

Especialización en Economía y Gestión de la Salud

Trabajo Final de Especialización

Autor: Pablo Martín Cassiani

ANÁLISIS DESCRIPTIVO DEL PROGRAMA REMEDIAR EN UNA CIUDAD DEL INTERIOR DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES.

2016

Citar como: Cassiani, P. M. (2016). Análisis descriptivo del Programa Remediar en una ciudad del interior de la Provincia de Buenos Aires. [Trabajo Final de Especialización, Universidad ISALUD]. RID ISALUD.



ÍNDICE DE CONTENIDOS

1. Resumen
2. Introducción
3. Planteamiento del Tema
4. Marco Teórico.
5. Desarrollo
 - a. Breve descripción de la Ciudad de Mercedes (B)
 - b. Características del Sistema de Salud de Mercedes
 - c. Descripción del Programa Remediar+ REDES
 - d. Descripción del Programa en la Ciudad de Mercedes
 - i. Atención médica y entrega de medicamentos
 - ii. Operatoria del programa
 - iii. Operatoria de clearing y medicamentos no aptos para su uso
 - iv. Espacios físicos dentro del CAPS
 - v. Gestión de stock en los CAPS
 - vi. Equipamiento informático y conectividad
 - vii. Condiciones de almacenamiento de medicamentos, existencia y estado de mobiliario
 - viii. Criterios de elegibilidad
 - ix. Herramientas de comunicación del programa.
6. Conclusiones
7. Bibliografía
8. Anexos

1. Resumen

El presente trabajo desarrolla un análisis descriptivo de la implementación del PROGRAMA REMEDIAR + REDES en una ciudad del interior de la provincia de Buenos Aires, la ciudad de Mercedes en el periodo 2012-2014 (B).

El programa REMEDIAR fue creado por el Ministerio de Salud de la Nación en el año 2002 como una respuesta a la crisis económica-política y social que el país atravesaba en dicho periodo.

El Programa empezó a implementarse en la ciudad de Mercedes en el año 2004, y desde entonces se ha convertido en un pilar de la estrategia de atención primaria de la salud. Este programa logra una redistribución de la riqueza y un ahorro directo al usuario.

El trabajo propone **determinar** transferencia de recursos económicos a través del programa, **evaluar** el ordenamiento en la atención primaria en función del programa, **determinar** si se cumplieron los objetivos del programa para el periodo de análisis, **valorar** la extensión de la cobertura en la red de CAPS (Centro de Atención Primaria de la Salud), y **describir** las dificultades que el programa impuso al equipo de salud de los CAPS.

El abordaje propuesto es el **análisis descriptivo** del PROGRAMA dentro de la ciudad de Mercedes.

La ciudad de Mercedes cuenta con una red de 15 CAPS en el periodo de análisis, una población con un 70% de cobertura de seguridad social y/o entidad de medicina prepaga, y con una demanda concentrada en el sector público por falta de oferentes del sector privado. Dada estas características sanitarias de la ciudad, es que la correcta implementación de estos programas, en particular del REMEDIAR, es sumamente necesaria para el buen funcionamiento del sistema, y del financiamiento del mismo, como así también para su ordenamiento.

Palabras-Clave: PROGRAMA, REMEDIAR, CAPS, MERCEDES, MEDICAMENTOS ESENCIALES, APS.

2. INTRODUCCIÓN.

El Programa Remediar inició sus acciones en el mes de octubre de 2002, con el objetivo central de garantizar el acceso a medicamentos esenciales de la población cuya cobertura médica es exclusivamente pública. Llegar de manera directa a más de 6.956 Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS), implicó un complejo proceso de centralización de compras, de identificación del perfil de los motivos de consultas que atiende el Primer Nivel de Atención, de desarrollo de actividades de almacenamiento y distribución, y de construcción de un sistema de información. Este desarrollo requirió una perspectiva de una gestión basada en la producción e intercambio de información con los CAPS.

El Programa REMEDIAR fue creado para promover el fortalecimiento de la estrategia de Atención Primaria de la Salud. Desde esta perspectiva, propone fortalecer la capacidad de respuesta a nivel sanitario de las Redes de Salud y jerarquizar los Centros de Atención del Primer Nivel, como punto estratégico de contacto con la comunidad y como puerta de entrada de la población al Sistema de Salud.

El presente trabajo abordará el análisis de la implementación del PROGRAMA REMEDIAR en la ciudad de Mercedes.

A través del análisis de su impacto en la política sanitaria local se podrán definir estrategias ante una eventual caída del PROGRAMA, durante el periodo 2012-2014.

La descripción del alcance nacional del programa, y el análisis de la estructura de gastos, no serán alcanzados por el presente trabajo.

3. PLANTEAMIENTO DEL TEMA:

El programa Remediatiene un alto impacto económico-sanitario en la redistribución del ingreso en la ciudad, dadas las características socio-sanitarias de la población, su sistema de salud, y la extensa red en el primer nivel de atención.

Será abordada la implementación del Programa desde su inicio en la ciudad, primeros CAPS en recibirlo, su auditoria, sus beneficios, y los problemas asociados a su implementación a nivel de la MACRO (secretaria de Salud) y MESO gestión (gestión del CAPS).

Objetivo General:

1. Describir y evaluar la implementación del Programa en la ciudad de Mercedes durante el periodo 2012-2014.

Objetivos específicos:

1. **Determinar** transferencia de recursos económicos a través del programa al municipio y a los pacientes.
2. **Evaluar** el ordenamiento en la atención primaria en función del programa en la ciudad de Mercedes.
3. **Determinar** si se cumplieron los objetivos del programa para el periodo de análisis
4. **Valorar** la extensión de la cobertura en la red de CAPS
5. **Describir** las dificultades que el programa impuso a los CAPS

4. MARCO TEORICO.

Es importante definir ciertos conceptos a manera de glosario a los efectos de analizar la implementación del programa Remediar en Mercedes:

- A. **POLITICAS:** Conjunto de valores y de fines sustentados por una determinada comunidad para ordenar y mantener su vida social, económica y cultural (Easton, 1967). Conjunto de acciones y omisiones que manifiestan las actuaciones del Estado en relación con cuestiones que sean de interés para sectores o actores de la sociedad civil.
- B. **PROGRAMA:** Conjunto de acciones implementadas por un gobierno con el objetivo de mejorar las condiciones sanitarias de la población. Forma sistemática de respuesta a un PROBLEMA que opera en forma continua o intermitente, y en términos generales no extingue las causas que lo originan.
- C. **PROGRAMA DE SALUD PUBLICA:** Conjunto de actividades que el Estado pone al servicio de la comunidad para prevenir y controlar enfermedades y daños específicos que por sus características pueden afectar grandes grupos de la población.
- D. **MACRO GESTION:** conjunto de decisiones referidas a políticas públicas de salud: accione de las autoridades destinadas a dirigir un grupo social a determinados objetivos.
- E. **MESO GESTION:** Conjunto de decisiones referidas a la aplicación de presupuestos y selección de procedimientos, enmarcadas en la implementación de políticas públicas, que se toman desde los integrantes de un centro asistencial en un entorno muy regulado.
- F. **PROGRAMA REMEDIAR:** Programa promulgado por el ministerio de Salud de la Nación argentina en el año 2002, cuyo principal objetivo fue "Aumentar la cobertura, promover la equidad y mejorar las condiciones de salud de la población a través de un componente de medicamentos y acceso oportuno a tratamientos apropiados" (RO PROAPS-REMIAR 2002). Sus objetivos principales plantean:
 - a. **Garantizar el acceso a medicamentos esenciales a población en condiciones de mayor vulnerabilidad**
 - b. **Fortalecer la estrategia de Atención Primaria de la Salud (APS) y jerarquizar el primer nivel de atención.**
 - c. **Complementar la Política Nacional de Medicamentos en la promoción del acceso y el uso de nombres genéricos.**
 - d. **Promover el Uso Racional de los Medicamentos.**

La implementación del REMEDIAR se ha efectuado a través de la distribución GRATUITA y DIRECTA desde el Ministerio de Salud de la Nación a los CAPS de todo el Territorio Nacional.

- G. **MEDICAMENTOS ESENCIALES:** aquellos que cuentan con pruebas científicas de eficacia, seguridad, la mejor relación costo/efectividad, con garantía de calidad e información adecuada y a un precio que los pacientes y la comunidad puedan pagar.
- H. **ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD:** es la asistencia sanitaria esencial accesible a todos los individuos y familias de la comunidad a través de medios aceptables para ellos, con su plena participación y a un costo asequible para la comunidad y el país (OMS).

Historia del Programa Remediar

El Programa Remediar inició sus acciones en el mes de octubre de 2002, con el objetivo central de garantizar el acceso a medicamentos esenciales de la población cuya cobertura médica es exclusivamente pública.

A partir del año 2004, diversas acciones se fueron sumando a la política impulsada por el Programa, en especial la Formación de Recursos Humanos, la atención de problemas de salud prevalentes que requieren intervenciones específicas, como el Programa Nacional de Desparasitación Masiva, y el impulso de procesos de participación comunitaria a través de los Proyectos Locales Participativos.

Desde el año 2009, el Programa Remediar+ Redes amplió su desarrollo. Su contribución al fortalecimiento de la Estrategia de Atención Primaria de la Salud sumó el financiamiento de Proyectos Provinciales cuyo objetivo es impulsar y fortalecer Redes de Salud de las Provincias.

En el año 2010, con la coordinación del Programa Remediar, se elaboró el Listado de Medicamentos Esenciales para el Primer Nivel de Atención, aporte fundamental para fortalecer la estrategia de Atención Primaria de la Salud. Dos conceptos clave sustentan la construcción de este listado. Por un lado, la definición de medicamentos esenciales como "aquellos que cuentan con pruebas científicas de eficacia, seguridad, la mejor relación costo/efectividad, con garantía de calidad e información adecuada y a un precio que los pacientes y la comunidad puedan pagar". Por otro lado, la conceptualización del medicamento como bien social, ligado al mejoramiento de la salud de la población, y que por lo tanto no debe estar sometido a las leyes del mercado y cuya obtención "queda sujeta a coberturas y sistemas especiales que corrigen las deficiencias de acceso y permiten a la población alcanzar los beneficios de su uso".

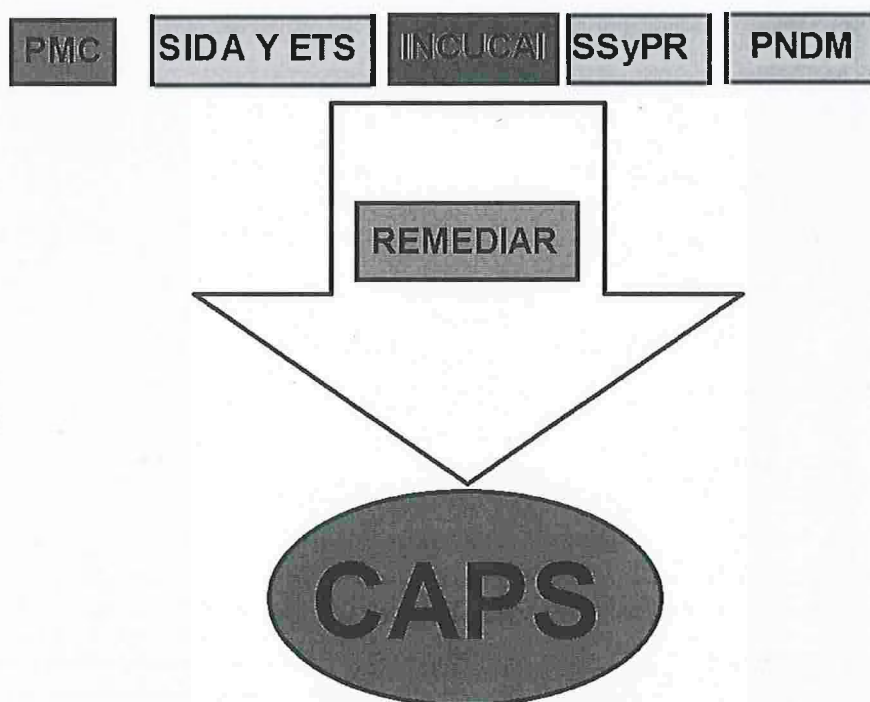
El Programa cuenta con 4 sus pilares: la capacitación, la gestión de medicamentos, el monitoreo y evaluación, y las auditorías.

Las capacitaciones dictadas por el programa son:

1. Capacitación en Terapéutica Racional en atención primaria de la salud.
2. Programa de capacitación en cuidado de medicamentos en atención primaria de la salud.
3. Capacitación en Operatoria.
4. Curso: Enfermedades oncológicas y cuidados paliativos.
5. Curso de Salud Mental
6. Curso enfermedades Prevalentes
7. Curso Riesgo cardiovascular Global

Articulación del Programa Remediar con otros programas sanitarios

El PROGRAMA REMEDIAR, logra la articulación de varios programas nacionales y/o direcciones, según se muestra en el siguiente gráfico:



Fuente: Cassiani, 2016

PROGRAMA NACIONAL DE DESPARASITACION MASIVA

Con la intención de brindar respuesta al problema de la parasitosis intestinal debida a los geo helmintos (parásitos intestinales que tienen como parte de sus ciclos vitales un pasaje obligado por la tierra), el Ministerio de Salud de la Nación a través del Programa REMEDIAR, la Dirección Nacional de Epidemiología, el Instituto Malbrán y las autoridades provinciales y municipales, impulsan la implementación del Programa Nacional de Desparasitación Masiva (PNDM).

El objetivo del Programa es disminuir en forma sostenible la tasa de prevalencia de geo helmintos en la población infantil de 2 a 14 años de las áreas afectadas, reduciendo la contaminación del medio ambiente con materias fecales humanas portadoras de estos huevos o larvas, especialmente en áreas marginales donde se asientan urbanizaciones que carecen de servicios sanitarios básicos.

Esta parasitosis representa un grave problema de salud pública a nivel mundial, que deriva de múltiples factores y como tal, requiere una solución desde muchos frentes.

Desde años la OMS propone como estrategia de salud pública el uso de tratamientos antihelmínticos masivos y reiterados, en aquellas comunidades que tengan una elevada prevalencia de geo helmintiasis. Es por ello que el PNDM propone dos estrategias de intervención:

- 1- El tratamiento medicamentoso masivo en la población objetivo (niños de 2 a 14 años);
- 2- Medidas educativas y sanitarias que mejoren la higiene ambiental y personal, instruyendo a la población sobre la necesidad de disponer de mejores instalaciones sanitarias y modificar hábitos que favorecen la diseminación del parásito.

PROGRAMA NACIONAL DE SALUD SEXUAL Y PROCREACION RESPONSABLE (PNSSyPR)

El Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable fue creado por la Ley Nacional Nº 25.673. Reconoce que el Derecho a la Salud comprende la Salud Sexual, y que ésta incluye la posibilidad de desarrollar una vida sexual gratificante y sin coerción, así como prevenir embarazos no deseados.

Se basa en la autonomía de todas las personas para elegir individual y libremente, de acuerdo a sus convicciones y a partir de la información y el asesoramiento, un método anticonceptivo adecuado, reversible, no abortivo y transitorio, para poder definir la posibilidad de tener hijos, cuantos hijos tener, cuándo tenerlos, y el intervalo entre ellos.

Al mismo tiempo, favorece la detección oportuna de enfermedades genitales y mamarias, contribuyendo a la prevención y detección temprana de infecciones y VIH/sida.

A fines del año 2006 los centros de salud y hospitales con prestaciones del Programa superan los 6100 en todo el país, siendo 1.900.000 las usuarias y usuarios del mismo.

La implementación del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable abarca:

- Entrega de insumos a las provincias para su distribución gratuita en los Centros de Atención Primaria y hospitales públicos, a solicitud de las/los usuarias/os, con asesoramiento o consejería especializada. Los insumos de salud sexual y reproductiva que distribuye el Programa actualmente son preservativos, anticonceptivos hormonales inyectables, hormonales para lactancia, hormonales combinados, y anticonceptivos hormonales de emergencia (para su logística de distribución, se entregan en los botiquines del REMEDIAR); dispositivos intrauterinos (DIU) y cajas de instrumental para su colocación.
- Asistencia técnica y apoyo a las autoridades provinciales, para la implementación de programas locales en todas las provincias.
- Capacitación a los equipos de salud mediante la articulación con el Programa de Médicos Comunitarios.
- Producción y entrega gratuita de materiales didácticos de difusión relacionados con el tema.
- Actividades de comunicación social y campañas.
- Articulación de actividades con áreas y programas de la Secretaría de Programas Sanitarios: Programa Nacional de Lucha contra el SIDA y ETS, Plan Nacer, la Dirección de Maternidad e Infancia, Programa de Médicos Comunitarios, la Dirección de Programas Sanitarios la Dirección Nacional de la Juventud y el Programa Familias del Ministerio de Desarrollo Social y Organizaciones no gubernamentales: científicas, de desarrollo comunitario, académicas.

PROGRAMA MEDICOS COMUNITARIOS (PMC)

El PMC implementa desde el año 2004 una innovadora política de fortalecimiento de recursos humanos para el Primer Nivel de Atención cuyo propósito es la consolidación, en los Sistemas Locales de Salud, de la estrategia de Atención Primaria. El afianzamiento de esta última encuentra sustento en el desarrollo de prácticas de prevención y promoción, con activa participación de la comunidad, a través del trabajo en redes e intersectorial, puesto en marcha por un equipo de salud interdisciplinario e intersaberes. El PMC desarrolla junto a Universidades públicas y privadas, Sistemas de Salud provinciales y Referentes de Pueblos Indígenas, la Capacitación en Servicio en Salud Social y Comunitaria para integrantes de equipos de salud de todo el país con el objetivo de promover la transformación del modelo de atención y garantizar a la población el acceso al cuidado de su salud como derecho universal.

El PMC cogestionó junto Al REMEDIAR la financiación e implementación de Proyectos Locales Participativos que permitieron a los integrantes de equipos de salud desarrollar plan de salud locales según los siguientes ejes:

1. Participación de la Comunidad en el Cuidado de su propia salud (2006 y 2007)),
2. Plan Nacional de Prevención y Control de Dengue y Fiebre Amarilla (2009).

Asimismo, personal de Remediar + Redes desarrolló en 2009 capacitaciones dirigidas a los recursos humanos financiados por el PMC para la observancia de la Guía de Atención al Paciente con Dengue.

PROGRAMA NACIONAL DE LUCHA CONTRA EL SIDA Y ETS,

A partir de la aparición de los primeros enfermos de SIDA en 1982, el Ministerio de Salud y Acción Social, incorporó esta nueva enfermedad para su control al Departamento de las Enfermedades de Transmisión Sexual que dependía de la Dirección Nacional de Promoción y Protección de la Salud.

En 1990 se dictó la Ley Nacional de SIDA (Ley 23.798) y su decreto reglamentario (N° 1244). En dicha ley se declaró de interés nacional la lucha contra la epidemia, entendiéndose por tal la detección e investigación de sus agentes causales, el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad, su prevención, asistencia y rehabilitación, incluyendo la de sus patologías asociadas, así como también medidas tendientes a evitar su propagación. A los efectos de esta ley se estableció en su Artículo 4° que las autoridades sanitarias tenían que desarrollar programas destinados al cumplimiento de las acciones descritas, promover la capacitación de los recursos humanos y propender al desarrollo de

investigaciones, coordinando sus actividades con otros organismos públicos y privados, nacionales, provinciales, municipales e internacionales. Se estableció, además, que las disposiciones de dicha ley fuesen aplicadas en todo el territorio de la República y que la autoridad de aplicación sería el Ministerio de Salud, al que se le otorgó la facultad de poder concurrir a cualquier parte del país para contribuir al cumplimiento de la ley. Su ejecución en cada jurisdicción quedó a cargo de las respectivas autoridades sanitarias.

En 1995, a raíz de la reestructuración del Ministerio, el Programa Nacional quedó bajo la órbita de la Secretaría de Recursos y Programas de Salud y en 1996 se le incorporó el Departamento de Enfermedades de Transmisión Sexual, que dejó de depender de la Dirección de Epidemiología. En el año 1995, el programa estaba compuesto por dos actividades: a) diagnóstico y asistencia de pacientes infectados y b) distribución de medicamentos. Esta estructura del programa se mantuvo hasta el año 1997, cuando se firmó un convenio de préstamo con el Banco Mundial (BIRF), por medio del Decreto N° 961. En dicho decreto se acordó que el monto del préstamo sería de US\$15.000.000, a ser administrado por el Ministerio de Salud.

Adicionalmente se creó la Unidad Ejecutora del Proyecto de Control del SIDA y Enfermedades de Transmisión Sexual (LUSIDA), que pasó a ser una nueva actividad del Programa Nacional de lucha contra el SIDA y ETS.

Finalmente, en el año 2000, por medio del Decreto N° 455, se reestructuró el organigrama del Ministerio de Salud y tanto el Programa Nacional como el Proyecto LUSIDA, pasaron a depender de la Subsecretaría de Programas de Promoción y Prevención, quedando ambos programas bajo una misma unidad coordinadora.

El programa utiliza el almacenamiento del Programa Remediar y su logística de distribución, para que los medicamentos lleguen a los efectores sanitarios.

INCUCAI

El Instituto Nacional Central Único Coordinador de Ablación e Implante (INCUCAI) es el organismo que impulsa, normatiza, coordina y fiscaliza las actividades de donación y trasplante de órganos, tejidos y células en nuestro país. Actúa en las provincias argentinas junto a 24 organismos jurisdiccionales de ablación e implante con el fin de brindar a la población un acceso transparente y equitativo al trasplante.

El INCUCAI es una entidad descentralizada que depende de la Secretaría de Políticas, Regulación e Institutos del Ministerio de Salud de la Nación. Sus acciones se orientan a dar cumplimiento efectivo a la Ley de Trasplante de Órganos, normativa que establece las líneas de su funcionamiento, para satisfacer la demanda de los pacientes que esperan un trasplante.

La misión del INCUCAI es promover, regular y coordinar las actividades relacionadas con la procuración y el trasplante de órganos, tejidos y células en el ámbito nacional, garantizando transparencia, equidad y calidad. La visión apunta a construir un sistema inserto en la estructura sanitaria que sea capaz de generar respuestas a las múltiples demandas de trasplantes, sustentado por la confianza y la actitud positiva de la comunidad hacia la donación.

Actualmente las 24 jurisdicciones reciben insumos del INCUCAI a través de los botiquines del REMEDIAR, en los depósitos habilitados a tal fin.

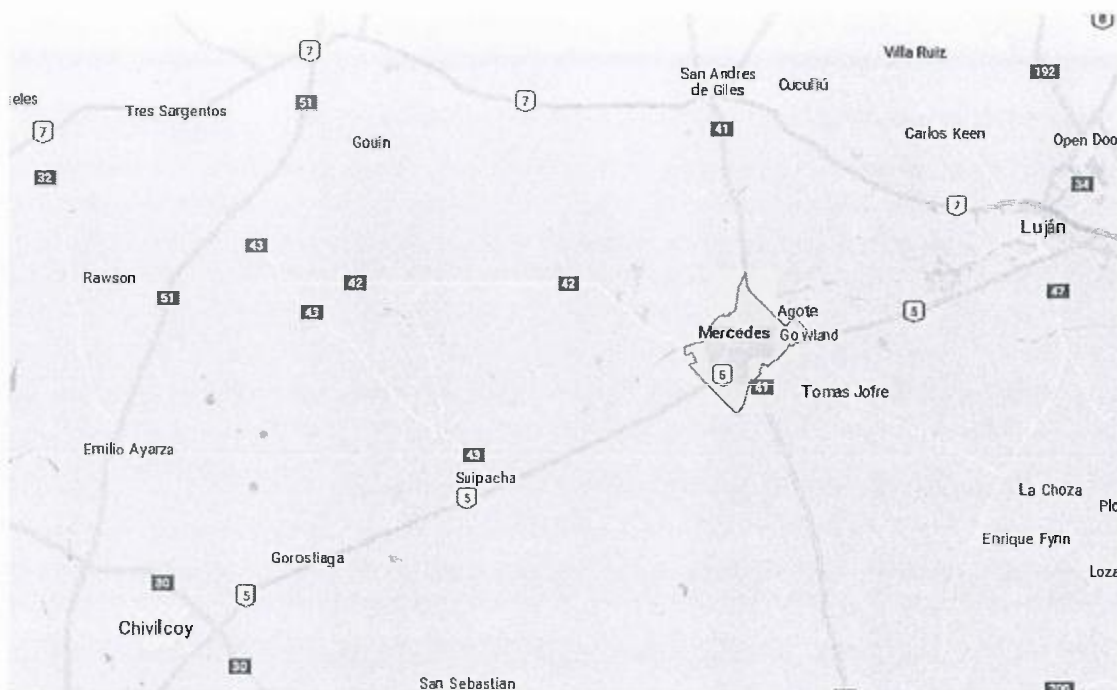
Los medicamentos entregados son:

1. Ciclosporina
2. Micofelonato
3. Sirolimus
4. Tacrolimus

5. DESARROLLO

A. Breve descripción de la ciudad de Mercedes (B)

El municipio de Mercedes cuenta con una población de 63.284 habitantes (Censo 2010). Se encuentra situado a 100 Km. de la Ciudad Autónoma de Bs. As, y a 35 km de la Ciudad Vecina de Lujan. Es lindada por las rutas 5 y 41. La ciudad es cabecera del Dto. Judicial Mercedes y del Arzobispado de Mercedes-Lujan. Cuenta con entidades financieras y bancarias que le dan a Mercedes un dinámico movimiento diario.



Fuente: Google Maps, 2016

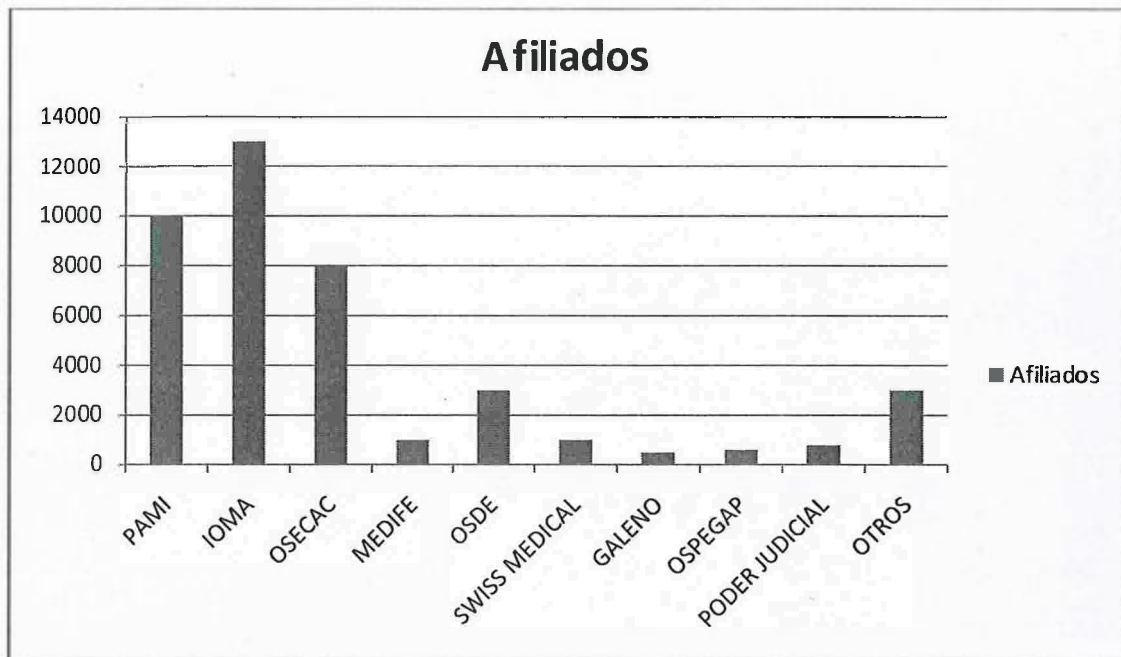
Respecto a la conformación barrial, la ciudad cuenta con 64 barrios en el casco urbano y una zona rural.

B. Características del sistema de salud en Mercedes

Como en el resto de la República Argentina, en el municipio coexisten los diferentes modelos de financiamiento: el sistema público, el sistema de seguridad social y el sistema de prepagas, aunque es el sistema público el que cubre el 75% de las necesidades asistenciales de la población ya que cuenta con un único hospital provincial: Hospital Zonal de Agudos Bias L. Dubarry (114 camas, 8 críticas), 18 CAPS y 1 CENTRO INTEGRADOR COMUNITARIO (CIC) dependientes del municipio. En el Subsector privado coexisten consultorios y poli-consultorios de varias disciplinas, y en el segundo nivel, una Clínica, Nueva Cruz Azul, de baja-mediana complejidad, con 40 camas, 6 críticas.

El 70% de la población cuenta con cobertura de Obra social y/o medicina prepaga.

Segmentación por Cobertura:



Fuente: Secretaría de Salud, Municipalidad de Mercedes, 2016

Niveles de Atención

Según la complejidad que poseen los prestadores de servicios de la Ciudad, de acuerdo a los recursos tecnológicos disponibles podemos decir que Mercedes cuenta con:

Un Primer Nivel de Atención o Baja Complejidad

Ofrece Atención Primaria de la Salud (APS) a través de 1 CIC y 18 centros de APS (CAPS): 15 en localidades en la ciudad y los 3 restantes distribuidos en 3 pueblos pertenecientes al partido: Altamira, Agote y Goldney. Estos CAPS brindan en general servicio de clínica de adultos y pediatría, ginecología y obstetricia, medicina general, cardiología, Kinesiología, traumatología, neurología, nutrición, fonoaudiología, psicología, psiquiatría, trabajo social, psicopedagogía, laboratorio central, enfermería y odontología.

Cuenta con 2 quirófanos, un servicio de hemodinamia, servicio de cirugía cardiovascular central y periférica, 6 camas críticas y 3 consultorios.
Es prestador de PAMI.

C. DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA REMEDIAR + REDES

El Programa REMEDIAR fue implementado por el ministerio de Salud de la Nación en el año 2002, en el marco de una fuerte crisis social y económica en el país. La emergencia sanitaria fue decretada en MAYO de 2002 con la sanción de la Ley 25.590, la que dio origen a este PROGRAMA.

El PROGRAMA contó con el financiamiento del Banco Interamericano de Desarrollo (BID) a través de 2 préstamos. Los montos de cada préstamo se muestran en la Tabla 1:

Tabla 1:

Préstamos	Financiamiento Externo (En u\$S)	Desembolso	
		Monto (En u\$S)	%
BID 1193/OC-AR	90.000.000	82.601.033	92
BID 1134/OC-AR	50.000.000	50.000.000	100
TOTAL	140.000.000	132.601.033	95

Fuente: AGN, Auditoría Programa Remediar, Año 2008

El objetivo del Programa es contribuir a evitar el deterioro en las condiciones de salud de la población más vulnerable, asegurando el acceso a los tratamientos apropiados para el 90% de las patologías prevalentes.

Para su logro, se implementó un sistema de distribución gratuita de medicamentos en todos los CAPS del país. Además, el programa aportó estrategias de fortalecimiento de la APS, a través del dictado de cursos de capacitación sobre el correcto uso y prescripción de medicamentos, así como la integración de distintos programas nacionales, y su llegada a territorio.

El proceso de distribución de medicamentos inicia con la compra por parte del Ministerio de Salud de la Nación; estos llegan a los CAPS de todo el país a través de un operador logístico (OCA y OCASA) y los beneficiarios son los pacientes atendidos en los CAPS por parte del equipo de salud.

D. DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA REMEDIAR EN MERCEDES

El MUNICIPIO de MERCEDES cuenta con 15 CAPS REMEDIAR, que reciben los botiquines en forma directa desde el PROGRAMA.

Tabla N° 1

Distribución de CAPS – MERCEDES, consultas, recetas, prescripción y alcance del Análisis

Ciudad	caps activos	cic	total efectivos	promedio consultas mensuales	promedio recetas mensuales	tasa de prescripción	de alcance análisis
MERCEDES	14	1	15	6419	2260	35%	100

Fuente: Secretaria de Salud, Municipalidad de Mercedes, 2014

El **MUNICIPIO** realiza un promedio de 6.419 consultas médicas mensuales y 2.260 recetas del **PROGRAMA**. A partir de la relación entre cantidad de consultas médicas y cantidad de recetas cubiertas por algún medicamento de REMEDIAR, se calcula una tasa de Prescripción.

Para el **MUNICIPIO** esta tasa es del 35%, es decir que de cada 100 consultas médicas ambulatorias que se atienden, en 35 de ellas utilizan al menos un medicamento del **PROGRAMA**.

MERCEDES recibió durante el periodo 2012- 2014 un promedio por mes de 20 botiquines, equivalentes a 185.112 tratamientos de medicamentos esenciales. Ello representa una transferencia al MUNICIPIO de \$1.138.043 (un promedio de \$2.107 por CAPS por mes). El envío de botiquines a los Centros representó un ahorro a la población de \$5.978.171, para los consultantes de los CAPS, en relación al precio que hubiesen tenido que pagar en una farmacia de la Ciudad.

AÑO	2012	2013	2014
BOTIQUINES	252	226	244
TRATAMIENTOS	58827	59553	66732
TRANSFERENCIA MONETARIA	265.780	343.340	528.923
PRECIO DE	1,415,060	1,772,711	2,790,400

MERCADO			
---------	--	--	--

Fuente: Base de datos REMEDIAR, 2015.

I. ATENCIÓN MÉDICA Y ENTREGA DE MEDICAMENTOS

El 60% de los CAPS cuentan con atención clínica y de medicina general, siendo la distribución de la atención médica según especialidades la observada en la Tabla 2 en los CAPS:

Tabla N° 2

Distribución de profesionales, según especialidad– MERCEDES

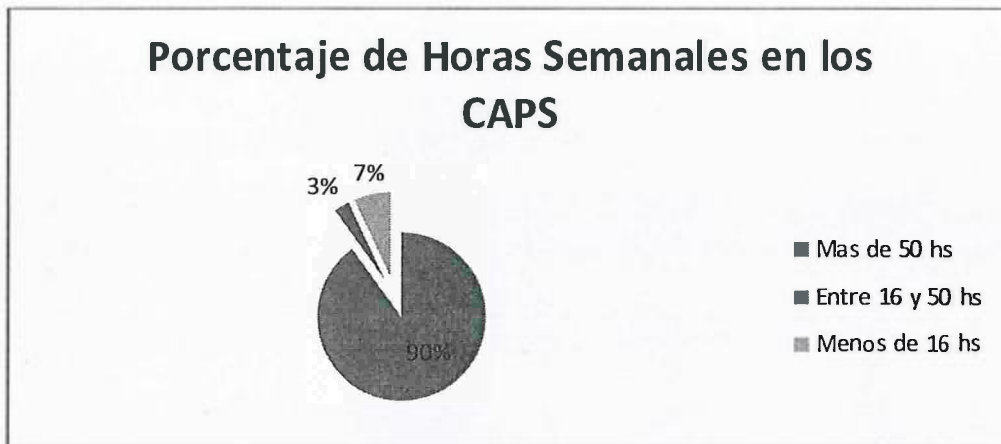
CAPS			
Especialidades	CAPS según Especialidades	% CAPS según especialidades	Cantidad de profesionales médicos
CLINICA MEDICA	9	60%	10
GENERALISTA	9	60%	9
TOCO GINECOLOGIA	8	53%	10
PEDIATRIA	8	53%	11
CARDIOLOGIA	3	20%	3
OTROS	1	7%	2
TOTAL	15	100%	40

Fuente: Secretaria de Salud, Municipalidad de Mercedes, 2014

Los CAPS realizan un promedio de 22 horas semanales de atención médica.

Siendo la distribución la que se presenta a continuación:

Gráfico N° 1



Fuente: Secretaria de Salud, Municipalidad de Mercedes, 2014

En relación al personal que se ocupa del cuidado y entrega de medicamentos, en la mayor parte de los CAPS la tarea es realizada por enfermeros, siendo la distribución según profesión u ocupación, como se muestra en la tabla 3:

Tabla N° 3

Distribución de personal que entrega medicamentos en CAPS, según profesión u ocupación – MERCEDES

Cargo de la persona que entrega el medicamento	CAPS	
	CAPS	%
Enfermero	11	73
Personal Administrativo	8	53
Farmacéutico	1	7
TOTAL	15	100%

Fuente: Secretaria de Salud, Municipalidad de Mercedes, 2013

El promedio de horas semanales destinadas a la entrega de medicamentos es de 30 hs.

II. OPERATORIA DEL PROGRAMA

La cantidad de botiquines que recibe un centro es función de su nivel de actividad, es decir que se basa en la cantidad de recetas mensuales promedio que realiza cada CAPS. A su vez, los cambios en la composición de los botiquines entre entregas son controlados a partir de los niveles de utilización y stock de un conjunto seleccionado de medicamentos (trazadores). La única información acerca del nivel de actividad, utilización y stock de los CAPS con la que cuenta el PROGRAMA es la producida y remitida mensualmente por los propios centros mediante los formularios de registro que utiliza Remediar.

III. OPERATORIA DE CLEARING Y MEDICAMENTOS NO APTOS PARA SU USO

La operatoria de Clearing consiste en la redistribución de medicamentos entre CAPS para compensar niveles de stock, optimizando así los insumos transferidos.

En la red de CAPS de la ciudad de Mercedes, no existe un sistema formal de retiro de medicamentos no Aptos. Los mismos son desechados en los contenedores de residuos patogénicos.

IV. ESPACIOS FÍSICOS DENTRO DEL CAPS

Los CAPS se organizan, en términos de proceso de atención y captación de la información, de forma heterogénea, según la conformación de sus equipos de salud y la capacidad estructural de los mismos.

Ningún CAPS cuenta con un espacio destinado exclusivamente al almacenamiento y entrega de medicamentos (farmacia). Sino, por el contrario, los mismos son depositados en distintos estantes en consultorio, administración y enfermería. El principal obstáculo para un almacenamiento centralizado es el espacio físico total de los CAPS.

La distribución de los espacios físicos es la siguiente entre los CAPS de Mercedes:

Tabla N° 6

Distribución espacios físicos en CAPS – MERCEDES

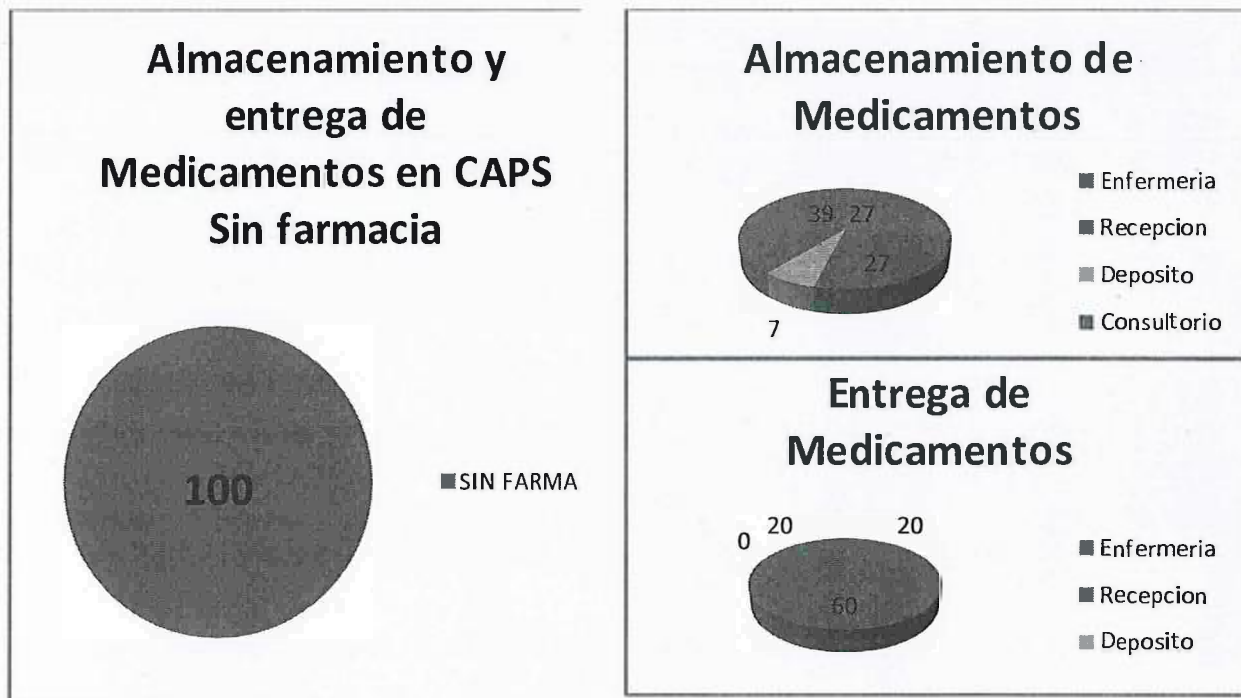
ESPACIO FISICO	CAPS	%
SALA DE ESPERA	12	100
CONSULTORIO	12	100
RECEPCION/ADMISION	11	92
ENFERMERIA	9	75
DEPOSITO	1	8

OTROS	1	8
-------	---	---

Fuente: Secretaria de Salud, Municipalidad de Mercedes, 2014

El almacenamiento de los medicamentos se realiza principalmente en consultorio (40%), enfermería y recepción (27%); mientras que la entrega se realiza en recepción (60%) y enfermería y consultorio (20%).

Gráfico N°2 Almacenamiento y entrega en CAPS sin farmacia



Fuente: Secretaria de Salud, Municipalidad de Mercedes, 2013

V. GESTIÓN DE STOCK EN LOS CAPS

En los CAPS, para contabilizar el stock de los medicamentos almacenados, no utilizan soporte informático, el 100% recurre al conteo manual e individual de los mismos.

Gráfico N° 4

Porcentaje de uso de herramientas para el control de stock - MERCEDES.



Fuente: Secretaría de Salud, Municipalidad de Mercedes, 2013

VI. EQUIPAMIENTO INFORMÁTICO Y CONECTIVIDAD

En relación a la capacidad de los CAPS en términos de captación de información, el 73% (11) de los 15 CAPS cuenta con al menos una PC. El total de PCs existentes en los 11 CAPS es de 17.

Tabla N° 7

Distribución de las PC por espacio físico MERCEDES

UBICACIÓN DE LAS PC	CANTIDAD DE PC	% PC	% CAPS
CONSULTORIO	7	41%	47%
RECEPCION	6	35%	50%
OTROS	2	12%	100%
SALA DE ESPERA	1	6%	7%
ENFERMERIA	1	6%	9%
TOTAL	17	100%	73%

Fuente: Relevamiento Subsecretaria de Modernización del Estado, Municipalidad de Mercedes – 2015

VII. CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD

Para la incorporación de un CAPS como efector del PROGRAMA, así como para asegurar su continuidad en la recepción de botiquines, los centros de salud deben cumplir con ciertos requisitos (Criterios de elegibilidad): **(ANEXO B)**

Cualquier incumplimiento de los criterios de elegibilidad es considerado por el PROGRAMA como "Grave". Su detección conlleva a la suspensión transitoria del envío de botiquines. Dicha suspensión queda sin efecto cuando se recibe en el PROGRAMA una nota del CAPS o autoridad sanitaria jurisdiccional comprometiéndose a resolver la irregularidad detectada.

Estos criterios de Elegibilidad han resultado en obstáculos o dificultades para los equipos de salud, al tener que adaptar o re planificar los modelos de meso gestión en los CAPS. Los circuitos de los pacientes, los procesos de almacenamientos, traslado, clearing y entrega de medicación se han modificado de acuerdo a la normalización que el programa impuso.

VIII. HERRAMIENTAS DE COMUNICACIÓN DEL PROGRAMA.

El 93% de los CAPS conocen el Manual de Operatoria del PROGRAMA y el mismo se encuentra en la totalidad de los CAPS, al alcance de quienes llevan a cabo las tareas de REMEDIAR.

El PROGRAMA BRINDA UN 0800-REMEDIAR.

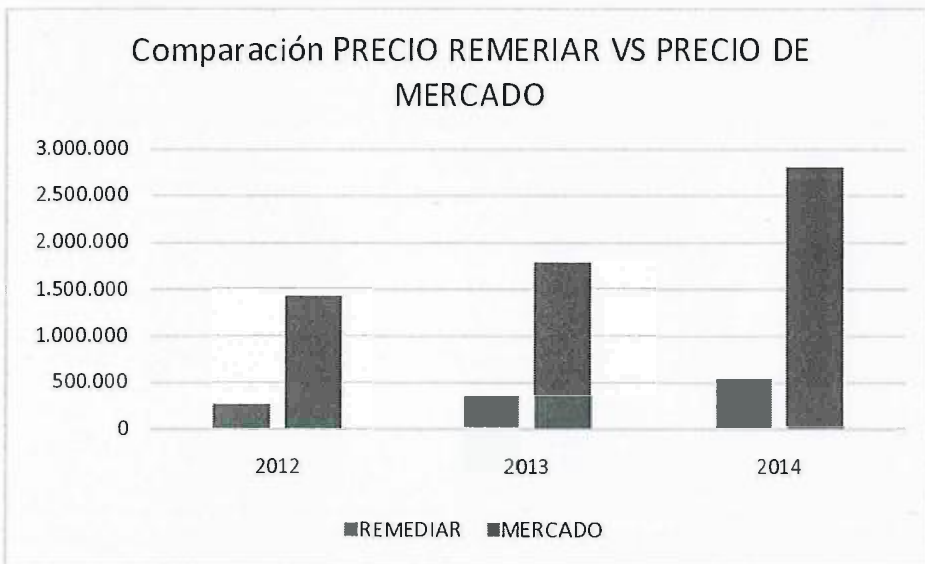
En el 93% de los CAPS existen afiches REMEDIAR y la folletería se encuentra disponible en el 80% de ellos.

6. CONCLUSIONES

Desde sus inicios, Remediar ha llegado mensualmente, de forma ininterrumpida y directa a más de 7.000 Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS) distribuidos en todo el país, con botiquines compuestos de un vademécum de medicamentos esenciales que dan respuesta al 80% de las consultas del primer nivel de atención; garantizando así la cobertura a más de los 15 millones de usuarios del sistema de salud público. El suministro gratuito de medicamentos constituyó una modalidad de financiación que permitió un acceso más amplio, equitativo y focalizado sobre la población más necesitada.

El municipio de Mercedes cuenta con 15 CAPS, todos ellos con el Programa Remediar vigente. Recibió, durante el periodo 2012- 2014, 722 botiquines equivalentes a 185.112 tratamientos de medicamentos esenciales. Ello representa una transferencia al MUNICIPIO de \$1.138.043

El municipio con un promedio de 6.419 consultas médicas mensuales y 2.260 recetas del programa; con una tasa de prescripción del 35%, ha logrado mayor equidad en la población a través de la redistribución de la riqueza. El envío de botiquines a los Centros representó un ahorro a la población de \$5.978.171, para los consultantes de los CAPS, en relación al precio que hubiesen tenido que pagar en una farmacia de la Ciudad.



Fuente: PROGRAMA REMEDIAR, MINISTERIO DE SALUD DE NACION, 2015

El municipio de Mercedes comparte con el resto del país un modelo fragmentado en el financiamiento de su sistema de salud; pero a diferencia de otros municipios, la falta de oferentes privados, resulta en una concentración de la demanda en el sector público de salud. Pese a esto, la organización y planificación de los recursos sanitarios ha sido deficiente.

La llegada del Programa REMEDIAR, ha logrado mayor eficiencia en la utilización de los recursos, la conformación de REDES, y la organización funcional y estructural dentro de los Centros de Atención Primaria de la Salud.

Los requisitos de elegibilidad del programa, han generado cambios positivos en el almacenamiento, clearing, disposición final y entrega de los medicamentos. El programa ha logrado identificar procesos y normalizarlos.

7. BIBLIOGRAFÍA.

- 1.** OPS. Los Medicamentos Esenciales en la Región de las Américas: logros, dificultades y retos. 2007.
- 2.** Auditorias, Informes Jurisdiccionales, Programa REMEDIAR, Ministerio de Salud de la Nación 2015
- 3.** OMS, Primary Health Care, 2001
- 4.** La renovación de la atención primaria de salud en las Américas: la propuesta de la organización panamericana de la salud para el siglo XXI, Periago, Mirta Roses, 2007
- 5.** Renewing primary health care in the Americas Macinko, James, 2008.
- 6.** Grupo de Trabajo de Atención Primaria de Salud de la Organización Panamericana de la Salud, 2007
- 7.** Servicios farmacéuticos basados en la atención primaria de la salud, OPS/OMS, 2013
- 8.** Conferencia internacional de atención primaria de la salud, Alma Ata, 1978.
- 9.** Mapa de remitos, Programa remediar, Ministerio de Salud de la Nación, 2015
- 10.** Motivos de consultas frecuentes, Ministerio de Salud de la Nación, 2015
- 11.** Auditoria REMEDIAR, Secretaria de Salud, Municipalidad de Mercedes, 2016.
- 12.** Riesgo Cardiovascular global, Programa remediar, Ministerio de salud de la Nación, 2012
- 13.** Enfermedades Oncológicas, Programa remediar, Ministerio de Salud de la Nación, 2012
- 14.** Guía de Medicamentos Esenciales, Ministerio de Salud de la Nación, 2011.
- 15.** Módulo de capacitación, Curso de Cuidado de Medicamentos en APS (CUMAPS), 2014
- 16.** Programa de SIDA y ETS, Ministerio de Salud de la Nación, 2001
- 17.** Fortalecimiento de la Estrategia de APS, REMEDIAR + REDES, Ventura Graciela, 2012.
- 18.** Vademécum Remediar, Ministerio de Salud de la Nación, 2015.
- 19.** Salud para los argentinos, Gonzalez Garcia-Tobar, 2004.
- 20.** FIFTY-FIRST WORLD HEALTH ASSEMBLY GENEVA, 11-16 MAY 1998.
- 21.** Guía de buenas Prácticas de Farmacovigilancia. ANMAT. 2009
- 22.** Comité de expertos: International drug monitoring: The role of National Centres. Tech Rec Ser Nº 498. Ginebra. Organización Mundial de la Salud. 1972
- 23.** AGN, Auditoria Programa Remediar, Año 2008

8.Anexos:

ANEXO B

Criterios de elegibilidad

- Ser Centro de Salud de Atención Primaria (Según Codificación General de Establecimientos de Salud –Resolución 298/2011- Establecimiento de Salud sin internación de diagnóstico y tratamiento –ESSIDT – 50-)
- Realizar un promedio de consultas mensuales de 300 o más.
- Ofrecer por lo menos 16 horas semanales de atención médica y 6 horas semanales de enfermería profesional o auxiliar.
- Disponer de un lugar destinado al almacenamiento de los medicamentos, que cuente con condiciones adecuadas para su correcta conservación.
- No cobrar bajo ningún concepto la atención (médica y no médica), ni la realización de prácticas complementarias, ni los medicamentos.
- Tener un adecuado control de inventario de los medicamentos, con la correspondiente confección del Formulario de Control de Stock (B)
- Recibir los botiquines en el CAPS y entregar los medicamentos en el mismo, con la correspondiente confección del Formulario de Receta (R).