Hospital Italiano de Buenos Aires
- o Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires
- o Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Favaloro
- o Facultad de Ciencias Biomédicas de la Universidad Austral
- o Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Córdoba
- o Facultad de Medicina de la Universidad Nacional del Nordeste
- o Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Comahue
- o Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Adventista del Plata
- o Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Tucumán
- o Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de La Rioja
- o Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Cuyo
- o Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Aconcagua
- o Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Rosario
- o Escuela de Medicina del Instituto Universitario Italiano de Rosario
- o Facultad de Medicina de la Universidad Católica de Córdoba

Esta estrategia cuenta además con un fuerte componente de Comunicación y Difusión hacia la comunidad. Las metas principales en este sentido son informar a la comunidad sobre el uso indebido de los medicamentos, contribuir a la toma de conciencia de los riesgos de la automedicación, promover la responsabilidad, conciencia y participación de la comunidad en el uso de fármacos y terapéuticas adecuadas, desarrollar responsabilidad a la hora del consumo de fármacos, tratando de evitar que los medicamentos sean vistos como cualquier otro producto de mercado.

De la Demanda a la Necesidad: El Programa Nacional de Desparasitación Masiva - PNDM

Un análisis alternativo y complementario al expuesto en el apartado anterior, desarrollado también a partir de Remediar es la comparación entre la demanda real a los CAPS, el consumo efectivo de medicamentos y el perfil epidemiológico de la población en áreas definidas.

Uno de los desafíos atendidos por Remediar desde sus inicios fue la adaptación del botiquín a las necesidades de salud de la población. No obstante, es conocido que las demandas que ingresan al sistema de salud, y en particular a la red de APS, no representan la totalidad de la necesidad real. En este sentido, aún cuando Remediar procura ser eficiente al ajustar el contenido del botiquín a la demanda de cada CAPS, la sola disponibilidad del recurso no permite acotar la brecha entre la demanda efectiva a los CAPS y la necesidad real de población.

En este punto, Remediar comienza a actuar instalando en la agenda de las autoridades subnacionales y de los trabajadores de la salud de los CAPS aquellos problemas no percibidos por el sistema de salud. El perfil de necesidades de salud de un área determinada surge del análisis del perfil de su población, su ubicación geográfica y condiciones socio-ambientales. La brecha entre la demanda y la necesidad surge del contraste entre este perfil epidemiológico y sanitario, de un lado, y las prescripciones medicamentosas por otro.

Entre las primeras líneas de acción, se destacó en gran medida el problema de la parasitosis intestinal y la anemia por falta de hierro. Estos son dos problemas encarados por Remediar como dos otras estrategias en sí mismas.

El problema de las parasitosis intestinales ocasionadas por geohelminthos es considerado mundialmente como un problema de salud pública, estrechamente ligado a la pobreza y especialmente relacionado con:

- hábitos inadecuados de higiene personal y del lavado de los alimentos que se consumen crudos;
- provisión inadecuada de agua potable, en calidad y cantidad suficientes; y
- contaminación fecal del ambiente por deficiente disposición de excretas y basuras.

De este conocimiento, y del efectuar un análisis crítico de lo que estaba sucediendo con de las prescripciones y la utilización de los antiparasitarios, surge la necesidad de implementar un programa específico de lucha contra la parasitosis fomentado desde el Ministerio de Salud de la Nación y en consenso con las jurisdicciones. El objetivo es el de enfrentar este grave problema de salud pública cuya morbilidad afecta particularmente a las poblaciones que viven en condiciones de alta vulnerabilidad social -población beneficiaria objetivo de Remediar- ocasionando trastornos en el desarrollo humano, en particular en las etapas críticas de la vida, afectando negativamente el crecimiento, la nutrición y la capacidad cognitiva.

Para ello, se propusieron modalidades de intervención más focalizadas y con un fuerte contenido de Atención Primaria, donde la participación de la comunidad toda fue un eje fundamental. La estrategia de intervención está basada en dos ejes:

- La primera el tratamiento medicamentoso masivo a poblaciones con tasas de prevalencia elevadas y exposición al riesgo.
- La segunda, apoyar al tratamiento masivo y reiterado con medidas sanitarias y educativas que mejoren la higiene ambiental, instruyendo a la población sobre la necesidad de disponer de mejores instalaciones sanitarias y modificar hábitos que favorezcan la diseminación del parásito

Ambas requieren, a los efectos de garantizar la eficacia del Programa, de adecuadas acciones de la Red de Atención Primaria de la Salud, entendiéndose por ella el fortalecimiento de los CAPS, su correcta vinculación con los Centros Diagnósticos (Red Nacional de Laboratorios), el incremento sostenido de las acciones de promoción de la salud a cargo de agentes sanitarios, y, principalmente, el compromiso de la comunidad en el programa de lucha.

En este contexto, el Ministerio de Salud de la Nación, a través del PROAPS - Remediar, lanzó el Programa Nacional de Desparasitación Masiva, que comenzó con una prueba piloto en cuatro áreas programáticas del Gran Santa Fe, Provincia de Santa Fe, en el mes de febrero de 2005. Esta prueba involucró aproximadamente a 56 000 niños en condiciones de alta vulnerabilidad social.

El PNDM se encuentra orientado a disminuir en forma sostenida la prevalencia de geohelmintos en la población infantil de 2 a 14 años de las áreas afectadas, reduciendo la contaminación del medio ambiente con materas fecales humanas portadoras de huevo o larvas de geohelmintos, especialmente en áreas marginales donde se asientan urbanizaciones que carecen de servicios sanitarios básicos.

Los objetivos específicos han sido definidos como sigue:

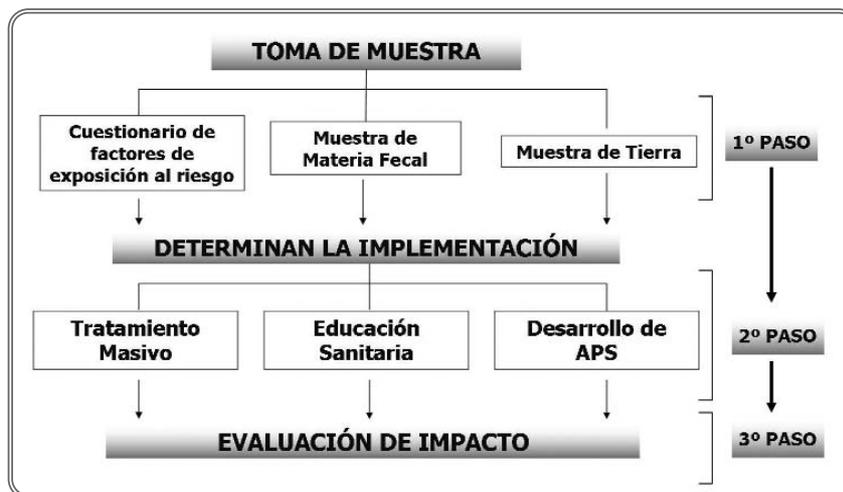
- Alcanzar una reducción sostenida de la morbilidad causada por geohelmintos en la población de 2 a 14 años de las áreas afectadas;
- Disminuir la infestación del suelo con huevos de geohelmintos;
- Mejorar la condición nutricional y promover el estado saludable de los niños destinatarios;
- Fortalecer la estrategia de APS y favorecer el acceso fluido de los niños al sistema formal de Atención de la Salud;
- Intensificar la interacción entre los distintos niveles de atención con miras al cumplimiento de los objetivos del Plan Federal de Salud;
- Sensibilizar a la población sobre la gravedad de las parasitosis y la importancia de su prevención y tratamiento.

A partir de la primera experiencia en Santa Fe, diversas provincias, en su gran mayoría del NEA y NOA solicitaron el programa. Actualmente 761 CAPS -distribuidos en 11 provincias se encuentran aplicando el PNDM en sus respectivas áreas de influencia.

Por otro lado, se estima que aproximadamente 1.260.000 niños de entre 2 y 14 años residentes en áreas vulnerables están bajo tratamiento. En este sentido, se está elaborando un padrón de beneficiarios que de más precisiones. En términos de recursos, se han suministrado desde el Programa Remediar para estas áreas unas 2,4 millones de dosis de Mebendazol de 500 mg. y una significativa cantidad de material de educación sanitaria.

El PNDM vio favorecida su implementación dado que descansa en la estructura organizativa de Remediar. De esta forma, se aprovechan operatoria y vías de comunicación ya establecidas entre la Unidad Ejecutora Central, las autoridades provinciales y los efectores. En este sentido, una parte de la posibilidad de desarrollarlo responde a la credibilidad ya establecida de Remediar.

Las etapas en que se estructura el PNDM se presentan a continuación.



Siguiendo con el espíritu de gestión participativa de Remediar, el PNDM tiene un fuerte componente de interacción con la sociedad civil y de desarrollo de capacidades. Además de la gran importancia que tienen los integrantes del equipo de salud de los efectores, resultan fundamentales para la implementación del PNDM otros actores sociales como líderes barriales, estudiantes, manzaneras, etc. Ellos son los agentes operativos del PNDM.

En general, las poblaciones de las diferentes provincias –organizados o no– se han sumado al PNDM de diferentes maneras. La red de voluntarios que están colaborando es llamativamente muy diferente en cada una de las jurisdicciones en donde se inician las acciones del Programa: la brigada de voluntarios de la Ciudad de Santa Fe, los agentes sanitarios de Entre Ríos, los maestros en Santiago del Estero, las asociaciones civiles en la Ciudad de Formosa, la red de manzaneras en La Matanza, los jóvenes referentes barriales de Lomas de Zamora, la fiesta del poncho en Catamarca, los trailers sanitarios en las escuelas de Quilmes, las guarderías de Salta, los enfermeros de La Rioja, entre otros. Actualmente más de 15.000 agentes operativos de diferentes provincias están haciendo posible la implementación del PNDM.

Hasta ahora, 20 de las 24 provincias del país se encuentran trabajando en alguno de las etapas de implementación del PNDM (toma de muestra o bajo tratamiento). Quedan por iniciar acciones las provincias de Santa Cruz, Neuquén, Río Negro y Ciudad de Buenos Aires.

PARTICIPACIÓN EN REMEDIAR

Remediar cuenta con un innovador modelo en lo que respecta a participación, basado en la convicción de que el empoderamiento de la APS por parte de la comunidad es fundamental e imprescindible para su desarrollo. A través de la gestión participativa, se pretende que la comunidad asuma el papel protagónico en el cambio del modelo de atención.

Remediar tiene el propósito de promover y organizar la participación social en todos los niveles de gestión (nacional, provincial y local) para la formulación, ejecución, monitoreo y evaluación del Programa.

Para alcanzar el objetivo de promover modelos participativos genuinos, se propició desde el Programa la creación de diversas instancias de gestión participativa formales e informales. Estas instancias son la Comisión Asesora Intersectorial (que fue presentada en el capítulo 3), la Red de Control Social Directo (que fue presentado en el capítulo 3) y los Proyectos Locales Participativos.

Con la intención de hacer visibles un conjunto de acciones llevadas adelante desde los Centros de Atención Primaria, Remediar inició sus acciones en el camino de buscar la participación comunitaria. Para ello se convocó a los equipos de salud de las salitas para cuenten sus experiencias en el terreno, su trabajo cotidiano.

Como resultado de esta convocatoria masiva, se presentaron mas de mil trabajos o experiencias, de los cuales se premiaron las mejores doscientas, que demostraron que en los Centros de Atención Primaria no sólo se asiste a la población necesitada, sino que también en ellos se produce conocimiento, se modelan conductas saludables y se guardan experiencias que funcionan como lecciones para planificar sus acciones.

Así, frente al éxito de esta iniciativa, surge el desafío de profundizar la estrategia, y se convoca a todos los Centros de Atención que reciben Remediar a participar del Primer Concurso Nacional de Proyectos Locales Participativos.

Este concurso, procuró brindar a los equipos de salud de los CAPS instrumentos para facilitar la formación de espacios de discusión e investigación aplicada, acordes a las realidades de las diversas áreas programáticas. Para ello, se desarrollaron acciones de capacitación en planificación local participativa, destinada a los equipos de salud de los CAPS y su comunidad de referencia.

Con el desarrollo de Proyectos se pretende impulsar la "Planificación Participativa", como modalidad operativa basada en una visión estratégica de la realidad. El requisito fundamental de estos por ende fue la participación de la comunidad conjuntamente con los equipos de salud de los CAPS, y el objetivo era la formulación de un proyecto que diera respuesta a alguna problemática sentida por la comunidad en la que estuvieran insertos.

Respondieron a la convocatoria 407 proyectos correspondientes a las 24 provincias del país. Los mismos fueron evaluados por la CAI. La Comisión Evaluadora resolvió premiar

con su financiación a 198 proyectos. Los PLP seleccionados corresponden a 23 provincias del país, siendo estas Buenos Aires, Salta, Córdoba, Santa Fe, Jujuy y Mendoza las más representadas. A continuación, se detalla la cantidad de proyectos premiados por provincia:

Provincia	Cantidad de Proyectos
Buenos Aires	28
Catamarca	1
Chaco	6
Chubut	5
Ciudad de Bs. As.	3
Córdoba	21
Corrientes	3
Entre Ríos	4
Formosa	9
Jujuy	19
La Pampa	1
La Rioja	1
Mendoza	11
Misiones	2
Neuquén	2
Río Negro	15
Salta	24
San Juan	3
San Luis	7
Santa Cruz	2
Santa Fe	17
Santiago del Estero	7
Tucumán	7
Total Ganadores	198

Las temáticas abordadas por los proyectos conformaron un amplio y variado abanico, predominando las medio-ambientales y las relacionadas con la salud sexual y reproductiva. Se destacaron asimismo la prevención del embarazo adolescente, los problemas nutricionales, la prevención de adicciones y el tratamiento de la violencia, en particular en el ámbito familiar. El grupo poblacional que más proyectos aglutinó fue el de los adolescentes.

Hoy Remediar se encuentra, conjuntamente con el Programa de Medicos Comunitarios y la Red Argentina de Municipios Saludables, llevando adelante una segunda convocatoria a la presentación de Proyectos, con el agregado que se brindará asistencia técnica no ya para la elaboración del proyecto sino para su desarrollo a través de las áreas del Ministerio que tengan competencia específica en la temática abordada.

Todas estas estrategias participativas llevadas adelante por Remediar, conllevan el objetivo de poner en marcha temas frecuentemente citados pero poco desarrollados. Remediar, desde su primer día transito un camino tendiente a lograr la intersectorialidad y la participación comunitaria como modelos de gestión que garantice la transparencia, eficiencia y apropiación de los distintos actores sociales para con la salud pública, construyendo por lo tanto importantes valores de Capital Social en esta temática.

RESULTADOS

La validación última de la política pública es la medida en que alcanza los resultados propuestos. En sus más de cuatro años de existencia, el Programa Remediar se ha instalado como una estrategia central del Ministerio de Salud porque su desempeño verifica resultados favorables sobre múltiples dimensiones de la política sanitaria: amplía la cobertura, mejora la accesibilidad, disminuye la inequidad en salud dado su impacto redistributivo, incentiva cambios deseados en el comportamiento de la demanda al sistema de salud, alcanza niveles adecuados de focalización, optimiza el uso de los recursos fiscales y registra elevados niveles de satisfacción entre los usuarios de la red.

A continuación se presentan indicadores empíricos que dan cuenta de los resultados alcanzados, y del impacto social estos que estos implican. Una vez superada la crisis y lo peor del escenario de Emergencia Sanitaria, los resultados que se exponen constituyen insumos fundamentales para el entendimiento de la continuidad y la sustentabilidad del Programa.

7.1

Cobertura¹⁴

La cobertura con medicamentos esenciales provistos por Remediar alcanza aproximadamente a 15 millones de personas distintas; lo que representa algo más del 41% de la población argentina. De acuerdo a los registros de empadronamiento de beneficiarios, unas 12,5 millones de este total pudieron ser identificadas unívocamente a partir de cruces con bases disponibles del Estado Argentino (*véase el apartado 5.2*). El cruce de registros con bases de obras sociales y seguros privados de salud, a su vez, permitió determinar que más del 85% de las personas identificadas unívocamente dependen exclusivamente de la cobertura pública para atender el cuidado de su salud.

Para atender los principales motivos de consulta por los cuales esta población demanda atención al Primer Nivel, Remediar distribuyó hasta el momento de lanzar esta publicación unos 660,000 botiquines, conteniendo un total de 150 millones de tratamientos de medicamentos esenciales. La cantidad total de tratamientos provistos por año se ha incrementado y ajustando a la demanda a CAPS: durante 2003, se proveyeron 2,3 millones de tratamientos promedio por mes; durante los años 2004 y 2005, la cantidad de tratamientos mensuales se ubicó en 6,6 y 6,7 millones respectivamente; mientras que en 2006 alcanzó un promedio mensual de 3,4 millones de tratamientos completos.

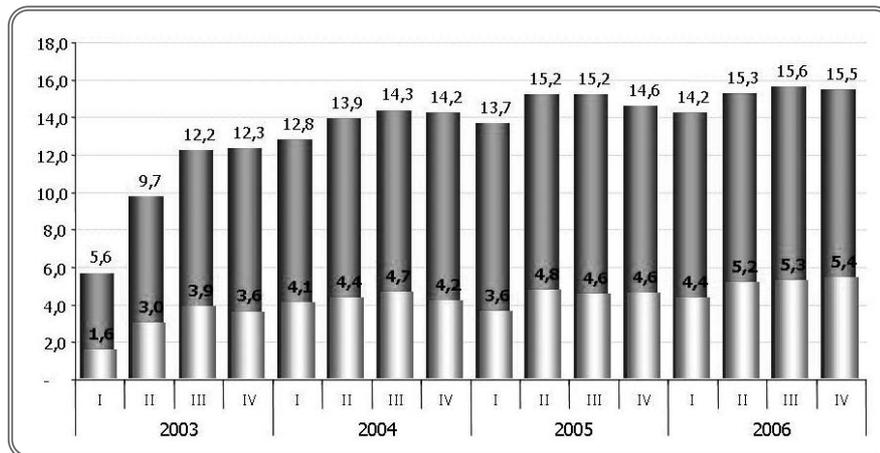
La cantidad total de consultas que fueron producidas en 2006 por los 6,285 efectores bajo programa alcanzó los 58,7 millones en 2005 y 61,8 millones en 2006; es decir:

14. La información que se presenta sobre cobertura se obtiene por el Sistema de Información, a través del análisis de los formularios R. Muchos de los datos que se muestran aquí ya fueron presentados en el apartado 5.1 (Consumo de la Población).

algo más de 5 millones de consultas mensuales. La cobertura con recetas Remediar se ha mantenido relativamente constante en términos proporcionales a las consultas, alcanzando las 17,9 millones en 2005 y 20 millones de recetas en 2006.

La cobertura con recetas Remediar se ha mantenido relativamente constante en términos proporcionales a las consultas, alcanzando las 17,9 millones en 2005 y 20 millones de recetas en 2006.

Evolución de consultas y recetas Remediar en CAPS bajo programa, por trimestre. Años 2003 a 2006. En millones de consultas y recetas.



FUENTE: Formularios B

La distribución de botiquines de medicamentos esenciales a los centros del Primer Nivel de Atención operó como un fuerte incentivo para modificar el comportamiento de la demanda de atención. En efecto, a partir de la implementación de Remediar no sólo se amplió la cobertura total que ofrece el sistema, sino que además se observó una significativa modificación del *mix* de consultas del Sector Público a favor del Primer Nivel. En el año 2001 sólo 1 de cada 3 consultas se realizaban en las unidades sanitarias o CAPS, mientras que para el año 2006 se estima que la proporción de consultas que son atendidas en los efectores alcanzados por Remediar asciende al 54%. Ello representa un descongestionamiento del Segundo y Tercer Nivel de Atención, que permite optimizar los recursos de los hospitales públicos, distribuyendo el trabajo entre los niveles a partir de modificaciones producidas sobre el comportamiento de la demanda.

En este sentido, la provisión de medicamentos esenciales en forma regular y sistemática ha incrementado la capacidad resolutoria de los centros de atención primaria. Como fuera señalado, la capacidad de aprendizaje del Programa, basada en el análisis de la información producida por los efectores, permitió adaptar continuamente el contenido del botiquín a la demanda tal que la proporción de consultantes que consiguieron todos sus medicamentos a través de Remediar aumentó del 65% en los inicios del 2003, a más del 85% hacia finales de 2004 (SIEMPRO; Línea de Base y Encuesta de Medio Término).

Estos valores son coincidentes con la percepción de la población en relación al acceso a tratamientos: entre los que concurrieron a un CAPS y recibieron una prescripción medicamentosa, 8 de cada 10 sostiene que no tuvo problemas para recibirlo, según surge de la Encuesta de Utilización y Gasto en Servicios de Salud y Medicamentos, encargada

por el Ministerio de Salud y realizada por el Instituto Gino Germani de la Universidad de Buenos Aires en 2005. Estos guarismos resultan coincidentes con las encuestas relevadas por los voluntarios de Caritas y Cruz Roja Argentina, en el marco del control social directo sobre el funcionamiento del Programa. Datos recientes del año 2006, por su parte, indican que en el Área Metropolitana de Buenos Aires (integrada por la Ciudad de Buenos Aires y los 24 Partidos del Conurbano) el nivel de cobertura gratuita de las prescripciones continúa siendo elevado, si bien disminuye levemente del 80% al 75% (Encuesta de Satisfacción de la Red de Efectores Alcanzados por el Programa Remediar; 2006).

7.2

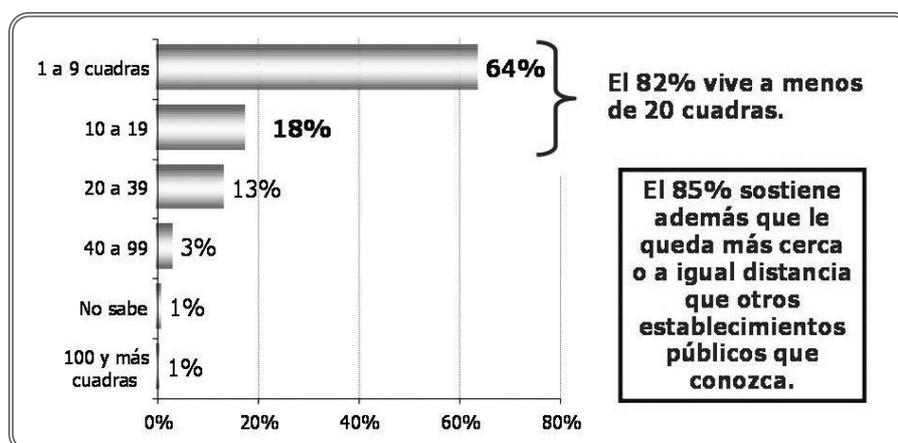
Accesibilidad

Los centros de salud tienen una fuerte presencia en la población vulnerable. En efecto, la mencionada encuesta de Utilización y Gasto en Servicios de Salud y Medicamentos, indica que el 68% de los adultos mayores de 18 años conoce la existencia de un centro de salud, unidad sanitaria o salita. El nivel de conocimiento es mayor entre las mujeres y crece significativamente a medida que disminuye el nivel de instrucción.

Este nivel de conocimiento asciende a 9 de cada 10 personas si se considera la población que integra el primer quintil de ingresos (el 20% de la población que vive en los hogares más pobres). En cambio, entre la población que integra el quinto quintil sólo 1 de cada 2 conoce la existencia de un centro de salud.

Una buena parte de este nivel de conocimiento podría explicarse por la distribución de los CAPS, que garantiza la accesibilidad geográfica de la población al Primer Nivel de Atención. Datos obtenidos de la misma encuesta indica que el 82% de los entrevistados vive a menos de 20 cuadras de un CAPS; mientras que si se amplía la distancia hasta 39 cuadras, se incluye al 95% de la población (Utilización y Gasto, 2005).

Accesibilidad geográfica: Distancia al CAPS entre los que conocen alguno.
En porcentaje según cantidad de cuadras.

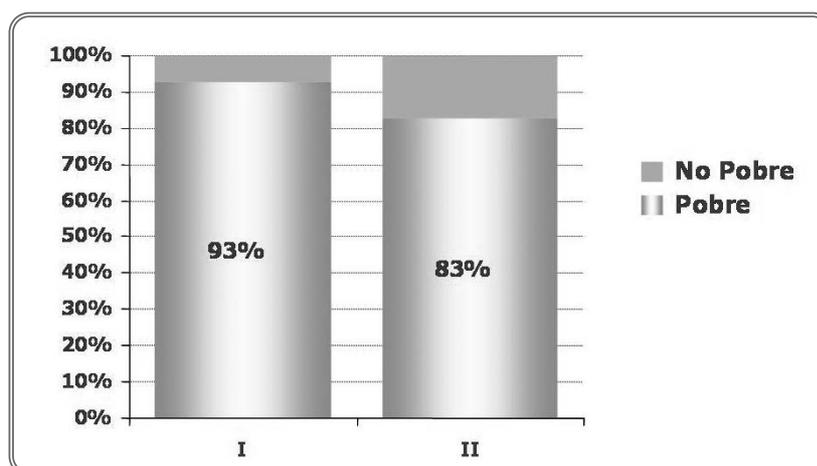


FUENTE: Encuesta de Utilización y Gasto en Servicios de Salud y Medicamentos; 2005.

La utilización de los Centros de Atención Primaria como estrategia de dación de medicamentos permite altos niveles de focalización. De acuerdo a la medición inicial realizada por el SIEMPRO, tanto la población bajo Programa (consultantes a CAPS) como los beneficiarios directos, se encuentran en su mayoría por debajo de la línea de pobreza, e incluso por debajo de la línea de indigencia. Adicionalmente, la gran mayoría carece de seguro social o privado, dependiendo exclusivamente del sector público para su acceso a bienes y servicios de salud.

De acuerdo a los datos obtenidos por el SIEMPRO, tanto en la Línea de Base (2003) como en la Encuesta de Medio Término (2004), el porcentaje de beneficiarios de Remediación que se ubican por debajo de la línea de pobreza supera en ambos casos el 93%. En este sentido, resulta importante destacar que en 2004, entre los beneficiarios de Remediación el 71% fueron personas bajo la línea de indigencia.

Beneficiarios de Remediación según condición de pobreza. Años 2003 y 2004. En porcentaje.



FUENTE: Línea de Base y Evaluación de Medio Término; SIEMPRO, 2003 y 2004.

Respecto de la segunda dimensión de vulnerabilidad considerada por el Programa para atender el grado de focalización, es decir: la disponibilidad de cobertura de salud social o privada, en ambas mediciones resultó que cerca del 86% de los beneficiarios de Remediación dependen exclusivamente del Sector Público para atender el cuidado de su salud (SIEMPRO, 2004). Estos valores obtenidos por encuestas a consultantes de CAPS son coincidentes con los cruces de registros del Padrón de Beneficiarios con las bases de seguridad social y privada, comentados en el apartado 7.1.

En consecuencia, es posible sostener que la estrategia de implementación permite alcanzar elevados niveles de focalización. Asimismo, en la medida que estos niveles se han mantenido estables a lo largo del tiempo, puede sostenerse que no existen indicios de que se esté incrementando la demanda del beneficio por parte de la población que dispone de cobertura de salud social o privada.

Los medicamentos provistos a los beneficiarios suponen un importante impacto redistributivo sobre la economía de los hogares. Por las características fuertemente regresivas de la financiación del gasto en medicamentos (alrededor del 75% constituye gasto de bolsillo), por el peso del rubro medicamentos en el gasto total en salud, y dada la alta focalización de Remediar (el 9 de cada 10 beneficiarios son pobres por ingresos, mientras que 7 de cada 10 son indigentes), la provisión pública de medicamentos esenciales constituye un importante transferencia de recursos a la población.

Los datos de la Encuesta de Medio Término (SIEMPRO, 2004) indican que el impacto de la transferencia media representa aproximadamente el 41% del ingreso *per cápita* de los beneficiarios que viven en hogares en condición de indigencia. Por su parte, la transferencia media del beneficio sobre los hogares en condición de pobreza llega al 15% del ingreso *per cápita* y al 6% si se considera el ingreso de los beneficiarios no pobres. Para el total, dada la elevada focalización de la estrategia, el impacto de la provisión gratuita de medicamentos esenciales sobre el ingreso medio *per cápita* de los hogares supera el 24%.

La capacidad de impacto sobre el gasto de bolsillo de las familias de esta transferencia directa a la demanda puede apreciarse analizando la evolución del gasto directo en medicamentos entre el 2003 y el 2005. Las Encuestas de Utilización y Gasto en Servicios de Salud, realizadas en sendos años, muestran una disminución del gasto directo del orden del 17% a precios corrientes entre quienes no cuentan con cobertura de salud social o privada. Esta inédita disminución del gasto en medicamentos de la población en condición de vulnerabilidad se verifica a igual nivel de acceso a medicamentos entre los distintos grupos, es decir: se explica exclusivamente por la extensión de la cobertura gratuita y no por disminuciones en el acceso.

En consecuencia, el Programa tiene efectos significativos no sólo sobre la ampliación de la cobertura sino también sobre la disminución de la inequidad en salud. Si se valorizan los medicamentos provistos por Remediar a precios de venta al público (es decir: lo que deberían haber pagado las familias si hubieran comprado la misma cantidad de medicamentos en las farmacias), se observa que Remediar mejora significativamente la distribución del gasto en medicamentos. Al transferir el beneficio a los quintiles de menores ingresos, el índice Gini registra un descenso de 0.16 a 0.10, lo que implica una disminución del 38% de la desigualdad en el gasto en medicamentos.

El nivel de satisfacción de los beneficiarios de la red de APS es elevado, y se ha mantenido constante a lo largo de las distintas mediciones efectuadas. Esta conformidad de los usuarios alcanza tanto a la atención médica recibida en los CAPS como a la provisión de medicamentos de Remediar en sí. Respecto de la atención, el 75% de los entrevistados usuarios de CAPS indican que se sienten muy satisfechos o satisfechos; el 71% expresa lo propio respecto de las inmunizaciones y el 54% respecto de la entrega de medicamentos. Estos tres rubros aparecen como los mejor calificados por los usuarios (Utilización y Gasto, 2005).

Asimismo, casi 9 de cada 10 entrevistados están muy de acuerdo o de acuerdo en cuanto a que RemediAR asegura la provisión gratuita de medicamentos esenciales y que mejora la atención en los centros de Salud (Utilización y Gasto, 2005).

Datos más recientes relevados en el Área Metropolitana de Buenos Aires (Encuesta de Satisfacción, 2006) indican que los niveles de satisfacción se mantienen. Asimismo, no se observaron porcentajes significativos entre los consultantes que no hayan accedido alguna vez al beneficio que perciban que se deba a la existencia de discrecionalidad en la entrega de medicamentos por parte de los CAPS (aproximadamente 3.6% percibe preferencias al tiempo que un marginal 1.3 indica que cree que son utilizados con fines de lucro).

7.6

Fortalecimiento de la Red de APS

La provisión regular y sistemática de medicamentos esenciales a la los centros de salud supone el incremento de la capacidad resolutoria de la red de APS al tiempo que constituye un incentivo para la movilización de la demanda desde los niveles superiores. Una evidencia valiosa de esta movilización es el cambio registrado en la distribución de consultas del Sector Público entre el Primer Nivel y el resto del sistema. En consecuencia, también deberían registrarse cambios en la percepción de la demanda por parte de los responsables de los CAPS. El gráfico siguiente, obtenido por el SIEMPRO en la Evaluación de Medio Término, da cuenta de la magnitud de esta percepción

Cambio de conducta de la demanda a servicios públicos de salud percibidos entre responsables de CAPS a partir de la implementación de RemediAR. En porcentaje.



FUENTE: Evaluación de Medio Término; SIEMPRO, 2004.

Los Centros de Atención Primaria que reciben medicamentos de RemediAR producen cada mes alrededor de 4,7 millones de consultas. En el año 2006, la cantidad total de consultas ascendió a aprox. 61,8 millones. Tales niveles de crecimiento en la producción de servicios de los centros son un resultado directo de la decisión del Ministerio de Salud de la Nación de articular el modelo de Atención Pública de la salud con eje en el Primer Nivel de Atención, que se consolida así como la puerta de entrada al sistema.

Entre los principales problemas de salud que motivan estas consultas y son atendidos con medicamentos provistos por Remediar se destacan la Hipertensión Esencial Primaria, la Diabetes Mellitas Tipo II y el Asma, entre las patologías crónicas. Por su parte, entre las patologías agudas atendidas en los CAPS se destacan las infecciones, principalmente aquellas que afectan las vías aéreas superiores, y las infecciones cutáneas y urinarias.

Asimismo, un significativo porcentaje de los consultantes concurre a los centros de salud para realizarse controles, en los cuales se previenen o detectan a tiempo problemas como la anemia por deficiencia de hierro en menores y en mujeres embarazadas.

La disponibilidad de tratamiento medicamentoso para este tipo de patologías permite alcanzar mayores niveles de fidelidad de la población respecto de su CAPS de referencia e incrementa la posibilidad de realizar programas de extensión de la cobertura, redundando en mejoras en el estado de salud de la población.

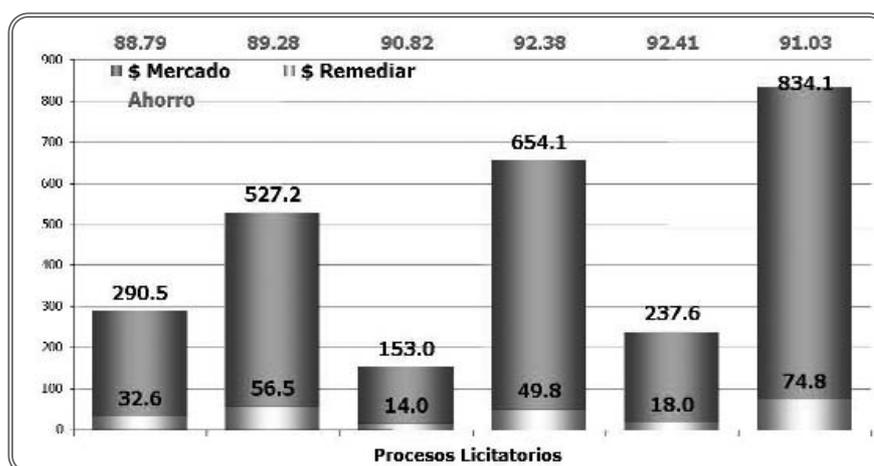
7.7

Eficiencia en compras

Finalmente, el modelo centralizado de gestión de compras empleado por Remediar ha generado importantes ahorros. El aprovechamiento de las economías de escala que supone la realización de compras anuales para el aprovisionamiento de la totalidad de la red de APS, consensuado institucionalmente con las Provincias en el marco del Consejo Federal de Salud (COFESA), explica en gran medida la aceptación del Programa entre actores claves de la oferta y autoridades sanitarias.

El principal volumen de ahorro es generado por el propio modelo de compra. En efecto, al eliminar la participación de la cadena de la oferta de medicamentos, Remediar obtiene precios de adquisición que implican ahorros del 92% en comparación con los precios de venta del mercado minorista. Esto es, en el caso de haberse empleado un modelo basado en la provisión vía farmacias, la misma cantidad de medicamentos adquiridos por Remediar hubiesen representado costos hasta 10 veces más elevados.

Relación entre el costo de adquisición Remediar y el precio de mercado minorista, según procesos licitatorios. En millones de pesos.



FUENTE: Elaboración propia en base a Actas de Licitación y Manual Farmacéutico Argentino.

Al mismo tiempo, la disponibilidad de información sobre utilización de medicamentos (provisión, distribución, prescripción, dispensación y consumo) en la red y la articulación intergubernamental mejoran las proyecciones de compras del nivel central y constituyen un insumo clave para que las Provincias y los municipios optimicen el uso de sus propios recursos fiscales en salud. La distribución de tareas entre los distintos niveles de gobierno produce, por sumatoria de esfuerzos, la ampliación de la cobertura de medicamentos y la consecuente mejora en el estado de salud de la población.

ALGUNAS REFLEXIONES FINALES Y LECCIONES APRENDIDAS

El Sistema Argentino de Salud ha ido evolucionado a lo largo de las décadas con problemas de eficiencia y equidad, hacia un modelo de provisión de servicios compuesto por tres subsectores: el público estatal, el de obras sociales y el privado. El elevado grado de fragmentación que se verifica no sólo entre los subsectores, sino también al interior de cada uno de ellos, afecta el uso de los recursos y los resultados sanitarios esperados.

Esta situación dio lugar a diversas reformas que, si bien habían pretendido resolver los problemas de salud de la población (en particular, los de aquella con menores posibilidades socioeconómicas), no alcanzaron plenamente los resultados deseados. Y aún siendo conocida la ventajosa relación costo-efectividad de las intervenciones en prevención y promoción, y la manera decisiva en que éstas impactan sobre el nivel de salud y de calidad de vida de la población, las inversiones en este sentido continuaban siendo insuficientes.

A partir de este diagnóstico, el Ministerio de Salud diseñó como respuesta integral el Plan Federal de Salud. Allí, se definió a la estrategia APS como organizador del sistema de salud. En este marco, el Programa Remediar pretende ser un programa que acompañe la reforma del sistema público de salud orientándolo definitivamente hacia la priorización de la APS. Con este objetivo, se articulan además el Programa Médicos Comunitarios y el Plan Nacer, conjuntamente con la Red de Municipios y Comunidades Saludables.

Remediar procura generar una oportunidad al modelo de APS al acercar demanda a los CAPS al tiempo que fortalece la capacidad de respuesta del primer nivel de atención. Superada la necesidad de dar respuestas eficaces a la Emergencia Sanitaria y la crisis del acceso a medicamentos, el Programa abocó sus esfuerzos a los objetivos de mediano plazo, orientados a promover reformas en el modelo de atención. Para ello, se procura fortalecer la capacidad de respuesta de la red de APS, jerarquizando el rol de los CAPS; incentivar primero y fidelizar después la demanda sobre el Primer Nivel, movilizandola desde los hospitales hacia los centros de atención primaria; y acotar la brecha entre demanda efectiva y necesidad sanitaria real.

Como se vio en esta publicación, el Programa ha hecho grandes avances en estos tres objetivos. El modelo de gestión del Programa posibilitó un conocimiento más profundo de la estructura de la oferta del sector, y se consolidó como un vínculo fluido entre las autoridades de salud y el resto de los actores clave del sistema.

El Sistema de Información no solo sustentó la toma de decisiones sino que permitió detectar las debilidades del modelo de Atención Primaria, introducir estas problemáticas en la agenda política y desarrollar nuevas líneas de acción destinadas a resolverlos. En este marco, se destacan los esfuerzos realizados en el URM, el tratamiento de problemas sanitarios desatendidos y la participación comunitaria, entre otros.

Como resultado de los conocimientos y experiencias adquiridos durante la administración de la operatoria, el Ministerio de Salud ha capitalizado su aprendizaje en los procesos de adquisición y distribución de medicamentos. Así, al fortalecer su capacidad de gestión, desarrolló condiciones institucionales aptas para garantizar la provisión pública de medicamentos esenciales a los Centros de Salud, así como la continuidad de las acciones sustantivas del Programa orientadas al fortalecimiento de la APS.

En virtud de la estrecha relación e interdependencia que existen entre los tres niveles de atención del Sistema Público, los resultados obtenidos por Remediar requieren nuevas acciones. En particular, dada la recuperación de la demanda al Primer Nivel alcanzada al disponer medicamentos y fortalecer su capacidad de respuesta, se requiere involucrar al conjunto de la oferta pública de servicios. Por lo expuesto, el mejoramiento del sistema de referencia y contrarreferencia de la red de servicios se presenta como el siguiente objetivo, en tanto optimizará la capacidad de resolución de los efectores (especialmente, aquellos de baja resolución) y permitirá consolidar los cambios logrados en el funcionamiento del modelo de atención.

Remediar constituye además una experiencia exitosa en términos de alcanzar consensos que garanticen la sustentabilidad político institucional de los programas de reforma. En efecto, el sistema de salud de la Argentina opera en un contexto institucional de carácter federal, con un elevado nivel descentralización que involucra múltiples actores de los tres niveles de gobierno (nación, provincias y municipios). Este esquema requiere la inversión de importantes esfuerzos para la búsqueda de consensos y el alcance acuerdos de política de mediano y largo plazo. El Plan Federal de Salud, en términos políticos; y los Compromisos de Gestión, en el marco de las acciones particulares Remediar y el Plan Nacer, resultan buenos ejemplos de éxito en materia de articulación institucional.

En el mismo sentido, se destacan las acciones convenidas con la participación activa de las Universidades públicas y privadas en la formación de Recursos Humanos e Investigación. El Postgrado de Medicina Social y Comunitaria, el Curso de Uso racional de Medicamentos, el Postgrado en Metodología de la investigación aplicada a la Salud Social y Comunitaria, y los proyectos de investigación en caracterización de la demanda y utilización de medicamentos son líneas de acción que cumplieron en simultáneo el objetivo de jerarquizar el Primer Nivel, producir diagnósticos precisos sobre su funcionamiento y diseñar acciones correctivas, al tiempo redundaron en generar mayor sustentabilidad al Programa.

Finalmente, la sustentabilidad última reposa en la participación comprometida de la sociedad. Esta participación se ha puesto de manifiesto desde los inicios en la conformación de la CAI. Luego fue complementada a través de la acción del voluntariado en acciones de control y monitoreo social del Programa, tales como las que realiza Cáritas y Cruz Roja, y mediante el desarrollo de los Proyectos Locales Participativos, en el que intervinieron actores movilizados de la comunidad en conjunto con los equipos de los Centros de Salud.

BIBLIOGRAFÍA

- Falbo, R. (2004). El Impacto Redistributivo del Programa Remediar, en El Futuro del Acceso a los Medicamentos en la Argentina. Tobar y Godoy Garraza.
- González García, G., De la Puente, C. y Terragona, S (2005). Medicamentos. Salud, Política y Economía. Ediciones Isalud. Buenos Aires.
- Remediar (2004). Propuesta para Fortalecer el Modelo de Atención Primaria y Promover Políticas Saludables con Gestión Participativa. Plan de Acción 2004-2006. Mimeo. Buenos Aires.
- Remediar (2005). Programa Nacional de Desparasitación Masiva. Diseño, Implementación y Estado de Avance. Buenos Aires.
- Remediar (2006). Participación Social en Salud. La Experiencia del Programa Remediar. Buenos Aires.
- Remediar (2006). Uso Racional de Medicamentos. Un Enfoque Integral. Buenos Aires.
- Remediar (2006). Caracterización de los Centros de Salud del País. Mimeo. Buenos Aires.
- SIEMPRO (2002). Evaluación del Programa Remediar: Línea de Base. Mimeo. Buenos Aires.
- SIEMPRO (2004). Evaluación del Programa Remediar: Medio Término. Mimeo. Buenos Aires.
- Tobar, F., Ventura, G., Mangiaterra, A., Termansen, I. (2001). Endeudamiento Sectorial. Documentos del Programa de Investigación Aplicada de Salud N°6, Buenos Aires. Disponible en http://www.isalud.org/documentación/Endeudamiento_sectorial.pdf.
- Tobar, F. y otros (2002a). El Gasto de Salud en Argentina y su Método de Cálculo. Ediciones ISALUD, N°5. Buenos Aires.
- Tobar, F. 2004. Políticas para la Promoción del Acceso a Medicamentos: El caso del Programa Remediar en Argentina. Nota técnica de discusión de salud 002/2004. Banco Interamericano de Desarrollo. Departamento de Desarrollo Sostenible. División de Programas Sociales. Washington DC.
- Ventura, G., Reale, A., Monsalvo, M., Falbo, R., Montiel L. (2004). El Programa Remediar en la Política de Salud: una Estrategia en Acción. Mimeo. Buenos Aires.

Editor Responsable
Dra. Graciela Ventura

Autores
Dra. Graciela Ventura, Lic. Pilar Rodríguez Riccheri, Lic.
Mauricio Monsalvo

Agradecimientos
Al Dr. Mariano Fontella y a todas las áreas del Proaps-
Remediar que han colaborado con la presente publicación.

Se permite la reproducción parcial o total, sin fines de lucro, de la información contenida en esta publicación citando la procedencia. Solicitamos se nos envíe copia de los materiales donde dicha información se reproduzca a:

Ministerio de Salud de la Nación
PROAPS - REMEDIAR
Av. 9 de Julio 1925. Piso 8
(C1073ABA) Ciudad A. de Buenos Aires
República Argentina.

Marzo de 2006. Buenos Aires, Argentina.

PROAPS - Remediar - Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación
Av. 9 de Julio 1925, piso 8 - (C1073ABA) Buenos Aires - República Argentina
Tel.: 0-800-666-3300 - www.remediar.gov.ar



Programa financiado por el Banco Interamericano de
Desarrollo - Préstamo OC-AR 1193 - PROAPS