

Especialización en Economía y Gestión de la Salud

Trabajo Final de Especialización

Autora: Nadia Jodor

ANÁLISIS DE LA DEMANDA DE MEDICAMENTOS Y PERFIL DE RIESGO DE PACIENTES CRÓNICOS DEL HOSPITAL REGIONAL COMODORO RIVADAVIA DEL PERÍODO 2017-2018

2018



Citar como: Jodor, N. (2018). Análisis de la demanda de medicamentos y perfil de riesgo de pacientes crónicos del Hospital Regional Comodoro Rivadavia del período 2017-2018. [Trabajo Final de Especialización, Universidad ISALUD]. RID ISALUD. <http://repositorio.isalud.edu.ar/xmlui/handle/1/426>

INDICE

		Página
1	Resumen. Abstract. Palabras clave	3
2	INTRODUCCION	4
2.a.	Descripción de la Problemática	4
2.b.	Justificación y Planteamiento del problema	5
2.c.	Formulación de la pregunta	6
2.d.	Objetivo general	6
2.e.	Objetivos específicos	6
2.f.	Ubicación espacio temporal	6
2.g.	Alcance y limitaciones	6
3	DESARROLLO	7
3.a.	Marco teórico referencial	7
3.a.1.	Enfermedades crónicas no transmisibles	7
3.a.2.	Situación en el mundo	8
3.a.3.	Situación en Argentina	10
3.a.4.	Políticas relacionadas a ENT	12
3.a.5	Caracterización del Paciente crónico	13
3.a.6	Polifarmacia	14
3.a.7	Adherencia al tratamiento	15
3.a.8	Accesibilidad a medicamentos	15
3.a.9	Demanda y gasto en medicamentos	16
3.a.10	Modelos de Atención de ENT	17
3.a.11	Modelos de atención de ENT en España	18
3.a.13	MAPEC en Argentina	19
3.a.14	Lineamientos OPS/OMS	19
3.b.	Análisis datos relevados en Farmacia HRCR	20
3.b.1	Metodología	20
3.b.2.	Análisis de Datos de la población farmacia del HRCR.	21
3.b.3	Tipos de receta. Dispensación	23
3.b.4	Polifarmacia y	24
3.b.5	perfil de riesgo de ENT	25
3.b.6.	Demanda de medicamentos	29
3.b.7	Gasto de medicamentos	32
3.b.8	Adherencia a Tratamiento en ENT	35
4	CONCLUSION	37
5	BIBLIOGRAFIA	38

1. RESUMEN

Las enfermedades crónicas son una importante amenaza a la sustentabilidad de los sistemas de salud. Es una problemática compleja y actual que va creciendo en todo el mundo, conforme se prolonga la expectativa de vida y se extienden hábitos de vida poco saludables. Los sistemas sanitarios tradicionalmente orientados a la atención de patologías agudas no están dando una respuesta adecuada a la demanda específica de pacientes crónicos, aunque si se destinan muchos recursos económicos y humanos en esta tarea. El presente trabajo analiza la demanda de medicamentos de pacientes crónicos y genera evidencias para proponer un modelo de atención farmacéutica que compatibilice la demanda de medicamentos y la optimización del gasto con estrategias de autocuidado para pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles.

ABSTRACT

Chronic diseases are a major threat to the sustainability of health systems. It is a complex and current problem that is growing throughout the world, as the life expectancy is prolonged and unhealthy life habits are extended. Traditionally, health systems focused on the attention of acute pathologies, so they often fail and are not giving an adequate response to the specific demand of chronic patients, although huge economic and human resources are allocated in this task.

This paper analyzes the demand for chronic patients, its prescription drugs. It aims to generate evidence to propose a pharmaceutical care model that matches the demand for medication demands and cost optimization with self-care strategies for patients with chronic noncommunicable diseases.

PALABRAS CLAVE

enfermedades crónicas - sostenibilidad de sistemas de salud - gasto de medicamentos - seguimiento farmacoterapéutico - polifarmacia - Accesibilidad a medicamentos - adherencia al tratamiento

2. INTRODUCCION

2.a. Descripción de la problemática

En la actualidad la población mundial está envejeciendo y con el aumento en la esperanza de vida, la pirámide poblacional se invierte exhibiendo una gran proporción de adultos propensos a desarrollar enfermedades crónicas. Este grupo se constituye de pacientes que son importantes consumidores de medicamentos, atención médica especializada, cuidados domiciliarios, entre otras demandas específicas sostenidas por largo tiempo.

Esta realidad impacta directamente en la sustentabilidad de los sistemas de salud y es muy palpable en el sistema de salud pública argentina donde se combina una insuficiente e inequitativa inversión en salud con una población de alta vulnerabilidad por sus características sociodemográficas, generándose un riesgo para la salud de estas personas y un gasto inflacionario, a veces poco previsible o subestimado dentro de un sistema sanitario orientado a la asistencia de patologías agudas.

La OMS recomienda una inversión en salud de al menos 6% del PBI. En Argentina se supera este valor, actualmente es más del 10% del PBI, pero no por ello está satisfecha la demanda de medicamentos y la atención en determinados sectores, ya que existe una gran inequidad en los diferentes subsistemas públicos, seguridad social y de la medicina prepaga

Aunque han disminuido fuertemente las ventas de medicamentos, sigue siendo considerable el gasto de bolsillo en medicamentos en una población con diverso grado de accesibilidad por el impacto de la crisis socioeconómica. El fenómeno de la inflación y el aumento de la pobreza complican el acceso a los medicamentos, a excepción de la red de distribución gratuita en CAPS y hospitales públicos.

Diversas estrategias se han aplicado a lo largo del tiempo para paliar esta situación. Algunas de ellas como la ley de prescripción por genéricos, el plan Remediar y los medicamentos solidarios con precios máximos, fueron suficientes unas décadas atrás pero ya no alcanzan para garantizar accesibilidad ni para contener el gasto de medicamentos. Por eso se requieren nuevas estrategias para evitar el colapso económico del sistema de salud pública, que hoy además se ve amenazado por los altísimos precios de los productos biotecnológicos.

Los pacientes crónicos deben "convivir" con su enfermedad, durante largos periodos silenciosos o controlados, alternando con fases de recrudecimiento de los síntomas o bien con la superposición de múltiples patologías y sus complicaciones clínicas.

Esta claramente establecida la asociación entre el sedentarismo, consumo de alcohol, tabaco, malnutrición y obesidad, como factores de riesgo y causales comunes a muchas de las ENT, por lo cual todas las estrategias deben apuntar a estas causas de base para reducir las nefastas consecuencias de las enfermedades crónicas.

La educación para la participación activa del paciente en su autocuidado, el conocimiento de la patogenia de su enfermedad, el entorno familiar y los aspectos psicológicos, son múltiples aspectos a considerar en el abordaje de una atención integral

En cuanto al abordaje desde el sector salud, la asistencia sanitaria requiere un cambio de paradigma en la atención de pacientes crónicos, que se ajuste a sus demandas específicas, con racionalidad en cuanto a poner valor en los eslabones que marcan la diferencia respecto de su calidad de vida.

2.b. Justificación y planteamiento del problema

La elección de esta temática como objeto de estudio se basa en la observación de una problemática compleja como es la atención de pacientes con enfermedades crónicas, que insume gran cantidad de recursos tanto económicos como humanos, pero está enfocado prioritariamente en el diagnóstico y tratamiento, y mucho menos en prevención y autocuidado, que son estrategias más adecuadas a las particularidades de los pacientes crónicos.

Los pacientes crónicos que acuden a la farmacia hospitalaria ambulatoria, son los que se atienden en la red de salud pública, conformada por centros de atención primaria y hospitales provinciales. Son pacientes que no cuentan con cobertura de obra social, habitualmente con características sociodemográficas desfavorables, lo cual vulnera aún más su situación de salud.

A través de programas como Remediar, llamado ahora CUS Medicamentos y Programa MAPEC, se accede gratuitamente a los medicamentos esenciales en los centros de atención primaria. De esta manera se cubren patologías prevalentes de baja y media complejidad como diabetes no insulina dependiente, hipertensión, EPOC entre otras. Aunque actualmente la disponibilidad de medicamentos a través de este plan no garantiza la continuidad de los tratamientos y es frecuente la cobertura de esta demanda desde el segundo nivel atención hospitalario.

Otras patologías más complejas y de mayor costo son asumidas en la farmacia ambulatoria de los hospitales a través de la prescripción de los médicos especialistas, por ej. artritis reumatoide, enfermedades autoinmunes, artrosis, enfermedades neurodegenerativas, cáncer, tratamiento del dolor crónico. Si bien existen programas nacionales específicos que proveen medicamentos inmunosupresores, tratamiento de miastenia y algunos fármacos de alto costo para patologías de baja incidencia (PACBI), muchos otros medicamentos quedan a cargo de la adquisición con el presupuesto hospitalario provincial que es actualmente insuficiente para dar cobertura a todas las demandas del sistema de salud.

Asimismo, los mecanismos de adquisición de medicamentos en hospitales y Ministerio, suelen ser lentos y burocráticos, dificultan el acceso a medicamentos en los tiempos demandados por los pacientes, así como los ajustes de dosis o cambios de prescripción que se demoran en ser concretados. Es frecuente observar esta falencia expuesta en la falta temporal de insumos y medicamentos, que deriva en tratamientos discontinuos, atención en emergencias por descompensación, complicaciones clínicas e internaciones, que muchas veces podrían haberse evitado. Este círculo vicioso afecta profundamente la calidad de vida de los enfermos a la vez que demanda mucha gestión y dinero al sistema de salud. Sin mencionar que muchas de estas situaciones evitables se transforman en conflictos judicializados.

En el sector de enfermos crónicos, es necesario implementar acciones destinadas a mejorar su salud, integrando aspectos clásicos de accesibilidad a medicamentos y adherencia al tratamiento con medidas no farmacológicas, autocuidado y hábitos saludables, enfocándose en el paciente con una visión holística e integrada del equipo de salud y dentro de un plan de acción sostenible, con un financiamiento adecuado y personal de salud capacitado para brindar un servicio de atención de calidad. De los múltiples abordajes que requiere esta problemática este trabajo se enfocara en la demanda de medicamentos y su accesibilidad, con diversas modalidades en función del tipo de paciente, su entorno social, la patología y el costo de sus medicamentos.

2.c. Formulación de la pregunta

¿Cuál sería la estrategia adecuada para dar respuesta a la demanda de medicamentos de pacientes crónicos hospitalarios en el HRCR a la vez que se mejore el manejo de la enfermedad y se optimice el gasto?

2.d. Objetivo general

En el presente trabajo se analizará la población de usuarios de la farmacia ambulatoria, su demanda, perfil de riesgo y gasto en medicamentos, con el fin de generar evidencia que permita proponer un modelo de atención farmacéutica, ajustado a las necesidades de la población de pacientes crónicos hospitalarios del HRCR.

2. e. Objetivos específicos

- Conocer la demanda de medicamentos de pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles en el ámbito hospitalario.
- Nominalizar y clasificar por riesgo a los pacientes con enfermedades crónicas del Hospital Regional de Comodoro Rivadavia
- Indagar en la adherencia al tratamiento farmacológico y medidas no farmacológicas
- Estimar el gasto en medicamentos para patologías crónicas en la farmacia de HRCR
- Proponer alternativas en la modalidad de gestión de pacientes de acuerdo a su perfil de riesgo y complejidad.

2.f. Ubicación espacio - temporal

El presente trabajo se desarrolla en la Farmacia Externa del Hospital Regional de Comodoro Rivadavia (HRCR), provincia de Chubut, durante el periodo de un año, desde mayo 2017 a abril 2018.

2.g. Alcance

La población objeto de estudio son los pacientes ambulatorios sin cobertura de obra social que exhiben patologías crónicas (ECNT), son atendidos en la red de salud pública y demandan medicamentos en la farmacia ambulatoria de HRCR.

Quedan excluidos del presente estudio los pacientes con discapacidad cuya problemática es particular y amerita un abordaje diferente además de estar regulada por leyes específicas.

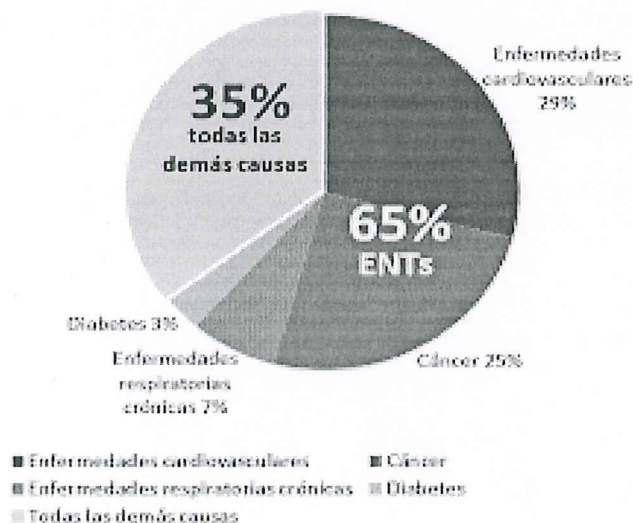
3. DESARROLLO

3.a. Marco teórico referencial

3.a.1. Enfermedades crónicas no transmisibles

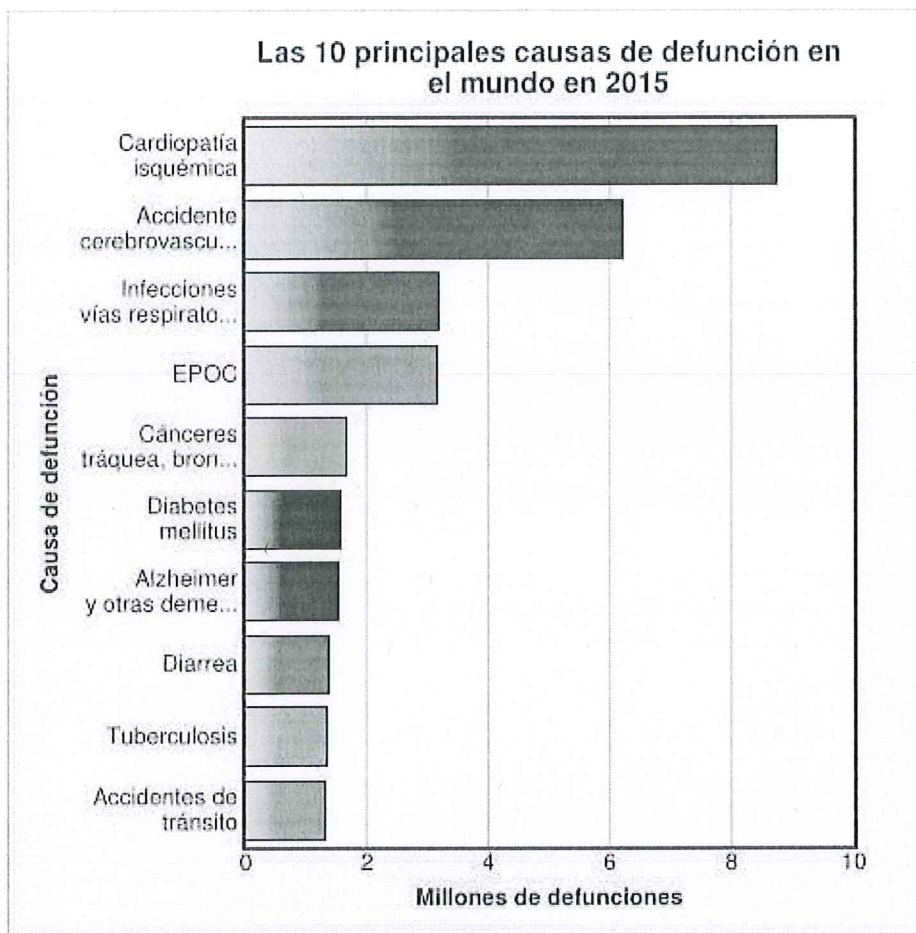
Las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) son enfermedades de larga duración cuya evolución es generalmente lenta. Representan una verdadera epidemia que va en aumento debido al envejecimiento de la población y los hábitos de vida de este tiempo que promueven el sedentarismo, sobrepeso y mala alimentación.

Constituyen la principal causa de muerte en nuestro país y en el mundo. Alrededor del 65 al 80% de la mortalidad variando significativamente entre países desarrollados y países de bajos ingresos. Principalmente son enfermedades cardíacas y pulmonares, accidentes cerebrovasculares, cáncer y diabetes. (3)



Extraído de OMS - Enfermedades crónicas - World Health Organization
www.who.int/topics/chronic_diseases/es/

En el décimo lugar de las causas de muerte a nivel mundial, aparecen los accidentes de tránsito, que debido a la mortalidad y carga de enfermedad que generan se toman en cuenta como un problema de salud. También está escalando lugares la categoría de enfermedades mentales, debido al aumento de casos de Mal de Alzheimer, que se estima hoy afecta al 6% de la población mundial mayor de 60 años y serán unos 82 millones de personas en 2030 y 152 millones de personas en 2050. (14)



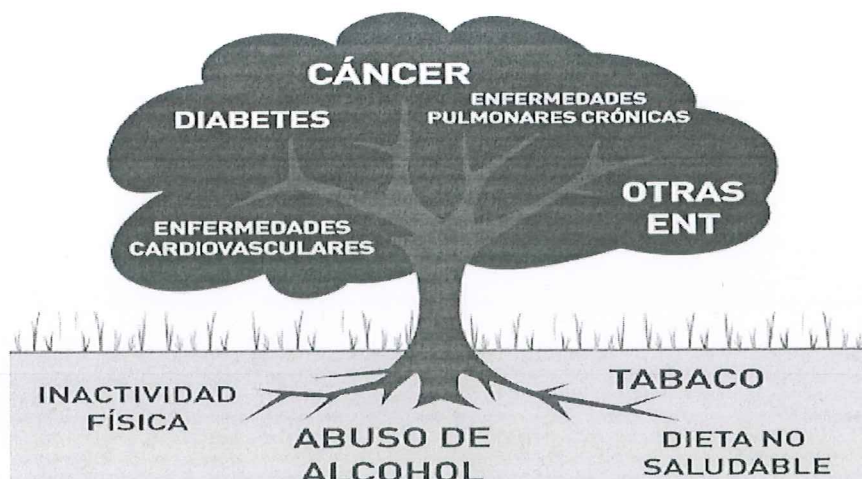
3.a.2. Situación en el mundo

Según datos de la OMS del año 2017

- 40 millones de personas mueren anualmente de una enfermedad crónica
- 63% de las muertes mundiales (73% para 2020) datos promedio mundial
- de las cuales la mitad es de sexo femenino
- 15 millones (42%) son muertes prematuras, entre los 30 a 70 años de edad.
- Es la principal causa de discapacidad
- 46% de la carga mundial de morbilidad (60 % estimado para 2020)
- 7 millones de muertes ocurren en países de bajos y medios ingresos, aunque tienen población más "joven".

Las muertes prematuras son evitables y pueden disminuirse significativamente con las políticas gubernamentales correctas promoviendo actividad física, alimentación saludable y cobertura universal de salud.

Ya que en el análisis de causas de las ENT, se encontró que son las bases comunes a varias de las enfermedades más frecuentes, se verá que las propuestas y programas apuntan a estas causas de "raíz".



Es interesante la siguiente tabla que discrimina en columnas los factores de riesgo modificables, a nivel macro o comunidad donde se dirigen las campañas y acciones de salud colectivas, mientras que en otra columna están los factores de riesgo intermedios y serian más de control o acción sobre el individuo. También considera los determinantes socioeconómicos, culturales, políticos y ambientales. Solo la edad y herencia se consideran factores no modificables, todos los demás pueden ser potencialmente un blanco para las intervenciones sanitarias.

Causas de las enfermedades crónicas. OMS, 2005.

Determinantes socio-económicos, culturales, políticos y ambientales	Factores de riesgo modificables	Factores de riesgo intermedios	Principales enfermedades crónicas
	Dieta no saludable	Elevada presión arterial	Enfermedad cardíaca
	Inactividad física	Elevada glucosa de sangre	ACV
	Consumo de tabaco	Inadecuados valores de lípidos en sangre	Enfermedades respiratorias crónicas
Globalización	Factores de riesgo no modificables	Sobrepeso y obesidad	Diabetes
Urbanización	Edad		
Envejecimiento poblacional	Herencia		

La epidemia de ECNT es un tema globalizado y universal. Se estima que causa pérdidas millonarias a los países. La OMS calculó que el costo de reducir la carga mundial de las ECNT es de US\$ 11.2 billones por año o sea de US\$ 1 a 3 por persona. De hecho se considera a las ECNT en la meta 3.4 del plan de acción para el Desarrollo Sostenible, reconociendo así el impacto directo e indirecto que provocan estas enfermedades en las economías de los países.

Por eso se hace un llamamiento a todos los países y sienta bases en el plan de acción de lucha contra las ECNT 2013-2020 para reducir el número de muertes prematuras en un 25% para el 2025. (3)

3.a.3. Situación en Argentina

Para diciembre del 2013, 70 países tenían al menos un plan nacional de ENT operativo en línea con plan de acción global de ENT, 56 países tenían planes de actividad física, 60 países tenían planes para reducir las dietas insalubres, 69 países tenían planes de reducción de tabaco y alcohol, 42 países ya tenían desarrollado sistemas de monitoreo para informar sobre las metas mundiales. (3)

En Argentina, según el Secretario de Salud Dr. Adolfo Rubinstein, en su alocución durante la Tercer Reunión de Alto Nivel de las Naciones Unidas, explicó "Estamos mal en la prevalencia de enfermedades no transmisibles en nuestro país, pero si miramos y nos comparamos con el mundo, estamos bien encaminados y somos líderes en las acciones orientadas hacia la prevención, como las encuestas de factores de riesgo, sobrepeso y obesidad infantil que estamos llevando adelante en todo el territorio argentino". Se refirió así a las acciones de vigilancia de la Cuarta Encuesta Nacional de Factores de Riesgo, la Segunda Encuesta Nacional de Nutrición y salud y la Tercera Encuesta Mundial de Salud Escolar, todas ellas en actual desarrollo.

Argentina cuenta con legislación integral de control de tabaco desde 2011 y ha sido pionera en la regulación del consumo de sodio y eliminación de grasas trans.

Ahora se propone detener el sobrepeso y obesidad infantil como una de las prioridades de la agenda de salud y otras carteras, lanzando un Plan Intersectorial que apunta a la prevención, y convoca actores de la sociedad civil y el sector privado junto al gobierno. (1)

En Argentina se logró la reducción del 25% del contenido del sodio en el pan, gracias a una política estatal y participación privada. Siendo esta medida la más costo efectiva para prevenir la hipertensión como factor de riesgo cardiovascular. (3)

La OMS es el ente coordinador que lidera la lucha contra las ECNT. El último informe del 18 septiembre de 2017, dado a conocer en la 72ª. Sesión de la Asamblea General de Naciones Unidas, coloca a Argentina con una serie de objetivos alcanzados, otros desarrollados parcialmente y otros aspectos que aún deben ser abordados.

Los lineamientos para la reducción de las muertes por ECNT, fueron recogidos en una serie de 19 indicadores que los 194 países miembros informan a la OMS cada dos años. Argentina tiene un 81% de muertes por ENT, lo cual es superior a la media mundial. (2)

Las ENT están en la agenda nacional de salud, y fue Argentina el país que impulso la inclusión del tema de nutrición y obesidad infantil en la reciente cumbre del G-20, que abordó cuatro priorizados en la Comisión de Salud. Dos de ellos ya se venían trabajando de cumbres anteriores como resistencia antimicrobiana y el fortalecimiento del sistema frente a emergencias. En esta oportunidad, en Mar del Plata, se sumó el debate de malnutrición y obesidad infantil y cobertura universal de salud.

ARGENTINA

43 418 000	81%	268 000	17%
Población Total	De muertes por ENT	muerter totales por ENT	riesgo de muerte prematura por las ENT

1	Metas nacionales en materia de ENT	•
2	Datos de mortalidad	•
3	Encuestas sobre los factores de riesgo	?
4	Política/estrategia/plan de acción nacional integrado contra las ENT	?
5	Medidas de reducción de la demanda de tabaco	
a	aumento de impuestos especiales y precios	•
b	políticas sobre espacios sin humo	•
c	advertencias sanitarias gráficas grandes y empaquetado neutro	•
d	prohibiciones sobre publicidad, promoción y patrocinio	?
e	campañas en los medios de comunicación	?
6	Medidas de reducción del uso nocivo del alcohol	
a	restricciones a la disponibilidad física	○
b	prohibiciones de publicidad o restricciones integrales	?
c	aumento de impuestos especiales	?
7	Medidas para reducir las dietas malsanas	
a	políticas sobre la sal/ sodio	•
b	políticas sobre los ácidos grasos saturados y las grasas trans	•
c	restricciones a la promoción dirigida a los niños	○
d	restricciones a la comercialización de sucedáneos de la leche materna	?
8	Campañas de educación y sensibilización pública sobre actividad física	○
9	Directrices para la atención clínica del cáncer, las ECV, la diabetes y las ERC	?
10	Farmacoterapia / asesoramiento para prevenir los infartos de miocardio y los accidentes cerebrovasculares	?

• = plenamente logrado ? = parcialmente logrado ○ = no se ha logrado

Extraído del informe de la Organización Mundial de la Salud - Monitoreo de avances en materia de las enfermedades no transmisibles 2017.

3.a.4. Políticas relacionadas a ENT

Luego de la publicación de avances de 2017, se reafirma el compromiso y se ajustan las metas referidas a ENT en la Hoja de ruta de Montevideo 2018-2030 sobre las Enfermedades no transmisibles (4).

En este reciente documento se propone reducir en un tercio la mortalidad prematura por ENT. Reconoce que las muertes prematuras principalmente ocurren en países en desarrollo y son prevenibles y ratifica la importancia de los objetivos de desarrollo sostenible donde la meta 3.4 apunta a reducir las ENT y asegurar que las personas no solo sobrevivan sino que tengan vidas largas y saludables.

Para ello además de los hábitos saludables incluye la contaminación ambiental y la alfabetización en salud como aspectos relevantes y promueve la acción multisectorial basado en el lema **"salud en todas las políticas"** apuntando a reducir las inequidades sanitarias .

Este informe dice que si no se aceleran las acciones no se alcanzarán las metas propuestas para 2030 y propone impulsar los siguientes puntos:

- Revigorizar la acción política con enfoque multisectorial y equidad sanitaria.
- Priorizar las intervenciones costo efectivas, asequibles, equitativas y basadas en la evidencia.
- Fortalecer la salud pública centrada en las personas, la prevención y control eficaz de la ENT, incluidos los cuidados paliativos y salud mental.
- Capacitación de personal del equipo de salud
- Alfabetización sanitaria, detección temprana de ENT y reducción de los factores de riesgo
- Mejorar la salud mental y el bienestar, entendiendo a los derechos de personas con este tipo de trastornos que aumentan la mortalidad y morbilidad y contribuyen a la carga de enfermedad mundial de ENT
- Garantizar el acceso a la cobertura universal con servicios de salud básicos y especializados de calidad con acceso para todas las personas a los medicamentos y tecnologías esenciales para las ENT.

El extenso documento de 41 ítems habla de financiación, cooperación internacional, pobreza, tecnologías de la información, desarrollo sustentable, determinantes ambientales, industria alimentaria, educación, etc. para finalizar enfatizando que es necesario la acción conjunta y comprometida de todos los actores y países, reconociendo a la OMS como referente y líder coordinador de la acción mundial contra las ENT (4).

El documento **"Es hora de Actuar" o "Time to deliver"**, durante la Reunión de Alto Nivel de la ONU para ENT en New York, 2018, recomienda fortalecer el liderazgo de los gobiernos para reducir las enfermedades crónicas no transmisibles, que son un problema global por la carga de enfermedades que deben enfrentar los países, comprometiendo su desarrollo socioeconómico. (1)

En 2008, como consecuencia de reuniones entre la OMS, OIE, FAO y UNICEF se publicó el documento **"Un mundo, Una salud"** que tiene en cuenta la relación entre

la salud humana, animal y vegetal en cuanto al enfoque de la resistencia antimicrobiana. Se identificaron los factores que colaboran en la propagación de las enfermedades infecciosas, emergentes o reemergentes, capaces de afectar seres humanos, animales y ecosistemas: cambio climático; globalización; explosión demográfica; urbanización creciente; modificaciones de sistemas agropecuarios; incremento de las poblaciones animales; interacciones entre especies animales domésticas, silvestres y sus respectivos depredadores y competidores; deforestación, alteración, funcionamiento y capacidad de recuperación de los ecosistemas; uso de la tierra; almacenamiento de agua e irrigación, y mundialización del comercio de animales y sus subproductos. Allí se trataron los potenciales riesgos de las enfermedades compartidas entre seres humanos y animales –tanto domésticos como de la fauna silvestre–, por medio de una mirada internacional e interdisciplinaria. Sus conclusiones se conocen como “Los 12 principios de Manhattan”,¹ para prevenir las enfermedades epidémicas y epizooticas, respetando la integridad de los ecosistemas, en beneficio de los seres humanos, los animales domésticos y la biodiversidad del mundo entero.

El corolario del simposio fue el concepto “Un Mundo, Una Salud”, como síntesis del pensamiento sanitario de esta época de globalización e interdependencia social, cultural y económica entre países. (6)

3.a.5. Caracterización del paciente crónico.

Paciente crónico es la persona que padece una o varias enfermedades crónicas.

La Organización Mundial de la Salud las define como “afecciones de larga duración”, de más de 6 meses, “con una progresión generalmente lenta”. No obstante, existen otras entidades sanitarias que hablan de cronicidad e incluyen un número mayor de enfermedades, independientemente del momento en que comiencen, ya que son de por vida. Aunque varían entre ellas y presentan múltiples formas, incluido su comienzo, sus síntomas y su curso en el tiempo, por ej., colitis ulcerosa, enfermedad de Crohn, enfermedades neuromusculares, hepatitis, osteoporosis, psoriasis.

Cualquier radiografía de la cronicidad tiene como eje el envejecimiento poblacional, claramente asociado a las patologías crónicas y a la utilización de recursos sanitarios. España, junto a Italia y Japón encabezan ese proceso a nivel mundial, estimándose que en 2050, cerca del 35% de su población superará los 65 años y que las enfermedades crónicas doblarán su actual incidencia en mayores de 65. (8)

La Encuesta Nacional de Salud Española (ENS) de 2006 mostró que las personas de 65-74 años registraban una media de 2,8 problemas o enfermedades crónicas; y que por encima de los 75 años, el promedio se elevaba a 3,231.

Aunque la edad es el principal factor de riesgo de las ENT, existe evidencia de que las personas mayores no son las únicas afectadas por enfermedades crónicas. Es notable el incremento de condiciones crónicas en niños, niñas y adolescentes desde 1960. Según la citada ENS de 2006, entre la población menor de 16 años, el 11,86% ha sido diagnosticado de alergia crónica, el 7% de asma, el 0,27% de diabetes, el 0,26% de tumores malignos (incluye leucemia y linfoma), el 1,09% de epilepsia, el 2,01% de trastornos de la conducta (incluye hiperactividad) y el 0,73% de trastornos mentales. (7)

La tendencia quedó confirmada en la Encuesta Europea de Salud (EES) de 2009: el 45,6% de la población mayor de 16 años padece al menos un proceso crónico (46,5% de los hombres y 55,8% de las mujeres), y el 22% dos procesos o más; ambos porcentajes se incrementan con la edad (7). Resumiendo, aunque las ENT afectan tanto a niños, jóvenes como adultos y gerontes lo que cambia es el perfil de enfermedades crónicas más frecuentes en cada grupo etario.

La epidemiología y vigilancia sanitaria aportan datos para completar la radiografía de la cronicidad. En Atención Primaria, hasta el 40% de pacientes pluripatológicos presenta tres o más enfermedades crónicas, el 94% está polimedicado, el 34% presenta un Índice de Barthel (usado para evaluar la discapacidad física a partir de 10 actividades básicas de la vida diaria) menor de 60, y el 37% tiene deterioro cognitivo. La prevalencia de pluripatología se puede estimar en un 1,38 % de la población general o un 5% en mayores de 65 años (7).

El paciente crónico convive con su enfermedad durante gran parte de su vida, a veces con complicaciones agudas de la misma enfermedad u otras patologías agudas fortuitas como una infección ocasional o una fractura. La diferencia entre condiciones agudas y crónicas se puede diferenciar claramente, aunque en ocasiones pueden estar interrelacionadas. Por ejemplo, la mayor fragilidad ósea causada por la osteoporosis o la descompensación diabética causada por infecciones. De hecho, las personas con enfermedades crónicas muestran índices más desfavorables en procesos agudos como y la fatiga, el dolor, la angustia emocional y las funciones sociales que las personas sin estas enfermedades. Y a su vez, aquellas con dos o más enfermedades crónicas tienen peor puntuación que las personas con un solo proceso crónico (12).

Los pacientes crónicos que exhiben más de una enfermedad crónica en forma simultánea se denominan pacientes pluripatológicos. Es frecuente, la asociación de diabetes con enfermedad renal o patología tiroidea, entre muchas combinaciones posibles. El impacto de la enfermedad se acentúa por su situación de complejidad o pluripatología. Las principales características del paciente pluripatológico son las frecuentes visitas al hospital, ya sea por urgencias, consultas externas o ingresos de estancia media prolongada, polimedicación, disminución de la autonomía personal, situaciones de discapacidad y dependencia, uso elevado de recursos sanitarios y sociales.

3.a.6. Polifarmacia

Según la OMS, se define polifarmacia como el uso concomitante de 3 o más fármacos. En un principio fue un concepto asociado a gerontología y en la actualidad es aplicable a pacientes crónicos.

La polimedicación en pacientes crónicos merece especial atención porque es un factor de riesgo. De hecho, en Atención Primaria preocupa cada vez más porque la frecuencia de efectos adversos y las combinaciones inapropiadas de fármacos se correlacionan con el número de fármacos tomados.

Además, la polifarmacia propicia las interacciones farmacológicas no previsibles, dificulta la comprensión de las pautas y así se promueve el incumplimiento (8).

Esto amerita el seguimiento farmacoterapéutico, para detectar reacciones adversas, interacciones medicamentosas y otros problemas relacionados a la medicación, sea una estrategia de primera elección en los programas de atención centrados en la persona.

La polifarmacia y adherencia al tratamiento varían ampliamente entre pacientes e impactan tanto en su calidad de vida como en el gasto del sistema sanitario que los contiene.

3.a.7. Adherencia al tratamiento

Es frecuente que ante la complejidad de los regímenes terapéuticos y en asociación con tratamiento no farmacológicos de tipo nutricional y de actividad física, sean propensos a incumplirse las prescripciones del profesional médico.

Es importante promover la información y participación de pacientes y personas cuidadoras para conseguir un buen cumplimiento terapéutico (7). Todos los programas actuales de atención de ENT coinciden en valorar la participación activa del paciente en la gestión de su enfermedad. Para ello requiere educación y asesoramiento del equipo de salud.

Según el revise publicado en Journal of managed care en 2014 por Seabury et al. hace falta profundizar la investigación en las razones de la falta de adherencia a tratamiento. Las áreas claves que identifican en ese estudio son seis: mecanismos de predicción de la no adherencia, factores del comportamiento, medición del impacto de la no adherencia sobre los indicadores de salud, efectividad de las intervenciones, la deficiente alineación de los incentivos entre proveedores y pagadores, coordinación de cuidados progresivos (10).

Sin embargo, en el sistema público, por ser la provisión gratuita, se suele dar la situación contraria donde pacientes demandan simultáneamente en distintas jurisdicciones sanitarias o bien no acuden regularmente al retiro de sus medicamentos. Esto genera un gasto irracional en la farmacia, exacerbado por tratarse de productos con fecha de vencimiento que deben descartarse, sobre todo si se trata de fármacos muy específicos o de baja rotación.

3.a.8. Accesibilidad a medicamentos

En pacientes que cuentan con cobertura de obra social y medicina prepaga, el acceso a los medicamentos está regulado por auditores, vademécum aprobados y por el PMO, en porcentajes variables de cobertura de acuerdo a los planes de salud. Esto genera un gasto de bolsillo por copagos en la red de farmacias privadas y mutuales.

En el sistema de salud pública de Argentina la accesibilidad a los medicamentos está prevista para las prescripciones de los pacientes que concurran a la farmacia externa hospitalaria y a los centros de atención primaria. El requisito para acceder a las mismas en forma gratuita es no poseer ninguna obra social ni seguro de salud, y atenderse con médicos del sistema público del ámbito hospitalario o sus Caps.

Las prescripciones se realizan en forma manual o informatizada y deben ajustarse al formulario terapéutico nacional o provincial que lista los medicamentos por su nombre genérico, dosis y forma farmacéutica.

Las situaciones más frecuentes que implican barreras de acceso a medicamentos en la farmacia hospitalaria pueden resumirse en los siguientes puntos:

1. Falta de stock temporal o prolongado de ciertos medicamentos
2. No existe registro informatizado de la demanda insatisfecha
3. los pacientes deben acudir varias veces para conseguir sus medicamentos
4. superposición de la demanda en red hospitalaria, Caps provinciales y municipales, Secretaría de Salud Municipal, etc.
5. alto número de quejas y reclamos a veces x vía judicial por falta de entrega en tiempo y forma debido a los procesos de compra lentos y burocráticos.
6. amenazas externas como los paros de transporte muy frecuentes en la ciudad complican ir al hospital o al caps
7. las recetas de medicamentos fuera del vademécum provincial no son provistas en la red pública, ni tampoco medicamentos de venta libre.
8. Algunas recetas no cumplen todos los requisitos legales de fecha, firma y sello del profesional, faltan datos paciente y otros errores de este tipo invalidan la dispensación
9. presupuesto insuficiente para dar cobertura a todas las demandas de todos los pacientes.
10. falta de una agencia de evaluación de tecnologías que regula y avale el uso seguro y eficaz de algunos medicamentos en prescripciones "off label".

3.a.9. Demanda y Gasto en medicamentos

Todos coinciden en que el objetivo en ENT no es en sí mismo curar estos procesos crónicos, sino cuidar y prevenir sus complicaciones, ya que estos procesos tienen múltiples consecuencias que se traducen en problemas de salud para las personas afectadas e incluso a veces también de quienes les rodean.

Estos problemas van desde los físicos (deterioro funcional, discapacidad) hasta de salud mental (estrés emocional, depresión, ansiedad) pasando por los de carácter social, (deterioro funcional social). Todo ello, se traduce en una menor calidad de vida para el paciente crónico.

Los medicamentos son un bien esencial para el tratamiento de las ENT, junto a medidas no farmacológicas igualmente importantes. En referencia a la demanda de medicamentos, según estadísticas de España, se estima que la medicación para pacientes crónicos representa el 59% de los medicamentos dispensados con condición "bajo receta". Este número es superior al considerar los medicamentos de venta libre que en general se asocian permanentemente o esporádicamente al tratamiento crónico (7).

También señala que los medicamentos, frecuentemente se utilizan innecesariamente" (41,2%) y también existe abuso en el 29,6% de los casos (7).

Más allá de los esfuerzos de contención del gasto irracional de medicamentos, el enfoque actual centrado en la persona alude a la seguridad del paciente como eje de la campaña que la OMS lanzó en enero 2018 para reducir los errores relacionados a la medicación. Es una iniciativa global que tiene por objeto subsanar las deficiencias de los sistemas de salud que llevan a errores de medicación y llamar la atención de los

pacientes sobre los riesgos asociados al uso inapropiado de los medicamentos. Solo en Estados Unidos de Norteamérica, se estimó que los errores de medicación provocan una muerte diaria y dañan 1,3 millones de personas al año. El costo mundial asociado de errores de medicación es de US\$ 42.000 millones, es decir casi el 1% del gasto sanitario mundial (11).

Además de considerar que todos los errores de medicación son evitables, ofrecen la enorme oportunidad de reasignar estos recursos hacia otras demandas de salud de calidad. La mayor carga asistencial y consumo de recursos exige un cambio en la cultura de los profesionales, para trabajar en equipo de forma eficaz y favorecer un uso apropiado de servicios y tecnologías sanitarias, en particular de los medicamentos.

El gasto en medicamentos aumenta día a día por diversos motivos: el desarrollo de tecnologías y fármacos biológicos de alto costo protegidos por patentes, el aumento en la esperanza de vida que conlleva mayor población anciana, el aumento de enfermedades crónicas, entre muchos más. Mientras que la optimización del costo se centra en la auditoría previa de las prescripciones para evaluar la eficacia, seguridad y pertinencia, la atención farmacéutica provee asesoramiento, educación, fomenta la adherencia al tratamiento, detecta errores y ejerce farmacovigilancia y control a la gestión de compras para evitar abusos por la relación de agencia.

La prescripción por nombre genérico, la compra centralizada de medicamentos básicos, regulada y financiada por entes internacionales, el Plan Remediar devenido en Cus Medicamentos y los precios máximos de los "Medicamentos solidarios", fueron muy eficaces hace años para paliar al acceso a los medicamentos en épocas de crisis. Hoy es necesario repensar estrategias bajo el concepto de "Desinversión y reasignación recursos" para afrontar el reto que las ECNT imponen a los sistemas de salud, en el marco de seguridad del paciente y medicina centrada en la persona, no en la enfermedad.

3.a.10. Modelos de atención de ENT

Las enfermedades crónicas dominan el patrón epidemiológico mundial en tanto que los sistemas sanitarios se han ido especializando hacia problemáticas agudas, diagnóstico por imágenes, desarrollo de tecnologías biomédicas, medicamentos para enfermedades de baja incidencia y otros muchos avances que no aportan al espectro de necesidades del paciente crónico. Esta disociación entre demanda y respuesta se revela en la deficiente atención de los pacientes crónicos, aunque son los principales usuarios del sistema de salud (19).

Las ENT además de su impacto personal sobre pacientes y personas cuidadoras, tienen un impacto económico sobre la sociedad y la familia. Exigen una mayor utilización de recursos y provocan una demanda creciente de servicios sanitarios. Este enorme reto ya no se puede afrontar desde la perspectiva tradicional de atención individual a las enfermedades agudas. El abordaje de la cronicidad exige otro enfoque más amplio, con nuevas variables de actuación que tengan en cuenta la prevención, la atención integral, la continuidad asistencial y el protagonismo del propio paciente. En definitiva, un nuevo enfoque que se centrará en la persona y no en la enfermedad y que dará más importancia al "cuidar que al curar". (18)

3.a.11. Modelos de atención de ENT en España

Ya en 2009, el consejero vasco de Sanidad, Rafael Bengoa, expresaba que se necesitaba una mejor integración del enfermo crónico en el sistema público de salud. Decía que a los enfermos crónicos «el sistema no los tiene en el radar», salvo cuando sufren una crisis y acuden a los centros. Bengoa señaló que al no estar «en el radar» no se hace la medicina proactiva, el «prevenir lo prevenible» a esos pacientes, por lo que empeoran siempre. A su juicio, pasar de la medicina «reactiva a la proactiva» es un desafío que deben enfrentar muchos países. Según Bengoa «se han distanciado los profesionales», que hacen muy buena clínica, pero «no están a bordo para ayudarnos a tomar decisiones organizativas nuevas o de gestión». Consideró que también es necesario «volver a trabajar» con los pacientes, que son «muy pasivos y paternalizados y necesitamos también subirlos a bordo de una forma nueva», para que vuelvan a ser pacientes activos.

En 2010 inicio un plan piloto de telemonitorización de pacientes crónicos desde sus casas con el objetivo de evitar hospitalizaciones por complicaciones. De esta manera buscaba mejorar la calidad de vida de los pacientes y reducir el 77% del gasto sanitario de Euskadi que es atribuible a pacientes crónicos (21)

Diez años después de estas declaraciones y acciones, el modelo vasco de atención a pacientes crónicos es líder y referente de muchos otros planes de atención de ENT (20).

La Junta de Salud de Andalucía y la Escuela Andaluza de Salud Pública han desarrollado la modalidad llamada "Escuela de Pacientes", que consiste en una red de 600 pacientes-profesores que realizan jornadas formativas con pacientes y familiares. Esta iniciativa cumplió más de 10 años y cuenta con 400 sedes, más de 20000 pacientes capacitados para la autogestión de su enfermedad en 24 líneas temáticas de salud. Como amerita a la evolución de los sistemas de comunicación e información, hacen sesiones de análisis crítico de la información que se publica a diario en las redes (15).

Por otra parte, el mismo concepto de enfermo crónico se ha modificado en las últimas décadas. Ya no es la persona con una larga enfermedad, sino el paciente con varias patologías crónicas, incapacidad, dependencia o pérdida de su autonomía y fragilidad clínica.

Hace pocos meses, en abril 2018, se otorgó el premio SMARTCARE, dedicado a la innovación en salud y beneficios de la calidad para el paciente, para a un equipo de trabajo de Málaga que desarrollo un sistema de clasificación de pacientes en base a su fragilidad clínica, complejidad y necesidades. De esta manera se puede planificar la atención sanitaria personalizada, equiparando recursos sanitarios y aprovechándolo de forma más eficiente e igualitaria (16).

De hecho en Andalucía hay más de 400.000 planes de atención personalizada para pacientes crónicos complejos. El modelo de atención compartida con asistencia integral y de calidad tiene sus bases en la Atención Primaria que ejecuta un equipo multidisciplinario (17).

El CDM o Chronic Diseases Management impulsado por British Columbia, Canadá enfatiza las estrategias sanitarias para la ayuda a los individuos, de manera que se

mantengan independientes y lo más saludables posible a través de la prevención, diagnóstico precoz y manejo de la enfermedad entre pacientes, cuidadores y familia. Expresa que "la habilidad del paciente para seguir las recomendaciones médicas, adaptar sus estilos de vida y acceder a los recursos son factores que influyen el manejo óptimo de una enfermedad crónica" (22).

3.a.12 MAPEC en Argentina

Para cerrar este breve listado de experiencias de comunidades que están prestando atención a la problemática de las enfermedades crónicas, es oportuno comentar los lineamientos del plan MAPEC (Modelo de Atención para Enfermedades Crónicas) implementado en Argentina a través de los centros de atención primaria de la salud, impulsado como una estrategia del Ministerio de Salud Nacional, en 2015.

MAPEC ofrece capacitación al equipo de salud para lograr la transición de un modelo reactivo, centrado en la enfermedad, a un modelo proactivo y planificado, centrado en la persona y su contexto. Un modelo que garantice una buena calidad de atención, favorezca el seguimiento longitudinal y promueva la adherencia al tratamiento.

El objetivo es incrementar la capacidad del sistema de salud y las competencias del equipo de salud para el manejo integrado de las enfermedades crónicas y sus factores de riesgo, usando el MAPEC para organizar y mejorar los servicios. (25)

El abordaje interdisciplinario requiere un abordaje biopsicosocial que haga foco en la promoción de estilos de vida saludable, prácticas preventivas y la adherencia al tratamiento, y que tenga en cuenta el contexto social y cultural de la persona.

Sugiere visitas periódicas combinadas con consultas grupales de educación terapéutica, interacciones que utilicen como apoyo las nuevas tecnologías de la información y la comunicación, como la telemedicina y el uso de redes para monitoreo de pacientes desde su domicilio. Prevé también contar con la estructura para realizar gestión de caso de las situaciones más complejas o complicaciones de la enfermedad, que requieran cuidados más intensivos por parte del equipo de salud.

3.a.13 Lineamientos OPS/OMS

El MAPEC está en absoluta concordancia con el "Plan de acción para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles en las Américas 2013-2019", en el cual se ratifica el enfoque de Atención Primaria de la Salud como la estrategia de elección (9).

Los mismos conceptos fueron actualizados y profundizados en el "Plan Estratégico OPS 2014-2019. En pro de la salud: Desarrollo sostenible y equidad" que en relación a ENT, propone la reducción de la carga de las enfermedades no transmisibles, los problemas de salud mental, la violencia, los traumatismos y las discapacidades, y sus factores de riesgo. Expresa, la "cobertura universal de salud es el concepto más poderoso que la salud pública puede ofrecer para la salud y el desarrollo", clave para reducir las inequidades. El fortalecimiento de los sistemas de salud sobre la base de la atención primaria para la consecución progresiva de la cobertura universal de salud; organización de la prestación integral de servicios de salud centrados en la persona; promoción del acceso a medicamentos y tecnologías sanitarias, así como su uso

racional; fortalecimiento de los sistemas de información y la integración de la evidencia en las políticas y la atención de salud; y desarrollo de los recursos humanos para la salud (13).

Este Plan Estratégico propone 9 metas a nivel del impacto para promover la salud y el bienestar, desde el abordaje de los determinantes sociales de la salud y aplicando enfoques basados en la igualdad de género, la equidad, los derechos humanos y la etnicidad.

1. Mejorar la salud y el bienestar con equidad.
2. Asegurar que los recién nacidos y los menores de 1 año inician su vida de una manera saludable.
3. Garantizar una maternidad segura.
4. Reducir la mortalidad debida a la baja calidad de la atención de salud.
5. Mejorar la salud de la población adulta haciendo hincapié en las enfermedades no transmisibles y los factores de riesgo.
6. Reducir la mortalidad por enfermedades transmisibles.
7. Contener la mortalidad prematura debida a la violencia y los traumatismos al abordar los principales riesgos para los adolescentes y adultos jóvenes (15 a 24 años de edad).
8. Eliminar las enfermedades transmisibles prioritarias en la Región.
9. Evitar las muertes, las enfermedades y las discapacidades resultantes de situaciones de emergencia.

En octubre 2018, se celebró la Conferencia Global de Atención Primaria de la Salud, en Astana, Kazakhstan, conmemorando los 40 años de Alma Ata. En su declaración los países reafirmaron aquellos compromisos alineándolos con la alusión a la cobertura universal y el desarrollo sustentable.

La frase final expone en pocas palabras el espíritu de la reunión con los mas altos valores y compromiso social: " JUNTOS PODEMOS Y LOGRAREMOS LA SALUD Y BIENESTAR PARA TODOS, SIN DEJAR A NADIE ATRÁS" (23).

3.b. ANALISIS DE DATOS

3.b.1. METODOLOGIA

Este trabajo se basa en un análisis mixto cuali-cuantitativo de tipo transversal, retrospectivo y observacional de la problemática de referencia.

Se utilizaron diversas herramientas metodológicas para relevar, presentar y analizar los datos que se despliegan en el trabajo:

- Planillas y gráficos de Excel: ante la falta de un sistema de gestión informatizado, se diseñaron planillas de Excel para ordenar los datos de todos los pacientes que acudieron a la farmacia ambulatoria durante el período mayo 2017 a abril 2018. A partir de las recetas se relevaron datos del paciente, diagnóstico y medicamentos prescritos.

- Pirámide de Kaiser: se realizó la estratificación del riesgo para los pacientes de esta población en estudio a fin de comparar los porcentajes propios con los de la pirámide de Kaiser permanente original.

3.b.2. ANALISIS DE LOS DATOS

3.b.2.a. Caracterización de la población de pacientes ambulatorios de la farmacia HRCR durante el periodo mayo 2017 a abril 2018

La ciudad de Comodoro Rivadavia cuenta con una población de alrededor de 300.000 habitantes, más su área de influencia denominada Área Programática Sur que incluye los departamentos de Escalante, Sarmiento y Rio Senguer. El principal grupo beneficiario o usuario de la farmacia hospitalaria son adultos de 25 a 70 años, sexo masculino, de nacionalidad argentina, aunque también es frecuente la atención de pacientes extranjeros no radicados en el área geográfica descrita anteriormente.

Los datos del último censo provincial, del año 2015, arroja números similares a la media nacional, respecto de la relación entre cobertura de salud pública/privada de un 28% de cobertura pública estatal y 72% de cobertura de salud a través de obras sociales y medicina prepaga.

La población que acude al servicio de farmacia ambulatoria del HRCR es de cobertura pública estatal y gratuita, dado que aquellos que declaran poseer cobertura por obra social son asesorados y redireccionados a la cobertura de su obra social, salvo contadas excepciones por cuestiones socioeconómicas que les impiden el copago habitual de los medicamentos que no son cubiertos al 100%.

Esta población fue analizada a partir de las recetas que se atendieron en farmacia ambulatoria, durante el año de relevamiento de datos para el presente estudio. El número de recetas dispensadas fue de 24643 recetas correspondientes a 8178 pacientes.

El primer análisis es cualitativo y su objetivo es conocer las características demográficas de la población objeto de estudio, el tipo de pacientes, su perfil de cronicidad y su grado de complejidad.

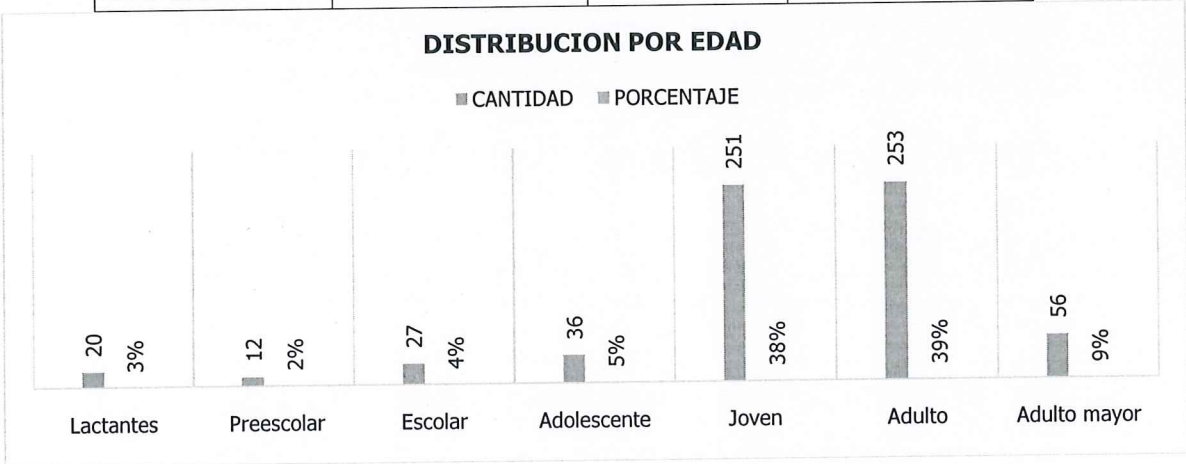
Se tomaron los datos de la receta para ingresar a base de datos del servicio de Admisión del HRCR y a partir del número de DNI o historia clínica se obtuvieron datos de sexo, edad y nacionalidad.

Se observa que la distribución por sexo es de 52 a 48% femenino /masculino, lo cual no se considera una diferencia significativa.



Luego se clasificaron los pacientes de acuerdo a su edad y se determinó la distribución en grupos etarios. El grupo mayoritario de usuarios del servicio de farmacia ambulatoria, corresponde a adultos de 41 a 65 años, que suman el 39% de los pacientes atendidos, seguido del 38% de jóvenes de 19 a 40 años y 9 % de adultos mayores de más de 65 años. Esta distribución es coherente con la red atención estatal local que posee otro hospital de referencia para adultos mayores. Mientras que la población pediátrica ambulatoria posee atención médica en la red de CAPS provinciales y municipales, reduciendo la atención por consultorios externos en el segundo nivel hospitalario, solo referido a las especialidades pediátricas disponibles, como ser gastroenterología, neumonología, psiquiatría infantil y cirugía pediátrica.

EDAD (años)	GRUPO	CANTIDAD	PORCENTAJE
1 a 2	Lactantes	245	3
3 a 5	Preescolar	163	2
6 a 12	Escolar	327	4
13 a 18	Adolescente	409	5
19 a 40	Joven	3108	38
41 a 65	Adulto	3190	39
66 a 100	Adulto mayor	736	9



El análisis de recetas de acuerdo a la nacionalidad de los pacientes arrojó los números que se presentan a continuación



NACIONALIDAD	CANTIDAD	PORCENTAJE
Argentina	7278	89
Chile	572	7
Bolivia	164	2
Otros	164	2

3.b.3. Análisis de dispensación por tipo de receta

En segunda instancia se hizo el análisis de recetas para estimar la polimedicación, diagnóstico, perfil de cronicidad y riesgo de los pacientes. A tal fin, se contaron además de las recetas, los ítems o renglones de medicamentos prescriptos.

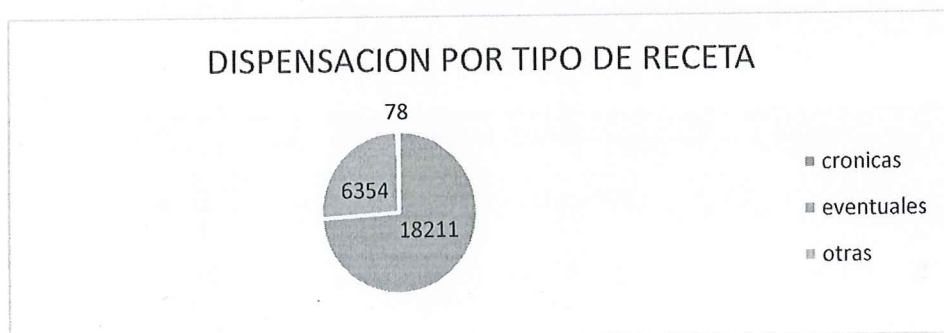
Se considera que cada receta equivale a un evento o proceso de dispensación. Se observan diferentes tipos de receta y frecuencia de entrega, que distorsionan la cantidad de pacientes, de recetas y de medicamentos prescriptos. A saber:

1. Las recetas eventuales corresponden a patologías agudas. Suelen tener uno o dos medicamentos prescriptos. Se considera un paciente por receta por dispensación. Pueden ser psicofármacos o no, lo cual determina la modalidad de registro y archivo.
2. Las recetas de pacientes crónicos se realizan en un formulario con validez semestral para entrega programada mensual. Por eso las dispensaciones son muy superiores al número de pacientes activos, ya que son los mismos pacientes que acuden mensualmente a la farmacia. La variación del padrón y su demanda no es significativa en el lapso de un año. A la fecha son 978 pacientes de diversas patologías y complejidad, en su mayoría polimedificados.
3. Los psicofármacos requieren receta archivada por lo cual existe una receta asociada a cada dispensación. Muchos pacientes suelen ser los mismos, y un menor número corresponde a recetas eventuales. Hay listados de pacientes por drogas específicas, por ej. clozapina, metilfenidato, haloperidol decanoato y risperidona de depósito de los cuales existe seguimiento farmacoterapéutico individualizado.
4. Los pacientes oncológicos solicitan medicación a través de un formulario especial establecido por Ministerio de Salud. El número de pacientes varía entre 30 y 35 tratamientos mensuales de quimioterapia intravenosa más 34 pacientes crónicos en tratamiento oral con tamoxifeno o anastrozol, pacientes crónicos de riesgo moderado.
5. Las recetas de preparados magistrales para ambulatorios se refieren a fórmulas para tratamiento del dolor y niños que requieren dosis especiales o formulaciones de medicamentos huérfanos. En todos los casos son crónicos con entrega mensual o quincenal

6. Los pacientes bajo Programa Nacional de Incucai y Miastenia reciben medicación en forma bimestral. Son pacientes de patologías crónicas. Alrededor de 12 pacientes activos en el período de estudio.
7. La categoría "otros" se refiere a recetas para uso de servicio que no pueden ser asignadas a un paciente particular. La proporción es mínima dado que habitualmente se dispensan a través de la farmacia de internación.

	Cantidad de Recetas dispensadas	%	Hasta 3 medicamentos prescriptos	4 o más medicamentos	Total de ítems prescriptos	Pacientes atendidos en el año
Recetas eventuales	5817	23,6	5274	543	9888	5817
Psicofármacos eventuales	537	2,3	537	0	698	537
Formulario ptes crónicos	11275	45,8	1401	9874	50737	978
Psicofármacos crónicos	6176	24,9	4891	1285	12769	790
Medicación oncológica	367	1,5	305	62	1101	32
Preparados magistrales	333	1,4	333	0	333	14
Incucai y miastenia	60	0,2	19	41	195	10
Otras recetas	78	0,3	78	0	123	
Total anual	24643	100	12838	11805	75844	8178

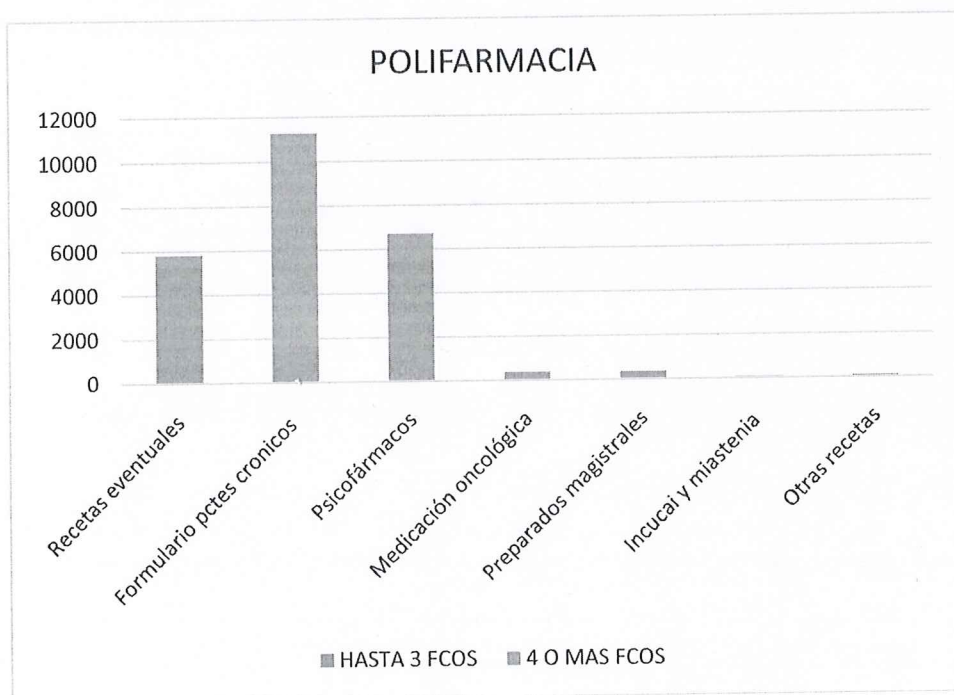
En base a los datos expuestos en la tabla precedente se determinó que, de las 24643 recetas, solo 6354 son eventuales, lo cual representa un 25,8 % del total de las dispensaciones. O sea que el 73,9 % de las dispensaciones corresponden a atención de pacientes crónicos de diferentes patologías y grado de complejidad.



3.b.4. Polifarmacia en ENT del Hospital Regional Comodoro Rivadavia

Es frecuente que los pacientes crónicos y con patologías múltiples estén polimedificados por lo cual se determinó la proporción de recetas de polifarmacia, tomando como criterio las recetas que prescribían 3 o más medicamentos. Este parámetro proporciona un punto crítico para mejorar la calidad de atención ya que son pacientes propensos a sufrir problemas relacionados al uso de medicamentos como interacciones medicamentosas y reacciones adversas.

Cuando se relevó la cantidad de renglones prescriptos vemos que este número es muy superior al de recetas, alrededor de 76000 ítems en 24000 recetas. Además no se distribuía uniformemente entre los distintos tipos de receta. Se observa que el grupo de pacientes crónicos y psicofármacos son los que poseen índices más altos de pacientes polimedificados.



3.b.5. Perfil de riesgo de ENT en Hospital Regional Comodoro Rivadavia

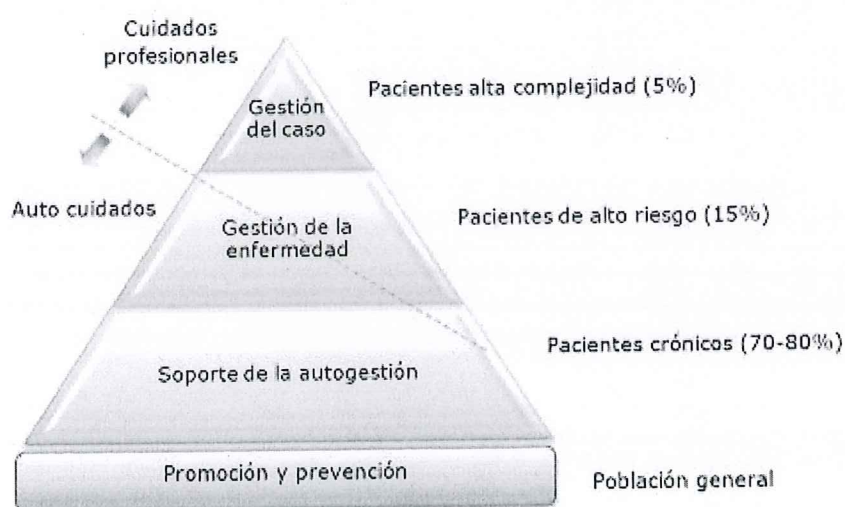
Por último se relevaron los diagnósticos para conocer el perfil de riesgo de la población de estudio. Se agruparon las patologías existentes de acuerdo a los criterios de Kaiser permanente, considerando la afección de uno o más sistemas involucrados y la pluripatología.

Clasificar o categorizar a los pacientes, permite ajustar la respuesta del sistema de salud a las necesidades concretas y reales de los pacientes, principalmente en el caso de los más frágiles. Hay múltiples sistemas, por ej. por niveles de intervención, por las morbilidades en el sistema de gestión GMA (Grupos de Morbilidad Ajustados), situando

a cada paciente en función de su morbilidad, es decir, en función del número y complejidad de sus enfermedades, estableciendo cuatro niveles desde el 0, sin patología crónica relevante, hasta el 3, de alta complejidad.

El criterio de Kaiser permanente está ampliamente difundido y considera que un 40% de la población general no presenta patología crónica y lo indica como nivel de riesgo cero. El restante 60% de enfermos crónicos los clasifica en nivel 1,2 y 3 de acuerdo a la complejidad y riesgo creciente. Cada nivel exige un diferente enfoque de gestión desde la prevención en el nivel más bajo de riesgo hasta la gestión de caso en el externo opuesto.

NIVEL	TIPO DE PACIENTE	REQUIERE	% PIRAMIDE KAISER PERM
0	Sano o cursando patología aguda. Sin enfermedad crónica	Prevención y promoción	40% de la población general
1	Paciente con Enfermedad crónica de bajo riesgo, afectando un solo sistema	Autocuidado y autogestión de su enfermedad	70-80% de la población con enfermedad crónica
2	Paciente con enfermedad crónica afectando 2 o 3 sistemas, de riesgo moderado o alto según presencia de comorbilidades	Gestión de la enfermedad	15%
3	Paciente a alto riesgo y alta complejidad, con enfermedad crónica afectando varios sistemas	Gestión de caso. Requiere atención y cuidados especializados	5%

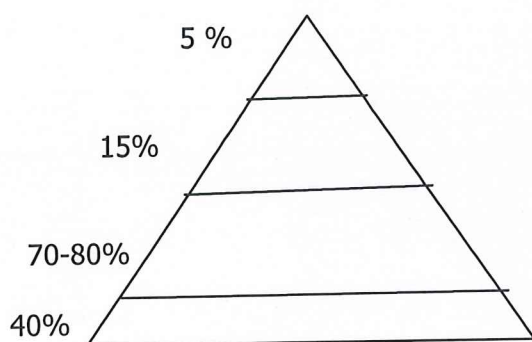


Sobre el total de recetas utilizadas como fuente primaria de información, se analizó el diagnóstico de las recetas eventuales dispensadas en el periodo de estudio, las recetas de psicofármacos, oncología, planes nacionales y las recetas de formulario semestral de pacientes crónicos activos en 2018, correspondientes a un total de 8178 pacientes.

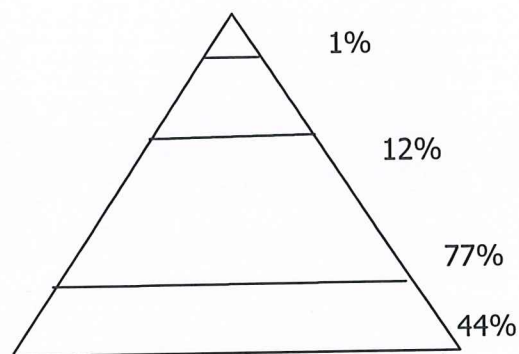
Con los valores de la tabla siguiente, se graficó la pirámide correspondiente a la población de 8178 pacientes atendidos en un año en la farmacia de ambulatorios del HRCR:

	PACIENTES	CATEGORIA KAISER
RECETAS PATOLOGIA AGUDA		
PROFILAXIS ODONTOLOGIA	245	0
SINDROME FEBRIL	2056	0
GASTROENTERITIS	86	0
TRAUMATISMO LEVE	109	0
ALERGIAS Y RESFRIO	368	0
ANTIBIOTICOS VIA ORAL	485	0
OTRAS PATOLOGIAS AGUDAS	297	0
PSICOFARMACOS		
BDZ Y PREGABALINA	1537	1
CLOZAPINA	33	2
HALOPIDOL DECANOATO	137	2
METILFENIDATO	56	2
RISPERIDONA	39	2
ANTIDEPRESIVOS	869	1
OTRAS	883	1
PLANILLAS DE CRONICOS		
ENFERM AUTOINMUNE	21	3
PATOLOGIA CARDIACA	31	2
DIABETES MELLITUS	239	1
SINDROME METABOLICO (DBT HTA HIPERLIPEMIA)	83	1
DBT+PAT. RENAL Y/O TIROIDES	93	2
TIROIDES	20	1
HTA	52	1
NEFROLOGIA	7	2
GASTROENTEROLOGIA	32	1
GLAUCOMA	5	1
ONCOLOGICOS TRAT IV	32	3
ONCOLOGIA TRAT ORAL SOSTEN	34	2
EPILEPSIA	102	2
NEUROLOG. PARALISIS CEREBR	17	3
ASMA	73	1
EPOC	46	1
REUMATOLOGIA	69	1
TRASPLANTE	12	3
UROLOGIA	8	1
ANEMIA	2	1

COMPARACION RESULTADOS		RESULTADOS HRCR		CRITERIO DE REFERENCIA	
RIESGO	PACIENTES n=8178	% EN POBLAC GRAL	% SEGÚN KAISER PERM	% KAISER PERMANENTE	% EQUIVALENTE EN LA TOTALIDAD DE LA POBLACION
3 ALTO RIESGO Y ALTA COMPLEJIDAD	82	1	1	5 % de las ECNT	3%
2 RIESGO MODERADO/ALTO	532	7	12	15% de las ECNT	9%
1 RIESGO BAJO	3918	48	77	70-80% de las ECNT	42-48%
0 POBLACION SIN PADECIMIENTO ECNT	3646	44	44	40% población general	



Kaiser permanente



Kaiser Fcia Externa HRCR

Al observar los valores de la pirámide Kaiser permanente con la pirámide correspondiente a pacientes ambulatorios de HRCR, vemos que el perfil es favorable dado que el 44% de los pacientes no presenta patología crónica, o sea por encima del valor de referencia del 40%. Esto no es incoherente, dadas las características demográficas de la población de adultos jóvenes y de mediana edad, que son casi el 80% de los usuarios del servicio.

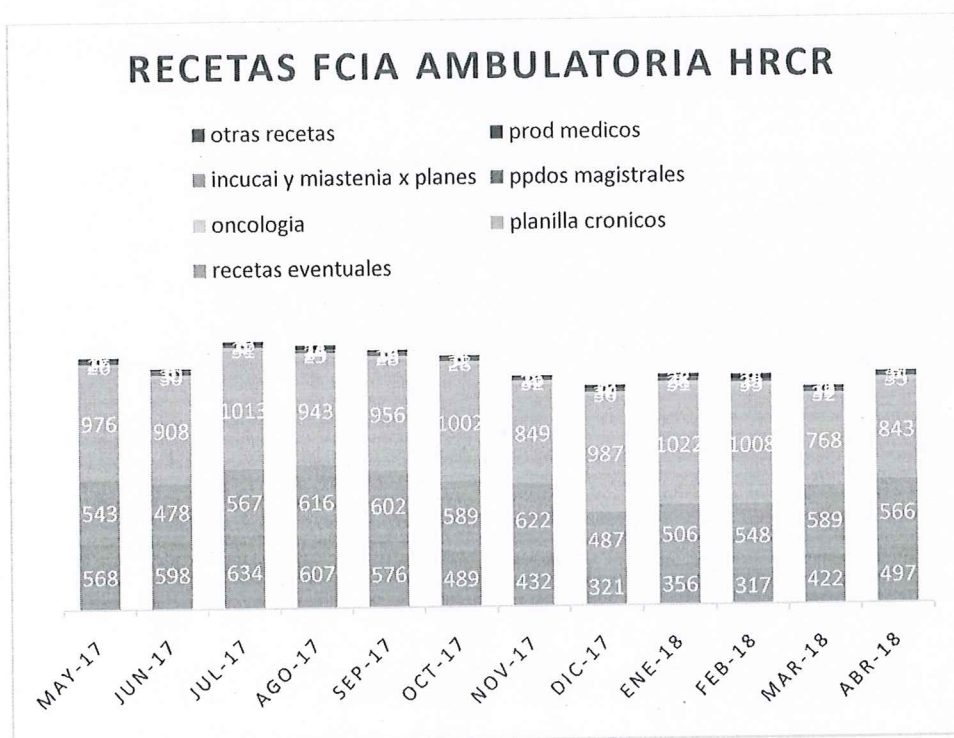
Sin embargo, tres cuartas partes de las recetas dispensadas corresponden a atención de pacientes crónicos. El perfil de riesgo de estos pacientes se grafica a continuación y representa un 77% de patologías crónicas de bajo riesgo, 12 % en riesgo moderado y apenas 1% de pacientes es de alta complejidad y alto riesgo.

Cabe mencionar que por la oferta de servicios de salud disponibles en la ciudad es frecuente que pacientes con patologías poco frecuentes y de gravedad se trasladen a centros urbanos de mayor complejidad y solo viven esporádicamente en esta ciudad.

3.b.6 Caracterización de la demanda de medicamentos de la farmacia de pacientes ambulatorios HRCR

Una vez caracterizados los usuarios de la farmacia ambulatoria, proseguiré con el análisis de la demanda de medicamentos correspondientes a esa población. Para ello se determinó cuáles son los grupos de medicamentos prescritos con mayor frecuencia, según su agrupamiento por categoría farmacológica. Luego se estimó el costo de los mismos, utilizando como fuente de información, el monto en pesos de los expedientes de compra de medicamentos del mismo período de análisis de las recetas, por cada rubro y categoría de fármacos.

Para el análisis de la demanda se clasificaron las mismas 24643 recetas, de acuerdo al tipo de prescripción. Se establecieron 7 grupos y se cuantificó la cantidad dispensada cada mes durante el período mayo 2017 a abril 2018.



Se observa un promedio mensual de aproximadamente 2000 recetas con leves bajas en período estival e incremento en período invernal. Esta mínima variación se debe a las recetas eventuales, manteniéndose constante la dispensación a pacientes crónicos, que representa la mitad de las recetas mensuales. Un cuarto de las recetas dispensadas corresponden a psicofármacos y el cuarto restante reúne las recetas eventuales y los grupos minoritarios de pacientes.

Para analizar los grupos farmacológicos es imposible relevar la totalidad de las recetas con sus respectivos medicamentos prescritos en tipo y cantidad por no contar con un sistema informatizado de gestión de stock ni gestión clínica. Por eso se decidió tomar una submuestra representativa, utilizando la calculadora de muestra para muestreo

estadístico considerando un intervalo de confianza del 95%, 5% precisión y 15% de ajuste por pérdidas.

CALCULADORA MUESTRAL	
Total de la población (N)	24643
Nivel de confianza o seguridad (1-α)	95%
Precisión (d)	5%
Proporción (valor aproximado del parámetro que queremos medir)	50%
TAMAÑO MUESTRAL (n)	378
Proporción esperada de pérdidas (R)	15%
MUESTRA AJUSTADA A LAS PÉRDIDAS	445

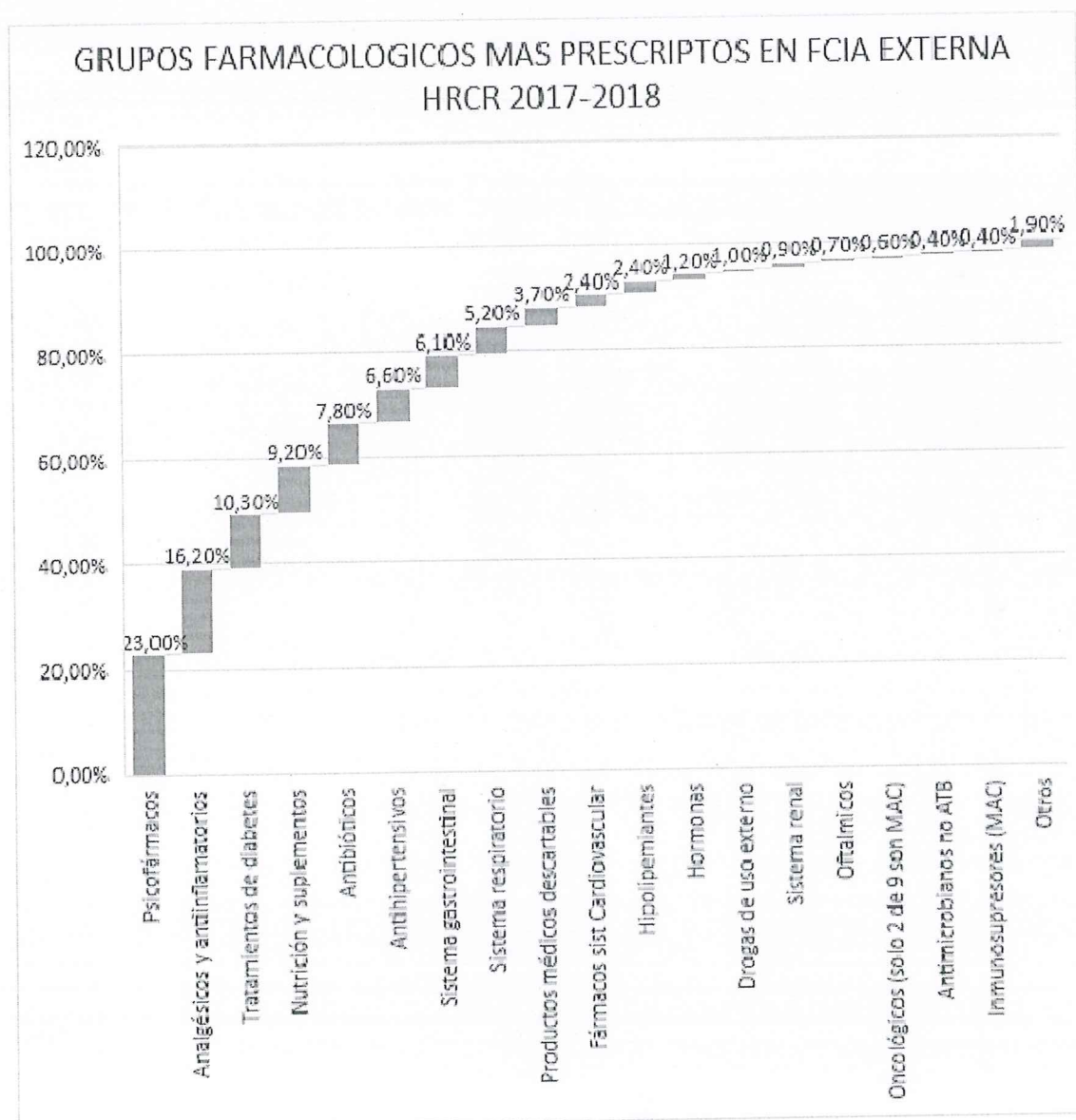
La submuestra de 445 recetas se tomó al azar utilizando la técnica de números aleatorios. En las mismas se contaron 1519 ítems prescritos que se agruparon en las siguientes categorías farmacológicas

GRUPOS FARMACOLÓGICOS	CANTIDAD	PORCENTAJE
Psicofármacos	351	23%
Analgésicos y antiinflamatorios	246	16,2%
Tratamientos de diabetes	157	10,3%
Nutrición y suplementos	140	9,2%
Antibióticos	119	7,8%
Antihipertensivos	100	6,6%
Sistema gastrointestinal	93	6,1%
Sistema respiratorio	79	5,2%
Productos médicos descartables	56	3,7%
Fármacos sistema Cardiovascular	36	2,4%
Hipolipemiantes	36	2,4%
Hormonas	18	1,2%
Drogas de uso externo	15	1,0%
Sistema renal	13	0,9%
Oftálmicos	10	0,7%
Oncológicos (solo 2 de 9 son MAC)	9	0,6%
Antimicrobianos no ATB	6	0,4%
Inmunosupresores (MAC)	6	0,4%
Otros	29	1,9%
TOTAL	1519	100%

Como se puede observar en el siguiente gráfico, la mitad de los medicamentos prescritos corresponde a 3 grupos mayoritarios de psicofármacos, analgésicos antiinflamatorios y antidiabéticos respectivamente. Se alcanza el 85% de las prescripciones en apenas 8 categorías de las 19 relevadas.

Los medicamentos de alto costo representan menos del 1% de las prescripciones y son fármacos inmunosupresores y oncológicos.

En el puesto 2 y 5 encontramos fármacos de recetas correspondientes a patologías agudas, mientras que las demás categorías corresponden a medicamentos de uso crónico.



3.b.7. Análisis del gasto en medicamentos de la Farmacia Externa de HRCR, período 2017-2018

A partir de los expedientes de compra de Farmacia del periodo de este estudio, se cuantificó el gasto en pesos considerando el rubro medicamentos ambulatorios, medicamentos de internación, productos biomédicos, oxigenoterapia y otros. Por razones de confidencialidad sólo se muestran los datos agrupados sin detalles de números de expediente obtenidos del sistema administrativo contable de la institución.

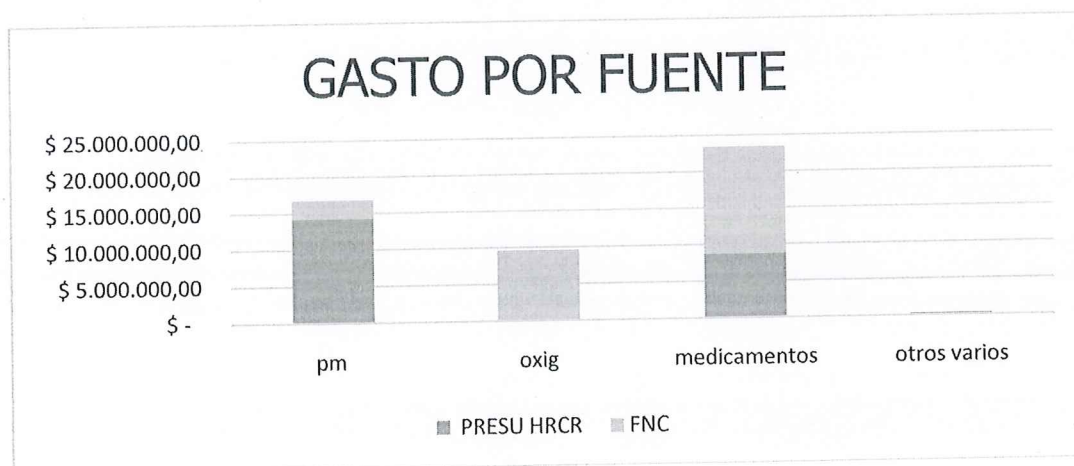
Dado que muchos medicamentos e insumos descartables se reciben por provisión centralizada del Ministerio provincial, para los mismos se calculó el gasto como el producto de la cantidad recibida en el periodo por el precio unitario del mes en que se recepcionó en la farmacia del hospital. En este caso la fuente de información es el sistema de logística tercerizado que compila los movimientos, stock y traslados entre el nivel ministerial y cada hospital de la provincia.

Una vez sumado el monto por las compras y la provisión ministerial, que representarían la totalidad del gasto, se calculó el % del gasto de farmacia es atribuible a los pacientes crónicos, y dentro de ellos a que subgrupos de riesgo y categoría farmacológica.

Para ayudar con el procesamiento de estos datos se realizaron gráficos de Excel, que se exponen a continuación, aumentando el foco y detalle hasta llegar a la consideración del monto gastados por grupos de pacientes, estimados en porcentajes.

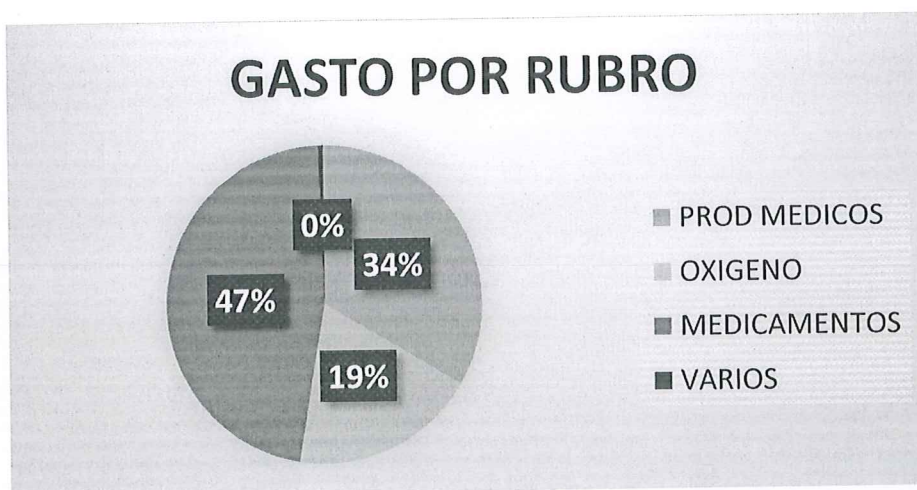
Durante el período mayo 2017 a abril 2018 el presupuesto total ejecutado en la farmacia fue de \$ 50.137.407,74, repartándose casi 50-50 entre la fuente de provisión centralizada y los pagos realizados a partir del presupuesto hospitalario.

En cuanto al análisis de los rubros financiados por cada fuente se observa que el ministerio (FNC) "paga" la cuenta el oxígeno en su totalidad, una gran proporción de los medicamentos y un pequeño porcentaje de insumos biomédicos.



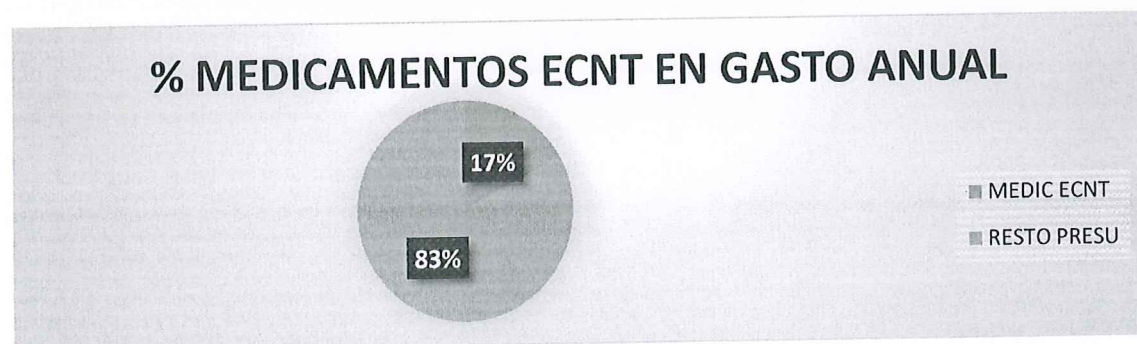
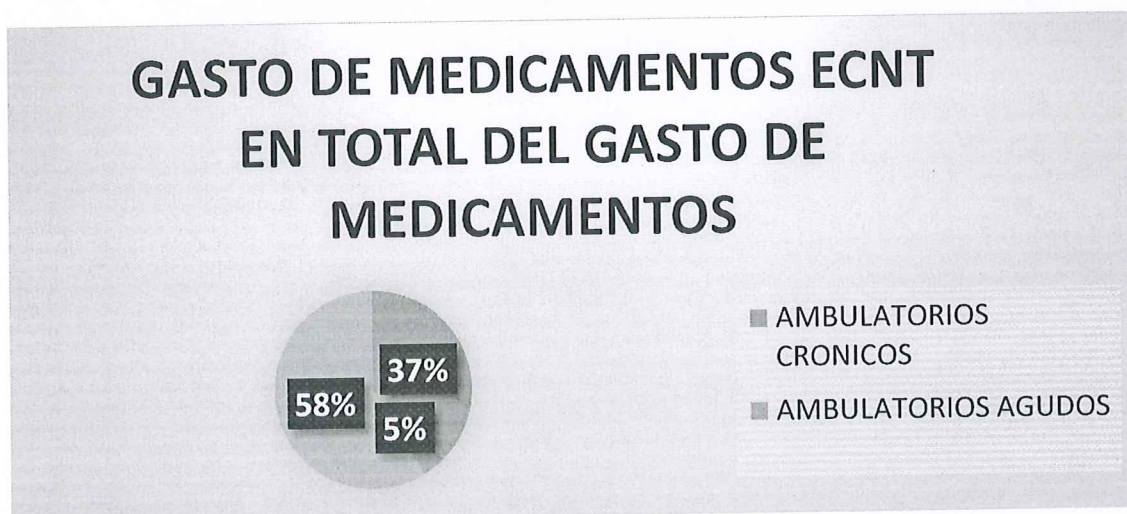
Ahora nos concentraremos en el gasto de medicamentos, que es lo que nos ocupa en el presente trabajo. El gasto anual de medicamentos fue de aproximadamente 23 millones, que representan el 47% del gasto total de la Farmacia. Seguido del 34% del

gasto para productos médicos y 19% del gasto corresponde a oxígeno para provisión de gases medicinales en la internación y los pacientes domiciliarios.



Una vez que entramos al rubro medicamentos debemos diferenciar el consumo de medicamentos para internación y de farmacia ambulatoria, que a su vez cubren la demanda de recetas eventuales y pacientes crónicos.

Observamos que el gasto de los pacientes crónicos es el 37% del gasto total de medicamentos, que a su vez representa el 17% del presupuesto total de farmacia.

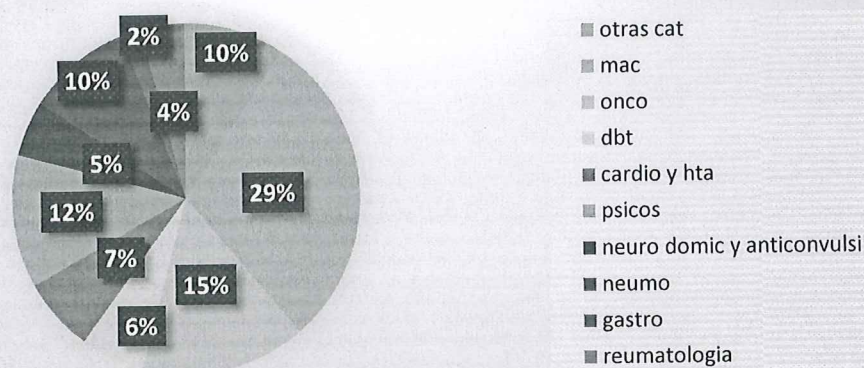


Una vez conocida la situación global del gasto de medicamentos para la demanda de pacientes crónicos, se emprende un análisis más minucioso para determinar en que grupos farmacológicos se hizo el mayor gasto y a que cantidad y complejidad de pacientes corresponde.

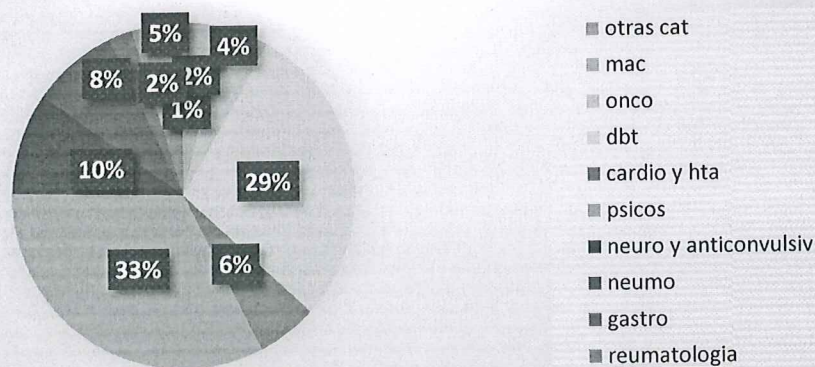
Se trabajo con grupos de pacientes por patologías dado que es imposible individualizar el gasto con las herramientas y datos disponibles. Se presentan los datos en % de gasto por patologías y cantidad de pacientes atendidos en esos grupos.

Finalmente se presenta la tabla resumen comparando % de pacientes versus % del gasto.

GASTO MEDICAMENTOS



CANTIDAD DE PACIENTES



Referencias: mac=medicamentos de alto costo, onco= oncología, dbt= diabetes, cardio y hta=sistema cardiovascular, psicos=psicofármacos, neuro y anticonvulsiv=neurología, neumo=sistema respiratorio, gastro=gastroenterología, reuma=reumatología

La misma información observada en los gráficos precedentes se muestran en la siguiente tabla, comparando el % del gasto que se utiliza para cubrir la demanda de los pacientes agrupados por patología y expresados como porcentaje del total atendido en el periodo mayo 2017 a abril 2018.

	% GASTO	% PACIENTES
Medicamentos de alto costo (MAC)	29	2
Oncología	15	4
Psicofármacos	12	33
Enferm. respiratoria crónica	10	8
otras categorías farmacológicas	10	1
cardiopatías e hipertensión	7	6
DBT	6	29
Neurología/anticonvulsivantes	5	10
Reumatología	4	5
Gastroenterología	2	2

Se puede ver claramente que casi la mitad, el 44%, del presupuesto de medicamentos se utiliza en la cobertura del 6% de los pacientes (oncología y medicamentos de alto costo para reumatología) y la mitad restante, 56% se utiliza en la cobertura del 96% de los pacientes.

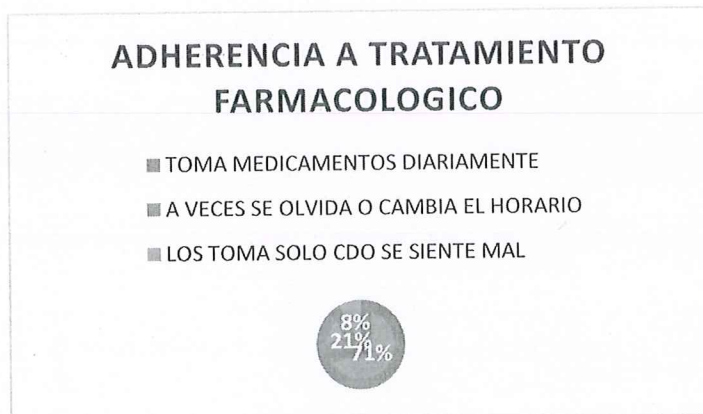
3.b.8. Adherencia a tratamiento en ENT en HRCR

Para los pacientes crónicos hay dos variables básicas a considerar en el tratamiento: la polifarmacia y la adherencia al tratamiento. En cuanto a la adherencia al tratamiento es fundamental para evolucionar del concepto de eficacia al de eficiencia, tan renombrado en la gestión tanto clínica como económica de los medicamentos.

En este contexto se realizó una encuesta muy simple de carácter voluntario a los pacientes que se acercaban a retirar medicación a la farmacia ambulatoria. La misma consistió en una serie de preguntas simples respecto de las pautas habituales de la toma de la medicación y los hábitos saludables.

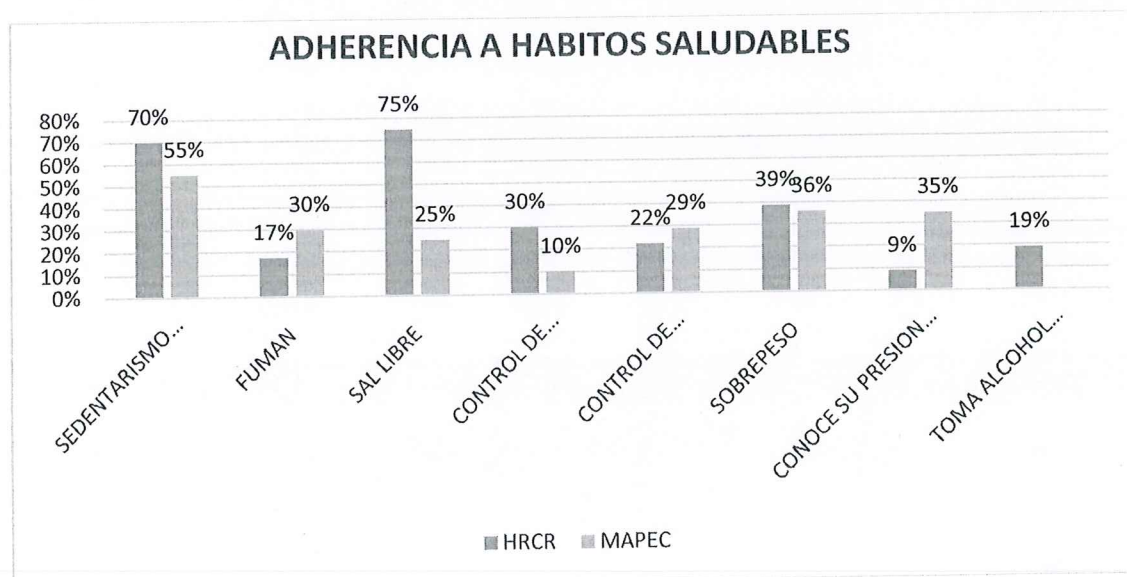
El período fue de solo un mes, durante marzo 2018, y se recogieron 333 encuestas. Se observó cierto desinterés en el público ya que ante un promedio de 2000 pacientes mensuales, atendidos en la farmacia ambulatoria solo 333 quisieron responder el cuestionario. No se tomaron datos identificatorios del paciente ni su patología de base, por lo que en análisis de estos datos está limitado y constituyen una mirada superficial de la realidad respecto de la adherencia al tratamiento en este grupo de estudio.

Para el cuestionario se tuvieron en cuenta dos aspectos, la adherencia al tratamiento farmacológico y a hábitos saludables, que se sabe son primordiales para garantizar el control de las enfermedades crónicas y así evitar las complicaciones. Las preguntas se basaron en aquellas para las cuales existen datos de referencia nacional obtenidos del programa MAPEC, desarrollados en el primer nivel de atención. Los datos recogidos arrojan los siguientes resultados



El 71% de los encuestados (236 encuestas) declaran tomar los medicamentos diariamente en el régimen indicado por el médico. El 21% no respeta los horarios pero los toma y el 8% dice tomarlos solo si se siente mal. No se puede correlacionar si estas conductas están asociadas a algún tipo de medicación o enfermedad en particular. Aun así estos valores son superiores a los de la bibliografía que indican un 35% de falta de adherencia al tratamiento en enfermedades crónicas en general. También hay que destacar que los criterios para medir adherencia varían en su rigurosidad para considerar los tratamientos cumplidos o incumplidos.

La segunda parte que evalúa adherencia a hábitos saludables se muestra en comparación a los valores de referencia nacional el programa MAPEC. Salvando las diferencias en cuanto a la gestión del primer nivel de atención, muy cercano al paciente, y la gestión de paciente ambulatorio hospitalario, los resultados dan una idea de los aspectos que necesitan abordarse prioritariamente en esta población de estudio.



Se observa un alto índice de sedentarismo, entendido como la realización de actividad física, menos de 3 veces por semana durante 40 minutos, superando en un 15% a la media nacional. En cuanto a la libre ingesta de sal es alarmante que más del 70% de los encuestados dice no practicar restricción del consumo de sodio a la vez que menos del 10% de los encuestados conoce su presión arterial y la controla regularmente. El control el colesterol, tomado como una medida en laboratorio al año, también es menor que a nivel país.

En cuanto a los hallazgos positivos se observa que El % de fumadores es francamente menor al valor nacional no llegando al 20%. También se observa que el 30% de la población encuestada tiene controles de glucemia, evidenciando un fuerte trabajo de concientización sobre diabetes contra tan solo el 10% de referencia nacional. Respecto del consumo de alcohol, el 19% declaro beber diariamente, sin indicar tipo de hábito ni cantidad. Tampoco es posible relacionarlo con el diagnostico de esos encuestados.

En resumen, será necesario trabajar sobre programas de incentivo a la actividad física y reducción del consumo de sodio de manera prioritaria en esta población.

4.CONCLUSION

El análisis de la demanda de medicamentos de pacientes crónicos en la farmacia externa o de ambulatorios del Hospital Regional de Comodoro Rivadavia está dominada por 75% de las dispensaciones efectuadas, y representan el 17% del presupuesto total anual de la farmacia.

El perfil de riesgo de los pacientes de la farmacia hospitalaria es favorable con respecto a los valores de la bibliografía dado que el 44% de la población no presenta patología crónica. Sin embargo un reducido número del 6% de los pacientes consume la mitad de los recursos destinados a compra de medicamentos.

Este resultado amerita un análisis desde otros puntos de vista, como la equidad distributiva, la optimización del gasto, la ecuación costo beneficio y muchos otros enfoques que exceden los objetivos del presente estudio.

A partir del analisis de demanda de medicamentos para enfermedades crónicas vemos que la gestión de la utilización, considerando criterios de eficacia y eficiencia puede tener un impacto sobre el presupuesto general. Aunque en caso de requerirse contener el gasto habrá que considerar la demanda de oxigenoterapia, 19% del gasto total y medicamentos de internación que representan el 58% del gasto de medicamentos y 23% del gasto total.

Se ha postulado que una mayor asignación de recursos para la salud es necesaria pero no suficiente para lograr mejores resultados en salud, ya que el paciente debe ser parte involucrada en su autocuidado y para ello es necesario brindarle la información y herramientas para que autogestione su tratamiento con responsabilidad. En la población estudiada, falta estimular el rol "activo" del paciente en la gestión de su enfermedad. Es necesario brindar educación sanitaria, talleres de formación a pacientes y sus familias.

Este trabajo genera evidencia de que la estratificación de pacientes por las comorbilidades es un sistema útil para planificar las demandas sanitarias y de medicamentos. En este aspecto hay un camino a recorrer con ayuda del Plan MAPEC que provee los lineamientos para la medicina "proactiva en lugar de reactiva".

También se debe coordinar la provisión de medicamentos desde CUS, Ministerio provincial y otras fuentes de provisión para compensar la fragmentación, mejorar la accesibilidad y optimizar el gasto de medicamentos

Hoy en día los servicios de farmacia hospitalaria asignan muchos recursos humanos y económicos para cumplir con la gestión de adquisición y logística de medicamentos, centrando la atención de estos pacientes en el proceso de dispensación de medicamentos, no siempre asociado al seguimiento farmacoterapéutico. La recomendación es adoptar la gestión centrada en el paciente, dejando atrás la gestión del medicamento y la enfermedad.

Es oportuno en este contexto, revisar, actualizar los procesos y estimular las tareas del farmacéutico de atención primaria de la salud. La estrecha relación que se genera por el vínculo entre farmacéutico y paciente ofrece la oportunidad para la intervención profesional en coordinación con el equipo de salud para obtener los mejores beneficios de salud posibles para el paciente.

Esta perfectamente establecido que mejorar la adherencia a tratamiento es una medida costo efectiva y mejora los resultados de salud de los pacientes con enfermedades crónicas. Por ello se vislumbra que implementar el seguimiento de la adherencia al tratamiento es una herramienta válida tanto para optimizar el gasto como para mejorar la accesibilidad y la calidad de atención mediante el asesoramiento y detección de eventos adversos e interacciones, etc. para lo cual el farmacéutico es el profesional del equipo de salud idóneo para esta tarea.

5. BIBLIOGRAFIA

1. <https://www.infobae.com/salud/2018/09/027adolfo-rubinstein-secretario-de-salud-en-la-ONU-las-enfermedades-no-transmisibles-en-la-argentina>.
2. Informe sobre seguimiento de los progresos en relación con las enfermedades no transmisibles, 2017 [non communicable diseases Progress Monitor, 2017] ginebra. OMS; 2017. Licencia CC BY-NC-SA 3.0 IGO
3. Consultado 13/12/18 en [http:// www.paho.org/arq/index.php?=com_content &view =article 9831](http://www.paho.org/arq/index.php?=com_content&view=article9831)
4. Conferencia mundial de la OMS sobre la ENT. Montevideo 18 al 20 octubre 2017.
5. www.pressreader.com/argentina/la-nacion/20181004/281994673433573

6. el concepto una salud como integrador de la interfase-humano-animal-vegetal frente a las patologías emergentes reemergentes y transfronterizas. Autor Edgardo Marcos. Fac Cs Veterinarias UBA. Experto columnista de siic. Consultado en www.siicsalud.com/dato/autorb.php/134203#ap
7. "Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud". Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2012
8. "Documento de consenso 'Atención al paciente con enfermedades crónicas'". Grupo de Trabajo de la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI) y la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (semFYC), 2011.
9. https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=11275:plan-action-ncds-americas-2013-2019&Itemid=41590&lang=es
10. Consultado en www.researchgate.net/publication/264643250 understanding and overcoming barriers to medication adherence>: a review of research priorities.Saebury gupta phillison henkhaus
11. www.paho.org/arg/index.php?option=com_content&view=article&id=10204:la-oms-lanza-una-iniciativa-mundial-para-reducir-los-errores-relacionados-con-la-medicación. 05 feb 18
12. Living Well with Chronic Illness: A Call for Public Health Action. National Academy of Sciences. Ref. 13. "Encuesta sobre la calidad de la asistencia sanitaria a los pacientes crónicos en España. (II Barómetro Es Crónicos). Universidad Complutense de Madrid, 2015
13. <https://www.paho.org/hq/dndocuments/2015/plano-estrat-2014-2019ExecESP-2.pdf>
14. consultado el 15 dic 18 en www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/dementia
15. <http://www.granadaesnoticia.com-la-escuela-pacientes-la-easp-ha-formado-mas-de-20000-pacientes-10-anos>
16. <http://www.opimec.org/actuales/noticias> 5137 entregan-el-premio-malaga-smartcare-a-un-proyecto-centrado-en-la-fragilidad-clinica-de-pacientes-cronicos
17. <http://www.junta.deandalucia.es/salud/sites/csalud/contenidos/noticias/> 2018/04/dia19/noticia36037
18. Rafael Bengoa, Roberto Nuño Solinís. Curar y Cuidar. Editorial Elsevier Masson1ª ed., 3ª imp.(10/2008).
19. "Estrategia de Atención al Paciente Crónico en Castilla y León". Junta de Castilla y León, 2013
20. <http://www.diariovasco.com/20090717/al-dia-sociedad/bengoa-propone-mejorar-integracion/noticias> 800

21. <http://www.diariovasco.com/20090915/al-dia-sociedad/osakidetza-ultima-plan-para-controlar-300-pacientes-cronicos-desde-casa>.
22. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh-chronic-diseases>
23. <https://www.who.int/es/news-room/events/detail/2018/10/25/default-calendar/global-conference-on-primary-health-care>
24. Programa MAPEC consultado en <http://msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000715CNT-2017-06.mapec.pdf>
25. Tobar, Federico; Gines Gonzalez Garcia. Salud para los argentinos (2004)
Editorial: ediciones ISALUD.