

Plan Federal de Salud

Uso Racional de Medicamentos

Un enfoque integral

2^{da} Edición - Septiembre 2006



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

Secretario de Programas Sanitarios

Lic. Walter Valle

Coordinadora General del PROAPS-REMEDIAR

Dra. Graciela Ventura

Subgerente de Recursos Humanos PROAPS-REMEDIAR

Dra. Daniela Tupá

**Universidades que desarrollan el Curso Anual de
Uso Racional de Medicamentos:**

• de Buenos Aires • Nacional de Córdoba • Nacional de Cuyo •
Nacional de La Plata • Nacional de Comahue • Nacional del
Nordeste • Nacional de La Rioja • Nacional de Rosario •
Nacional de Tucumán • Adventista del Plata • Favaloro • Abierta
Interamericana • Fundación Barceló • de Ciencias Empresariales
y Sociales • de Morón • del Salvador • Maimónides • Católica de
Córdoba • Austral • Aconcagua • del Hospital Italiano de Buenos
Aires • CEMIC • Instituto Universitario Italiano de Rosario •

Boletín / Edición especial URM**Índice**

Prólogo de la Segunda Edición. Dr. Ginés González García, Ministro de Salud de la Nación.	5
Por una mejor utilización de los medicamentos. <i>Graciela Ventura.</i>	7
Uso Racional de Medicamentos. Límites y logros. <i>Cristian Cangenova.</i>	8
Causas potenciales en el Uso Irracional de los Medicamentos. <i>Mario Meuli.</i>	11
Discusiones actuales en el campo del URM. <i>Mabel Valsecia, Albert Figueras.</i>	13
Un caso de uso indebido: medicación antiparkinsoniana. <i>Claudio Jehin, Oscar Cerviño, Mariano Jehin.</i>	18
Entrevista al Dr. José Antonio Pagés Piñeiro, representante de la OPS/OMS en la Argentina.	21
Entrevista al Dr. Eduardo Kerzberg, Secretario de Relaciones Institucionales. UBA	22
Razones para promover el Uso Racional de Medicamentos. <i>Mauricio Monsalvo.</i>	22
Prescripción y uso de medicamentos provistos por Remediar en el Primer Nivel de Atención Público de la Argentina. <i>Ricardo Bernztein.</i>	24
Impacto económico del uso irracional de medicamentos en la Argentina. <i>Sonia Tarragona, Catalina de La Puente.</i>	35
Enseñar y aprender con modalidad de Educación a Distancia. <i>Amanda Galli.</i>	38
Experiencia docente de post-grado con la Guía de la Buena Prescripción con el Programa Nacional REMEDIAR. Jorge Aguirre, Caterina Milone, Claudia Roitter, Ana López, Mariana Carbajal.	42
Formación de RRHH en salud: El vínculo entre el Ministerio y las Universidades. <i>Cristina Ratto.</i>	45
Automedicación: un enfoque novedoso para un antiguo problema. <i>Roberto Baistrocchi.</i>	51
Comunicación y URM. <i>Luciana Correa y Catalina Lucas.</i>	54
Una metáfora cinematográfica para el URM. <i>Gonzalo Meschengieser.</i>	56
Curso de Uso Racional de Medicamentos: estado de avance	61

Dr. Ginés González García, Ministro de Salud de la Nación

Prólogo de la Segunda Edición

Uso Racional de Medicamentos: un enfoque integral

La durísima realidad de quienes aún tienen dificultades para acceder a ciertos medicamentos contrasta con el uso irracional que otros hacen de ellos. Una proporción significativa de las enfermedades y de algunas muertes prematuras en la Argentina es consecuencia de la utilización inadecuada que se hace de los fármacos. En respuesta a ello, el presente trabajo se elaboró con el fin de difundir información referida a la enérgica transformación que el Consejo Federal de Salud impulsa en ese campo, aportando elementos de diferentes perspectivas disciplinarias para la capacitación de profesionales en el uso de medicamentos.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, el uso racional de medicamentos “consiste en que los pacientes reciban la medicación adecuada a sus necesidades clínicas, en las dosis correspondientes a sus requerimientos individuales, durante el período de tiempo adecuado y al menor costo posible para ellos y para la comunidad”.

Las medidas que permitieron manejar la grave crisis del sistema de salud durante los últimos años en la Argentina se emprendieron en varios frentes, otorgándose inicialmente prioridad a las políticas de promoción de la equidad y el acceso. Es sabido que el gasto en productos farmacéuticos es altamente regresivo. Los más pobres tienen menos dinero, pero también sufren más frecuentemente las enfermedades y por tanto necesitan más medicamentos. Además, pagan más de su bolsillo porque no suelen tener cobertura de obras sociales. Por eso, la Política Nacional de Medicamentos tiene como objetivo principal mejorar con equidad, calidad y eficiencia el acceso de la población a ellos.

Así, se dispuso de un conjunto de herramientas para atender tal propósito, entre las que pueden mencionarse: la prescripción por nombre genérico establecida por ley nacional, a la cual adhirieron progresivamente todas las provincias; el Programa Remediar y las compras centralizadas de medicamentos; la financiación selectiva y el aumento en los descuentos para enfermedades crónicas; la desgravación de insumos críticos importados; la promoción de la producción nacional; la protección de programas prioritarios; los acuerdos de precios para la venta al público y la negociación conjunta con otros países para reducir los precios de antirretrovirales y reactivos para el SIDA. A ello debe agregarse el fortalecimiento de la vigilancia y las regulaciones de ANMAT y las acciones de capacitación y de formación en servicio que han venido emprendiendo los programas Remediar y Médicos Comunitarios.

Estas políticas han alcanzado resultados visibles: se estima que hoy acceden a los medicamentos millones de personas que antes no podían adquirirlos en las farmacias. Si adicionalmente se consideran los más de 130 millones de tratamientos que ha brindado en forma gratuita para Atención Primaria el Programa Remediar, los más de 30.000 beneficiarios que obtienen gratis el tratamiento completo para el SIDA y los pacientes crónicos que reciben mayores descuentos de la seguridad social, se puede afirmar que nunca en la Argentina ha habido un acceso tan importante a los medicamentos como el que hoy existe.

Esta política no sólo ha impulsado una mayor equidad. Además, ha permitido optimizar la eficiencia y la calidad de los medicamentos a los que acceden todos los argentinos. Indudablemente, los que más fácilmente aprecian esta mejora son quienes antes tenían mayores dificultades para el acceso. Pero además, el desarrollo de las instituciones de vigilancia y control resulta de indudable relevancia para todos los sectores.

Sin embargo, subsisten aún señales de alarma que evidencian la persistencia de graves alteraciones en la prescripción de medicamentos, la venta en farmacias y su utilización por parte de los pacientes. Eso explica el énfasis que el Ministerio de Salud de la Nación ha puesto en la calidad de la prescripción. Entre otras medidas, tienen este objetivo las campañas de promoción y capacitación en uso racional, las listas de medicamentos, los presupuestos médicos de prescripción y la difusión de información referida a diferentes opciones de medicamentos bioequivalentes o sustituibles.

Este es un eje fundamental del Plan Federal de Salud. Aunque muchas personas lo han olvidado, la mayor parte de las enfermedades se curan solas, o a veces el tratamiento más adecuado no incluye medicamentos. Sin embargo, muchas personas imaginan que lo mejor que pueden hacer por su salud es consumir fármacos. Por otro lado, hay médicos que procuran reafirmar su autoridad sobre los pacientes prescribiendo medicamentos aun en casos innecesarios. Otras veces, la irracionalidad simplemente se produce por insuficiencia en los conocimientos requeridos y por escasa capacidad o disposición para recomendar conductas saludables en los pacientes.

Tradicionalmente, a los medicamentos se les han asignado valores que superan los criterios de eficacia comprobables desde el punto de vista empírico. Se estima que más de la mitad del consumo de medicamentos en la Argentina es consecuencia de la autoprescripción, que por cierto es una realidad poco frecuente en otros países: a la venta de medicamentos éticos sin la correspondiente receta, que se estima en un porcentaje superior al 25%, se agrega el consumo de remanentes provenientes de tratamientos anteriores o incluso del botiquín familiar. Hay quienes expresan su solidaridad recomendando y hasta convidando medicamentos a sus parientes, amigos y compañeros de trabajo. Algunas personas suelen además recurrir en primera instancia a los medicamentos, y recién cuando estiman que los síntomas no remiten deciden consultar al médico.

Hasta la actualidad, y aun teniendo en cuenta que es una forma de terapia predominante, la automedicación ha recibido relativamente poca atención por parte de la investigación científica. Entre los profesionales de la salud, los medicamentos son un instrumento idóneo para ejercer el poder de controlar las enfermedades, pero para algunos pacientes llegan a representar la posibilidad de apropiarse de un instrumento que les permite ejercer personalmente ese control, sin depender de otros.

Los medicamentos tienen la capacidad de afectar la salud de las personas en forma directa. A veces, su poder comporta para el paciente un beneficio categórico. Pero siempre ese poder es potencialmente nocivo, produzca o no el efecto buscado. La raíz griega de la palabra fármaco –*pharmakon*– hace referencia al veneno y a las medicinas curativas, y esta doble imagen se encuentra también en varias lenguas de África. Ello se explica porque en bajas dosis los medicamentos a veces curan, pero en dosis elevadas son capaces de matar a quien los ingiere. Esta doble condición debe estar necesariamente presente en toda consideración que se haga acerca de las políticas de medicamentos.

En la medida en que se conocen mejor las razones por las que los argentinos enfermamos y morimos, las acciones se orientan en mayor medida hacia la prevención y la calidad de atención: la forma más eficiente de mejorar la salud es modificar los hábitos y los estilos de vida. Indudablemente, la vinculación de los pacientes con los médicos y su utilización de medicamentos están influidas fuertemente por tales hábitos.

Los medicamentos no sólo son valorados por sus propiedades bioquímicas, sino también por el significado que tienen para una cultura determinada. Constituyen una parte fundamental del modo en que la salud es asumida por cada sociedad. Reconocer su raigambre cultural y hasta mágica habilita a buscar abordajes e interpretaciones que permitan utilizar este componente como una ventaja para la elaboración y la aplicación de políticas sanitarias.

Sabemos que los condicionantes del acceso seguro y a tiempo de toda la población a los medicamentos no son exclusivamente económicos. Por eso deseamos promover su apropiada utilización. Nuestra intención no es sólo ponerlos al servicio de todos, sino además incrementar la racionalidad y la calidad en el uso de uno de los más poderosos instrumentos creados por el hombre, que puede aliviar síntomas y curar enfermedades muchas veces... o puede producir enfermedades y causar algunas muertes otras veces. Mejorar su uso racional por los profesionales y -nosotros- los pacientes es un decisivo avance en la calidad de la salud de los argentinos.

Dra. Graciela Ventura*

Por una mejor utilización de los medicamentos

Estamos en presencia de un fenómeno que nos preocupa a todos. Los recursos naturales y económicos tienden a ser cada vez más escasos. Es por eso que a nivel mundial se están aplicando políticas que promueven su uso racional. Es decir, utilizar lo que tenemos sólo cuando verdaderamente lo necesitamos.

Cotidianamente recibimos mensajes que pretenden hacernos tomar conciencia de la gran magnitud del problema. Especialmente en lo referido a los recursos naturales y más específicamente a los energéticos. Evitar el derroche del agua. Utilizar las diversas fuentes de energía adecuadamente. Proteger la flora y la fauna, por citar algunos ejemplos.

En el ámbito de la salud ocurre algo parecido; el gasto sanitario crece dramáticamente y sostenerlo se ha convertido en una tarea compleja para administradores y funcionarios, tanto del sector público como del privado y de la seguridad social. La inadecuada utilización de los medicamentos, insumo básico de la atención de la salud, parece ser el factor clave en su incesante escalada. La prescripción de medicamentos cuando no son necesarios, la aparición de novedosas presentaciones terapéuticas a mayores precios y la automedicación son modalidades que explican este proceso.

Por otra parte, resulta imprescindible reflexionar acerca los daños que las drogas pueden ocasionar. Un medicamento suministrado en el momento y circunstancia equivocada se convierte en una potencial noxa para el organismo.

El Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación, organismo rector de la salud en la Argentina, ha seguido de cerca los aspectos relacionados con el acceso a los medicamentos y ha detectado inequidades que perjudican los estratos sociales más golpeados.

La Política Nacional de Medicamentos es un instrumento que ha sido diseñado para revertir dicha situación: la ley de prescripción por nombre genérico promueve la competencia entre marcas y consecuentemente el descenso de los precios.

Remediar, que provee gratuitamente un conjunto de medicamentos esenciales a más de 15 millones de personas en todo el país, ha logrado una marcada mejoría en el acceso.

No obstante, mediante el análisis estricto de la información relevada por el Programa, se ha observado que la utilización de los medicamentos en los Centros de Atención Primaria se aleja, en muchos casos, de parámetros basados en evidencias. La variabilidad en la práctica de los profesionales del primer nivel de atención alcanza niveles altísimos.

El Programa de Uso Racional de Medicamentos, bajo la órbita del Proaps-Remediar, se propone promover la utilización de los medicamentos basada en claras definiciones de objetivos terapéuticos y en función de eficacia, seguridad, coste y conveniencia. Para ello cuenta con tres componentes: un programa de capacitación a profesionales de la salud que se desempeñan en el primer nivel de atención, una articulación con instituciones referentes y una estrategia comunicacional a fin de transmitir mensajes efectivos a toda la comunidad.

Esta iniciativa ha reforzado una vez más el espíritu del Ministerio de Salud y Ambiente de La Nación de convocar a las instituciones referentes en el campo de la investigación y la docencia a participar en la toma de decisiones y en el diseño de las estrategias del Programa. De esta manera 23 Facultades de Medicina de todo el país nucleadas en AFACIMERA y la Universidad de Buenos Aires se han integrado al plan de capacitación y se ha generado un espacio de discusión que se ha constituido en un terreno fértil para desarrollar iniciativas. Para implementar una política que persigue objetivos claros y se basa en el conocimiento construido por instituciones de gran prestigio. La experiencia exitosa del Programa de Médicos Comunitarios ha demostrado que el intercambio entre el Ministerio y las Universidades es la manera adecuada para hallar el mejor camino.

El compromiso de instituciones como la OPS/OMS y la COMRA, entre otras, nos dan aún mayor respaldo para implementar el Programa de uso Racional de Medicamentos, que nos conducirá, sin dudas a la obtención de excelentes resultados.

Convoco a los profesionales que trabajan con nosotros desde su implementación en el 2002 a acompañarnos en este proyecto que sin dudas será beneficioso para todos.

Dr. Cristian Cangenova*

Uso Racional de medicamentos: límites y logros

“En todo el mundo, más del 50% de todos los medicamentos se recetan, se dispensan o se venden en forma inadecuada. Al mismo tiempo, alrededor de un tercio de la población mundial carece de acceso a medicamentos esenciales, y el 50% de los pacientes los toma de forma incorrecta”.

(OMS; Ginebra. 2002.)

Uso Racional de Medicamentos

El uso de los medicamentos se encuentra ampliamente extendido en todas las especialidades médicas, es protagonista en todos los niveles del sistema de salud y constituye el procedimiento terapéutico más extendido por los médicos.

Las drogas no son inocuas y suponen un efecto orgánico. Si no se utilizan con la prudencia y el criterio adecuado se corre el riesgo de generar efectos indeseables o de no cumplir con el objetivo terapéutico propuesto.

Los medicamentos deben ser prescritos cuando son necesarios, y en todos los casos los beneficios de la administración de los medicamentos deben ser considerados en relación a los riesgos que generan.

Los hábitos de mala prescripción conducen a: **baja efectividad e inseguridad de los tratamientos; angustia y perjuicio del paciente y al aumento de los costos de la salud.**

Es de destacar que entre un 25% y un 30% del gasto nacional en salud está dedicado a los medicamentos. Por lo tanto, si se optimiza el mismo, el ahorro acumulado permitiría implementar intervenciones que generen mayores beneficios a los usuarios.

Para ello se requiere de la participación consciente y activa de los diferentes eslabones de la cadena del medicamento: **el productor, el prescriptor, el dispensador, y el consumidor.**

En consecuencia se puede interpretar que **el URM es una construcción**, donde la aplicación de conocimientos avalados científicamente y por evidencias basadas en calidad, eficacia, eficiencia y seguridad, permiten dispensar y utilizar un determinado medicamento para un determinado problema de salud en el momento apropiado, con la participación activa del paciente, posibilitando su adhesión y el seguimiento del tratamiento y el monitoreo del mismo por parte de quien lo indicó.

Cumplir adecuadamente con un URM requiere un fuerte compromiso y sólidos conocimientos por parte de los actores de esta trama en la cual no resulta sencillo modificar las causas **directas** que generan un uso irracional de los medicamentos, entre ellas la automedicación, la promoción de los medicamentos prescindiendo de valores éticos y la presión sobre los profesionales para prescribir. No obstante, se presentan como un gran desafío la observación y el trabajo sobre los determinantes **indirectos**, con profundo ascendiente sobre la conducta social en el problema de la irracionalidad.

Los más representativos de éstos son el fenómeno de la medicalización, y el valor simbólico de los medicamentos que se describen a continuación.

El fenómeno de medicalización

El fenómeno de **medicalización** puede entenderse como la creciente dependencia de los individuos y de la sociedad hacia la oferta de servicios y bienes de orden médico-asistencial.

El proceso de medicalización es descrito como: *“un proceso más o menos silente, inducido en ocasiones por algunas corporaciones farmacéuticas que aspiran a conformar “nuevos” pacientes, para nuevos medicamentos”.* Esa intromisión desmesurada de la tecnología médica pasa a considerar como enfermedad problemas de los más diversos: situaciones fisiológicas o problemas cuya determinación es, en última instancia, fundamentalmente de naturaleza económico-social, demandando para su solución procedimientos médicos. Algunas revistas médicas importantes, principalmente el

British Medical Journal, han destacado la influencia de estos intereses comerciales. Desde el año 2002², el BMJ inició la publicación de revisiones que destacan la concepción de:

- Procesos ordinarios de la vida como problemas médicos: Ej. La calvicie.
- Síntomas leves descriptos como enfermedades serias: Ej. Síndrome de intestino irritable.
- Problemas personales o sociales vistos como problemas médicos: Ej. El estrés y el agotamiento de lo cotidiano transformado (catalogado) en una fobia o en trastorno de ansiedad.
- El riesgo conceptualizado como enfermedad: Ej. La osteoporosis.

El valor simbólico de los medicamentos

Si bien las estrategias de venta utilizadas por la industria farmacéutica son muy semejantes a las que emplean todas las empresas que venden productos determinados, el medicamento está lejos de ser un producto cualquiera. Por representar especificidad social que lo hace incomparable. Esa especificidad se manifiesta desde el nivel de la demanda: *“El hombre y la mujer enfermos regresan; vuelven a una conducta física infantil, hecha de deseo de afecto, de atención, de protección.”*³ En esta situación el enfermo ve al medicamento como una señal de contención, como una manifestación concreta del interés que siente el médico en curar su padecimiento; reviste un carácter misterioso que lo emparenta con la poción del brujo primitivo.

Los valores hasta entonces aceptados pierden su significado frente a la enfermedad. La noción de precio, por ejemplo, casi no entra en juego. El enfermo está dispuesto a todo para curarse. Parece incluso que cuanto más caro un medicamento más eficaz se lo considera. En un país en desarrollo como el nuestro, esto adquiere un aspecto dramático: la mayoría de los enfermos tienen que ajustar su economía para comprar medicamentos cuya utilidad suele ser discutible.

Política Nacional de Medicamentos (PNM)

Modificar las causas que generan mal uso de los medicamentos es un trabajo integral. Desde el inicio de la actual gestión se ha promovido un cambio de conducta y una reforma del sector salud. De esta manera, en el marco del Plan Federal de Salud, se ha desarrollado una activa **Política Nacional de Medicamentos (PNM)** que se propone optimizar el uso de los medicamentos en el sistema sanitario argentino.

Así, el **URM** constituye un componente dentro del conjunto de intervenciones propuesto en la Política Nacional de Medicamentos impulsada por el Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación, que incluye: **la prescripción por nombre genérico, el programa REMEDIAR (distribución gratuita de medicamentos esenciales, para poblaciones con dificultades de acceso a los mismos) y el Programa de Uso Racional de Medicamentos**, entre otras acciones.

Uso de medicamentos por su nombre genérico

El nombre genérico o denominación común internacional es el verdadero nombre de los medicamentos. A través de él se conocen y divulgan en los medios científicos y académicos. Es la manera de nombrarlos que recomienda la OMS. Hace referencia al principio activo contenido por la especialidad farmacéutica, es decir, a la parte responsable por la acción terapéutica que se espera, sea la cura de la enfermedad o la atenuación de sus síntomas.

El uso por nombre genérico se propone por ley nacional n° 25.649/02. Esta ley estimula mayor competencia por precio en las distintas alternativas de prescripción comercial de un mismo medicamento genérico, **favoreciendo el acceso** de la población a los mismos.

El ahorro producido impacta directamente sobre el presupuesto de las familias, de quien depende la mayor parte del gasto en medicamentos.

En especial los hogares de menores ingresos son los más beneficiados dado que son los que proporcionalmente destinan la mayor parte de sus recursos a financiar la adquisición de medicamentos.

²R. Moynihan, I. Heath, D. Henry. Venta de enfermedades: la industria farmacéutica lucrando con las enfermedades. BMJ. Volumen 324. 13/04/2002

³Dupuy, J.P., y Karsenty, S., L'Invasion pharmaceutique, París, Seuil, 1974, p. 40.

Remediar - Medicamentos esenciales

El Programa REMEDIAR es una herramienta y una experiencia sanitaria única y transformadora, llega a más de 6000 centros de salud de todo el país aportando botiquines con 54 medicamentos esenciales, definido por un comité de expertos, auditado por una red de control social integrado por Caritas Argentina y Cruz Roja Argentina que alcanza a cubrir aproximadamente los tratamientos médicos de 15.000.000 de personas en situación de pobreza, indigencia, u otras barreras de acceso a los mismos

Los medicamentos esenciales son aquellos que satisfacen las necesidades básicas de salud de la población. Se seleccionan teniendo en cuenta pruebas de **eficacia y seguridad y eficacia comparativa en relación al costo**.

Los medicamentos esenciales deben estar:

- Disponibles en el sistema de salud en todo momento.
- En cantidades suficientes.
- Con formas farmacéuticas apropiadas.
- Con garantía de calidad e información adecuada.
- A un precio que la comunidad y los pacientes puedan pagar.

La determinación de cada medicamento esencial es responsabilidad de cada país. *“Después de las inmunizaciones para las enfermedades comunes de la infancia la utilización apropiada de los MEDICAMENTOS ESENCIALES es uno de los componentes más costo-eficaces de la atención sanitaria moderna”*⁴. En resumen, los medicamentos esenciales generan mayor accesibilidad al usuario.

Programa de Uso Racional de Medicamentos

Desde PROAPS-REMEDIAR se desarrolla el Programa de USO RACIONAL de MEDICAMENTOS, que tiene por objeto la promoción del URM en el primer nivel de atención de la salud. Este programa cuenta con tres componentes que integran las diferentes instancias de trabajo. Estos son:

Capacitación de profesionales y equipo de salud en la prescripción y dispensa de medicamentos.
Comunicación y difusión a la comunidad sobre el Uso Racional de Medicamentos.
Articulación institucional para el desarrollo de consensos en la ejecución del programa en URM.

La coordinación general del PROAPS-REMEDIAR encabeza la responsabilidad de la ejecución del proyecto, acompañada por un comité asesor compuesto por referentes en la materia (ANMAT-INAME; OPS-OMS; AFACIMERA; COMRA).

Bibliografía

- Buschiazzi, Perla Mordujovich de. El concepto de medicamentos esenciales. Medicamentos y salud, año 2000.
- Hans. V. Hogerzeil. Promoción de la Prescripción Racional: una perspectiva internacional. Revista medicamentos y salud. 2002
- S. Tarragona C. de la Puente. La Política Nacional de Medicamentos ¿Qué se hizo? ¿Qué queda por hacer? Ministerio de Salud de la Nación. 2003
- Cabral de Barros Jose Augusto. Las políticas farmacéuticas ¿al servicio de los intereses de la salud? Brasilia, año 2004. UNES- CO.
- González García Ginés; Tobar Federico. Salud para los argentinos, ED ISALUD 1º edición Buenos aires. Año 2004.
- Guía de la buena prescripción. OMS, Ginebra .año 1994.
- FTN, Formulario Terapéutico Nacional. COMRA 9º edición, año 2002.
- OMS, Ginebra. “Selección de medicamentos esenciales”. 1-6, junio, año 2002.
- OMS, Ginebra. “Promoción del uso racional de medicamentos”. Componentes centrales. Septiembre año 20002.
- Revista medicamentos y salud. Editorial “Accesibilidad a los medicamentos”. Vol nº 3. 105-108, año 2000.
- WHO model list of essential medicines. 13º, april 2003.
- Manual Remediar. Ministerio de Salud de la Nación. Año 2003.

Prof. Med. Mario Meuli*

Causas potenciales del uso irracional de los medicamentos

Es difícil escribir sobre un tema tan delicado sin partir del pensamiento del maestro Gianni Tognoni: *“La salud, que lógicamente incluye el Uso Racional de los Medicamentos, no resulta concebible fuera de una lógica o de una ideología del derecho a la salud. Es por ello, que la necesidad de promover su uso adecuado, es ante todo, parte esencial de la calidad de la atención de salud brindada al paciente y a la comunidad”*⁽¹⁾⁽²⁾.

Por esto abordaré un tema tan amplio como es la *irracionalidad*, compartiendo la idea de que *“se debe considerar al Uso Racional de los Medicamentos como una contribución más al desarrollo de una cultura de autonomía e independencia social”*⁽¹⁾.

El medicamento constituye un importante determinante de la salud de los ciudadanos, aunque sólo fuera, porque de ellos depende en gran parte la capacidad que hoy tiene la medicina de prevenir las enfermedades, o interrumpir y/o modificar el curso natural de las mismas, y en cualquier caso, de hacer su peso más liviano⁽³⁾.

Pero ellos también pueden, eventualmente, ser la causa de enfermedades. Ya en 1995 se estimó que cerca del 30 % de todas las hospitalizaciones están relacionadas con el uso de medicamentos, situando sus costes entre las cinco primeras causas de morbilidad en el mundo desarrollado⁽⁴⁾.

Por otro lado, se conoce que aproximadamente el 4 % de las nuevas entidades químicas y biológicas que se introducen en el mercado deben ser retiradas después, por el descubrimiento de reacciones adversas no conocidas o no bien cuantificadas durante el desarrollo clínico⁽⁵⁾.

Una pregunta que la comunidad se realiza, cuando se anuncia por cualquier medio la realización de un encuentro para tratar el tema de la **racionalidad o irracionalidad** en el uso del medicamento, es la siguiente: *Los médicos asistenciales (en cualquier nivel de atención) ¿Usan irracionalmente los medicamentos?* Es preocupante responderles que en muchas ocasiones: **Sí**; obviamente la respuesta es movilizante y crea un grado de preocupación. De pronto, surgen pensamientos lógicos como ser: *en medicina las decisiones que se toman actualmente deberían ser racionales; la irracionalidad ya no resulta aceptable en ningún lugar de la sociedad y menos aún en una problemática tan importante para el individuo y la comunidad*⁽¹⁾.

Como se señala en el Boletín PROAPS-REMEDIAR⁽⁶⁾, para que exista un URM debe existir:

- Una prescripción racional.
- Una dispensación racional.
- Una información al paciente adecuada.
- Un consumo por el paciente del medicamento prescripto.

Se reconoce entonces que no solamente los prescriptores (médicos y odontólogos) son responsables, sino que, se le otorga a los profesionales farmacéuticos un *rol esencial en el mismo*.

Consideraremos brevemente algunas de las *causas potenciales* de la **irracionalidad** en el uso de los medicamentos:

1. Causas relacionadas a los prescriptores:

Debemos recordar que la prescripción racional consta de una serie de pasos que parte de un diagnóstico correcto y termina en el monitoreo del resultado de la terapéutica indicada. *El error prescriptivo* se produce cuando el prescriptor no sigue en forma metódica los pasos adecuados, o se equivoca en alguno de ellos, por Ej.: equivocaciones en el diagnóstico, en la selección adecuada de un fármaco, la mayoría de las veces por *ignorar las principales áreas del conocimiento de la ciencia farmacológica* (en este caso toman importancia, la *eficacia* del fármaco para el problema del paciente, *la seguridad y la conveniencia del mismo*), falta de información sobre las *interacciones farmacológicas clínicamente relevantes* ya sea con alimentos o con otros medicamentos, es por ello que *la correcta anamnesis farmacológica*, tantas veces olvidada o subestimada, debe ser *parte integrante de toda historia clínica*. En otras ocasiones lo que se olvida son la dosis, la vía de administración: (gentamicina por vía oral), o la duración del tratamiento, problema que se presenta *muy frecuentemente* con los *antimicrobianos* cuando se trata una enfermedad infecciosa.

*Prof. Titular Interino de la Cátedra de Farmacología. Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Tucumán.

No podemos dejar de mencionar que la breve comunicación médico-paciente lleva a la *escasa información al mismo* sobre el medicamento que se le ha indicado, *sin considerar que la comunicación es la base de toda relación humana*.

Para explicar todo ello, los autores opinan que puede deberse a:

- Falta de formación continua en farmacología clínica: en una biblioteca de un médico asistencial *no debería faltar un libro o un formulario farmacológico válido y absolutamente independiente* de intereses que no sean científicos.
- Falta de información objetiva: cuántas veces se realiza una *prescripción de folletería* basándose en los lindos diseños gráficos de la propaganda médica.
- Limitada experiencia: en este ítem debemos recordar que la palabra **derivación** es aplicable a la actividad médica.

2. Causas relacionados al contexto institucional:

Es preciso reconocer que en muchas circunstancias el profesional debe batallar con *una alta carga de pacientes e inadecuada infraestructura*.

3. Causas relacionados al Mercado:

Es preciso recordar que no sólo la comercialización del medicamento está influenciada por el mercado, sino también, los programas de investigación que en su mayoría se centran en las **enfermedades "rentables"**.

Recordemos que la *adopción informada de decisiones clínicas, las buenas prácticas de prescripción y los resultados óptimos del tratamiento* depende primordialmente del *acceso a información científicamente auténtica, completa, exenta de sesgos comerciales*, fuente de datos que utilizará el médico asistencial en su práctica⁽⁷⁾.

Consecuencias de la irracionalidad:

La irracionalidad causa daño individual y social, tal es *la alta resistencia de las bacterias* a los antimicrobianos o el *excesivo consumo de las benzodiacepinas* que conduce al paciente predispuesto a una dependencia a las mismas; y si pensamos en la economía de los sistemas de salud, la prescripción de *medicamentos de dudosa o nula efectividad* producen daños inimaginables en los presupuestos.

Referencias bibliográficas

1. Tognoni G. La cultura del medicamento. *Medicamentos y Salud* 1999; 2 (1).
2. Mordujovich P, Buschiazio HO. Enfoque Racional de la Terapéutica. Algunas recomendaciones al prescriptor. *Medicamentos y Salud*; 1998; 2 (3): 131-135.
3. de Abajo FJ. El medicamento como solución y como problema para la salud pública. una breve incursión a los objetivos de la Farmacoepidemiología. *Rev Esp Salud Pública* 2001; 75: 281-284.
4. Johnson JA, Bootman JL. Drug-related morbidity and mortality: a cost-of-illness model. *Arch Intern Med* 1995; **155**:1949-1956.
5. Bakke OM, Manocchia M. De Abajo FJ, Kaitin K. Lasagna L. Drug safety discontinuations in the United Kingdom, the United States and Spain from 1974 through 1993: a regulatory perspective. *Clin Pharmacol Ther* 1995; 58:108-117.
6. Boletín PROAPS-REMEDIAR. 2003. 2 (1). www.remidiar.gov.ar.
7. Buschiazio H. Editorial. *Medicamentos Esenciales*. 1998. 2: (1).

Prof. Mabel Valsecia* - Dr. Albert Figueras**

Discusiones actuales en el campo del Uso Racional de Medicamentos

Un paciente de 61 años está diagnosticado de hernia de disco; su tratamiento de base es una fórmula magistral que contiene celecoxib, diclofenac, hidróxido de aluminio y ranitidina. Este preparado, no sólo combina innecesariamente dos antiinflamatorios no esteroideos (lo que incrementa el riesgo de padecer una hemorragia digestiva), sino que incluye dos fármacos supuestamente para prevenir dichas complicaciones, cuya eficacia preventiva no se ha demostrado.

Cualquier argentino con veinte pesos en el bolsillo puede acercarse a la farmacia más próxima y adquirir uno de los tantos productos cuya completísima composición incluye todas las vitaminas conocidas, unos cuantos minerales y diversos oligoelementos, ginseng (tanto la variedad siberiana como la coreana), coenzima Q10 y otros complementos, hasta sumar más de 20 ingredientes. Estos productos no van dirigidos a ninguna indicación específica; son “energizantes psicofísicos” o “antioxidantes”.

Al hacer la anamnesis farmacológica, en cualquier CAPS (Centro de Atención Primaria de la Salud) se pueden identificar pacientes tratados con metoclopramida, ácido dehidrocólico, pancreatina y simeticona para aliviar “problemas digestivos” como el meteorismo.

Los medicamentos se utilizan en casi todas las disciplinas médicas y en una amplia variedad de situaciones, lo que favorece su uso incorrecto, con las consecuencias que ello representa para una comunidad en términos económicos y de iatrogenia¹ y para el individuo, en términos de ineficacia o riesgo de efectos indeseables. Los tres casos expuestos anteriormente son sólo algunos ejemplos que tienen en común el uso de combinaciones a dosis fijas que son totalmente irracionales desde el punto de vista terapéutico, pero la lista podría seguir con prescripción de antimicrobianos en pautas inadecuadas, uso crónico de benzodiacepinas, prescripción de antidepresivos en indicaciones no aprobadas²⁻⁴ y otros muchos “hábitos” de prescripción y utilización.

Desde la famosa conferencia de Nairobi que tuvo lugar en el año 1985, se ha escrito mucho sobre Uso Racional de Medicamentos. El concepto de URM se enseña en las facultades de Medicina y se habla de URM en ámbitos políticos. Sin embargo, después de haber transcurrido veinte años, sigue habiendo pruebas de que los medicamentos no siempre se utilizan de la manera más racional y, además, el panorama del medicamento ha cambiado sustancialmente.

En este artículo nos referiremos a algunas de las **discusiones actuales** sobre URM y hábitos de prescripción teniendo en cuenta la situación del mundo y de Argentina en el año 2006

Panorama internacional

Un aumento exponencial en el número de medicamentos comercializados

En estas últimas décadas se ha producido un aumento exponencial en el número de medicamentos comercializados sin que se haya observado una mejoría proporcional en el estado de salud de la población. Además, cuando se analiza con detalle en qué consisten estas novedades, se percibe que, entre unas pocas innovaciones terapéuticas, la mayoría de las sustancias son nuevas moléculas de familias de medicamentos ya conocidas con anterioridad, que no suelen suponer ninguna ventaja terapéutica demasiado importante, basta con consultar el análisis de las novedades anuales que lleva a cabo la revista francesa *Prescrire* (<http://www.prescrire.org>) o revisar críticamente la lista de productos aprobados por la FDA norteamericana (<http://www.fda.gov/opacom/7approval.html>).

Banalización del concepto “medicamento”

El actual proceso de globalización supone, por un lado, que los nuevos medicamentos se comercializan de manera prácticamente simultánea en muchos países y, por otro lado, que se genera un volumen de información (científica y promocional) poco digerible por los futuros prescriptores, sobre todo

*Cátedra de Farmacología Facultad de Medicina. Universidad del Nordeste.

**Área de Cooperación Internacional de la Fundación Instituto Catalán de Farmacología. Departamento de Farmacología y Terapéutica. Universidad Autónoma de Barcelona - España.

si se pretende hacer una lectura crítica de esta información. Sin embargo, la información de carácter más promocional sí se difunde rápidamente, dejando en el subconsciente de gran parte de la población titulares del tipo: “para cada problema existe un medicamento” o hay medicamentos para “sentirse bien” o para “estar más sano”.

Todo ello conduce a una banalización del concepto “medicamento” por parte de los usuarios, contribuye a generar prácticas promocionales agresivas para poder competir con garantías en un mercado amplio y favorece el rápido “recambio” de fármacos antiguos para dejar paso a las nuevas moléculas como si fueran medicamentos descartables (use y tire). A veces el prescriptor tiene la sensación de que un medicamento con más de 5 años en el mercado “ya pasó de moda”, y no está bien visto usarlo, ni prescribirlo.

Respetar los tiempos necesarios

En todo este proceso, hay que tener en cuenta los tiempos de la ciencia –cuánto se necesita para hacer un buen ensayo clínico, cuánto se tarda en conocer con detalle el perfil de toxicidad de un nuevo fármaco– y el tiempo necesario para generar conocimiento sólido a partir de la avalancha de informaciones a veces contradictorias y de procedencia heterogénea. Cuando esto no se respeta y la velocidad se convierte en el objetivo, se crean las condiciones necesarias para prescribir innecesariamente, prescribir en indicaciones no aprobadas o sin eficacia demostrada, o utilizar los medicamentos en dosis inapropiadas.

En este contexto, no hay que olvidar las presiones que recibe el prescriptor por parte de los pacientes, la publicidad tendenciosa o excesiva sobre medicamento dirigida directamente al público o a las asociaciones de afectados.

Todos estos factores, comenzando por la oferta inadecuada, indudablemente distorsionan la selección, prescripción y dispensación de medicamentos, así como la adherencia al tratamiento, con las consabidas consecuencias potenciales: tratamientos inefectivos o inseguros, exacerbación o prolongación de las dolencias y/o aumento de los costos para los sistemas de salud o el propio paciente.

Las contribuciones locales

Este contexto universal de exceso de medicamentos y exceso de información, viene complicado por factores de ámbito local. Estos factores incrementan las posibilidades de que haya un uso poco razonado de los medicamentos, especialmente cuando la irracionalidad es poco castigada y se permite, no sólo el consumo, sino también la prescripción irracional con cierta impunidad.

Por otro lado, los prescriptores, en el ejercicio de su profesión, muchas veces sienten frustración o desaliento, cuando brindan toda su capacidad profesional y los pacientes no cumplen con las indicaciones vinculadas al tratamiento ya sea por razones económicas o por falta de adherencia al mismo.

La oferta de medicamentos

El mercado farmacéutico argentino es enorme y desordenado, con promociones e informaciones distorsionadas, con variaciones de precios difíciles de entender y una oferta de más de 10.000 presentaciones comerciales de cerca de 2.000 principios activos de medicamentos. Este dato de por sí, ya es preocupante, porque favorece el uso irracional. Algunos estudios muestran que, a mayor disponibilidad de medicamentos, mayor número y variedad de los mismos se prescriben⁵, más allá del centenar de principios activos que permiten solucionar la mayor parte de los problemas de salud que se atienden en atención primaria.

La proporción de fármacos inútiles o inaceptables (por su falta de eficacia o su composición no sustentada por pruebas científicas) varía de un país a otro. Se suele observar que en muchos países se comercializan medicamentos cuya eficacia terapéutica no ha sido demostrada y hay algunas presentaciones cuyo valor terapéutico potencial podría clasificarse de dudoso o inaceptable, según la clasificación del valor intrínseco terapéutico descrita por Laporte y cols⁶.

Conviven medicamentos de eficacia demostrada con otros de valor dudoso o nulo, así como combinaciones a dosis fijas inaceptables desde todos los puntos de vista; por ejemplo, numerosos principios activos en un solo preparado (como sucede con los ya citados “energizantes psicofísicos, antioxidantes”, que tienen hasta 26 principios activos), o combinaciones de dos o tres principios activos cuya administración conjunta no ha demostrado efectos superiores a uno de los principios activos solos.

En relación con estas combinaciones a dosis fijas, merece la pena recordar que pueden producir reacciones adversas o “patología farmacológica”, tal como muestran numerosas sospechas de reacciones adversas recibidas por el Sistema de farmacovigilancia. En las Tablas 1 y 2 se listan algunos ejemplos de este tipo de preparados.

Tabla 1.- Ejemplos de combinaciones a dosis fijas consideradas de valor terapéutico “relativo”, “dudoso” o “nulo”, según la clasificación de Laporte et al.

cisapride+ pancreatina+ simeticona	citroflavonoide+vitamina c
dihidroergotoxina + cinarizina	amoxicilina+ ambroxol
nimodipina+ citicolina	simeticona
dobesilato de calcio+ cinarizina	pancreatina + simeticona + celulosa

Fuente: Adaptado de Laporte J-R,. Métodos aplicados a los estudios de utilización de medicamentos. .(6)

Tabla 2.- Ejemplos de combinaciones a dosis fijas de valor terapéutico “inaceptable”, según la clasificación de Laporte et al.

ampicilina + dipirona+ guayfenecina (inyectable)
diclofenac+ vitamina B12+ betametasona (inyectable)
dextropropoxifeno + dipirona+ vitamina B1, B6, B12
ginseng+lecitina+colina-inositol+ácido linoleico + vitamina A + otros principios activos
metoclopramida + Ácido dehidrocólico + pancreatina + dimeticona
prasterona+ estradiol (la “píldora de la juventud”)

Fuente: Adaptado de Laporte J-R,. Métodos aplicados a los estudios de utilización de medicamentos. .(6)

La oferta inadecuada distorsiona la prescripción con tratamientos inefectivos y/o inseguros, y puede aumentar los costos para el sistema de salud. Sin embargo, **hay que tener presente que un medicamento con un valor terapéutico potencial elevado también puede ser utilizado de manera inapropiada⁽⁷⁾.**

Aparte de los medicamentos comercializados, no hay que olvidar otra fuente de uso potencialmente irracional: las **formulaciones magistrales**. Algunos ejemplos detectados a partir de notificaciones de sospechas de reacciones adversas son:

bupropión+ pridinol + loflazepato de etilo+ GABOB (Ácido gamma-amino-beta-hidroxibutírico) + pantotenato de calcio + carbonato de magnesio + sulfato de zinc para una paciente con diagnóstico de “depresión psicoemocional”, o formulaciones magistrales “oncológicas” en un paciente con antecedentes de cirugía por tumor renal con los siguientes componentes: zinc + selenio + magnesio + lachesis.

Habilidades de prescripción o selección

Uno de los mejores indicadores para conocer la “farmacocinética” de un sistema de salud es el análisis de la utilización de fármacos por parte de la población; la mejor herramienta para hacerlo son los **estudios de utilización de medicamentos (EUM)**.

En diferentes EUM se han detectado algunos problemas como:

Utilización de medicamentos ineficaces por ejemplo: vasodilatadores cerebrales en demencias; utilización de medicamentos eficaces pero innecesarios; por ejemplo: antibióticos en infecciones víricas; preferencia por fármacos eficaces pero de mayor costo que los de referencia para una enfer-

medad específica; por ejemplo: el grupo de los sartanes en lugar de diuréticos, beta bloqueantes o inhibidores de la enzima de conversión de angiotensina (IECA) en el tratamiento de la hipertensión arterial no complicada; prescripción de fármacos de mayor riesgo, como nifedipina en lugar de clortalidona o atenolol en el tratamiento de la hipertensión arterial; no utilización de fármacos eficaces, por ejemplo, dosis bajas de ácido acetilsalicílico (AAS) en la prevención secundaria de infarto agudo de miocardio, o sobredosificación de fármacos; por ejemplo dosis elevadas de benzodiacepinas en ancianos.

El grupo de los psicoestimulantes, nootrópicos y vasodilatadores cerebrales es especialmente ilustrativo de este punto, en el que hay información científica clara que documenta la falta de eficacia de estos preparados, lo que los relega a las categorías de valor intrínseco terapéutico “dudoso” o “nulo”. En el mercado argentino existen más de 24 marcas comerciales con alrededor de 285 presentaciones que incluyen alguno de los siguientes principios activos: acetilcarnitina, aniracetam, levitacetam, oxiracetam, piracetam, betahistina, bifemelano, cinarizina, carnitina, citicolina, colina, flunarizina, colindifosfato de citidina, fosfolípidos, gabob, ginkgo biloba, gangliósidos, ginseng, idebenona, melatonina, modafinilo, gangliósidos o piritinol.

Promoción dirigida al consumidor

El consumidor es un campo relativamente nuevo de la promoción de medicamentos que, si juzgamos por su proliferación, seguramente produce buenos beneficios. Ahí está el mercado de la industria de la belleza (con los productos para la celulitis, sólo por nombrar un ejemplo), la píldora conocida como “de la juventud” (prasterona+ estradiol), la “pastillita festiva” (como una de las aplicaciones no terapéuticas del sildenafil).

El caso del sildenafil es paradigmático: después de 7 años en Argentina, se venden 1 millón de unidades por mes. Se trata de un consumo en aumento que se sostiene fundamentalmente por el uso de jóvenes sin problemas de erección, pero que quieren mejorar su performance sexual. Lo califican de “uso festivo”, “deportivo” o “recreativo”, y popularmente se conoce como “el ayudín”⁸.

Atención especial merecen las descritas como “nuevas enfermedades buscando medicamentos”. Basta con citar algunos ejemplos de situaciones para cuya resolución o superación se propone el uso de medicamentos: malestar, timidez, calvicie, tristeza, soledad y otros síntomas del diario vivir son medicalizados y se crea la necesidad de tratarlos farmacológicamente.

Precisión en los prospectos

Los prospectos pueden ser otra fuente de uso inadecuado de los medicamentos. Hay numerosos ejemplos de la inclusión de propiedades terapéuticas no demostradas adecuadamente:

Ginkgo biloba: “pérdida o disminución de la memoria”, “insuficiencia cerebrovascular”, “reducción del rendimiento intelectual”, “prevención de arterioesclerosis”, “vértigos y acúfenos de origen vascular”, “problemas de visión debidos a una circulación deficiente”, “potenciador cerebral y de la memoria”, o “facilita una buena oxigenación y flujo sanguíneo”.

Ginseng: “energizante”, “tónico general”, “mejora el rendimiento psicofísico e intelectual”, “incrementa la memoria, la atención y la capacidad de concentración”, “aumenta la resistencia a la fatiga”, “mejora la capacidad de reacción frente al stress, apatía y desinterés”, “aumenta la actividad sexual disminuida”, “moviliza la actitud pasiva provocada por la rutina”, o “reconstituyente cerebral”.

Idebenona: “activador del metabolismo neuronal”, “antioxidante”, “activador del metabolismo energético cerebral”, “arteriosclerosis cerebral”, “insuficiencia cerebrovascular crónica y sus secuelas”, “alteraciones orgánicas resultantes de la apoplejía cerebral, especialmente en la fase de estabilización de la sintomatología”, “oxigenador cerebral”, o “activador cerebral, vascular y laberíntico”.

(Fuente: Manual Farmacoterapéutico On Line, <<http://www.alfabeta.net/>> y PR Vademécum On line, <<http://www.prvademecum.com/default.asp>> (Consulta febrero 2006))

Empezar dudando

El uso inapropiado o no razonado de los medicamentos es un fenómeno frecuente que se debe a numerosos factores. Aparte de los más obvios, como la selección o la prescripción inadecuadas para

un paciente específico, y la mejor o peor adherencia al tratamiento, no hay que olvidar problemas como la irracionalidad del propio mercado, la medicalización de la vida cotidiana, la tendencia a calificar algunos medicamentos de simples “suplementos”. En realidad, cualquier eslabón de la llamada cadena del medicamento y los actores involucrados en cada uno de esos eslabones, pueden contribuir o provocar un uso inadecuado de los medicamentos.

Incluso cuando está indicado un tratamiento farmacológico, los fármacos pueden ser un problema: existen fármacos eficaces, pero indicados incorrectamente; existen fármacos “nuevos” que son iguales a otros “antiguos”, pero más caros; hay fármacos inseguros con una relación beneficio/riesgo claramente desfavorable; existen fármacos sencillamente ineficaces, y todavía hay muchos preparados de fármacos eficaces en combinación irracional con fármacos innecesarios o inseguros. Tener presentes estas cuestiones requiere estar al día y, además, que la formación continuada sea sólida e independiente.

Los prescriptores son técnicos que utilizan los medicamentos como herramientas, y es esencial que dispongan de elementos para conocer a fondo estas herramientas. La **formación continuada** de profesionales de salud debe tener, como objetivos primordiales, incrementar el conocimiento para mejorar la atención al paciente, facilitar el diagnóstico, y evitar tratamientos inapropiados. El sistema de salud es quién facilita y garantiza esta formación continuada.

Existe un problema adicional que no por ser el último es menos importante, y es que muchas veces ni el profesional sabe que se están utilizando los medicamentos de manera inapropiada, ni las autoridades sanitarias son conscientes de la magnitud del problema. Por ello es esencial el **fomento de los estudios de utilización de medicamentos**, como observatorios más o menos puntuales para identificar problemas derivados del uso de los medicamentos y tratar de cuantificarlos.

Los estudios de utilización de medicamentos permiten conocer una realidad y, frente a este conocimiento, reaccionar para mejorarla. A partir de los resultados de los EUM, se pueden reforzar áreas de formación continuada, hacer revisiones del mercado farmacéutico, elaborar listas cerradas de medicamentos en determinadas áreas, consensuar y adaptar guías terapéuticas.

No hay duda de que una mejor utilización de los medicamentos beneficiaría a todos: a los pacientes, al sistema de salud y al país en general. Pero lo principal, para poder intentar mejorar es, como decía Descartes, “empezar dudando”. La duda es el inicio de cualquier proceso de mejora.

Referencias bibliográficas

1. Laporte J-R, Tognoni G. Estudios de utilización de medicamentos y de farmacovigilancia. En JR Laporte, G Tognoni (eds) Principios de epidemiología del medicamento, 2ª ed. Barcelona. Ediciones Científicas y Técnicas, 1993: 2-23.
2. Valsecia M, Conferencia: “Farmacoepidemiología y uso Racional de Medicamentos en el NEA” XIII Reunión Anual del Grupo Argentino Para el Uso Racional del Medicamento GAPURMED), San Luis 21-23 de octubre de 2004 [en línea] en: <http://med.unne.edu.ar/catedras/farmacologia/gapurmed/conferencias_dias.htm> (consulta febrero 2006)
3. Valsecia M, Lojo J, Dos Santos L, Figueras A, Laporte JR Abstinence to benzodiazepines and deep economic crisis BMJ, 2002, (5 December) [en línea] <<http://bmj.com/cgi/eletters/325/7375/1261#27587>> (consulta febrero 2006)
4. Valsecia, M “La cultura del medicamento o medicalización de las comunidades” (Editorial). Boletín Fármacos. 2002,5(2):1-2. [En línea] <<http://www.boletinfarmacos.org>> [consulta noviembre 2005]
5. Bergman,U, Vaccheri,A, Bjerrum,L, Werttermark,B, Engfeldt,P, Montanaro,N. NSAID prescribing by general practitioners in Denmark (Funen), Italy (Ravenna area) and Sweden (Stockholm). Pharmacoepidemiol Drug Saf 2000;9:S149. (Resumen disponible en: Base de datos SIETES ID 53249 <<http://www.sietes.org>> [consulta febrero 2006]
6. Laporte J-R,. Métodos aplicados a los estudios de utilización de medicamentos. En JR Laporte, G Tognoni (eds) Principios de epidemiología del medicamento, 2ª ed. Barcelona. Ediciones Científicas y Técnicas, 1993: 67-93.
7. Arnaú JM, Laporte J-R. Promoción del uso racional de los medicamentos y preparación de guías farmacológicas. En JR Laporte, G Tognoni (eds) Principios de epidemiología del medicamento, 2ª ed. Barcelona. Ediciones Científicas y Técnicas, 1993: 49-66.
8. Giubellino, G . Viajero De remedio a pastillita festiva Diario Clarín 24/07/2005. [en línea] Disponible en: <http://www.clarin.com/dia-rio/2005/07/24/sociedad/s-04215.htm>)(consulta febrero 2006)

Dr. Claudio E. Jehin* - Dr. Oscar Cerviño** - Lic. Mariano Patricio Jehin***

Un caso de uso indebido: medicación antiparkinsoniana

Existen drogas que, por sus características, suponen un mayor riesgo de uso indebido. Por lo tanto requieren, por parte del médico prescriptor, una cuidadosa evaluación del problema. Es el caso de la medicación antiparkinsoniana, a la que muchos utilizan como estimulante. Constituye, según varios estudios, un problema de salud complejo en donde la aplicación de herramientas de uso racional de medicamentos se presenta como una alternativa capaz de optimizar su abordaje.

La enfermedad de Parkinson fue descrita por primera vez por el médico inglés James Parkinson en 1817. Entre sus características se destaca por ser la más frecuente del denominado grupo de enfermedades extrapiramidales, siendo un proceso neurodegenerativo de dicho sistema motor que ejerce una importante influencia sobre los circuitos motores corticales, del tronco encefálico, del cerebelo y la médula.

Se ha observado una predisposición familiar y una prevalencia de 100 casos cada 10.000 personas. En los mayores de 50 años alcanza más del 1%¹.

Sus características clínicas son el temblor en reposo, la rigidez y la hipocinesia, inestabilidad postural con trastornos de la marcha, salivación excesiva e inexpressividad facial.

Según estudios realizados, más del 80% de estos cuadros están dados por la depleción de la L-Dopa, motivo por el cual el tratamiento farmacológico es de tipo sintomático y se basa en la posibilidad de actuar sobre los niveles de la función sináptica dopaminérgica directa o sobre los intermediadores químicos.

Los medicamentos más utilizados para su tratamiento son:

1. Precursores de la dopamina: por ej. L-Dopa
2. Anticolinérgicos: por ej. Trihexifenidilo y Biperideno.
3. Agonistas dopaminérgicos
4. Bloqueantes de la recaptación sináptica
5. Inhibidores enzimáticos

Evidentemente los grupos 1 y 2 son los más utilizados y a ellos nos referimos en detalle desde el punto de vista farmacológico.

Dr. JAMES PARKINSON (1755-1824)

Si bien el trabajo médico más conocido de este doctor inglés fue *Essay on the shaking palsy* (Ensayo sobre la parálisis agitante), donde en 1817 relacionó varios síntomas aislados y describió la enfermedad que llamó parálisis agitante, James Parkinson



dedicó buena parte de su tiempo a actividades de tipo social y político. Geólogo y paleontólogo aficionado, dueño de una ideología radical y partidario de los principios de la Revolución francesa, abogó por la reforma del Parlamento, por la representatividad y por el sufragio universal, y fue miembro de varias asociaciones políticas secretas. A finales del siglo XVIII, James Parkinson ya estaba establecido como un reformador social, promulgando abiertamente sus opiniones sobre la guerra, el estamento militar, las causas de la pobreza, la desobediencia civil, la revolución y la educación médica. Tras ser acusado de haber ideado un plan para asesinar al rey Jorge III de Inglaterra, Parkinson se salvó milagrosamente de la horca. (<http://www.geocities.com/Heartland/Estates/9451/jamepark.htm>; <http://www.historiadelamedicina.org/parkinson.htm>)

1. Esper y Mazzei

2. Droga aprobada por el ANMAT y la FDA

*Prof. Asoc. Med. I-II-III Facultad de Medicina USAL

**Prof. Titular Medicina I-II-III Facultad de Medicina USAL

***Lic. Ciencias de la Comunicación. SAPEM –Sociedad Arg. de Periodismo Médico

Levodopa²

Como la dopamina no atraviesa la barrera hematoencefálica, se utiliza el precursor inmediato metabólico que es 3-(3,4-dihidroxifenil)-L-alanina, levodopa, que al ingresar por la vía sanguínea al encéfalo se descarboxila, transformándose en dopamina. Desde el punto de vista químico, la levodopa es el estereoisómero levorrotatorio de la dopa.

A efectos de disminuir las necesidades diarias de levodopa, se agrega concomitantemente un inhibidor periférico de la dopa descarboxilasa, siendo utilizados: la carbidopa y la benserazida.

Los productos habituales de plaza contienen 250 y 100 mg, de L-Dopa y 25 mg. de carbidopa, otros 200 mg de L-Dopa y 50 mg. de carbidopa; también se presentan preparados de 100 y 200 mg. de L-Dopa con 25 y 50 mg. de benserazida. La dosis estimada es de 500-800 mg/día y su administración es vía oral.

Efectos adversos: detallamos los relacionados con los fundamentos del trabajo: discinesias y trastornos de conducta (ansiedad, agitación, insomnio, delirios, alucinaciones, pesadillas, euforia).

Trihexifenidilo²

Contiene una amina terciaria que le permite atravesar la barrera hematoencefálica.

Pertenece al grupo de drogas anticolinérgicas, por lo tanto, actuaría bloqueando parcialmente los receptores colinérgicos del cuerpo estriado y equilibrando la función colinérgica y dopaminérgica en los ganglios basales (función similar al biperideno). Posee propiedades antimuscarínicas.

En plaza se utilizan comprimidos de 5 mg. La dosis estimada es de 15-20 mg/día y su administración es vía oral.

Efectos adversos: se describen los relacionados con el presente trabajo: somnolencia, inquietud, agitación, delirios, alucinaciones y cambios de humor, sequedad de boca, visión borrosa, náuseas, vómitos, palpitaciones.

Biperideno²

Pertenece a un grupo de drogas anticolinérgicas que actuarían bloqueando parcialmente a los receptores colinérgicos estriatales y equilibrando la actividad colinérgica y dopaminérgica en los núcleos basales. Posee propiedades antimuscarínicas.

Se expenden comprimidos de 2 mg. y cápsulas de 4 mg. e inyectable de 5 mg.

La dosis estimada es de 4-6 mg/día y su administración es vía oral.

Efectos adversos: se detallan los relacionados a este trabajo. Son similares a los descriptos para el trihexifenidilo, correspondientes a su acción antimuscarínica.

Un medicamento utilizado con fines no terapéuticos

La L-Dopa tiende a incrementar los niveles de dopamina en los núcleos de la base del sistema nervioso central.

La cocaína, como otros estimulantes, tiene acciones dopaminérgicas centrales.

Las dosis elevadas de levodopa, más los efectos colaterales no deseados, provocan alucinaciones, estados de ideación paranoica, manías, a los que se agregan movimientos involuntarios anormales, muecas, tics, etc.

Un adicto, generalmente, busca cambios del esquema corporal y despersonalización ("flotar en el aire", "caminar en las nubes", "agrandamiento del cuerpo", etc.), efectos que se logran más fácil y rápidamente agregando el consumo de bebidas alcohólicas.

El biperideno, como el trihexifenidilo, tiene como efecto principal ser anticolinérgico, o sea, efecto similar al producido por la atropina. Son muy utilizadas en nuestro medio, por los jóvenes y adolescentes, como droga de iniciación, por ser estimulantes del Sistema Nervioso Central, pero en dosis por encima de las habituales o con el agregado de la ingesta de alcohol, que produce efectos alucinatorios. Todos estos fármacos en elevadas cantidades o con exceso de alcohol, producen también efectos no deseados por el adicto, como ser la retención urinaria, la sequedad de la boca, trastornos en la visión (por midriasis con ciclopejía), como así también crisis convulsivas. Esto hace que el consumo de las mismas no sea muy prolongado, aunque permanezca el daño inicial.

Trabajo en terreno

En la en área de Consultorios Externos de Neurología del Hospital Prof. Dr. Ramón Carrillo de Ciudadela donde funciona la Cátedra de Clínica Médica de la Universidad del Salvador se observaron, en el transcurso de 8 años, 39 casos.

De los mismos se pudieron determinar que 21 utilizaron como droga de uso indebido el biperideno (54%), 6 el trihexifenidilo (15%) y 12 la L-Dopa (31%).

De ellos, 9 consumían otras drogas (marihuana, "Paco" o pasta base y cocaína), dos utilizaban pegamentos y cantidades importantes de alcohol, ambos con crisis comiciales; el resto eran consumidores de alcohol y, a veces, otros psicofármacos.

En el transcurso de ese período, 17 iniciaron tratamiento en Salud Mental y abandonaron el mismo en su totalidad.

Recomendaciones

Debe realizar el médico un control exhaustivo de las prescripciones, con registro en la historia clínica de las dosis y fechas de emisión de recetas.

En personas de edad avanzada o con trastornos mnésicos determinar un responsable directo del grupo familiar, para el control de los tratamientos y considerar si hay jóvenes o adolescentes que conviven o tratan habitualmente con el paciente.

Recomendar la sistematización de la ingesta de los medicamentos y adaptarlo, dentro de las posibilidades, a horarios accesibles para el control del familiar responsable.

Diseñar un instrumento de control para las entidades financiadoras de los medicamentos.

Informar al paciente y grupo familiar acerca de los riesgos del uso indebido de éstos fármacos.

Ante la sospecha de mal uso de estos medicamentos, orientar al paciente y grupo familiar sobre la conducta a seguir.

Conclusiones

La prescripción de drogas que pueden ser usadas indebidamente requieren, por parte del médico prescriptor, una cuidadosa evaluación.

Es por lo tanto necesario que el profesional médico se capacite en este tema, conociendo fundamentalmente las indicaciones precisas de este tipo de drogas y sus factores adversos, para poder controlar y arbitrar sobre los mismos.

Referencias bibliográficas

- Fustinoni, J.C., Pérgola F. Neurología en esquemas. Ed. Panamericana, Bs. As. Argentina 1997
- Esper RJ, Mazzei JA. x Neurología Dr. R.C. Leiguarda y Col. Biblioteca de Medicina. Cap. 21. Ed. El Ateneo. Arg. 1992.
- Fustinoni J.C. Diagnóstico de la Enfermedad de Parkinson. Pág. 13-15. Revista Geriatria Práctica. Vo. VII Nº 8 1998. Bs. As. Arg.
- Michael J. Aminoff, M.D. Bertrán G, Katzun y Col. Farmacología Básica y Clínica. Cap. 27 4º Edición 1991.
- Listado Nacional de Medicamentos. NOS Cap. 661. Antiparkinsonianos (6610-6613) ANMAT 1995.
- Manual Farmacéutico. Año XXXVII, 1998.
- Prof. Dr. Cervellino, Juan Carlos. Cátedra de Farmacología de UNBA. Clases magistrales y consultas personales.
- *Manual K@iros - Nº 324. setiembre 2005.

Entrevista

Dr. José Antonio Pagés Piñeiro, representante de la OPS/OMS en la Argentina

¿Qué líneas de acción ejecuta actualmente la OPS en relación al uso racional de recursos en general y al URM específicamente?

En concordancia con los valores que guían su accionar, particularmente de solidaridad, integridad y la equidad, la OPS/OMS procura, en un marco de transparencia, asegurar que todas las poblaciones de la región dispongan en respeto a sus derechos del acceso a los medios y servicios de salud según sus necesidades y en el momento adecuado. El abordaje de los desafíos que se plantean en el escenario del medicamento ha sido abordado por la OMS con una estrategia con cuatro objetivos para el período 2004-2007: Colaborar e impulsar las políticas nacionales de medicamentos, el acceso a medicamentos esenciales, la calidad y seguridad y el uso racional de los mismos. En particular, en lo referente al Uso racional el acento para este período está puesto en dos aspectos: la promoción de la utilización de medicamentos esenciales especialmente en los sistemas de seguridad social y, por otro lado en la formación, el trabajo en redes y el intercambio de información para el logro de una utilización más costo-efectiva del medicamento. Desde OPS/OMS, estas líneas se han concretado a través de:

El apoyo a las negociaciones sobre políticas de medicamentos de los países de la Región en los tratados bilaterales.

El apoyo, la discusión y generación de consensos entre los países a través de la Red PARF (Red Panamericana de Armonización de la Reglamentación Farmacéutica) tanto en aspectos regulatorios como de procedimientos técnicos.

La construcción y difusión de estándares de procedimiento en el control de calidad a través del programa externo de Control de calidad de Laboratorios de análisis de medicamentos.

La generación de actitud crítica de prescriptores a través de los cursos regionales de Farmacoterapéutica Basada en Problemas y Evidencias.

El trabajo en mejorar la resolución de problemas relacionados con los medicamentos, particularmente la adherencia en pacientes crónicos, a través de programas de Atención Farmacéutica.

La sensibilización y discusión sobre la construcción de listados de medicamentos.

El apoyo en los sistemas de suministros y en las negociaciones y compras de medicamentos para el logro de precios más bajos que permitan un mayor acceso, especialmente de fármacos antirretrovirales y antimaláricos.

¿De qué manera colabora la OPS con el Programa de uso Racional de Medicamentos?

En lo referente específicamente a la colaboración con el Programa de Uso Racional de Medicamentos, a través de la participación del Centro Colaborador de La Plata se brinda el apoyo de un recurso humano de primer nivel para la enseñanza, la formación de criterios y la promoción del tema. OPS/OMS contribuye también en la instrumentación de los cursos del Programa Remediar y especialmente del “seminario permanente de intercambio docente”. Esta actividad destinada a los docentes del curso, se desarrollará con tecnología para transmisión en tiempo real a fin de estimular el manejo de criterios comunes en el abordaje de los temas, ejercitar aspectos metodológicos y mantener el intercambio entre docentes.

¿Cómo observa el desarrollo de acciones referidas al Uso Racional de Medicamentos en la Argentina?

Hay un gran interés en el tema a todo nivel: autoridades de salud, universidades, prescriptores y dispensadores de medicamentos. Debido a la complejidad del tema y a los múltiples actores que intervienen en el mismo, se está dando en el país una discusión amplia y productiva sobre este asunto, bajo el liderazgo del Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación.

La inquietud y participación de los distintos profesionales en las actividades, particularmente de intercambio de experiencias y formación, parecen señalar que existe voluntad de crecimiento y consolidación de criterios.

¿Qué expectativas tiene con respecto al curso de Uso Racional de Medicamentos que lanzará el Programa Remediar?

Este curso refleja el interés continuo del Programa REMEDIAR en el mejoramiento de la calidad de atención en el primer nivel. Es parte de una estrategia más amplia que implica elementos de comunicación social y un gran compromiso por parte de los usuarios de los servicios de salud, de los prescriptores y de los dispensadores de medicamentos. Se espera lograr un cambio de actitudes y de la práctica que contribuya al uso racional de los medicamentos.

Entrevista

Prof. Dr. Eduardo Kerzberg, coordinador de certificación y recertificación Universitaria de Medicina - UBA

¿Se están desarrollando actualmente estudios de utilización de medicamentos en la Argentina?

Sí, en nuestro país se realiza investigación clínica farmacológica para nuevos medicamentos, en concordancia con normas internacionales y también estudios de utilización de medicamentos especialmente relacionados con el Área de farmacoeconomía, a fin de determinar la relación costo-efectividad.

¿Qué rol juega la Universidad en el campo de la investigación en el Uso Racional de Medicamentos en la Argentina?

Si bien la Universidad, participa en la investigación en este campo, considero que debe incrementarse interviniendo en todas sus etapas para la prevención, monitoreo y capacitación para la buena prescripción de medicamentos.

¿Cuál es la posición de la Universidad respecto de la propuesta del Ministerio de Salud y Ambiente de La Nación de lanzar un curso de URM a nivel nacional? ¿Cuál fue el motivo o razón que indujo a la Universidad a aceptar la propuesta del Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación?

La Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires, apoya esta iniciativa del Ministerio de Salud y Ambiente de La Nación teniendo en cuenta las dificultades de acceso de una gran parte de los medicamentos por parte de la población y también por el uso inadecuado para los que sí acceden.

¿Cree conveniente incluir el estudio de URM en la carrera de grado de Medicina?

En realidad, durante el transcurso de la carrera de Medicina, se forma al alumno con el criterio del uso racional de medicamentos lamentablemente luego de graduado, esta formación se va modificando por la influencia de la propaganda médica.

¿Qué expectativas tiene con respecto al curso de Uso Racional de Medicamentos que lanzará el Programa Remediar?

Consideramos que esta iniciativa será de interés, no sólo para los destinatarios directos, sino que también impactará en la población, tendiendo a las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud: "El uso racional de medicamentos requiere que el paciente reciba la medicación apropiada a su necesidad clínica, en las dosis correspondientes con sus requerimientos individuales, por un período adecuado de tiempo, y al menor costo para él y su comunidad".

Razones para promover el URM

Lic. Mauricio Monsalvo. Remediar - PROAPS

¿Por qué razón cree que es importante relevar información de utilización en el primer nivel de atención? ¿Qué parámetros toma Remediar para analizar la utilización de medicamentos? ¿En qué grupo de medicamentos se observó una utilización más heterogénea? ¿Cómo se podría evaluar el impacto del curso de URM?

Existen muchas y diversas buenas razones para promover, e incluso garantizar, el uso racional de medicamentos. Podríamos incluir una larga lista, que incluiría desde las 160 mil muertes anuales asociadas al uso de fármacos hasta los 2 millones de reacciones adversas graves que se estima que ocurren cada año¹. No quedarían fuera de esta enumeración las consideraciones económicas: sólo el mercado argentino factura anualmente alrededor de 4 mil millones de dólares². Algo más del 10% de esa facturación corresponde a medicamentos de venta libre (OTC); es decir, se gasta en automeedicación. Remediar invierte a razón de 55 millones de pesos por año en provisión pública para garantizar el acceso a medicamentos de la población más vulnerable.

¿Cuántos de estos recursos se gastan en antibióticos prescritos irracionalmente? ¿Cuánto le cuesta esto al Estado? ¿Cuánto pesa en el presupuesto de una familia de escasos recursos un tratamiento de Cefalexina indicado, con sana intención, por las dudas? ¿Cuál es la magnitud de la resistencia bacteriana debida a estas prescripciones? ¿Cuántas intoxicaciones produjeron? Y, sobre todo, ¿qué medidas deben instrumentarse para corregir estas situaciones?

Estas y otras preguntas similares requieren respuestas con cierto grado de precisión. La imprecisión en el diagnóstico de la situación que enfrentamos sólo genera impericia en las acciones que definimos. Por primordial razón se requiere relevar información sobre provisión, prescripción, dispensación y utilización de medicamentos.

Por supuesto, reducir los grados de incertidumbre implica hacer un esfuerzo. Sin embargo, el alcance nacional y la regularidad que caracteriza a Remediar configuran una oportunidad sin igual para procurar una porción significativa de esta información crítica. **Durante 2004 y 2005 se prescribieron en los centros alrededor de 35 millones de Recetas Remediar** (Formularios R), los cuales han sido digitalizados.

La estandarización de este registro a nivel nacional permite dar respuestas muy precisas sobre la magnitud de los problemas mencionados en el Primer Nivel de Atención. Al mismo tiempo, desde la primera distribución se cuenta con datos de producción de servicios (consultas y recetas) de todos y cada uno de los centros gracias al Formulario B. Este mismo instrumento permite conocer los valores mensuales agregados de utilización de cada medicamento provisto, así como también su nivel de stock. A partir de estos y otros registros se ajustaron las proyecciones de compras anuales, se mejoró el mecanismo de distribución y se adecuó el contenido del botiquín a la demanda expresada por los centros.

A partir de la batería de indicadores construidos en base a estos datos pudo conocerse que existe una **gran heterogeneidad en la utilización de los medicamentos**. Algunos de los factores que explican esta heterogeneidad están 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. Pero una parte importante de este fenómeno responde a causas injustificadas, entre las que se destacan la **variabilidad en la práctica clínica**. La gran diferencia en la tasa de prescripción de Polivitamínico o Sulfato Ferroso entre provincias, entre departamentos de una misma provincia, e incluso entre centros de una misma localidad, no pueden sino deberse a hábitos prescriptivos dispares. Y los *hábitos* deben ser correctamente entendidos como *conductas regulares*, en todo caso opuestos a *acciones razonadas*.

No hay muchas buenas razones para justificar las diferencias en la utilización de Cotrimoxazol y Norfloxacin entre provincias; como tampoco las hay para comprender por qué en el interior de una provincia se registran variaciones en la selección entre Glibenclamida y Metformina.

Los ejemplos podrían extenderse mucho más de lo necesario para comprender el porqué de la **necesidad de un sistema de información estandarizado, regular y público**³. Los contenidos de los módulos dispararán infinidad de hipótesis relativas a la utilización de medicamentos que podrán satisfacerse (al menos en gran medida), gracias al esfuerzo que todo el Primer Nivel de Atención realiza cada día para producir esta información.

Pero por sobre todas las cosas, permitirá evaluar con aceptable nivel de certeza cuánto ha mejorado la utilización de medicamentos; es decir: cuánto ha mejorado la salud de la población.

1. Lazarou J., Pomeranz B. H., Corey P. N. (1998); Incidence of adverse drug reactions in hospitalized patients: a meta-analysis of prospective studies; JAMA 279 (15): 1200-1205.

2. Falbo, R. (2003); Estudio sobre el Gasto en Medicamentos en Argentina; PROAPS, Mimeo.

3. Pueden consultarse los Boletines PROAPS Remediar (www.remediar.gov.ar) para profundizar en los valores que adquieren los indicadores mencionados.

Dr. Ricardo Bernztein*

Prescripción y uso de medicamentos provistos por Remediar en el Primer nivel de Atención Público de la Argentina

Desde el inicio del diseño de REMEDIAR, a comienzos de 2002, se tuvo la convicción de que suministrar los medicamentos no debía ser el único objetivo del programa. A pesar de conocer la sobrecarga que significa para los médicos en los CAPS el llenado de los formularios, REMEDIAR enfatizó desde el inicio el manejo de la información. Ello permitió la obtención de datos epidemiológicos y, la posibilidad de cruzar diagnósticos con tratamientos para estudiar la adecuación del uso de los medicamentos. Se cuenta con el análisis de la totalidad de los Formularios B, que permiten conocer el consumo de los medicamentos y su stock y con los datos extraídos de millones de Formularios R (recetas). Esta información es un insumo valioso para la realización de ajustes en el botiquín y el diseño de políticas sanitarias. Por supuesto, es el insumo básico para la evaluación del uso racional de medicamentos. En esta publicación se devuelven a los trabajadores de la salud de los CAPS los principales resultados.

La información surge de **dos formularios**: un **Formulario R**, que es la receta Remediar (con cada prescripción se tiene que elaborar una receta, todas las recetas son procesadas) y el **Formulario B**, que es un formulario mensual que se hace en el CAPS (que brinda datos sobre consumo de medicamentos, stocks y consultas totales). La receta permite cruzar el diagnóstico, el tratamiento y los datos básicos del paciente.

A partir de la información se elaboran **indicadores**: **1)** del Formulario R o receta Remediar se obtienen: frecuencia diagnóstica (X diagnósticos /100 recetas REMEDIAR), frecuencia de tratamientos para cada diagnóstico (X tratamientos <con un medicamento determinado>/100 recetas con un diagnóstico); y frecuencia de los datos básicos de beneficiarios, o sea, prescripción desagregada por sexo, edad y provincia. **2)** de los Formularios B se obtienen la tasa de prescripción (X tratamientos <con un medicamento determinado>/100 consultas), stock (meses de consumo promedio que quedan cubiertos por los medicamentos en los CAPS si se suspendiera la provisión), las consultas y recetas promedio mensuales; y la tasa de receta Remediar por consulta.

En la tabla I se muestran las fuentes de información y la metodología.

Tabla I. Fuentes de información y metodología.

FUENTE	CONTENIDO	UNIDAD DE ANÁLISIS	PRINCIPALES INDICADORES
Formulario R (Receta Remediar)	<ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico Codificado; • Tratamiento Prescripto; • Datos Básicos del Paciente (Edad, Sexo, etc.). 	Universo de recetas: septiembre y octubre de 2003; enero y febrero de 2004.	<ul style="list-style-type: none"> • Frecuencia de Diagnósticos (*); • Frecuencia de Tratamientos Prescriptos, por diagnósticos (*); • Frecuencia de datos básicos de beneficiarios.
Formulario B (Registro Mensual de Consumo de Medicamentos y Consultas)	Datos mensuales de: <ul style="list-style-type: none"> • Consumo por medicamento (prescripción); • Stock por medicamento (en meses); • Consultas (totales); • Recetas Remediar. 	Total de formularios rendidos por CAPS, actualizados al presente.	<ul style="list-style-type: none"> • Ritmo: Tasa de prescripción del medicamento cada 100 Recetas Remediar; • Stock: Meses de consumo promedio cubierto con el remanente de medicamento disponible en CAPS; • Consultas y Recetas promedio mes; • Tasa de Receta Remediar por consultas.

(*) Aperturas por datos básicos de beneficiario, por provincia y partidos del conurbano.

Dos sesgos del análisis son la falta de información sobre consultas que no requieren prescripción y sobre medicamentos provistos por otros programas.

Es importante aclarar que el Formulario R informa frecuencia y no incidencia o prevalencia, ya que el denominador de la tasa son 100 recetas REMEDIAR, sin una base poblacional. La frecuencia podría orientar, sólo de manera indirecta, acerca de la prevalencia.

Evaluar es contrastar lo que se hace con valores previos; en este caso es cuantificar la brecha entre lo que se sabe, que surge de la medicina basada en la evidencia, y lo que se hace. La primera pregunta es **cuál es la calidad de las prescripciones**.

La **metodología incluye la selección de condiciones trazadoras**, o sea problemas específicos de salud que combinados en conjuntos sirven para el análisis de los servicios.

Para cada trazadora, se realizan las siguientes preguntas:

1. Prescripciones: ¿tienen adecuada relación beneficio/riesgo? ¿tienen adecuada relación costo/efectividad?

2. Variabilidad en la práctica sanitaria: ¿se basa en variabilidad epidemiológica? ¿es causal de inequidad?

3. ¿Se dispone de la información necesaria para prescribir adecuadamente en el PNA? ¿Qué aspecto es necesario investigar localmente?

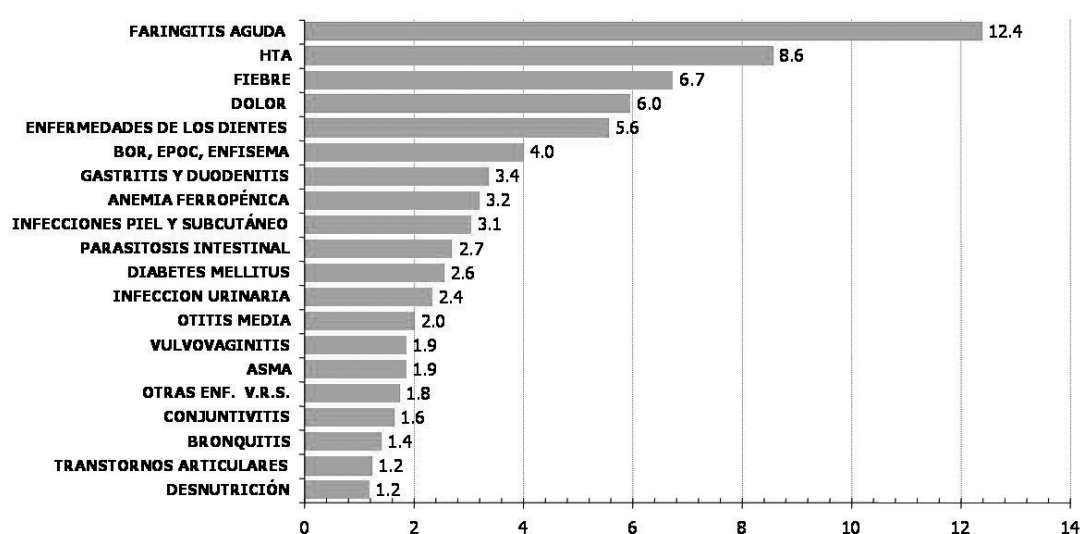
Evaluación de la prescripción de medicamentos

En el gráfico se muestra la **frecuencia de diagnósticos**, en particular de los 20 primeros diagnósticos que pueden retratar lo que sucede en los CAPS en la Argentina:

Sólo:

- En el PNA se realizan consultas programadas o prácticas preventivas sólo excepcionalmente.
- Faringitis es el primer diagnóstico.
- Hay un predominio de síntomas, ya que fiebre y dolor representan el 12,7% de los diagnósticos.
- Algunas enfermedades crónicas, como hipertensión arterial o diabetes tienen representación entre los diagnósticos.

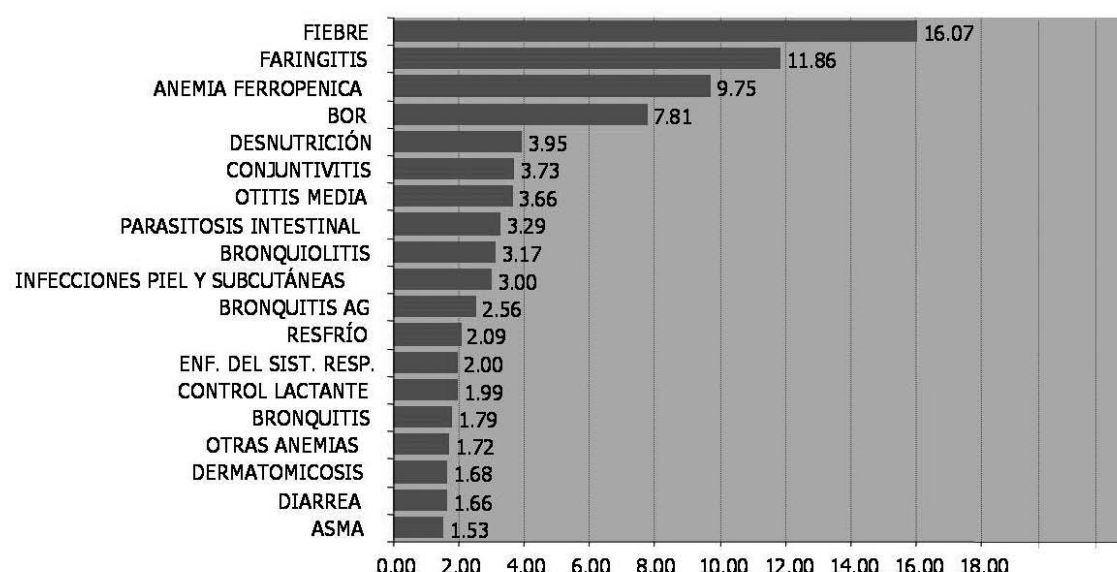
Gráfico I. Frecuencia de diagnósticos. Total Nacional.



FUENTE: Formularios R. Programa Remediar. Ministerio de Salud de la Nación, Publicado en Boletín PROAPS-Remediar Nº 15.

En el gráfico II se analiza la frecuencia de diagnósticos en niños menores de dos años.

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



FUENTE: Formularios R. Programa Remediar. Ministerio de Salud de la Nación, Publicado en Boletín PROAPS-Remediar Nº 15.

Los niños predominantemente consultan por fiebre, lo que implica siempre un diagnóstico subyacente. Se puede sospechar que el PNA actúa como apagando incendios. El control del lactante muestra una frecuencia de 1,99%, con lo cual se podría decir que no es un diagnóstico preponderante. Es notorio que la faringitis aguda sea un diagnóstico tan frecuente, ya que el manual de codificación incluye en el código 402 la angina estreptocócica, y ésta ocurre en mayores de 5 años. El sobre-diagnóstico de faringitis es causa de sobreprescripción de antibióticos.

Cada problema puede ser una extensa discusión, por lo que se hará una visión general de los problemas más frecuentes.

Otro de los diagnósticos más frecuentes en menores de 2 años es la **bronquiolitis**. Ésta es una inflamación de las vías aéreas ocasionada en el 70% de los casos por el virus sincicial respiratorio. El tratamiento de la bronquiolitis incluye broncodilatadores, eventualmente corticoides, antitérmicos pero no antibióticos. Las evidencias están condensadas y consensuadas en el Programa Nacional de Hospitalización Abreviada para niños menores de 5 años (Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación) y el Consenso de Bronquiolitis de la SAP. En la tabla II se ve qué se prescribe para esta enfermedad. Se han excluido las recetas en las que bronquiolitis se asocia a otros diagnósticos (por ejemplo, otitis) y se incluyen exclusivamente las que presentan bronquiolitis como diagnóstico único.

Tabla II. Prescripciones en bronquiolitis (código CEPS-AP 414)

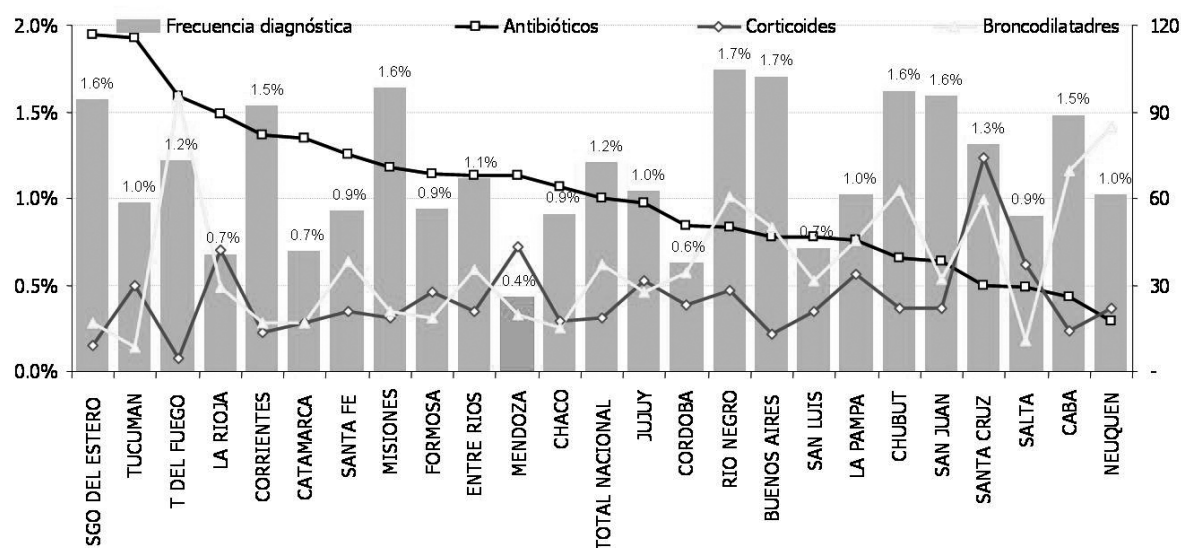
Grupo terapéutico	Porcentaje
Antibióticos*	39,6%
Broncodilatadores	24,7%
Antitérmicos/analgésicos	19%
Corticoesteroides (orales, inhalados, ampollas)	10%

*Más frecuente: amoxicilina = 27,9%.

FUENTE: Formularios R. Programa Remediar. Ministerio de Salud de la Nación, Publicado en Boletín PROAPS-Remediar Nº 18.

En el gráfico III se desagregan los diagnósticos (bronquiolitis) y las prescripciones por provincia: las columnas son frecuencias de diagnóstico y las líneas son prescripciones. Se ve que en Santiago del Estero al 100% de las bronquiolitis se les prescribe un antibiótico, cosa que es absolutamente inadecuada, y casi no se prescriben broncodilatadores. En el otro extremo tenemos una provincia como Neuquén, que tiene una mortalidad infantil específica por bronquiolitis cercana a cero y que realiza una prescripción de antibióticos que se acerca a cero. En Santa Fe se prescribe un antibiótico aproximadamente en el 70% de recetas que consigna bronquiolitis, y la frecuencia es 0.9% de las recetas.

Gráfico III. Diagnósticos de bronquiolitis y prescripciones por provincia.



FUENTE: Formularios R. Programa Remediar. Ministerio de Salud de la Nación, Publicado en Boletín PROAPS-Remediar N° 18.

Hay una inadecuada relación beneficio-riesgo y efectividad-costos en las prescripciones: al prescribirse antibióticos para cuadros virales, no se usa la medicación específica de manera adecuada. Esto es dilapidar los recursos. Por otro lado implica riesgos de efectos adversos y generación de resistencia bacteriana, con lo cual su efectividad se vuelve efímera para los cuadros en los que realmente sean necesarios. Hay mucha variabilidad en la práctica clínica entre las jurisdicciones, lo que lleva a la inequidad, con alta morbilidad evitable fundamentalmente con los insumos de que hoy se dispone.

Se concluye, en términos generales, que existe en la bronquiolitis sobreprescripción de antibióticos en muchas provincias, subutilización de salbutamol y gran variabilidad de la práctica clínica.

Respecto del caso de la **anemia**: éste es un gran problema de salud pública. Según la información disponible a partir de diversas encuestas nutricionales, el 50% de los niños menores de dos años está anémico por carencia de hierro. Los resultados de la Encuesta Nacional de Nutricional y Salud, constituyen un insumo fundamental para el diseño de políticas destinadas a resolver este problema de salud.

Se sabe que los chicos anémicos a los dos años, tienen alto riesgo de retraso mental irreversible, y que aún después de diez años de tratamiento con hierro se ven problemas en su neurodesarrollo. Las evidencias muestran que todos los lactantes deben recibir hierro, tanto preventivo como terapéutico. La preocupación de los prescriptores debe atender que no hayan oportunidades perdidas.

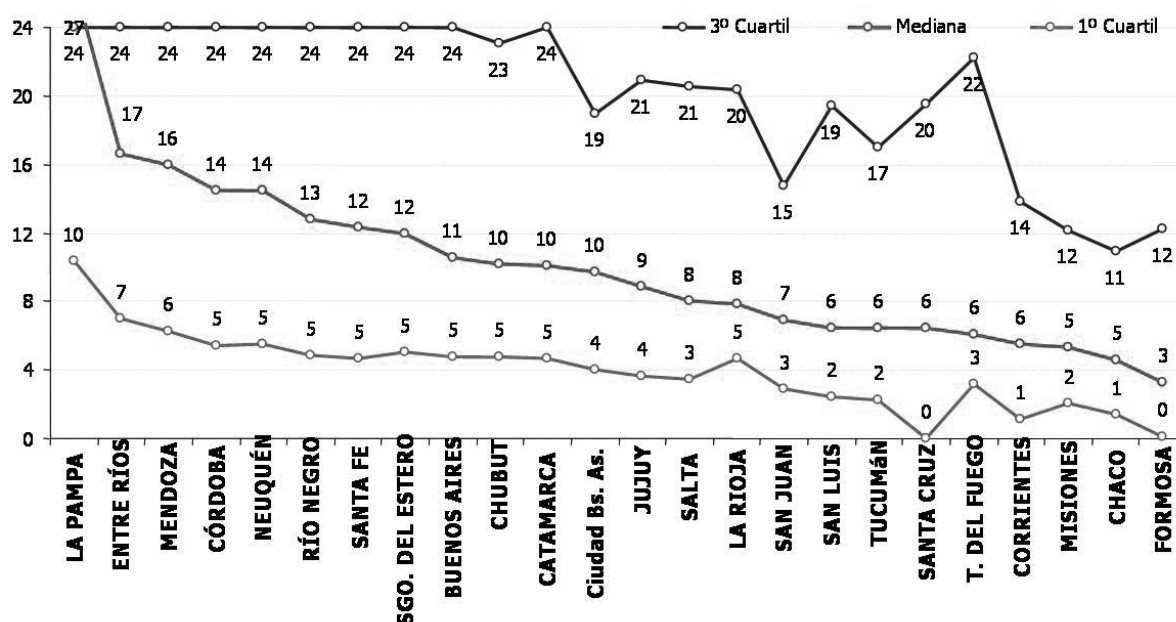
La tasa de prescripción de sulfato ferroso (cada 100 consultas, total nacional) es de 1,5 (fuente: formularios B).

Sólo:

- 1 de cada 15 menores de 5 años que consultan a los CAPS recibió prescripción de sulfato ferroso.
- 1 de cada 11 menores de 2 años que consultan a los CAPS recibió prescripción de sulfato ferroso.

Una hipótesis podría ser que no hubiera hierro disponible para ser prescripto. Pero, en el siguiente gráfico se muestran los stocks.

Gráfico IV. Stock de sulfato ferroso por provincia



FUENTE: Formularios B. Programa Remediar. Ministerio de Salud de la Nación

Se observa que se provee hierro pero no se prescribe y se acumula en los CAPS. En el gráfico, en la línea mediana, se ve que en el país, por ejemplo en La Pampa, la mitad de los centros tiene más de dos años de stock y ese número es ficticio porque es el máximo que da el sistema. No se prescribe hierro, lo cual es muy preocupante. No es fácil cambiar las conductas prescriptivas, pero **sin una prescripción racional, tampoco se resuelve el acceso**. Lo que puede mejorar la perspectiva de la alta prevalencia de anemia es la provisión de leche fortificada. Porque, cuando la población va en búsqueda de leche, recibe ese hierro a través de ella. Pero, eso va en contra de la lactancia materna y no es lo que se persigue.

La pregunta fundamental es **qué hacer**. El Programa REMEDIAR, con la información obtenida de su sistema, debe tomar decisiones respecto de la composición de su botiquín y del ajuste de las cantidades enviadas. Dos lógicas opuestas determinarían que aumentáramos o disminuyéramos la provisión de hierro. Al analizar la demanda y el stock, el botiquín debería reajustarse disminuyendo la cantidad de tratamientos de hierro provistos. La acumulación, genera que los CAPS se sobrecarguen en el almacenamiento, que la medicación pueda vencer sin haber sido utilizada y, por último, que los recursos -que son siempre escasos- no sean dirigidos a los problemas abordados. Por otro lado, si estudiamos la carga sanitaria y la necesidad (no la demanda), debemos aumentar sustancialmente la provisión de hierro. La prevalencia de anemia es un grave problema de salud pública. Es un problema reversible con un tratamiento adecuado. Sin embargo, aun cuando el tratamiento -el sulfato ferroso- está disponible, no es utilizado de manera adecuada. La solución adecuada al problema es el fortalecimiento de los vínculos entre los trabajadores sanitarios y la población. Los CAPS deben tener población a cargo y sus médicos responsabilizarse por el cuidado de la salud de su

población, aparte de la resolución de sus urgencias. Es evidente que un URM se da sólo en el marco de una práctica médica racional. Por ello, es necesario que el médico de los CAPS esté dispuesto a realizar tareas de promoción de la salud, prevención y detección temprana de la enfermedad. Hoy, cada consulta, aun la de urgencia, es una oportunidad para promover la salud, prevenir la carencia de hierro y disminuir los riesgos de un deficiente desarrollo intelectual de un parto complicado.

Las **conclusiones en el caso de la anemia** son que hay mucha **variabilidad** en la práctica clínica y hay **oportunidades perdidas**, porque cualquier oportunidad, una consulta por fiebre o por una otitis que supura puede ser una oportunidad para dar el hierro. El sistema en el primer nivel de atención está orientado más a los problemas agudos y mucho menos a la prevención, y ésta es una de las conclusiones centrales.

En el ranking de patologías, la **fiebre** figura en los primeros lugares, lo cual es un problema, porque supone una baja elaboración en los diagnósticos. En Santiago del Estero, la frecuencia de consultas por fiebre es del 13% y, en Santa Cruz, es menor al 2%. La frecuencia de diagnóstico fiebre por provincia muestra gran variabilidad regional, lo que puede tener diferentes significados: desde el lugar que representan la urgencia y la atención programada en las consultas del primer nivel, hasta el grado de complejidad en la elaboración del diagnóstico.

Es importante que Remediar provea medicamentos seleccionados racionalmente, como paracetamol o ibuprofeno, que son los prescritos. En las farmacias, el 50% de los medicamentos prescritos para fiebre es ácido acetil salicílico (A.A.S), lo cual no es racional, ya que los chicos que no deberían recibir aspirina por su asociación con el Síndrome de Reye. La dipirona, a nivel de las farmacias, representa casi el 10% de las prescripciones, a pesar de que este fármaco no está habilitado para la venta en muchos países desarrollados por los riesgos de agranulocitosis. En este caso, al tener un botiquín limitado a pocos medicamentos, es posible manejarlos racionalmente e incurrir en menos riesgos de efectos adversos. Por otro lado, la dispensa de los medicamentos es sólo el resultado final de la consulta médica, ya que se encuentra prohibida la automedicación. Ya se ha hablado extensamente de la automedicación, del mercado de venta libre y los riesgos que todo ello acarrea.

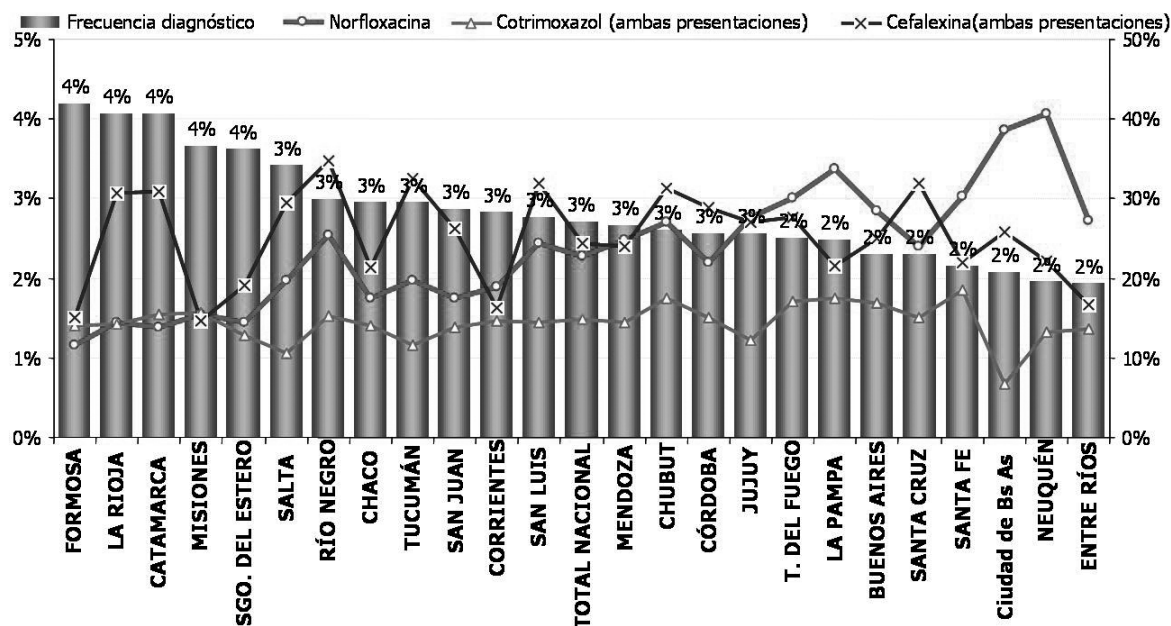
En el caso de la fiebre, hay variabilidad interprovincial en el diagnóstico o en su elaboración. La respuesta es la selección racional de medicamentos en un vademécum (botiquín) y dispensa como final de una consulta médica, lo cual mejora la relación beneficio/riesgo y la costo- efectividad.

La **infección urinaria (IU)** necesita una buena categorización. La mayoría de las mujeres (95%) con infección urinaria recurrente no tienen factores de complicación. Las fuentes de información sobre resistencia bacteriana son sesgadas, porque se mezclan los datos de los pacientes ambulatorios en centros de baja complejidad con los de alta complejidad. O sea, una persona con infección urinaria no complicada entra en los datos capturados por las redes y, cuando luego sale el output del laboratorio, la información es indiferenciada. Vale decir, es lo mismo que el paciente que está con sonda y polimedicado en una terapia intensiva, etc.

La evidencia en APS muestra que solamente el 11,6% de los uropatógenos, es resistente al cotrimoxazol y que sigue siendo efectivo para la infección urinaria no complicada en un 90% de los casos¹⁰. Por otro lado, es el medicamento más económico, cuesta la mitad al plan REMEDIAR que la cefalexina o la norfloxacin.

Infección urinaria no complicada. Evidencias:

- Clave de manejo: correcta caracterización. 95% de las mujeres con IU recurrente no tienen factores de complicación.
- Fuentes de información sobre sensibilidad a antibióticos: redes sesgadas de grandes centros de referencia (pacientes complejos, con ATB previos, procedimientos invasivos, etc.).
- Evidencias en APS: sólo el 11,6% de los uropatógenos en IU no complicada es resistente al cotrimoxazol (medicamento más económico).

Gráfico V. Infección Urinaria: frecuencia de diagnóstico y prescripción

FUENTE: Formularios R. Programa Remediar. Ministerio de Salud de la Nación

En el gráfico precedente se muestra que en el caso de la infección urinaria se pueden analizar:

- **Frecuencia de diagnóstico por provincia:** por ejemplo los porcentajes según lo consignado en las recetas son más elevados en Formosa, Misiones, Santiago del Estero, La Rioja y Catamarca, donde el 4% de las recetas tienen diagnóstico de infección urinaria. El porcentaje más bajo registrado es del 2% en varias provincias, entre ellas Santa Fe, Buenos Aires y Capital Federal. La media nacional es del 3%.
- En cuanto a los **antibióticos prescritos**, la cefalexina y la norfloxacin son los antibióticos fundamentalmente utilizados en la infección urinaria. En cambio la combinación de trimetoprima-sulfametoxazol (cotrimoxazol) es el menos utilizado. Este caso, entonces, es un ejemplo concreto de falta de criterios de costo efectividad para el manejo de la infección urinaria y de gran variabilidad clínica. Se denominaría variabilidad apropiada, si la resistencia fuera distinta en Entre Ríos o Neuquén que en Formosa, y entonces, obviamente, se justifica la variabilidad. Pero, la misma es inapropiada cuando las diferencias no surgen de condiciones epidemiológicas o problemas concretos y objetivos, sino de la práctica clínica.

Hace falta determinar en Argentina cuál es la sensibilidad de los gérmenes de infección urinaria en el PNA para casos no complicados. Hasta que no se conozcan estos datos, hasta que no se desarrolle la investigación local orientada a la APS, va a ser poco probable que haya URM. Por lo tanto, las **conclusiones en el caso de la infección urinaria no complicada** son que hay baja relación costo/efectividad y alta variabilidad en la práctica clínica. Y necesidad de investigación local, para determinar la sensibilidad bacteriana en la IU en el PNA por jurisdicción.

La **epilepsia** es un problema bastante frecuente, ya que el 0.5 % de la población la sufre.

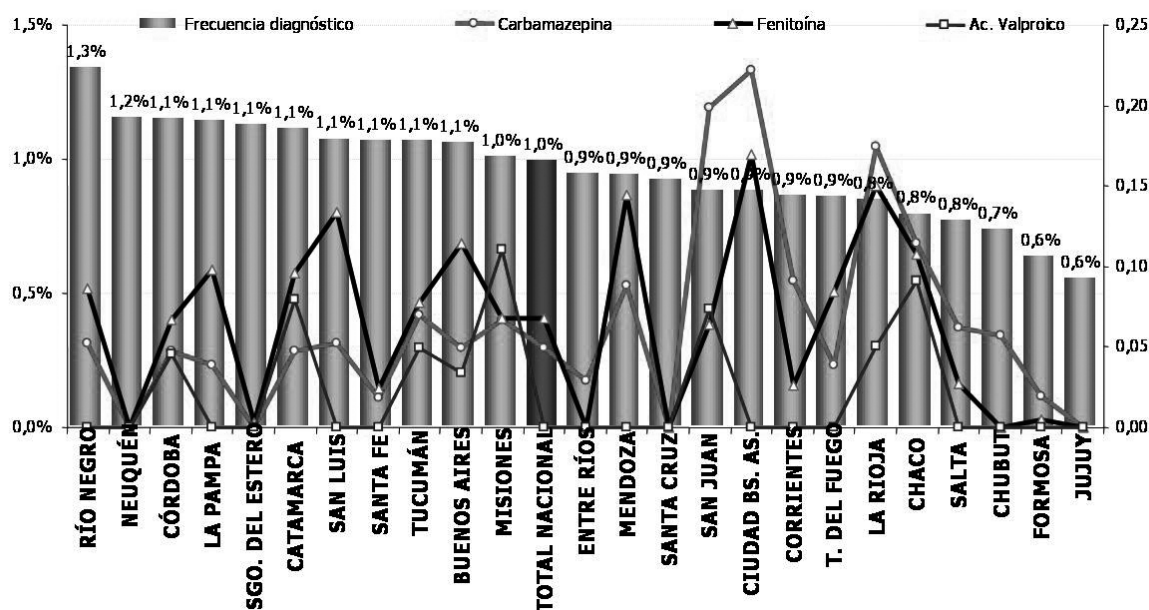
Tabla II. Epilepsia.

MEDICAMENTO	Tasa de Prescripción (cada 100 Recetas)			Stock en CAPS (en meses)		
	Pc 25	M	Pc 75	Pc 75	M	Pc 25
ACIDO VALPROICO	0.00	0.00	0.67	24 o más	24 o más	3.7
CARBAMACEPINA	0.00	0.70	1.41	13	1.1	0.0
FENITOINA	0.00	0.51	1.22	24 o más	12.0	2.5

FUENTE: Formularios R. Programa RemediAR. Ministerio de Salud de la Nación

El epiléptico que recibe medicación es una persona que hace vida normal y con buena calidad, en tanto que el que no la recibe, presenta altos riesgos, además de estar discapacitado. Cuando no hay drogas antiepilépticas accesibles, quien sufre la enfermedad, no recibe ninguna ayuda. Afortunadamente ahora hay medicamentos antiepilépticos. Pero cuando se estudia el stock de los tres antiepilépticos de primera línea que provee REMEDIAR en cada provincia se observa que al 25% de los CAPS les sobra todo el medicamento provisto y, a otro 25%, apenas si les alcanza. El percentilo 50 de stock de las drogas antiepilépticas es bastante alto en todas las provincias excepto para la carbamacepina.

Gráfico VI. Epilepsia Frecuencia de Diagnóstico y Tasa de Prescripción



FUENTE: Formularios R. Programa RemediAR. Ministerio de Salud de la Nación

En el gráfico VI se muestra la frecuencia de diagnóstico de epilepsia por provincia, y la tasa media de prescripción de los antiepilépticos. Se evalúa el PNA y se observa que: los pacientes epilépticos concurren a los hospitales, porque allí están los neurólogos, y pueden realizarse estudios como electroencefalogramas o TACs, pero en los hospitales no hay medicación antiepiléptica; la medicación se provee a los CAPS, donde no concurren los epilépticos, con lo que se acumula. La apuesta debe estar dirigida a una reorganización del sistema, para que exista una interrelación entre los distintos niveles de atención (redes, referencia y contrarreferencia). Que el paciente tenga su neurólogo y su hospital de referencia, pero además pueda ser controlado en el lugar más cercano a su domicilio, donde haya un médico de cabecera que dispense el medicamento, que controle el tratamiento y que pesquise los efectos adversos.

Las **conclusiones en la epilepsia** son: hay una alta variabilidad de la práctica clínica, que refleja diferencias en el modelo de atención, al que es necesario redefinir, pues es causa de inequidad; se considera que el servicio de neurología y el segundo nivel es imprescindible tanto para diagnóstico como para la decisión del tratamiento, pero que al PNA (al médico de atención primaria) le corresponde el control clínico y una serie de criterios que requieren la interrelación entre los sectores.

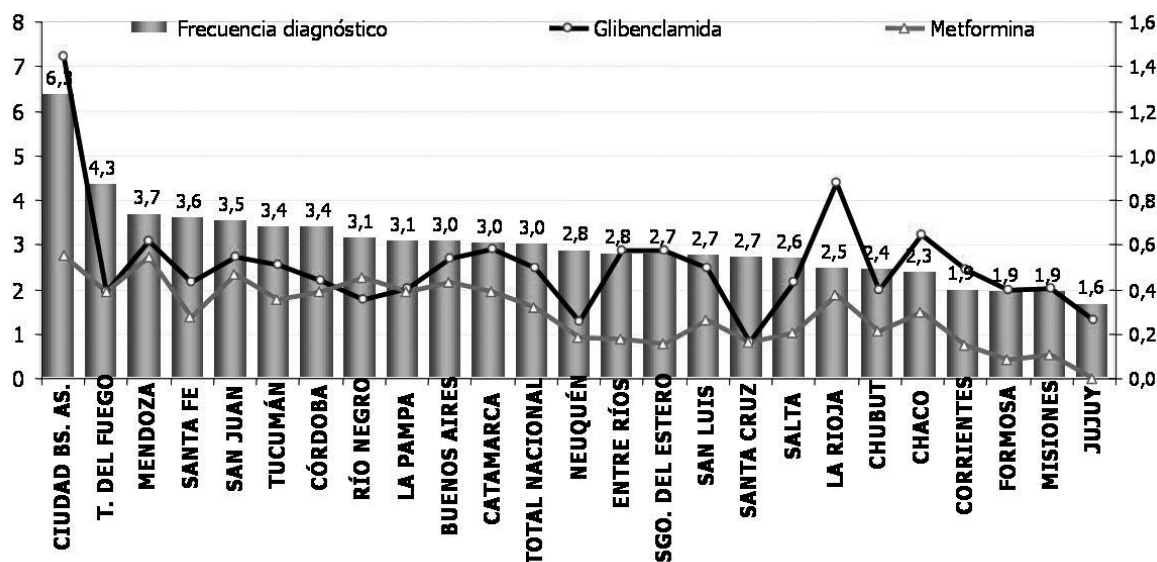
Respecto de la **diabetes mellitus tipo 2**: el Programa Remediar provee los dos principales hipoglucemiantes orales: metformina y glibenclamida. Como evidencia, la mayoría tiene sobrepeso. La metformina es la droga número 1 para el 80% de los diabéticos porque no promueve el aumento de peso, presenta menor riesgo de hipoglucemia, tiene más actividad hipolipemiante y presenta menos riesgo de mortalidad (la reduce) para casi todas las causas. Ello surge de las evidencias del UKPDS, que es el trabajo central y la bisagra en el conocimiento de la diabetes. La glibenclamida estaría indicada racionalmente en el 20% de diabéticos "flacos".

Diabetes mellitus Tipo II. Evidencias.

- El 75% de los diabéticos tipo 2 tiene sobrepeso u obesidad.
- En ellos, la metformina promueve descenso de peso, causa menor riesgo de hipoglucemia, tiene mayor actividad hipolipemiante.
- La metformina, comparada con otros hipoglucemiantes, presenta 32% de reducción de riesgo para cualquier evento clínico relacionado con la diabetes, 42% de reducción de riesgo para muertes relacionadas con la diabetes, 36% de reducción de riesgo para muertes por cualquier causa. (Fuente: UKPDS. *Effect of intensive blood-glucose control with metformin on complications in overweight patients with type 2 diabetes*. Lancet 1998;352:854).

En el siguiente se muestra como se prescribe para la diabetes tipo 2 en el PNA.

Gráfico VII. Diabetes II Frecuencia de Diagnóstico y Prescripción



FUENTE: Formularios R. Programa Remediar. Ministerio de Salud de la Nación

En la Ciudad de Buenos Aires, casi el 7% de las recetas tienen diagnóstico de diabetes y, en el extremo opuesto se encuentra Jujuy con el 1,6%. En cuanto a la prescripción, la glibenclamida, que es la droga que tendría que prescribirse en el 20% de los casos, se prescribe en el 70% y, la metformina, que tendría que usarse en el 80% se usa en el 30%, con alta variabilidad según la provincia. Esto podría seguir desagregándose por municipalidad y CAPS.

Las **conclusiones en relación al uso de medicamentos en diabetes tipo II** son que hay bajo uso de metformina y un alto uso de glibenclamida, lo cual significa una inadecuada relación beneficio/riesgo, y una alta variabilidad en la práctica clínica (diagnóstico y prescripción), lo cual conduce a inequidad.

La **hipertensión arterial (HTA)** constituye uno de los motivos de consulta y de prescripción de medicamentos más frecuente. La prevalencia de hipertensión es de alrededor de 30%, y está en aumento, debido al envejecimiento poblacional y a los hábitos de vida no saludables. En nuestro país el 32% de las muertes son debidas a enfermedades cardiovasculares. La presión arterial elevada podría explicar el 66% de los accidentes cerebrovasculares y la mitad de los casos de enfermedad coronaria. El Botiquín Remediar contiene medicamentos necesarios para el tratamiento de la HTA: hidroclorotiazida, atenolol y enalapril. Hay evidencias científicas concluyentes que demuestran que los diuréticos tiazídicos (la hidroclorotiazida), a bajas dosis, son las drogas más eficaces en el manejo de la HTA en el PNA, con efecto superior al enalapril, al atenolol y a un costo inferior. A continuación se sintetizan las evidencias:

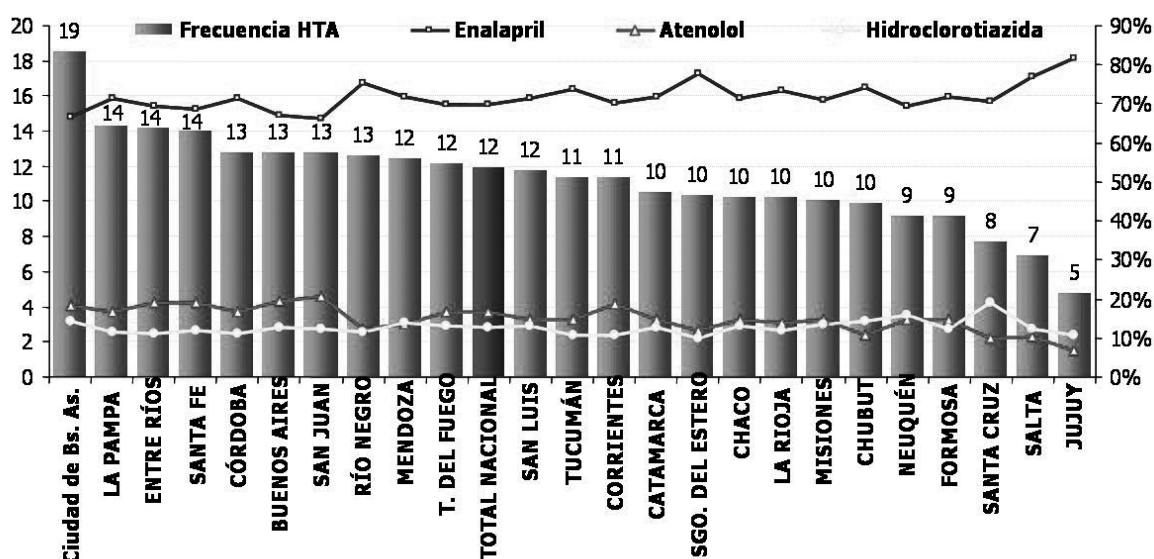
HTA Evidencias

- ALLHAT (33.35 pacientes > de 55 años de edad con HTA severa): los diuréticos tiazídicos son las drogas de primera elección: no han sido superados en descender la presión arterial, reducir eventos clínicos, tolerabilidad y bajo costo. La combinación de drogas es necesaria en el 60% de los pacientes; debe incluirse siempre un diurético tiazídico (*The Antihypertensive and Lipid-Lowering Treatment to Prevent Heart Attack Trial. JAMA 2002;288:2981-9*).
- Meta-análisis (42 ensayos que abarcaron 192.478 pacientes): los diuréticos a bajas dosis son la más efectiva línea de tratamiento de la HTA, para prevenir la morbilidad y mortalidad por enfermedad cardiovascular; si la droga más efectiva es la más económica, los estudios costo/efectividad son innecesarios (*Psaty et al. Health outcomes associated with various antihypertensive therapies used as first line agents. A network meta-analysis. JAMA 2003;289:2534-44*).
- Los diuréticos tiazídicos deben ser usados como tratamiento antihipertensivo inicial, solos o combinados con otras drogas (*Chohanian A, Bakris G, Black H, et al. The Seventh Report of the JNC on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of high blood pressure. JNC VII. JAMA 2003;289:2560-72*).

Lo que sucede en el PNA, según las recetas que se evalúan, es que a la inversa de lo que recomiendan las evidencias; el 58% de los tratamientos antihipertensivos son de enalapril, 21% de atenolol y 7% de hidroclorotiazida. Y, para el enalapril, es el techo porque se trabaja con muy bajo stock, con lo que se sospecha que si la provisión fuera mayor, se podría usar mucho más, enalapril. Se ve, que no se prescribe casi nada de hidroclorotiazida, al contrario de las evidencias. Nuevamente la pregunta es: si la oferta de Remediar debe responder a la demanda de los médicos según sus hábitos prescriptivos, o responder a los criterios de medicina basada en evidencia. En el primer caso no hay URM. En el segundo, aumenta el stock, con riesgo de vencimiento de los medicamentos.

El siguiente gráfico muestra la situación desagregada por provincia:

Gráfico VIII. HTA: frecuencia de diagnóstico y prescripción de antihipertensivos por provincia



FUENTE: Formularios R. Programa Remediar. Ministerio de Salud de la Nación

Hay gran variabilidad en la frecuencia del diagnóstico de HTA entre las diferentes jurisdicciones de la República Argentina. Se ve que la frecuencia de HTA en Jujuy es menor al 5%, en Salta del 7%, en cambio en la Ciudad de Buenos Aires es del 19% y en La Pampa llega al 14%. No hay razones epidemiológicas para ello. Hay también predominio homogéneo del uso del enalapril en el país sobre los otros antihipertensivos (atenolol e hidroclorotiazida). La sobreutilización de enalapril y la subutilización de hidroclorotiazida es un problema común en los CAPS y en las farmacias (el lotrial es el fármaco número 1 en ventas, lejos de la segunda droga).

Las **conclusiones en la HTA** son: que hay una inadecuada relación beneficio/riesgo y costo/efectividad, una alta variabilidad en la práctica clínica entre jurisdicciones, tanto diagnóstica como terapéutica.

Conclusiones

La evaluación de la calidad de la prescripción de medicamentos –medida como adecuación a las guías de práctica basadas en evidencias científicas– de los médicos del primer nivel de atención de las diferentes jurisdicciones de la República Argentina no es satisfactoria. Sin embargo, la posibilidad de evaluar cómo se utilizan los medicamentos en el PNA del subsector público de la Argentina representa un gran progreso en la solución del problema.

Para que los medicamentos se encuentren con quienes los necesitan, se requiere que se defina la red de atención. Se debe promover la prescripción racional: (parte de la definición del diagnóstico); plantear objetivos terapéuticos; jerarquizar los tratamientos no farmacológicos (estilos de vida); capacitar la selección del medicamento en función de eficacia, efectividad, seguridad, conveniencia y costos; considerar la dispensa y uso del medicamento a partir de la comunicación con el paciente; monitorear el cumplimiento y evaluar los resultados.

¿Qué resultados se deben esperar de las intervenciones para mejorar el Uso Racional del Medicamento? Un cambio de comportamiento entre los profesionales, de modo que la práctica clínica tenga en cuenta las recomendaciones, o sea disminuir la brecha entre saber y hacer. Un cambio en los resultados clínicos y en la salud de la población, mejorando la calidad de la atención, la salud y la satisfacción del paciente.

Sonia Tarragona, Catalina de la Puente*

Impacto económico del uso irracional de medicamentos en la Argentina

Importantes consecuencias

Como es definido por la Organización Mundial de la Salud, el uso racional de medicamentos “consiste en que los pacientes reciban la medicación adecuada a sus necesidades clínicas, en las dosis correspondientes a sus requisitos individuales, durante un período de tiempo adecuado y al menor costo posible para ellos y para la comunidad”. Cualquiera sea el desvío que se produzca en una o varias de las condiciones enumeradas, conlleva sin ninguna duda a un “uso irracional”. Es decir, una medicación que se administre y que no haya considerado correctamente la necesidad clínica, entraría dentro de los parámetros de lo que se considera un uso inadecuado. Al mismo tiempo si el medicamento se ajusta a las necesidades clínicas pero se indica en una dosis superior o inferior a la recomendable, también se estaría en presencia de una práctica irracional. Finalmente, si se administra por un período de tiempo que no responde a pautas de tratamiento racionales o si el costo es demasiado elevado para el individuo o la comunidad, estaríamos nuevamente en presencia de prácticas que conducen a un uso irracional del medicamento.

Todas estas formas de uso irracional producen importantes consecuencias desde el punto de vista médico, social y económico, ya sea en el propio individuo, en el sistema de salud e incluso en las condiciones de vida del usuario de medicamentos y de su comunidad. Por estas razones, a lo largo del tiempo y en la mayor parte de los países desarrollados y en desarrollo se implementan numerosas y variadas medidas que apuntan a resolver o mitigar el problema planteado¹. Para implementarlas con eficacia, se requiere determinar claramente qué tipo de práctica de uso irracional se está llevando a cabo y por qué motivos se produce (i.e.: excesiva o inadecuada prescripción por falta de conocimientos, falta de información, intereses individuales, etc.), de manera de elegir las estrategias adecuadas.

En definitiva, cualquiera sea la forma de uso racional que se presente requerirá un conjunto de acciones que minimicen los efectos que produce el uso inadecuado de medicamentos.

Impacto económico del uso irracional de medicamentos

Hechas estas consideraciones que introducen y dan cuenta de la gravedad que implica un uso irracional de medicamentos, el objeto de este artículo es más bien, concentrarnos en sus **consecuencias médicas, sociales y/o económicas**, analizando en profundidad estas últimas.

Consecuencias Médicas:

La inapropiada utilización de los medicamentos conlleva una inadecuada valoración de sus riesgos. Las consecuencias médicas de tal fenómeno se expresan en términos de aumento de morbilidad (enfermedad) y riesgo de mortalidad por los efectos adversos que implica el consumo de medicamentos innecesarios, de medicamentos equivocados, el empleo de dosis excesivas o insuficientes la adicción a los medicamentos, etc.

1. Un análisis detallado de las medidas de política empleadas para favorecer el uso racional, puede encontrarse en Tobar, Federico: "Estrategias Económicas y financiamiento del medicamento". Seminario Internacional: Política de medicamentos: Equidad y Acceso. Itacuruçá. Junio de 2000.

2. Fuente: "PERSPECTIVAS DE LA SALUD PÚBLICA PARA EL MILENIO" Máximo Rodríguez Márceles, QFUN. Agosto 2005 en base a OMS.

Si bien no existen estadísticas globales que den cuenta de la magnitud cierta de estas consecuencias, la siguiente información permite ilustrar la dimensión que puede llegar a adquirir²:

- * En muchos países, cerca de 2/3 de los antibióticos son usados sin prescripción.
- * Casi el 90% de los consumidores compran medicamentos prescritos para 3 días o menos días de tratamiento debido a la imposibilidad de pagar por un tratamiento completo.
- * Entre 4 y 5 de cada 1.000 prescripciones realizadas en hospitales son erróneas
- * 50% de las personas en todo el mundo fallan en tomar correctamente los medicamentos.

Consecuencias Sociales:

Si analizamos las **consecuencias sociales** del uso irracional de medicamentos podemos mencionar la creciente preocupación por la muerte o por la enfermedad, que lleva a consumir medicamentos con la única intención de prolongar la vida, o retrasar la aparición de síntomas y que muchas veces lejos están de curar una enfermedad. Por otro lado, la insatisfacción por la atención de salud recibida o la pobre calidad de vida (trabajo, convivencia, recreación) en muchos casos alientan el consumo irracional y favorecen la autoprescripción. Estas consecuencias, si bien son sumamente significativas, no pueden ser fácilmente cuantificables.

Consecuencias económicas:

Por último, en cuanto a las consecuencias económicas, puede asegurarse que el uso irracional incrementa los costos del sistema de salud. El consumo irracional de medicamentos conduce a resultados subóptimos en términos de eficiencia e introduce una distorsión en uno de los ejes fundamentales de la atención y cuidado de la salud: los tratamientos farmacológicos.

Esta distorsión genera costos innecesarios para el sistema de salud en términos de una mayor utilización de otros recursos. Se produce un aumento de los costos de atención por una mayor demanda de consultas médicas y por la aparición de eventos que requieren hospitalización.

Se estima que el uso inadecuado de medicamentos es el causante de entre el 8 y el 10% de los ingresos a hospitales, del 25% de los ingresos de personas mayores de 65 años, del 10 al 15% de las consultas de urgencias en zonas urbanas y del 50% de resultados insatisfactorios en los tratamientos administrados.

Un informe publicado en EE.UU. da cuenta de que las reacciones adversas a los medicamentos son una de las principales causas de muerte en los hospitales americanos, provocando alrededor de 2 millones de episodios serios de enfermedad y 100.000 muertes por año.

La morbi-mortalidad estimada relacionada con los medicamentos en la atención ambulatoria en los EE.UU. costó en 1995 U\$S 76 mil millones. En el 2000, la cifra alcanzó los U\$S1.774 mil millones³.

Estas estadísticas nos muestran que el consumo irracional de medicamentos genera una importante carga económica para la sociedad. La participación del gasto en medicamentos es importante en los países que, como el nuestro, absorbe entre 25 y 70% del gasto total en salud. Esto hace que el gasto irracional en medicamentos genere pérdidas y represente una potencial causa de empobrecimiento para la sociedad.

3. Johnson JA, Bootman JL. Drug Related Morbidity and Mortality. Arch Intern Med, 1995. Ernst FR, Grizzle AJ. Drug-related morbidity and mortality: updating the cost-of-illness model. J Am Pharm Assoc 2001;41:192-9



La solución a esta problemática dista de ser sencilla, existe un marcado conflicto de intereses. La industria se guía por el deseo de obtener mayores beneficios y las autoridades sanitarias, en representación de la sociedad, deben confrontarse a tales condiciones y llevar adelante acciones que permitan dirimir esas prácticas. Reconciliar esta diferencia de intereses es tarea ardua y significa un gran desafío en muchos países del mundo y no sólo en el nuestro. Los laboratorios farmacéuticos producen y promocionan productos que no siempre resultan esenciales y tal hecho se traduce en un incremento automático de la participación del gasto en medicamentos en el total de los gastos destinados al cuidado de la salud tanto para el estado como para las familias.

Finalmente, se evidencia que son muchos los aspectos a tener en cuenta al abordar esta problemática, necesariamente deben tenerse en consideración las intrincadas relaciones entre los distintos actores y esta tarea implica un esfuerzo de gran magnitud para las autoridades sanitarias nacionales.

La experiencia argentina y las mejoras alcanzadas en el uso racional de medicamentos a través de la implementación de la ley de prescripción de medicamentos por su nombre genérico y del Programa REMEDIAR, demuestra que una política nacional de medicamentos integral y consensuada, genera excelentes resultados en términos de mayor acceso y mayor equidad a uno de los componentes más importantes en el cuidado y atención de la salud: el tratamiento farmacológico.

Referencias bibliográficas

- Ernst FR, Grizzle AJ. Drug-related morbidity and mortality: updating the cost-of-illness model. J. Am. Pharm. Assoc. (2001).
- González García, Ginés, Tarragona, Sonia y de la Puente, Catalina: "Medicamentos: Salud, Política y Economía". Ediciones ISALUD, (2005).
- González García, Ginés: Remedios políticos para los medicamentos. Buenos Aires, ISALUD, (1994).
- Johnson JA, Bootman JL.: Drug Related Morbidity and Mortality. Arch Intern Med, 1995.
- WHO Essential Drugs and Medicines Policy (EDM), The Rationale of Essential Drugs, World Health Organization, Ginebra. (1999),
- WHO Guidelines for Drug Donations. Revised 1999, Interagency Guidelines, World Health Organization, Ginebra. (1999),
- WHO Guidelines for Safe Disposal of Unwanted Pharmaceuticals in and after Emergencies, Interagency Guidelines, World Health Organization, Ginebra. (1999),
- WHO Objectives of the Policy, Access, and Rational Drug Use (PAR) Team, World Health Organization, Ginebra. (1999)

Amanda Galli*

Enseñar y aprender con modalidad de educación a distancia

El propósito de esta comunicación es describir las características de los programas de capacitación y de educación continua con modalidad de educación a distancia. Inicialmente se presenta una caracterización de la educación presencial, que es la que todos han vivido como alumnos y como docentes, porque a partir de lo conocido se hace más fácil reconocer diferencias.

Educación Presencial

La educación convencional se caracteriza por el encuentro de los docentes y los alumnos en un mismo tiempo y lugar: horario de clases y edificio escolar. Maestros y alumnos deben estar físicamente presentes en el mismo lugar al mismo tiempo. Una característica de la educación presencial es que el servicio que se brinda es consumido en el lugar y en el momento en el que se produce.

La base de la enseñanza es el dictado de las “clases” que, como la “lectio” medieval, se basa en la transmisión oral de la información. El maestro habla frente a sus alumnos, la comunicación es “cara a cara”. Recién en los últimos 100 años se han incorporado, en el sistema educativo formal, algunos “trabajos prácticos” y las bibliotecas. Hoy, en la educación presencial sigue predominando la comunicación oral y los recursos tecnológicos que se usan, con relativa frecuencia, son el pizarrón y las diapositivas.

Los servicios educativos presenciales necesitan edificios ad hoc para ese encuentro entre maestros y alumnos; en los costos también se contabilizan el tiempo y el gasto en transporte de maestros y alumnos para llegar al edificio escolar. La construcción y mantenimiento de los edificios escolares es uno de los recursos más limitantes cuando los gobiernos, de cualquier país, deciden ampliar la cobertura de servicios educativos para toda la población.

Educación a Distancia

La educación a distancia se caracteriza por la separación del profesor y de los alumnos, la comunicación cara a cara, típica de la educación presencial, es reemplazada por la comunicación mediada por la tecnología. Existe comunicación entre el docente y cada uno de sus alumnos pero de modo diferido, hay un espacio de tiempo entre lo que “dice” el profesor y lo que “recibe” el alumno. Por eso se dice que la comunicación es asincrónica y que el feedback es diferido.

El servicio educativo producido es consumido en otro tiempo y en otro lugar, por lo tanto uno de los problemas clave de la educación a distancia es la distribución de la información.

La educación a distancia empezó a implementarse hace poco más de 150 años; nació vinculada a la industria del transporte (ferrocarriles). Generalmente se identifica el nacimiento de la educación a distancia con la Revolución Industrial. Los primeros programas, en Inglaterra, fueron los cursos por correo: materiales educativos impresos distribuidos por correo postal destinados justamente a los trabajadores del ferrocarril.

Lo típico de esta modalidad es que alumnos y maestros no viajan para encontrarse en el edificio escolar sino que son los materiales educativos- en sus distintos formatos- los que “viajan” a los domicilios particulares o laborales de los alumnos.

La Educación a Distancia se ha convertido en una forma de socializar el conocimiento, la información puede llegar a todos los interesados independientemente de qué lejos se encuentren de un centro universitario y puede llegar a una gran cantidad de sujetos sin la limitación de la capacidad de los edificios escolares.

*Licenciada en Ciencias de la Educación.

Miembro de los equipos de producción de materiales educativos para a) Programas de Educación Médica a Distancia: Pediatría (PRONAP); Ginecología, Mastología, Tratamiento del Dolor, Salud del Adolescente (EDISA). b) Programas de Educación a Distancia para la Formación de Formadores implementados por AFACIMERA para los docentes de Ciencias de la Salud.

En 1960, en Inglaterra, se creó la primera “universidad abierta” (open university) que flexibilizó el acceso a los estudios superiores y que, desde entonces, brinda la enseñanza con modalidad de educación a distancia. La Open University de Londres ha evaluado sus resultados y encuentra que sus egresados son aceptados en el mercado laboral y que también acceden a los posgrados dictados por universidades convencionales.

En la universidad “open” los alumnos no concurren a clases. Por este hecho es que quedaron vinculados estos dos términos “educación abierta” y “educación a distancia” con un significado de accesibilidad, de democratización de la educación. La educación abierta se identifica con una serie de principios y valores: facilidades para acceder a la educación superior, acceso a la información y al conocimiento, diferentes posiciones y teorías frente al dogmatismo, reconocimiento y tolerancia de las diferencias culturales y multiétnicas.

Hoy existen Universidades Abiertas (en Venezuela, Tanzania, Cataluña, Bangladesh) y Universidades de Educación a Distancia (en Madrid, Costa Rica, USA). Últimamente se advierte una tendencia: se está prefiriendo la denominación Universidad de Educación a Distancia más que la de Universidad Abierta porque en realidad los principios de la educación abierta también pueden orientar la educación presencial.

En algunos grupos académicos y profesionales todavía hoy persiste una especie de “prejuicio” en relación a la educación a distancia considerándola de “segunda clase”, “facilista” o destinada sólo para aquellos sectores sociales que no pueden concurrir a la escuela- universidad porque tienen que trabajar.

Marta Mena¹ señala que “ en general los sistemas educativos han superado los prejuicios hacia la Educación a Distancia aceptando en pie de igualdad los estudios con esta modalidad y promoviendo su integración en instituciones convencionales dando origen a gran cantidad de universidades bimodales².”

En la educación presencial los alumnos son muy dependientes de los estímulos, explicaciones y control del profesor; la educación a distancia se basa en el estudio independiente. La transmisión de la información se hace a través de módulos impresos que se envían por correo postal al domicilio de los alumnos y/o a través de documentos que se distribuyen por correo electrónico o se acceden en internet. El alumno tiene disponible “su clase” en el momento que él decida estudiar. La educación a distancia se caracteriza por su gran flexibilidad: el sujeto aprende cuando y donde él quiere. Un aprendiz autónomo trabaja sin necesidad de estimulación externa: organiza su tiempo y sus recursos

La educación a distancia **no es un método fácil de aprendizaje** porque se basa justamente en esa independencia y libre decisión del sujeto. Se han identificado las principales barreras u obstáculos para aprender con esta modalidad :

- requiere mucha voluntad y decisión por parte del sujeto que aprende: él debe decidir qué otras actividades abandona para dedicarse a estudiar y él debe encontrar la oportunidad de hacerlo
- si bien puede darse la casualidad que algún colega o vecino esté participando en el mismo programa, lo habitual es que el aprendiz deba “arreglárselas solo”.
- carece de un control externo que le informe cómo va progresando

En general, en los programas de Educación a Distancia se registra un alto grado de deserción. Para prevenir el abandono se implementan distintas estrategias de acompañamiento (tutorías y/o encuentros presenciales)

Tampoco es fácil enseñar con esta modalidad, las tradicionales “clases teóricas” dictadas por los profesores deben ser transformadas en material didáctico para el autoaprendizaje. Los docentes deben cambiar su modo de enseñar: de dictar clases y conferencias deben pasar a diseñar materiales educativos utilizando las nuevas tecnologías de comunicación; de ser el “centro” de la enseñanza -en la que son autosuficientes- pasan a ser un miembro más de un equipo de producción.

1. Mena M. La imagen social de la educación a distancia. Tecnología y Comunicación educativas. 2002. año 16 n° 34-35:68

2. Universidades bimodales: ofrecen cursos presenciales y cursos con modalidad a distancia.

3. transposición didáctica: convertir los contenidos científicos en material de aprendizaje, secuencia de los temas, organización del discurso. Además se diseñan ejercicios y pruebas de autoevaluación.

La producción de los materiales educativos requiere un equipo técnico integrado por

- los profesores o especialistas: que pasan a ser “expertos en contenido”.
- los pedagogos especialistas en tecnología educativa que deben realizar el “procesamiento didáctico” o “transposición didáctica”⁴
- los diseñadores gráficos responsables del formato de textos y ejercicios
- si son materiales impresos, intervienen los técnicos imprenteros que establecen sus especificaciones según la tecnología disponible.
- si son materiales en soporte electrónico, participan los informáticos que elaboran los software para que esos materiales puedan “viajar” por el ciberespacio. El desafío es lograr materiales “amigables”, fáciles de navegar.

La interacción y articulación entre tan diversos especialistas generalmente es difícil y el coordinador general del proyecto es una figura clave: debe ser un gran mediador para resolver los conflictos que ineludiblemente se generan entre las personas involucradas. Los profesores, con años de experiencia en el dictado de cursos, se sienten particularmente inseguros debido a que deben adoptar un comportamiento totalmente diferente del que están acostumbrados a tener en el aula. Y los técnicos que dominan ciertas tecnologías no registran que otras personas del equipo no comparten esas tecnologías. Es menos conflictivo producir material impreso que materiales con soporte electrónico porque los docentes- expertos en contenido- están familiarizados con los textos y generalmente han escrito algún trabajo para publicar pero no tienen experiencia en “navegar” un programa de e-learning y tampoco conocen las posibilidades y limitaciones de las plataformas disponibles.

La implementación de un programa de educación a distancia en una institución educativa o en una sociedad científica significa la organización y articulación de 5 subsectores o grupos de trabajo:

- producción de los materiales
- sistema de tutorías
- distribución de los materiales
- evaluación del aprovechamiento (pruebas y exámenes) y del programa
- apoyo administrativo registros y reclamos

Los programas de educación a distancia requieren una cuidadosa organización institucional y un importante control de gestión.

Educación a Distancia mixta

Se han mencionado la Educación Presencial y la Educación a Distancia. Existe una tercera modalidad que se identifica como “blended”, “mezclada” que ha dado origen a la expresión “b-learning”.

El “b-learning” se reconoce cuando la educación presencial se enriquece con materiales impresos, con videos, con materiales digitalizados, utiliza la PC en el aula.

La educación a distancia, basada en materiales impresos o digitalizados, se combina con algún componente presencial y/o de comunicación personalizada.

A partir de 1980 con la revolución electrónica se recupera la comunicación interpersonal sincrónica. Los docentes dictan sus clases como teleconferencias e interactúan con los alumnos utilizando medios electrónicos. “La interacción cara a cara ha sido recreada electrónicamente”⁴

Aparece en el lenguaje cotidiano otra expresión : “educación virtual”. Tiffin⁵ afirma “ La idea de una clase virtual es la de que todos puedan hablar y ser escuchados e identificados y todos puedan ver las mismas palabras, diagramas y fotos al mismo tiempo”

La educación virtual se basa en una comunicación sincrónica: teleconferencia via satélite, chat, foro, en días y horario preestablecido. Requiere aulas electrónicas, PC, los usuarios deben tener un buen grado de alfabetización informática y deben disponer de acceso a internet con banda ancha.

También se pueden establecer contactos personales vía e-mail a través de la presentación de trabajos escritos, informes (assignment), que el tutor debe corregir y devolver a los alumnos lo más rápido posible.

4. Keegan D. Foundations of distance education. Routledge. London 1996

5. Tiffin J, Rajasingham L. En busca de la clase virtual. Paidós. Buenos Aires 1997

Está demostrado que en el proceso de aprendizaje, la interacción personal es motivante e influye en el mantenimiento del esfuerzo que demanda el estudio y previene el abandono. Por este motivo es que algunos programas de educación a distancia también desarrollan “encuentros presenciales” en los que docentes y alumnos, en día y hora preestablecidos, se encuentran para trabajar juntos. En los encuentros presenciales de los programas de educación a distancia están desterradas las clases expositivas o las conferencias de expertos porque la información ya ha sido distribuida; cuando tutores y alumnos se encuentran, es para interactuar y debatir sobre casos, problemas y ejercicios que deben ser previamente preparados por el equipo docente. Los encuentros presenciales deben ser desarrollados utilizando técnicas de trabajo en grupo, discusión de casos, cine-debate, dramatizaciones y otras formas que articulen teoría y práctica y que conduzcan a la reflexión sobre la práctica.

Educación médica continua y Educación a distancia

Harden⁶ señala que la “disponibilidad de las nuevas tecnologías de la información y de la comunicación es lo que hará posible dar respuesta a las crecientes demandas de educación médica continua. La educación médica continua debe utilizar recursos- materiales educativos- que sean relevantes, contextualizados, que promuevan el aprendizaje autónomo y que brinden oportunidades para la autoevaluación. Todos los recursos deben estar accesibles en el momento que el médico los necesite (just in time learning)”.

En Argentina en los últimos 15 años se han implementado un gran número de programas de educación médica a distancia para graduados. Se han desarrollado desde universidades, sociedades científicas, asociaciones profesionales y desde la industria editorial. Algunos de estos programas tuvieron una duración determinada, dos años por ejemplo, y otros se han convertido en programas permanentes. En términos generales, esta modalidad ha tenido un alto grado de aceptación entre los profesionales.

En Inglaterra se realizó un estudio⁷, con profesionales y estudiantes de ciencias de la salud, sobre la efectividad del aprendizaje basado en recursos electrónicos (e-learning). Se encontró que el aprendizaje era poco efectivo y se identificaron algunos factores que interfieren: baja calidad de los materiales educativos disponibles, en la producción de los materiales no se aplican los principios del aprendizaje, costos de producción muy altos, acceso limitado a los recursos informáticos, falta de seguridad en el manejo de la PC por parte de los usuarios, falta de interacción personal, falta de acompañamiento (tutorías).

Nolla Domenjó⁸ dice que “El aprendizaje basado en la experiencia es el motor de la evolución y transformación de los profesionales en ejercicio. El proceso principal de aprendizaje es la reflexión sobre la práctica”.

El éxito de un programa de educación médica continua depende, en primer lugar, de la pertinencia y relevancia de los contenidos. Particularmente en el caso de la educación médica, el desafío de un programa de actualización es encontrar las formas de promover la reflexión sobre el trabajo en el hospital, en el centro de salud... Superar la transmisión “enciclopedista” de información sigue siendo el desafío de la educación cualquiera sea su modalidad: presencial o a distancia. Está demostrado que los profesionales adultos, como estrategia de actualización prefieren la interacción y consulta entre colegas: un programa de actualización profesional con modalidad de educación a distancia debe intentar generar esa atmósfera de discusión entre pares para que el aprendizaje sea efectivo y se logre el propósito final de toda la educación médica que es el mejoramiento de la calidad de los servicios de salud que recibe la comunidad.

6. Harden R M. A new vision for distance learning and continuing medical education. J Contin Edu Health Prof 2005; 25 (1):43-51

7. Childs S, Blenkinsopp E, Hall A, Walton G. Effective e-learning for health professionals and students-barriers and their solutions. A systematic review of the literature-findings from the HeXL project. Health Info Libr J. 2005; 22 Suppl 2: 20-32

8. Nolla Domenjó M. Aprendizaje y contextos reales. Educación Médica 2002;5(4):161-2

Jorge Aguirre^{*} - Caterina Milone, Claudia Roitter, Ana López^{**} - Mariana Carbajal^{***}

Experiencia docente de post-grado con la guía de la buena prescripción en el Programa nacional Remediar⁽¹⁾

Introducción

Habitualmente el acto médico culmina con la prescripción de un medicamento. La prescripción racional se consigue cuando el profesional bien informado, haciendo uso de su mejor criterio, prescribe al paciente un medicamento bien seleccionado, en la dosis adecuada durante el período de tiempo apropiado y al menor coste posible tanto para el paciente como para la comunidad¹.

Seleccionar el medicamento adecuado es un ejercicio de inteligencia clínica donde participan conocimientos sobre eficacia, seguridad, conveniencia y costo de los fármacos; por tanto, el efecto de los medicamentos no depende solamente de sus propiedades farmacológicas, sino también de otros factores como el uso apropiado por parte de los profesionales de la salud.

Según informes de la Organización Mundial de la Salud (OMS) el 50% de los medicamentos se prescriben, dispensan y comercializan en forma inadecuada en todo el mundo, lo que conduce a un uso inapropiado y por ende irracional de los medicamentos².

La formación médica en farmacoterapéutica que comienza en el período de Pre-grado, se continúa en el postgrado y se actualiza a lo largo de toda la vida profesional, es de capital importancia para que el médico prescriptor esté en condiciones de tomar decisiones terapéuticas de calidad.

La Guía de la Buena Prescripción (GBP) publicada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), utiliza la enseñanza basada en problemas para ir paso a paso a través del proceso de la prescripción razonada; en ella se refuerza que la elección de un tratamiento eficaz y seguro muchas veces no involucra la elección de un fármaco, y se otorga habilidades y herramientas necesarias para que la prescripción sea un ejercicio de inteligencia clínica y no un simple reflejo espinal.

En el proceso educativo es imprescindible establecer necesidades de aprendizaje para generar modificaciones en la práctica clínica; estas necesidades deben ser consideradas como el punto clave para iniciar sistemas educativos formales dirigidos a la mejora profesional, y deben formar parte de las políticas educativas para desarrollar programas de formación continuada³.

El Programa Nacional de Reforma de la Atención Primaria de la Salud (PROAPS) tiene como objetivo aumentar la cobertura, promover la equidad y mejorar las condiciones de salud, a través de una reforma en la organización, prestación y financiamiento de los servicios de la Atención Primaria de la Salud (APS) en todo el país. Con el objetivo específico de lograr un Uso Racional de los Medicamentos, se desarrolla el programa REMEDIAR que además de proveer medicamentos de uso



1. El presente artículo es un extracto del trabajo publicado en el volumen IX número 2 de la revista de la Escuela de Salud Pública de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Córdoba.

^{*}Prof. Dr. Director del Centro de Farmacoepidemiología y Uso Racional de Medicamentos Escuela de Salud Pública, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Córdoba. (Director of the Centre of Pharmacoepidemiology - School of Public Health - School of Medicine - National University of Córdoba)

^{**}Jefes de trabajo Práctico

^{***}Coordinadora Operativa. Escuela de Graduados. Centro de Farmacoepidemiología y Uso Racional de Medicamentos, Escuela de Salud Pública, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Córdoba.

ambulatorio en forma gratuita, capacita a los médicos de APS por medio de convenios realizados con diferentes universidades nacionales. La Universidad Nacional de Córdoba asume el compromiso de capacitar la zona centro del país y es por ello que a través de la Escuela de Graduados se convocó al Centro de Farmacoepidemiología y Uso Racional de Medicamentos de la Escuela de Salud Pública para cumplimentar dicha tarea.

Intervención educativa y encuesta

La metodología empleada consistió en dos instrumentos:

1) Intervención educativa: *modalidad talleres de aprendizaje basado en problemas (ABP) con docentes facilitadores*. Se realizaron 30 (treinta) talleres de capacitación durante 14 meses consecutivos, desde el 10-10-2003 hasta el 10-12-2004. Se desarrollaron en 8 provincias argentinas: Catamarca, Córdoba, La Rioja, Mendoza, Misiones, San Juan, San Luis y Santa Fe. La duración de cada uno de los talleres fue de 8 (ocho) horas y se desarrollaron en cinco módulos.

Los objetivos propuestos para los talleres fueron: a) comprender la importancia del Uso Racional de Medicamentos, b) otorgar conocimientos sobre la metodología propuesta en la Guía de la Buena Prescripción de la OMS y c) aplicarlos para resolver un problema de salud prevalente.

Para realizar la convocatoria a los talleres, primero se acordaba con los representantes de cada provincia las ciudades en donde se implementarían; luego, estas convocatorias eran particularizadas a determinados Centros de Atención Primaria (CAPS), que a su vez elegían los representantes sanitarios en colaboración con Remediar Central (Buenos Aires). Para el desarrollo de los talleres se acordó con las otras Universidades Nacionales utilizar la metodología de enseñanza basada en la resolución de problemas propuesta por la Guía de la Buena Prescripción. El material bibliográfico utilizado en cada taller estuvo formado por la Guía de la Buena Prescripción, el Formulario Terapéutico Nacional (COMRA) y bibliografía actualizada, seleccionada, traducida al español y relacionada con el problema de salud escogido para el desarrollo de cada taller. Todo el material bibliográfico fue provisto y enviado a cada ciudad por Remediar Central con un anticipo de 7 a 10 días para que los profesionales participantes pudieran hacer lectura del mismo antes de la realización de los talleres.

El equipo de docentes-facilitadores estuvo compuesto por 2 (dos) Jefes de trabajos prácticos del Centro de Farmacoepidemiología debidamente entrenados por la OMS en la enseñanza basada en problemas propuesta por la Guía de la Buena Prescripción y 2 (dos) residentes de Medicina de Familia que eran previamente entrenados en esta metodología.

Primer módulo: introducción al Uso Racional de Medicamentos y entrega de las consignas de trabajo en taller utilizando la Guía de la Buena Prescripción y el material bibliográfico.

Segundo módulo: división de los participantes en 4 (cuatro) grupos con 1 (un) docente como facilitador, donde se desarrolló el paso a paso de la terapéutica razonada para la selección de un medicamento: definición del problema de salud o diagnóstico, especificar el objetivo terapéutico, hacer un inventario de los grupos farmacológicos, y posterior selección de un medicamento de primera elección o medicamento personal (Medicamento-P), según criterios de perfil farmacológico, eficacia, seguridad, conveniencia y costo.

Tercer módulo: se convocó a todos los prescriptores participantes a una asamblea donde cada grupo presentó sus resultados en una tabla, siguiendo los criterios preestablecidos anteriormente y justificó ante la asamblea su elección farmacológica, la cual no debía coincidir necesariamente con las de los otros grupos.

Cuarto módulo: se realizó una nueva formación de los 4 grupos con su docente-facilitador y se les asignó un problema de salud o caso clínico (real o simulado) en donde debían poner en práctica los pasos de la terapéutica razonada y definir si el medicamento-P previamente seleccionado era adecuado -o no- para este paciente particular.

Quinto módulo: se reunió a todos los participantes a una nueva asamblea para la exposición oral de los diferentes casos clínicos, las discusiones desarrolladas con sus ejes principales y las conclusiones obtenidas con sus respectivos fundamentos. En esta asamblea el coordinador general del taller rediscutió las conclusiones y fundamentos de cada grupo, efectuó comentarios sobre el desarrollo general del taller y dio así por culminado el mismo.

2) Encuesta: *sobre las expectativas y la percepción del método educativo.* Al final de cada taller se entregó una encuesta para que los profesionales participantes opinaran sobre algunos aspectos del Plan Nacional Remediar y sobre el desarrollo del taller realizado. Las encuestas fueron anónimas, debiendo ser elevadas a Remediar Central junto con un informe del responsable universitario.

Resultados

Se realizaron 30 (treinta) talleres en 8(ocho) provincias argentinas, capacitando a un total de 1.136 prescriptores con un promedio de asistencia por taller de 38 profesionales.

En las encuestas realizadas el 100 % de los participantes consideraron importante la formación en el Uso Racional de los Medicamentos. En cuanto a la prescripción por nombre genérico el 96 % consideró que era importante promoverla. En cuanto al tipo de modalidad de capacitación preferida, 753 encuestados (66 %) eligió la modalidad de taller; 154 (14%), material gráfico; las otras modalidades lograron poca adhesión: CD (6%), Internet (8%), cursos a distancia (2%)-; por tanto, la opción más elegida por los encuestados fue la única modalidad propuesta en la encuesta que contemplaba una relación directa con docentes.

En relación específica con el desarrollo del taller, se les preguntó a los asistentes si consideraban que la metodología de enseñanza utilizada era adecuada, a lo cual un 78% respondió que sí lo era "en gran medida" y un 20% "moderadamente", a pesar de ser su primer contacto con este tipo de enseñanza instrumentada desde este plan.

En cuanto a los objetivos y presentación del taller para facilitar la comprensión y orientación del aprendizaje, el 80 % de los participantes lo consideró positivo "en gran medida" y el 18% "moderadamente".

En relación a la bibliografía, ésta fue evaluada positivamente por el 80 % de los participantes. En cuanto a las expectativas, resultados del proceso y participación en el taller también una amplia mayoría (70 a 82 %) consideró valioso el desarrollo del mismo.

Conclusiones

Los resultados pueden considerarse positivos, a pesar de factores adversos, tales como la heterogeneidad de los concurrentes, y fundamentalmente, las dificultades que en forma frecuente se presentaron relacionadas directamente con el tiempo de lectura previo que se programó y el que se logró, ya que en la mayoría de los talleres los participantes, por diferentes razones, no tenían estudiado el material y por ende no se veía facilitado el desarrollo del mismo.

También se debe considerar el hecho de que los participantes no asistían con una clara conciencia de las expectativas que se tenían de efectiva participación al taller, ya que este tipo de desarrollo no es muy difundido.

La coordinación con los diferentes encargados provinciales, pese a la buena intencionalidad que primó, no siempre fue lo suficientemente fluida como para que el material llegara a tiempo y se cumplieran las consignas enviadas por escrito.

De todas maneras, la experiencia docente con la metodología -con más de 1000 prescriptores- puede estimarse como valiosa, ya que se logró en todos los casos una excelente comunicación en situaciones concretas de enseñanza- aprendizaje de incalculable importancia.

En la actualidad existen controversias con este tipo de metodología. Una revisión publicada en una revista de prestigio, manifiesta que las revisiones sobre educación médica de Pre-grado apoyan, con precaución, los resultados obtenidos a corto y largo plazo con el método de la enseñanza basada en problemas frente al método tradicional, y que su efectividad en la formación continuada de postgrado no ha sido bien evaluada. Pero si bien esta revisión muestra que existen pocas pruebas de que el método aumente el conocimiento, la implementación y, en última instancia, la salud de los pacientes, afirma que cuando se aplica en formación continuada de postgrado, se ha observado una moderada evidencia de que los médicos se sienten más satisfechos con este método⁴

Los resultados puntuales, en cuanto a que lo concluido en los talleres se aplique efectivamente en la práctica diaria, sólo puede medirse de una manera indirecta con los resultados de los medicamentos usados antes del desarrollo de los talleres y después de su implementación. Estos resultados fueron publicados en el boletín Remediar⁵, en donde se pueden observar los cambios positivos producidos en el perfil de uso de medicamentos para la hipertensión arterial; problema de salud desarrollado en todos los talleres implementados por el Centro de Farmacoepidemiología.

Si bien existe un gran abismo entre lo que conocemos y lo que practicamos -como lo manifiesta un artículo recientemente publicado donde se describen intervenciones educativas para modificar los hábitos de los médicos⁶ - estamos convencidos de que experiencias docentes de este tipo deberían continuar, para así alcanzar una medicina académica, efectiva, segura y de alta calidad.



Referencias bibliográficas

1. Organización Mundial de la Salud. Uso Racional de Medicamentos. Conferencia de Expertos de Nairobi. Nairobi, Zambia. 1985.
2. Organización Mundial de la Salud. Promoción del uso racional de medicamentos: componentes actuales. Perspectivas políticas sobre medicamentos de la OMS, 2002.
3. Arnau, J; Laporte, JR. Promoción del uso racional de los medicamentos y preparación de guías farmacológicas. Principios de epidemiología del medicamento. 2ª ED. Barcelona: Masson-Salvat, 1993: 49-65.
4. Smits, P; et al. Problem based learning in continuing medical education: a review of controlled evaluation studies. British Medical Journal (BMJ);2002, 324, 153
5. REMEDIAR. La Hipertensión Arterial en la Agenda Sanitaria. 2004. N° 13:2, 4-9
6. Davis, D; et al. The case for knowledge translation: shortening the journey from evidence to effect. British Medical Journal (BMJ), 2003; 327, 33-35.

Cristina Ratto*

Formación de recursos humanos en salud: el vínculo entre el ministerio y las universidades

Introducción

La complejidad de la sociedad actual, junto con las crisis particulares por las cuales ha atravesado y atraviesa nuestro país hace necesario que, desde los niveles políticos centrales se tomen las decisiones necesarias que contribuyan al mejoramiento de la calidad de vida de los habitantes del país. Partir de la realidad actual, con la mirada puesta hacia un futuro construido entre todos. Esto significa trabajar en equipo, aunar esfuerzos, buscar objetivos comunes, asumir los nuevos desafíos con una actitud solidaria, ajena totalmente a cualquier individualismo. Es decir, generar consensos que nos permitan avanzar más allá de las particularidades que cada sector tenga.

Para mejorar el sistema de salud y hacerlo equitativo, debe cambiarse el modelo de atención. El Plan Federal de Salud es la expresión escrita de esta voluntad de cambio y, es en este marco donde se inscribe el conjunto de acciones llevadas a cabo por el Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación. Mejorar la salud de los argentinos mejorando la calidad de la atención, entre otras cosas. Mejorar la calidad de atención significa principalmente, mejorar la calidad de la formación de los profesionales dedicados a ella. Y en esto, el rol de las universidades es fundamental. El propósito de este artículo es describir en líneas generales las acciones realizadas a partir del año 2000, analizando los acuerdos celebrados entre el Ministerio de Salud de la Nación y las Universidades de todo el país.

Proyecto de reforma curricular

En el año 2000, el Ministerio de Salud de la Nación a través del Programa de Reforma de la Atención Primaria de la Salud (PROAPS) convoca a las universidades del país para presentar proyectos que incluyan a la Atención Primaria de la Salud en las currículas de grado en las carreras de enfermería y medicina. A principios del año 2002, en el contexto de la grave crisis social y económica que atraviesa nuestro país, el Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación declara la Emergencia Sanitaria y redirecciona el Programa original. Surge entonces REMEDIAR, componente estratégico fundamental cuyo objetivo es garantizar el acceso a los medicamentos ambulatorios esenciales en todo el país para preservar la salud de la población. Asimismo, se toma la decisión de conservar el componente de Reforma Curricular en las universidades. Participan de este proyecto las cuatro universidades que concentran la mayor cantidad de egresados: las Universidades Nacionales de Buenos Aires, Córdoba, La Plata y Rosario. El objetivo fundamental es la reconversión y creación de estrategias de formación y capacitación de recursos humanos orientados hacia la APS. Se pretende modificar la currícula para incorporar a la formación de los futuros profesionales los conocimientos y habilidades de APS, como así también la utilización de la enseñanza por problema de salud como metodología. Los proyectos de Reforma de la Currícula de Grado se presentan durante el año 2000. La ejecución se inicia en el 2001, extendiéndose hasta mayo del 2003, salvo la Universidad de Rosario que solicita una prórroga hasta diciembre de ese mismo año.

El convenio firmado con cada universidad tiene como objetivos:

- Incorporar la estrategia de APS en la formación de pregrado a través del rediseño de las respectivas currícula.
- Generar estrategias para la adquisición de conocimientos y habilidades para la resolución de problemas, el trabajo en equipo y la sensibilización de los docentes.
- Promover los principios éticos y sociales de la medicina.

Las metas y actividades programadas se dirigen al diseño curricular, la capacitación docente, el for-

talecimiento institucional mediante la refacción, acondicionamiento y equipamiento básico necesario para el nuevo modelo educativo y la adquisición y producción de material pedagógico. En algunos casos también se plantea el redimensionamiento de la gestión administrativa y organizacional. Las acciones de cada una de las universidades varían según las realidades y dificultades de cada una de ellas. Consisten en cursos de capacitación docente, otorgamiento de becas para formación en el exterior, reformas edilicias, adquisición de equipamiento y material bibliográfico.

Las conclusiones presentadas en el informe de evaluación¹ señalan que las Universidades de Rosario, Córdoba y La Plata lograron avances en la reforma curricular y la introducción de contenidos y estrategias de APS, especialmente en la primera, en la cual se produjo una profunda reforma con buenas perspectivas de sustentabilidad. Asimismo hace notar que todas las universidades cuentan con las capacidades suficientes para capacitar los recursos humanos que se desempeñan en Programas de APS.

Uso Racional de Medicamentos

La Política Nacional de Medicamentos y el Plan Federal de Salud implementados por la actual gestión constituyen el marco en el cual se inscriben los convenios firmados entre PROAPS-REMEDIAR y las Facultades de Medicina de las Universidades Nacionales de Buenos Aires, Córdoba, La Plata y Tucumán para la formación de recursos humanos en el Uso Racional de Medicamentos. Dichos convenios se celebraron en los meses de agosto y septiembre del año 2003. Respondieron a la convicción de que no sólo se trata de garantizar el acceso de los medicamentos esenciales a través de su provisión gratuita, sino también promover el uso adecuado de los mismos fomentando la prescripción racional, uno de los ejes problemáticos del Uso Racional de Medicamentos.

El Convenio² tuvo como objeto la realización de talleres de uso racional de medicamentos en APS y la elaboración de material pedagógico para capacitación a distancia. Los destinatarios fueron médicos y odontólogos que se desempeñan en centros de salud efectores de REMEDIAR. Las universidades involucradas fueron:

- Universidad Nacional de Buenos Aires, Facultad de Ciencias Médicas, II Cátedra de Farmacología, Dr. Roberto Diez
- Universidad Nacional de Córdoba, Facultad de Ciencias Médicas, Dr. Jorge Aguirre³
- Universidad Nacional de La Plata, Facultad de Ciencias Médicas, Cátedra de Farmacología, Dra. Perla Buschiazzi
- Universidad Nacional de Tucumán, Facultad de Medicina, Cátedra de Farmacología, Dr. Mario Meuli

En total, se programaron 108 talleres. De común acuerdo, las universidades se distribuyeron las áreas geográficas según lo detallamos en el siguiente cuadro:

Universidad	Provincias
UBA	Buenos Aires – Capital Federal – Chaco – Corrientes – Entre Ríos – Formosa – La Pampa – Neuquen – Santa Fe
UN CÓRDOBA	Catamarca – Córdoba – La Rioja – Mendoza – Misiones – San Juan – San Luis – Santa Fe
UN LA PLATA	Buenos Aires – Chubut – Río Negro – Santa Cruz – Tierra del Fuego
UN TUCUMÁN	Jujuy – Salta – Santa Fe – Santiago del Estero – Tucumán

1. Consultoría para la Evaluación del Impacto de las Reformas de Currículas de Grado en las Universidades, apoyo técnico al subcomponente Universidades y para la reforma de la APS, Primer Informe, Dra. María Inés Pertino Vidal, diciembre 2003

2. Convenio de Adhesión PNUD ARG/02/017- Programa de Reforma de la Atención Primaria de la Salud (PROAPS)-REMEDIAR y la Facultad de Medicina de cada universidad.

3. Para más detalles sobre este tema, consultar en este mismo boletín el artículo Experiencia Docente de Posgrado con la guía de la buena prescripción en el Plan Nacional Remediar, Jorge Aguirre

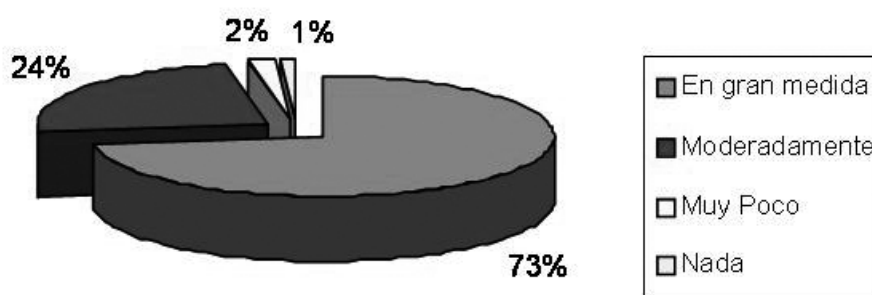
Por otra parte, se celebraron acuerdos con la COMRA y la OPS, quienes aportaron ejemplares del Formulario Terapéutico Nacional y la Guía de la Buena Prescripción, respectivamente, material bibliográfico que se añadieron al producido por las propias facultades en cada uno de los talleres.

El dictado de los talleres se inició en octubre del 2003. Entre esa fecha y junio del 2005 se concretaron 93 talleres en total, lo cual representa el 86% de lo programado, capacitándose a 3786 médicos y odontólogos pertenecientes a centros de salud bajo Programa.

Los informes técnicos presentados por las universidades y los resultados de las encuestas tomadas al finalizar cada taller mostraron el alto grado de interés de los profesionales por capacitarse y su satisfacción por la metodología empleada (resolución de problemas). También reconocieron el alto nivel científico de los talleres dictados. Sobre un total de 2157 encuestas relevadas, el 99% de los encuestados calificó como muy importante la capacitación en Uso Racional de Medicamentos.

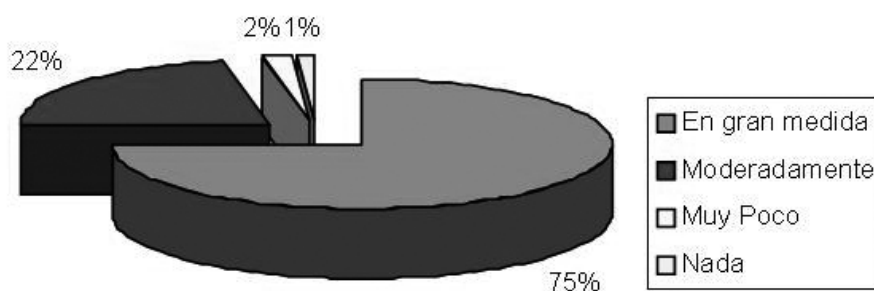
En cuanto a la consulta sobre el desarrollo de los talleres, se pudo observar un alto nivel de satisfacción por la metodología, la bibliografía, la participación en el trabajo grupal y la utilidad del taller para su desarrollo profesional. En los siguientes gráficos se muestran algunos resultados obtenidos.

Gráfico 1. Grado de adecuación de la metodología de taller

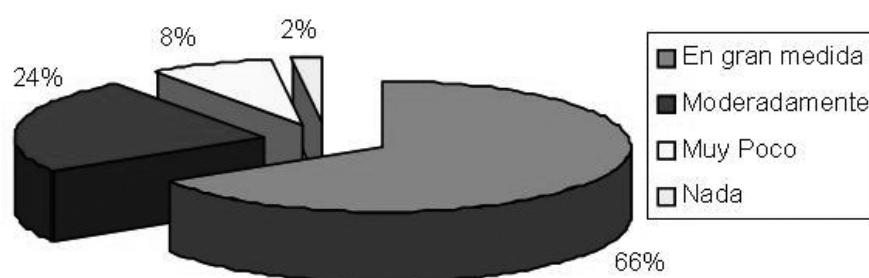


FUENTE: Informes técnicos de las Universidades

Gráfico 2. Grado de adecuación de los objetos



FUENTE: Informes técnicos de las Universidades

Gráfico 3. Grado de relevancia de la bibliografía aportada

FUENTE: Informes técnicos de las Universidades

Programas de Capacitación de RRHH promovidos por el Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación

Posgrado en Salud Social y Comunitaria

La estrategia de APS es, por definición, una estrategia inclusiva de todos los sectores de la sociedad. Esto significa, entre otras cosas, entablar un diálogo constructivo que derive en acciones concretas para el fortalecimiento de la APS. Actuar mancomunadamente, abrir el juego a la mayor cantidad de actores posibles, dialogar, consensuar, y traducir todo esto en hechos reales que tengan como resultado el mejoramiento de la calidad de vida de la sociedad. La formación de los recursos humanos, íntimamente ligada a la calidad de la atención, no escapa a estas nuevas reglas de juego que la sociedad contemporánea nos impone. En el transcurso del año 2005, tomando como base estas ideas directrices, el Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación convoca a todas las universidades del país para seguir trabajando juntos en la tarea de cambiar el modelo de atención que haga realidad los principios de la equidad.

En julio del 2005 el Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación, AFACIMERA y la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires celebran un convenio cuyo objetivo principal es el fortalecimiento de la APS a través de la especialización de recursos humanos, su formación y capacitación. Para concretarlo, se proponen una serie de acciones conjuntas, entre las cuales se destacan la realización de tareas en común para adecuar la formación de grado y de posgrado a las necesidades de la población, de talleres para la revisión integral de los contenidos curriculares básicos y de las competencias profesionales y de acciones concretas referidas a Programas y Subprogramas del Ministerio entre los cuales figura el Programa Médicos Comunitarios. Como resultado de este acuerdo, se implementa el Posgrado en Salud Social y Comunitaria, desarrollado en todo el país por las siguientes 17 universidades:

Universidad de Buenos Aires
 Universidad Nacional de La Plata
 Universidad Nacional de La Rioja
 Universidad Nacional de Rosario
 Universidad Fundación Barceló
 Universidad Católica de Córdoba
 Universidad de Morón
 Universidad del Salvador
 Inst. Univ. del Hosp. Italiano de Bs.As

Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales
 Universidad Maimónides
 Universidad Nacional de Córdoba
 Universidad Nacional del Nordeste
 Universidad Nacional de Tucumán
 Universidad Aconcagua
 Universidad Católica de Cuyo
 Universidad Nacional de Cuyo

Tiene como objetivos:

- * Orientar y fortalecer la formación en APS y en salud social y comunitaria del recurso humano que trabaja en el primer nivel de atención
- * Ampliar la cobertura y calidad de la atención de los centros de salud
- * Fortalecer al equipo de salud para la búsqueda activa y seguimiento por parte del equipo de salud de las familias más vulnerables o con riesgo sociosanitario
- * Reforzar las actividades de prevención y promoción de la salud

Sus destinatarios son todos los médicos que se desempeñan en centros de salud efectores de REMEDIAR. Los contenidos se estructuran en módulos de autoaprendizaje. Tienen como eje central la reflexión sobre la realidad para conocer cuáles son los determinantes de los procesos de salud y cuáles son los determinantes de la práctica profesional y como usuarios del sistema. Se trata de obtener profesionales capacitados para abordar el proceso de salud-enfermedad desde la estrategia de APS con criterios humanos, científicos, sociales y éticos. Deberán tener capacidad para programar desde una perspectiva estratégica, abordando los problemas de salud de su comunidad utilizando las herramientas de la epidemiología comunitaria. El posgrado cuenta actualmente con un total de 5160 alumnos pertenecientes a todas las provincias del país.

Curso Anual en Uso Racional de Medicamentos

A mediados del año 2005, el PROAPS-REMEDIAR, respondiendo a una política de integración de todos los sectores, elabora una nueva propuesta de capacitación de profesionales de la salud para una prescripción razonada de los medicamentos. Para la organización de este curso son convocadas todas las Facultades de Medicina del país agrupadas en AFACIMERA y la Universidad de Buenos Aires. El convenio⁴ tiene por objeto establecer las condiciones de cooperación entre las partes para el desarrollo del curso. El eje central del curso es la promoción del uso racional de fármacos en APS, considerado como estrategia para mejorar la calidad de la atención en tanto la prescripción razonada se fundamenta en claras definiciones de objetivos terapéuticos y en función de eficacia, seguridad, coste y conveniencia. Se organiza bajo la modalidad a distancia, con tutorías electrónicas y cinco encuentros presenciales. Sus destinatarios son los médicos y odontólogos que se desempeñan en centros de salud efectores de REMEDIAR.

OBJETIVO GENERAL	Promover el uso racional de medicamentos en atención primaria de la salud, enmarcando dicha práctica en el uso racional de recursos médicos con el objetivo de brindar una atención de la salud adecuada.
DESTINATARIOS	Profesionales prescriptores que se desempeñen en el primer nivel de atención.
MODALIDAD	Educación a distancia con 5 encuentros presenciales.
DURACIÓN	8 meses
PERÍODO	Marzo de 2006 - Diciembre de 2006
TOTAL DE HORAS	208 horas
DISTRIBUCIÓN DE LA CARGA HORARIA	140 horas de estudio individual, 36 horas de actividades presenciales y 32 horas tutorías virtuales.
PERFIL DEL EGRESADO	El egresado del curso en Uso Racional de Medicamentos será un profesional formado en prescripción de medicamentos basada en criterios de calidad, eficacia, eficiencia y seguridad. El profesional deberá apropiarse de saberes que le permitan: <ul style="list-style-type: none"> -Diseñar, implementar y evaluar acciones de uso racional de medicamentos en el marco del Centro de Atención Primaria donde desarrolle sus actividades. -Realizar una selección crítica de la información científica.

4. Convenio entre el Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación y la Universidad para la implementación del Curso en Uso Racional de Medicamentos en Atención Primaria de la Salud.

Cada universidad constituirá un equipo formado por un Director Docente y un docente facilitador. La selección de contenidos ha sido consensuada con las universidades participantes del encuentro celebrado en diciembre del año pasado. Asimismo se acordó la creación de un Comité Docente constituido por representantes de las Universidades de Córdoba, Nordeste, Rosario y Tucumán, de la OPS, de AFACIMERA y de PROAPS-REMEDIAR. Una de las funciones del Comité es la elaboración de los módulos de autoaprendizaje. Antes de su impresión definitiva, cada módulo es sometido a revisión de todos los miembros del Comité y de las universidades a fin de homogeneizar principios y definiciones. De esta forma, se abre la participación a todos los responsables del curso, garantizando así la calidad científica y pedagógica de los materiales.



Primer Encuentro de Directores Docentes y Docentes Facilitadores del Curso de Uso Racional de Medicamentos, realizado en la Academia Nacional de Medicina.

Conclusión

En este artículo hemos analizado las acciones llevadas a cabo desde el Ministerio en conjunto con las Universidades que contribuyen a la modificación del modelo de atención en la Argentina de nuestros días. El eje central de estos acuerdos ha sido el fortalecimiento de la APS, entendida como la mejor estrategia para mejorar y preservar la salud de la comunidad. Los sucesivos convenios celebrados con las universidades muestran la clara decisión desde el poder político de integrar a la comunidad académica en este proceso de transformación hacia un modelo equitativo de salud.

En los últimos años hemos aprendido muchas cosas. Ya sabemos que la sociedad actual vive en cambio permanente y que los ciclos de las crisis son cada vez más breves. Conocemos los problemas de la pobreza económica y de la salud. Sabemos qué consecuencias tiene la inequidad y la injusticia. Sabemos cómo y por qué llegamos a esta situación. Sabemos también que, al igual que la sociedad, el conocimiento y la tecnología cambian bruscamente, que no hay verdad absoluta ni nadie que pueda contener todo el conocimiento de un momento. Sabemos cómo funciona esta sociedad de la información y del conocimiento, y cómo el avance tecnológico puede cambiar de repente el mundo donde vivimos. Pero también sabemos qué hay que hacer. Ya hemos empezado, con gran esfuerzo, con aciertos y errores. Pero estamos caminando juntos. Se trata, nada más y nada menos, de la construcción colectiva de la historia.

Roberto Baistrocchi*

Automedicación: un enfoque novedoso para un antiguo problema

La prevalencia de la automedicación (AU) ha aumentado considerablemente en los últimos años, favorecida por intereses diversos. Si bien históricamente se la ha considerado como una práctica dañina, actualmente se piensa que una información adecuada de los pacientes puede conseguir prevenir consecuencias indeseables producto de la AU; y que ésta podría reconducirse como un instrumento de utilidad dentro de los sistemas sanitarios.

Introducción

De forma general, se entiende por automedicación (AU) aquella situación en que los pacientes consiguen y utilizan los medicamentos sin ninguna intervención por parte del médico (ni en el diagnóstico de la enfermedad, ni en la prescripción o la supervisión del tratamiento)^{1,2}.

El concepto de AU ha variado a lo largo del tiempo, según se hayan considerado sólo los medicamentos de uso "sin receta", o también los medicamentos "de prescripción con receta" (recomendados por otras personas o que el paciente recuerde de tratamientos anteriores), e incluso los "remedios caseros" -plantas medicinales, infusiones, etc-; siendo este concepto más amplio, el más aceptado en la actualidad por los distintos autores³.

La AU constituye una decisión del propio paciente -a veces aconsejado por amigos o familiares u otro tipo de informaciones-¹, tomada en función de la gravedad de la enfermedad² y favorecida por factores como la dificultad de acceso a la asistencia sanitaria, el miedo a conocer la propia enfermedad, la tendencia a evitar la relación con el médico, o el escepticismo sobre la eficacia del sistema sanitario^{2,4}.

Según distintos estudios realizados en Europa y EE.UU., se estima que entre un 50%-90% de las enfermedades son inicialmente tratadas con AU^{2,5-8}; y sólo un tercio de la población con alguna dolencia o enfermedad, consulta al médico^{5,9}. Estudios realizados en España sitúan la prevalencia de la AU alrededor de un 40%-75%, encontrando que casi la mitad (40%) de los medicamentos utilizados son "de prescripción". El perfil de los medicamentos empleados, coincide de forma aproximada con el de otros países europeos¹⁰⁻¹⁷.

Medicamentos más frecuentes utilizados como automedicación

Analgésicos, AINEs
 Antibióticos
 Antisépticos tópicos
 Suplementos vitamínicos y minerales
 Antigripales, antitusígenos
 Digestivos, laxantes, antiácidos, antiflatulentos
 Preparados tópicos
 Preparados oftalmológicos
 Preparados higiene bucal
 Descongestionantes nasales
 Supresores del apetito
 Hipnóticos, ansiolíticos, antidepresivos
 Contraceptivos orales
 Corticoides
 Antiasmáticos
 Antihistamínicos
 Medicamentos cardiovasculares

*Cátedra de Farmacología- Facultad de Medicina. Universidad Fundación Barceló

Factores que condicionan la automedicación

En los países industrializados, la implantación de la AU y su influencia sobre los sistemas sanitarios ha aumentado considerablemente en las últimas décadas, favorecida por factores tales como: aumento del número de medicamentos disponibles sin receta, mejor educación sanitaria sobre medicamentos^{18,19}, facilidad de acceso de la población a la información -fomentada por el desarrollo de nuevas tecnologías y sistemas de información, profusión de publicaciones, concienciación de los médicos, etc-, influencia informativa de la industria farmacéutica; y por intereses de reducción de los costos sanitarios, así como por el hecho de considerar innecesaria la asistencia médica para el tratamiento de dolencias menores^{1,2,19-21}.

El aumento de la práctica de AU en

tre la población, justifica la necesidad de mejorar la información dirigida a los pacientes⁸. Según la OMS, es esencial que dicha información se adecue al nivel de educación y conocimientos de la población a la que va dirigida¹⁹; y podría evitar la mayoría de los riesgos de la AU^{1,5,22}. El farmacéutico a menudo constituye la única vía de información del paciente que se automedica, por lo que su intervención es esencial para que la AU se realice de forma racional segura y eficaz^{2,5} así como para mejorar el cumplimiento del tratamiento².

Riesgos y ventajas

Durante mucho tiempo, se ha considerado a la AU como una de las formas de uso irracional de los medicamentos, al constituir una terapéutica no controlada⁶, que no permite un seguimiento del tratamiento de los pacientes²², y que puede conllevar numerosos riesgos o inconvenientes, tales como:

- * Información errónea, insuficiente o no comprensible de los medicamentos y sus características por parte de los pacientes^{1,2,5,19}.

- * Elección incorrecta de los medicamentos, por un autodiagnóstico equivocado o bien por una identificación errónea^{2,5,19}.

- * Uso o administración incorrectos -dosis, vía, duración, conservación, etc-; y riesgo de abuso o dependencia^{2,5,19}.

- * Aparición de reacciones adversas o interacciones^{2,4,5,19,23}, o utilización de asociaciones inadecuadas que podrían ser especialmente peligrosas en ancianos¹, niños, embarazadas^{6,23}, y ciertos grupos de riesgo²³.

- * Retraso en la asistencia médica apropiada, en los casos en que ésta sea realmente necesaria.^{2,5,19}

Desde hace algunos años, se atribuyen a la AU ciertos aspectos positivos ya que, como parte de los "autocuidados sanitarios", constituye una forma de responsabilidad individual sobre la propia salud, por la que el paciente elige libremente un tratamiento a partir de sus propios conocimientos^{2,6,8}. Esto podría representar, según algunos autores, ciertas ventajas:

- * Menor demanda de asistencia sanitaria por dolencias menores que no la requieren¹⁹, evitando la sobrecarga de los servicios médicos²⁴ y reduciendo el tiempo de las visitas médicas y de los costos del sistema sanitario^{2,5,20}. Todo lo cual puede ser especialmente importante cuando los recursos son limitados¹⁹.

- * Rapidez, fácil disponibilidad y accesibilidad al tratamiento medicamentoso^{2,5,20,24}.

Medicamentos utilizados

La AU se suele practicar en enfermedades, dolencias o síntomas que el propio paciente considera como no graves o que no requieren consulta médica^{4,19,23}; pero también como tratamiento adicional o de urgencia en enfermedades crónicas o graves previamente diagnosticadas -cáncer, bronquitis, diabetes, etc-^{2,3}; o bien como medida preventiva p. ej. en el mareo del viaje². Si bien, su utilización tiende a extenderse a enfermedades más graves, tales como: úlcera, asma, insomnio, obesidad, e incluso problemas cardíacos⁸.

Situaciones en las que se utiliza con mayor frecuencia la automedicación

- * Dolor: cefalea, dolor muscular, de espalda y otros como magulladuras, cortes, heridas superficiales
- * Picaduras y mordeduras
- * Resfriado, tos, sinusitis, dolor de garganta
- * Estreñimiento, diarrea, indigestión, ingesta excesiva de alimentos, hiperacidez, otros trastornos gastrointestinales
- * Sobrepeso
- * Quemaduras solares leves, acné, calvicie, piel grasa
- * Gripe y otras enfermedades víricas
- * Aftas bucales

Como ya se ha señalado, los medicamentos utilizados con más frecuencia como AU son en general coincidentes entre los distintos países^{1,2,5,7,8,21,23}, aunque presentan variaciones según los grupos de edad: en niños se usan sobre todo medicamentos para el resfriado y la tos y pomadas tópicas para magulladuras o heridas; en los adultos (menores de 55 años), además de los anteriores, son frecuentes los suplementos vitamínicos y minerales, analgésicos y medicamentos para el acné, problemas dentales u otorrinolaringológicos; mientras que en los mayores de 55 años, se utilizan sobre todo analgésicos- antiinflamatorios, pomadas tópicas, medicamentos gastrointestinales (incluidos laxantes), ansiolíticos e hipnóticos^{1,2}. Es preocupante el amplio uso de antibióticos de forma rutinaria para tratar diarreas, resfriados, etc., y de otros medicamentos como dipirona, piperacina, pomadas antibióticas o asociaciones consideradas irracionales^{6,7}.

Conclusiones

La práctica de la AU ha aumentado considerablemente en los últimos años, estimándose actualmente una prevalencia en España del 40-75%. Este hecho, hace necesaria una información adecuada y suficiente de los pacientes, a cargo de los distintos profesionales de la salud, para conseguir que la AU se realice de forma racional, segura y eficaz.

Referencias bibliográficas

- 1- Mant A et al. Over-the-counter self-medication. *Drugs Aging* 1992; 2(4):257-61.
- 2- Holt GA et al. The self-care movement. In: American Pharmaceutical Association, editors. *Handbook of Nonprescription Drugs*. 9th ed. Washington: The Association, 1990:1-10.
- 3- Hedvall MB. Towards a research programme for self-medication. *J Soc Adm Pharm* 1990; 7(4):156-62.
- 4- Thomas DHT et al. The interface between self medication and the NHS. *BMJ* 1996; 312:688-91.
- 5- Lunde I. Self-care: what is it?. *J Soc Adm Pharm* 1990; 7(4):150-5.
- 6- Geest SV et al. Self-medication in developing countries. *J Soc Adm Pharm* 1990; 7(4):199-204.
- 7- Maheu E. L'automédication des médecins. *Rev Presc* 1989; 9(90):469-70.
- 8- Hoog S. The self-medication market - a literature study. *J Soc Adm Pharm* 1992; 9(3):123-37.
- 9- Gross PF. The economics of alternative types of health care: the benefits and risks of self-care and less government regulation. *J Soc Adm Pharm* 1990; 7 (4):190-8.
- 10- Moral Serrano S et al. ¿Se automedican correctamente los pacientes?. *Aten Prim* 1994; 13(5):242-6.
- 11- Nebot M et al. Autocuidado de los trastornos comunes de salud: resultados de una encuesta telefónica en la población general. *Med Clin (Barc)* 1992; 99:420-4.
- 12- Tejedor N et al. Trastornos comunes de salud: autocuidado y automedicación. *Aten Prim* 1995; 16(1):13-8.
- 13- Anies A. Utilización de medicamentos en el hogar. Botiquín familiar y automedicación (1ª parte). *Farm Clin* 1990; 7(9):784-90.
- 14- Clanchet T et al. Medidas de autocuidado registradas ante patologías agudas en atención primaria. *Aten Prim* 1993; 11(4):165-9.
- 15- Fidalgo García ML et al. Automedicación en un área sanitaria rural: análisis a través de las oficinas de farmacia. *Farm Clin* 1992; 9(10):844-53.
- 16- Llavona Hevia AM et al. Automedicación en oficinas de farmacia de Asturias. *El Farmacéutico* 1992; (mar):91-104.
- 17- Llavona Hevia AM et al. Estudio de automedicación desde una oficina de farmacia. *El Farmacéutico* 1992; (mar):105-12.
- 18- Reese KH. Self-medication- the international perspective. *J Soc Adm Pharm* 1990; 7(4):170-3.
- 19- Cranz H. Over-the-counter drugs. The issues. *Drug Saf* 1990; 5(suppl 1):120-5.
- 20- Cranz H. Health economics and self-medication. *J Soc Adm Pharm* 1990; 7(4):184-9.
- 21- Blenkinsopp A et al. Patients, society, and the increase in self medication. *BMJ* 1996; 312:629-32.
- 22- Kennedy JG. Over the counter drugs (editorial). *BMJ* 1996; 312:593-4.
- 23- Wan Po AL, editor. *Non-prescription drugs*. 2nd ed. Oxford: Blackwell Scientific Publications, 1982:2-35.
- 24- Medicines without an NHS prescription. *Drug Ther Bull* 1994; 32(1):4-5.

Luciana Correa, Catalina Lucas*

Comunicación y Salud

Brindar herramientas

Es imprescindible hablar de la comunicación a la hora de diseñar programas sociales. Esto incluye a todos los programas de salud, que tienen el desafío de llegar a una población que crece día a día y a la que resulta imperioso transmitirle diversos conocimientos relacionados con hábitos saludables. Desde los sectores especializados en comunicación se trabaja constantemente con el firme objetivo de llegar a la gente con mensajes claros que intercedan en lo cotidiano para poder concientizar, sensibilizar y al mismo tiempo aportar herramientas al conjunto de la población para que puedan, a pesar de las condiciones socio-económicas adversas, alcanzar una mejor calidad de vida.

Es un fuerte compromiso el que asumimos a la hora de pensar la comunicación dentro del ámbito de la salud, somos concientes de que un mensaje efectivo puede brindarle nuevas oportunidades a esa población a la que nos estamos dirigiendo. A su vez no perdemos de vista que la comunicación no es un proceso lineal sino una producción de sentido, por lo que es necesario tener en cuenta las circunstancias que atraviesan a todos los actores. Por eso mismo las estrategias comunicativas implican como primer paso conocer las percepciones, evaluaciones e interpretaciones de los interlocutores.

Al planificar desde un programa social y pensando en que la promoción de la salud consiste en aportar a la población los medios necesarios para que puedan mejorar su salud y adoptar un estilo de vida más sano, **nuestro objetivo es lograr que las personas identifiquen sus necesidades y que encuentren soluciones viables considerando su entorno.**

Rol de la comunicación en el Uso Racional de Medicamentos

“El concepto de uso racional de medicamentos incluye a todos los actores que participan de la salud, productores, prescriptores, dispensadores y usuarios. Entendiendo la salud como un proceso de construcción colectiva, el mismo nos remite a una conducta activa para comprender los principios y ejecutar las acciones que propendan a un adecuado uso de medicamentos”. Desde este lugar partiremos para resaltar el rol fundamental y necesario de la comunicación en relación al uso racional de medicamentos. Por todo lo expuesto anteriormente se desprende que resulta imprescindible pensar en la comunicación como un mecanismo de intervención para promover en forma multitudinaria, una actitud pro-activa de la población que forje actitudes e impulse prácticas favorables al cuidado de la salud de todos.

Siempre que se realizan acciones se está comunicando, por más que no exista una política pensada y diagramada desde la comunicación. Debido a esto queremos profundizar en materia de comunicación entre el médico y el paciente. Sabemos que culturalmente la figura del médico tiene un peso propio que no podemos ignorar y que es un nexo sumamente enriquecedor si se propone de esa manera. Los médicos pueden transformarse en excelentes comunicadores, en educadores de la salud y situarse junto con el equipo de salud en el centro de este proceso de fortalecimiento de la atención primaria. Las acciones de todo el equipo promueven la responsabilidad, consolidan la motivación, el interés y los valores propician la adopción por parte de la población del cambio de hábitos y la promoción de conductas saludables.

Todos podemos realizar actos comunicativos en forma efectiva, sólo necesitamos pensar en el lenguaje apropiado para nuestros interlocutores y tener la seguridad de que la reiteración de los mensajes y de los conceptos que queremos transmitir dará muy buenos resultados. En lo que refiere al equipo de salud su rol es sin lugar a dudas fundamental, gracias al esfuerzo cotidiano que se realizan por el cuidado de la salud, de su comunidad y a que están en contacto directo con todas las personas que asisten al Centro de Salud, que conocen a fondo sus problemas, y que visualizan día a día las dificultades. Sobre este vínculo que ya existe es sobre el que hay que foca-

lizar para obtener resultados que repercutan en la salud de la población.

“La experiencia de los sistemas de salud evidencia que la prescripción inadecuada no es un fenómeno aislado y que la mejor forma de modificar esta situación es instrumentando políticas activas tendientes a responder integralmente a las causas del problema”.

La utilización del nexo comunicacional entre el médico y el paciente y, entre el equipo de salud y la comunidad es uno de los recursos, creemos el más importante, para concientizar a la población, pero no el único. **Las estrategias comunicacionales deben tener un abordaje integral para asegurarse de que la sociedad en su conjunto pueda apropiarse de estos conocimientos y ser parte activa en la búsqueda de hábitos que ayuden a obtener una mejor calidad de vida, a partir de una mejor salud.**

En base a esto es fundamental pensar en la capacitación y en la concientización de las personas que interactúan directamente con la población y de esta forma poder afrontar sus diferentes problemáticas en forma directa. También consideramos necesario apoyar el accionar médico con material gráfico como folletos, afiches, cuadernillos de capacitación y material audiovisual; propagandas, videos educativos, etc. que refuercen la información acerca de que el equipo de salud tiene la responsabilidad de comunicar.

Sabemos que este compromiso que asumimos todas las personas que trabajamos en el campo de la comunicación en salud, no cobrará relevancia ni se convertirá en un recurso importante hasta que todos los sectores involucrados en el sector se responsabilicen de la misma manera. Es nuestro deber concientizar y sensibilizar a la población en torno al buen uso de los medicamentos, pero es un deber compartido con el que todos estamos comprometidos.



Gonzalo Meschengieser*

Una metáfora cinematográfica para el URM

Encontrar analogías entre el cine y el Uso Racional de Medicamentos parece ser una misión imposible. En un principio podría prejuzgar y asegurar que se trata de un intento por banalizar una disciplina antigua y prestigiosa como la Medicina o bien pretender sustentar con ilustraciones empíricas el arte cinematográfico. Sin embargo, no lo es. He encontrado ciertas similitudes entre uno y otro arte¹.

En este artículo, precisamente, me he propuesto hacer un “uso racional” de aquellas coincidencias, instalando un enfoque innovador para abordar una cuestión de política sanitaria de tamaño magnitud.

Si analizáramos la secuencia del acto médico, instancia básica de la atención de la salud, bien podríamos identificar una **introducción** donde se presenta el problema de salud, un **nudo** en donde aparece el **conflicto** y se toman las decisiones que finalmente, en un gran porcentaje, determinan un **desenlace** con prescripción de medicamentos incluida. Muchas veces con final feliz. Y, otras tantas, sin él.

Si nos concentráramos en los géneros cinematográficos nos sorprendería observar que la aparición de efectos adversos de un medicamento mal utilizado puede generar un **drama**. Y que el bombardeo de avisos comerciales suele simular una excelente película de **acción**.

El aumento dramático de la resistencia bacteriana a expensas del uso indiscriminado de antibióticos le agrega una cuota de **suspense** al futuro tratamiento de patologías causadas por procariotas. Centenares de medicamentos salen al mercado anunciando curas definitivas a enfermedades todavía incurables. Una verdadera **ficción**. La inadecuada comunicación entre profesionales y pacientes ha llevado históricamente a malos entendidos que bien podrían asemejarse a una **comedia**². Los altos índices de adicciones a medicamentos entre los que se destacan los psicofármacos causan **terror**. Finalmente, podría asegurar que enfrentar la problemática del URM en la Argentina es una tarea **épica** cuyos resultados se auguran **históricos**.

Y aun más: existen medicamentos taquilleros y hasta sagas. En el mundo de los fármacos conviven **protagonistas, directores, financiadores, productores, guionistas, escenógrafos, caracterizadores, consumidores, espectadores**. Y en estos últimos deseo detenerme. Una teoría de la semiótica francesa sugiere que el espectador de cine es el receptor de mensajes que manifiesta mayor pasividad. Que su posición en la butaca representa la anidación del feto en el útero materno. Que no nos suceda lo mismo. Necesitamos una actitud ACTIVA para afrontar el problema del Uso Racional de Medicamentos. Debatir. Construir.

Ensayemos un repaso de las cuestiones críticas del URM para que podamos filmar nuestra propia película. Y queda claro, con final feliz.

Herencia

Quienes actualmente trabajamos en el ámbito de la salud en la Argentina hemos heredado una rica tradición de profesionales que ha sabido destacarse e inscribirse en la historia. Es el caso de Bernardo Houssey en el campo de las ciencias básicas, de Enrique Finocchietto en la esfera asistencial y docente o de Ramón Carrillo en el terreno de la política sanitaria. Asimismo hemos recibido como legado un sistema público de salud con una gran cantidad de establecimientos asistenciales, instituciones educativas sólidas y una disponibilidad tecnológica de última generación.

Sin embargo, cuestiones irresolutas como la reforma de un sistema de salud poderosamente fragmentado, la priorización de acciones preventivas en lugar de curativas y la utilización adecuada de insumos sanitarios, entre ellos el de los medicamentos, han llegado a nuestras manos. Y es nuestra responsabilidad remediarlas.

1. Históricamente a la medicina se la ha considerado como el arte de curar.

2. Conocido es el caso de los óvulos vaginales que suelen ser ingeridos por las mujeres o el caso de los anticonceptivos orales aplicados intravaginalmente.

Iluminados por el fuego

La segunda guerra mundial fue el escenario de la explosión de la industria farmacéutica. Lo que no se predijo en aquel momento fue que, acompañando al desarrollo tecnológico, se producirían consecuencias nefastas en el mediano plazo. Además de los efectos relacionados directamente con los indicadores de salud actuales, se comprometió el financiamiento de los tres subsectores de la salud: el público, de la seguridad social y el privado.

Además, el uso irracional impactó directamente en la cantidad de demandas judiciales a los profesionales de la salud. Por otro lado, y paradójicamente, se produjo una reducción en el número de herramientas terapéuticas aptas para tratar diferentes enfermedades.

La historia oficial

El Uso Racional de Medicamentos nace como una disciplina específica que pretende brindar respuestas al crecimiento desmedido de los costos en salud, a la aparición de casos de daño a la salud por efectos adversos y a la pérdida de efectividad de ciertas drogas. Su definición más aceptada fue redactada por un grupo de expertos convocados por la OMS en Nairobi en 1985. En la Argentina el URM es una corriente que ha cobrado mucha fuerza, especialmente durante la última década.

Darse cuenta

El primer paso obligado para resolver un problema es percibirlo como tal. Es creer que una situación no es la anhelada. Afortunadamente, profesionales y funcionarios coinciden en que existen fallas en el campo de los medicamentos. Lo han hecho basándose en evidencias concluyentes y se han propuesto combatirlas enérgicamente.

El Aura

La irrupción de nuevas tecnologías ha producido un efecto colateral indeseado: el divorcio del equipo de salud con el paciente. Este último se constituye, a mi entender, en la principal causa de uso indebido de medicamentos. Los profesionales de la salud debemos replantearnos este hecho concibiendo a la relación médico – paciente como el vínculo central para que se produzcan buenos resultados. La práctica de cada profesional es única e irrepetible. Tiene su propio aura. Creo que acordar una modalidad de trabajo y basar la toma de decisiones en guías clínicas no debe desterrar el espíritu de cada uno.

Peligrosa obsesión

La automedicación es otra de las causas que le otorgan gran dramatismo al URM. Enfoques innovadores proponen brindar educación a la sociedad para que ejerza una AU con responsabilidad. Otros más conservadores pretenden desterrar definitivamente esta práctica.

Sobredosis

Lograr el descenso de la utilización de medicamentos con fines adictivos es uno de los grandes desafíos para el futuro. El consumo exacerbado de benzodiacepinas se convierte en el ejemplo paradigmático de esta problemática.

Buena vida delivery

La sociedad actual promueve incansablemente el consumo de bienes no esenciales, y existe una gran paradoja en el sistema de salud en Argentina: mientras en los estratos más vulnerables el pro-

blema es el pobre acceso a los medicamentos, en la clase media y alta ocurre lo contrario. La gran oferta y consumo de medicamentos, especialmente aquellos que no requieren prescripción médica, constituye uno de los puntos críticos en materia de URM.

El mundo contra mí

Otra cuestión polémica es la disponibilidad de medicamentos que en países ricos se han retirado del mercado por presentar pequeños márgenes de seguridad o falta de eficacia. La regulación estatal juega un rol destacado en este punto.

La peste

El uso indebido de antimicrobianos, ejemplo paradigmático, representa un peligro potencial para el futuro del tratamiento de patologías transmisibles en la Argentina. Las altísimas tasas de prescripción de ATB en patologías causadas por virus es un síntoma patognomónico del sistema de salud en la Argentina.

El lado oscuro del corazón

La terapéutica implementada en patologías del sistema cardiovascular es el segundo caso más representativo que determina un alto nivel de tratamientos inadecuados. La excesiva indicación de IECAS, en reemplazo de diuréticos tiazídicos en casos de hipertensión arterial, es uno de ellos.

Esperando al mesías

La salud no es un bien que puede adquirirse en comercios ni un don que se incorpora al nacer. La salud debe ser construida por los profesionales junto a la comunidad. Para ello, el equipo de salud debe captar activamente la atención de las personas y no debe desaprovechar ninguna oportunidad para realizar un gesto sanitario. La utilización de hierro como medida preventiva es el ejemplo antagónico del Uso irracional de Medicamentos. Con extensas evidencias de los beneficios que produce y encontrándose disponible en la mayoría de los centros, no se lo prescribe.

La deuda interna

La variabilidad en la práctica clínica observada en todo el país es, cuando menos, un llamado de atención. La calidad de la atención que recibe una persona continúa dependiendo de la localidad del centro al que asista. Discutir interprovincialmente los resultados de las investigaciones realizadas en materia de prescripción generará un espacio de diálogo que promueva la nivelación de la atención hacia estándares superiores a los detectados en la actualidad.

Plata dulce

En la Argentina el mercado de medicamentos es muy poderoso. Basta con decir que en la década del 90 se encontró en la posición 11 en el ranking mundial de ventas. Lograr un uso fundamentado de fármacos provocaría inexorablemente una caída de la facturación de la industria farmacéutica que se traducirá en la aparición de innumerables conflictos de intereses.

Buenos Aires me mata

En la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y en la provincia de Buenos Aires se concentra la mayor tasa de prescripción de antibióticos a nivel nacional. Asimismo, en dichas jurisdicciones se produce el mayor volumen de ventas de medicamentos, alcanzando el 57% a nivel nacional. Estudios recientes alertan sobre el aumento explosivo de resistencia bacteriana en nosocomios de las grandes metrópolis del país.

No sos vos soy yo

En el pensamiento reflexivo y la autocrítica se encuentra el secreto para crecer. Depositar nuestras propias responsabilidades en el otro ha demostrado no arrojar resultados positivos. Cada trabajador de la salud debería detener su propia marcha por un instante y analizar si lo que está haciendo es lo correcto. Siempre es posible mejorar.

Tiempo de revancha

Alcanzar estándares elevados de calidad en el uso de medicamentos requiere del aporte de todos los integrantes del equipo de salud. Profesiones históricamente “relegadas” como enfermeros y agentes sanitarios deberán involucrarse activamente en el seguimiento de pacientes que reciben prescripciones farmacológicas. Es momento de desmedicalizar tanto la vida como la atención de la salud.

Cenizas del paraíso

Las sucesivas crisis económicas y sociales que sufrió el país terminaron por deteriorar al sistema público de salud. No obstante, conserva características que lo posicionan como un ejemplo para otros países. Su amplia cobertura y gratuidad son sus estandartes. La capacidad de sus profesionales y la oferta de servicios también. Con trabajo y creatividad, la Argentina se ha convertido en pionera y referente de diversas corrientes científicas, entre ellas el URM.

Un lugar en el mundo

Así como recibimos información acerca de experiencias del exterior, es importante reposicionar a la Argentina como un generador de conocimiento a nivel mundial. Para ello, es conveniente apoyar la publicación de revistas específicas, la realización de congresos y presentar trabajos en eventos internacionales.

¿Sabés nadar?

La formación continua de los profesionales de la salud es la piedra angular en la optimización de los patrones prescriptivos a nivel nacional. Al médico se lo ha catalogado históricamente como un ser omnipotente. Es necesario asumir una actitud humilde que permita entender que el conocimiento médico se incrementa permanentemente. Que las definiciones aceptadas de hoy pueden ser obsoletas mañana. Se debe aumentar la oferta de actividades de actualización y hacerla accesible para todos los trabajadores de la salud.

Nadar solo

La medicalización es un fenómeno importantísimo en las sociedades actuales. El mercado de la salud necesita expandirse y toma como rehenes a personas que padecen problemas de salud que anteriormente no eran catalogados como tales. Es preciso buscar activamente al paciente pero no saturarlo con prestaciones innecesarias. La prescripción de medicamentos exagerada es ícono de la medicalización de la vida.

Tiempo de valientes

Promover el uso adecuado de los recursos no sólo implica diseñar instrumentos técnicamente cimentados. También requiere de un gran poder de convicción para enfrentar inmensos intereses económicos y creencias populares internalizadas en la comunidad desde hace siglos.

El abrazo partido

Ha llegado la hora en que las universidades y los gobiernos se reencuentren. Los gobiernos apoyando política y económicamente a las instituciones educativas y las universidades formando profesionales de alto nivel y emprendiendo proyectos de investigación que estimulen el desarrollo del país. Que el Plan Fénix deje de ser el ícono de la responsabilidad social universitaria para ser un eslabón más en una larga cadena de proyectos.

Made in Argentina

Es argumento central de discusión en el plano académico el hecho de que las investigaciones y políticas formuladas en una nación no son completamente extrapolables a la realidad de otras. Más aún cuando se trata de conocimiento generado en naciones ricas para implementarse en países pobres. Es recomendable activar una lectura crítica de las experiencias extranjeras. Sin embargo las ideas deben surgir localmente. Fomentar la investigación en URM y aplicar políticas afines es el camino para optimizar el uso de medicamentos en la Argentina.

Hable con ella

La pertinencia o no de la divulgación científica es otra cuestión histórica de debate en las sociedades científicas a nivel mundial. En mi opinión, el URM debe traspasar las fronteras del mundo académico y ser discutido con la comunidad.

De esta manera, se lograría modificar hábitos nocivos, se otorgaría poder de decisión a la sociedad y se lograría apoyo para implementar políticas de investigación. Los medios de comunicación masiva, utilizados con responsabilidad, pueden ser una herramienta de gran impacto.

La ciénaga

La situación actual en materia de uso de medicamentos es desalentadora. Y los indicadores, alarmantes. Aún así, contamos con instrumentos aptos para hacer pie firme y responder al problema con solidez.

9 Reinas

Si bien considero que el remedio para el uso irracional de medicamentos no tiene receta, puedo hacer una síntesis de los 9 puntos que más se destacan en el marco de las políticas ejecutadas por el Ministerio de Salud de la Nación:

- Entender al uso indebido de medicamentos como un problema grave
- Formación continua de los profesionales
- Regulación estatal
- Generar debate en el ámbito de la salud
- Fomentar la investigación
- Incentivar la visión crítica de la comunidad
- Generar espacios de reflexión profesional
- Promover hábitos en la comunidad
- Diseñar políticas locales

Lo que vendrá

Anatole France, célebre escritor francés del siglo pasado aseguraba que *“el futuro está oculto detrás de los hombres que lo hacen”*. Mi adhesión es absoluta: nosotros somos esos hombres. Construyamos nuestro futuro.

Por su parte, Woody Allen mencionó en varias oportunidades: *“me interesa el futuro porque es el sitio donde voy a pasar el resto de mi vida”*. En este punto disiento: en él vivirá yo, mis hijos y mis nietos. La preocupación por el legado que recibirán generaciones posteriores debe exceder el cuidado del medio ambiente. El carácter que le otorguemos al uso de recursos condicionará la salud en el futuro.

Curso de Uso Racional de Medicamentos: estado de avance

Capacitación Docente

Los días 14 y 15 de marzo de 2006 se realizó en el Salón Biblioteca de la Academia Nacional de Medicina el *Primer Encuentro Tutorial de Directores Docentes y Facilitadores*. Participaron del encuentro 72 profesionales de las 23 Facultades de Medicina de todo el país que dictan el Curso Anual sobre Uso Racional de Medicamentos en Atención Primaria de la Salud.



La apertura de las jornadas estuvo a cargo del Ministro de Salud de la Nación, Dr. Ginés González García, de Presidente de la Academia Nacional de Medicina, Dr. Rómulo Cabrini y de la Coordinadora General de PROAPS-Remediar, Dra. Graciela Ventura.

Durante el encuentro se consensuaron los principios básicos del uso racional de los medicamentos; la implementación de una metodología de abordaje de los problemas de salud prevalentes en APS; la adopción de criterios de selección y uso de información sobre medicamentos; y aspectos organizacionales en instrumentos del curso. A su vez, se acordó promover en los alumnos del curso una actitud crítica en el análisis de información sobre medicamentos y tratamientos no farmacológicos.

Los profesores trabajaron en grupos sobre el Aprendizaje Basado en Problemas para promover el autoaprendizaje. En estos talleres también se simularon encuentros presenciales del curso de Uso Racional de Medicamentos.



El día 28 de junio se realizó el segundo encuentro tutorial. En esta oportunidad la sede elegida fue la universidad Maimónides y tuvo como objetivo consolidar este espacio de discusión que resulta fructífero en el proceso de optimización de las actividades del curso.

FACULTADES PARTICIPANTES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS. UNIVERSIDAD NACIONAL DE CUYO
 FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS. UNIVERSIDAD NACIONAL DE CÓRDOBA
 FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS. UNIVERSIDAD NACIONAL DE ROSARIO
 FACULTAD DE MEDICINA. UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES
 FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS. UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA PLATA
 FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS. UNIVERSIDAD FAVALORO
 FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS. UNIVERSIDAD ACONCAGUA
 FACULTAD DE CIENCIAS BIOMÉDICAS. UNIVERSIDAD AUSTRAL
 FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD. UNIVERSIDAD ADVENTISTA DEL PLATA
 FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD. UNIVERSIDAD DE CIENCIAS SOCIALES Y EMPRESARIALES
 FACULTAD DE MEDICINA. UNIVERSIDAD NACIONAL DEL NORDESTE
 FACULTAD DE MEDICINA. UNIVERSIDAD NACIONAL DEL COMAHUE
 FACULTAD DE MEDICINA. UNIVERSIDAD NACIONAL DE TUCUMÁN
 FACULTAD DE MEDICINA. UNIVERSIDAD MAIMÓNIDES
 FACULTAD DE MEDICINA. UNIVERSIDAD FUNDACIÓN BARCELÓ
 FACULTAD DE MEDICINA. UNIVERSIDAD DEL SALVADOR
 FACULTAD DE MEDICINA. UNIVERSIDAD DE MORÓN
 FACULTAD DE MEDICINA. UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CÓRDOBA
 FACULTAD DE MEDICINA. UNIVERSIDAD ABIERTA INTERAMERICANA.
 ESCUELA DE MEDICINA. INSTITUTO UNIVERSITARIO DEL HOSPITAL ITALIANO DE ROSARIO
 ESCUELA DE MEDICINA. INSTITUTO UNIVERSITARIO DEL HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES
 ESCUELA DE MEDICINA DEL INSTITUTO UNIVERSITARIO CEMIC
 FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA RIOJA

Materiales educativos

Los materiales educativos entregados a los alumnos son elaborados especialmente para este curso por un cuerpo docente integrado por expertos en el uso racional de los medicamentos.

Los temas abordados en los **Módulos** son los siguientes:

Módulo 0: La salud de los argentinos. El sistema de salud argentino. Medicamentos.

Módulo 1: Uso Racional de Medicamentos. Uso de Fuentes de Información. Enfoque racional de la terapéutica de la Hipertensión Arterial Esencial.

Módulo 2: Farmacovigilancia. Enfoque racional de la terapéutica de Diabetes Mellitus. Enfoque racional de la terapéutica del Asma Bronquial. Enfoque racional de la terapéutica de la Insuficiencia Cardíaca.

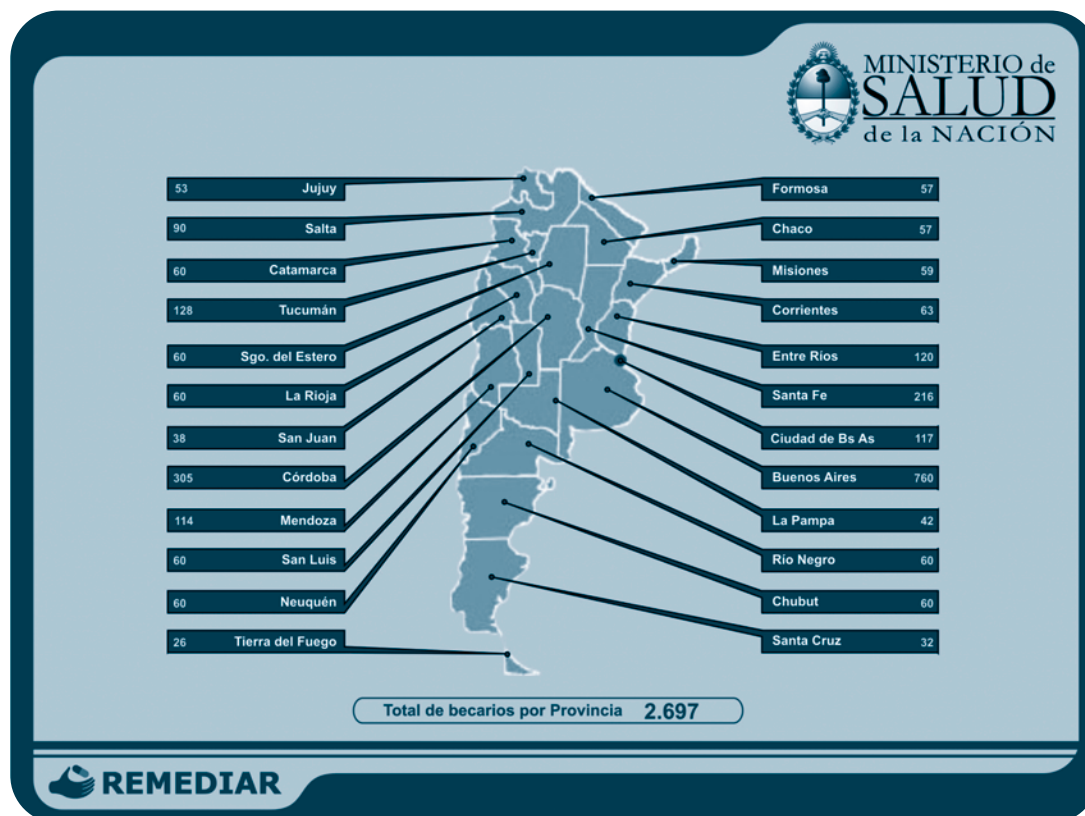


Módulo 3: Enfoque racional de la terapéutica de las Infecciones Respiratorias Altas. Enfoque racional de la terapéutica de la Fiebre. Enfoque racional de la terapéutica de las infecciones Urinarias Bajas. Enfoque racional de la terapéutica de las Vulvovaginitis.

Módulo 4: Anticonceptivos. Prevención en ETS. VIH. Enfoque racional de la terapéutica de las parasitosis. Uso racional de Vasodilatadores. Benzodiacepinas. Adicciones en APS. Vitaminas. Digestivos. Antitusígenos.



Los Alumnos



Distribución de los alumnos por provincia de la primera cohorte de profesionales prescriptores

Los encuentros

Durante el mes de mayo se llevaron a cabo los primeros encuentros presenciales en las 23 Facultades que dictan el curso. Los directores docentes coincidieron en destacar la actitud positiva de los educandos en cuanto a adquirir conocimientos y discutir aspectos críticos de su práctica diaria en los CAPS.



Alumnos asisten al primer encuentro presencial del curso de Uso Racional de Medicamentos. En esta oportunidad los Directores Docentes describieron la dinámica del curso y los Docentes Facilitadores comenzaron con los talleres de resolución de problemas

Perspectivas

Instituciones referentes del sector salud y entidades gubernamentales extranjeras se han mostrado interesados en replicar la experiencia del Programa Nacional de Uso Racional de Medicamentos en sus respectivos campos de acción.

Al momento del cierre de esta edición, profesionales prescriptores del primer nivel de atención de todo el territorio nacional se inscribían para conformar la segunda cohorte de profesionales que realizarán el Curso de Uso Racional de Medicamentos.

EQUIPO EDITORIAL

Director Editorial

Gonzalo Meschengieser

Consejo Editorial

Cristina Ratto

Silvia Pachano

Producción

Catalina Lucas

Luciana Correa

Martin Etcheverry

Diseño Editorial

Pablo Conte

Emmanuel Filomena

Colaboran en este número

Cristian Cangenova

Albert Figueras

Claudio Jehin

Oscar Cerviño

Mariano Jehin

Ricardo Bernztein

Sonia Tarragona

Catalina de La Puente

Caterina Milone

Claudia Roitter

Ana López

Mariana Carbajal

Roberto Baistrocchi

Las notas firmadas son responsabilidad de los autores y no representan necesariamente la opinión del Ministerio de Salud de la Nación.

PROAPS - Remediar - Ministerio de Salud 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