



# Medicamentos. Niveles de atención. Niveles de recursos

“Escrito sobre lo escrito...”

Jorge Villarreal

## LÓGICAS DE LOS MEDICAMENTOS

Los medicamentos esenciales son un recurso que debe estar garantizado por el Estado, ya sea nacional, provincial o municipal, para toda su población. Este recurso debería estar disponible en el lugar geográfico donde se desarrolla el acto médico.

Estos momentos de desocupación y planes sociales, que llevan a una cultura de la pobreza sin retorno, con un escenario social de desigualdades, violencia espontánea y perversa, sin valores sobre justicia, seguridad, familia y calidad de vida, proponen un reto difícil para cualquier plan de salud.

Coyunturalmente, el Estado intenta no estar ausente en alimentación (comedores- cajas-subsidios) y salud (Remediar-Programas Nacionales-Estructuras de Hospitales).

El Programa Remediar (deuda externa en términos de medicamentos), establece un circuito entre la Nación y los Centros de Salud, sin acordar políticas de salud con las provincias y municipios para una auditoría de adecuada prescripción. La distribución del medicamento no garantiza calidad de la atención médica y para algunas provincias significa el único apoyo asistencial del médico. Se van entregando más de 450.000 botiquines, un número no difundido de medicamentos esenciales no aprovechados que se vencen y un final anunciado en el 2007.

Los convenios provinciales con laboratorios establecen otro circuito de pedido y provisión de medicamentos con las Zonas Sanitarias, superponiéndose muchos de ellos a los del programa Remediar y también sin auditoría de la prescripción, ni control sobre lo acordado.

Una tercera alternativa de financiación es la que afronta el estado provincial y se genera desde Hospitales-Zonas Sanitarias-Referentes de Medicamentos y pedidos de supuestas necesidades anuales que se concretan con una preadjudicación y proveedores inscriptos.

Mientras no existan registros del acto médico ni confianza en los tiempos administrativos contables necesarios para la recepción de lo pedido, se puede dar un flanco para el reclamo permanente y los quiebres comunicacionales.

Todo hace suponer que se tiene el recurso, pero por alguna razón, éste no está donde o cuando debería estar, o está de más, o se indica inadecuadamente, o lo que es más grave... se quema por haber alcanzado la fecha de vencimiento.

Si no tenemos registros, desde la *atención primaria de la salud* (APS) hasta la mayor complejidad, es probable que se responda inadecuadamente a las necesidades reales.

Al no contar con información en red de datos confiables de stock, próximos vencimientos, alertas de desabastecimiento, listados de crónicos, stock de depósito central, próxima licitación, tiempos reales a las entregas, acuerdos de las entregas con proveedores, pagos en término, etc., se plantea un escenario con inferioridad de condiciones para poder establecer un diagnóstico de la gestión y de la distribución del recurso.

## LÓGICAS DE LA PRESCRIPCIÓN

El hecho de prescribir un medicamento como respuesta a una consulta no significa buena atención.

La calidad de la prestación podría ser un objetivo final de todo Plan de Salud y en un sistema escalonado de complejidad, éste debería tener una exigencia desde su puerta de entrada, que es justamente la *atención primaria de salud*.

Una adecuada prestación médica, no significa sólo el medicamento bien indicado, sino fundamentalmente un recurso humano integralmente preparado y bien seleccionado, junto a la estructura distribuida geográficamente para facilitar el acceso de la gente, con los insumos elegidos para la complejidad.

El recurso humano bien elegido es el eje central de toda organización, ya que será el operador de todo el proyecto. Cada integrante de esta organización conoce su rol a desempeñar (camillero, telefonista, médico de guardia, de APS, enfermera de sala, administrativa de personal, Director de Hospital, Jefe de Zona, etc.) y se sentirá laboralmente satisfecho.

Todo acto médico, en una dimensión *macro* de la bioética (la bioética de las poblaciones), tiene un impacto en salud pública; una dimensión *micro* del acto médico es el paciente individual, el médico y la receta como cierre de su intervención.

Este acontecimiento individual, médico/paciente, debería estar normatizado, registrado, auditado, respaldado, e incorporado a la dimensión macro para una lectura crítica sobre los resultados de algún proyecto.

Por lo tanto, protocolizando las entidades prevalentes (diagnóstico/tratamiento) según las evidencias de ensayos ade-

cuadramente seleccionados que demuestren qué es lo mejor y la posibilidad de contar con un Formulario Terapéutico actualizado que nos encuadre la disponibilidad del recurso, se podría intentar cierta calidad de la prestación. Dice Jorge Manzini, que hace referencia a la llamada "Teoría de los Principios" de Georgetown University, como el enfoque desde el Derecho Internacional de los Derechos Humanos, con la consideración del Derecho a la Salud como un derecho humano fundamental: "en el ambiente de la entrevista médica, el médico y el paciente están solos, como en una isla desierta..." y en ese contexto de no maleficencia, beneficencia, autonomía y justicia, el médico tratará de no hacer daño al paciente con su prescripción, que ésta le haga bien, respetar su autonomía y (de acuerdo con la formulación del principio de justicia distributiva) considerar que no vulnere la justa distribución de las cargas y beneficios en la sociedad. Podríamos aceptar que sobre el médico en su prescripción, no tenga tanto peso el concepto de justicia distributiva, pero sí el técnico según la *lex-artis* de medicina basada en la evidencia (MBE) y en las recomendaciones y publicaciones de la OMS.

El paciente espera de su médico una actitud de beneficencia, pero lo expone a entrar a intervenciones "fútiles", es decir, un abuso del principio de autonomía: la medicina "a la carta" en donde paciente y pariente piden que se haga todo sin particularizar. El principio de "Medical futility" es una sobre actuación sin favorecer al paciente en su sanación.

Es necesario preguntarse: ¿actualizamos nuestros conocimientos de terapéutica? ¿por qué medios? Entre los posibles tratamientos farmacológicos, ¿consideramos las opciones menos onerosas y las medidas no-farmacológicas? ¿medicamos si realmente no hay otra opción, o es que muchas veces la receta reemplaza el diálogo franco que permita al paciente aceptar una situación inmodificable en vez de prescribir algo que sabemos que sólo actuará como placebo? Aceptamos el supuesto del paciente que medicando le quitamos el reclamo de "no me atendió". ¿Qué peso tienen todo el despliegue de la industria farmacéutica y su visitador médico en mi prescripción?

La receta es una obligación legal, histórica e indiscutible para el dispendio, en todo acto médico efectuado en la guardia, consultorio, pasillo o internado, aun al transcribir la continuidad de un tratamiento crónico. Se documenta lo ocurrido entre el paciente, su malestar y el criterio médico manifestado como síntoma o sospecha diagnóstica que motiva la medicación.

No existe Plan de Salud creíble, que no tenga registros adecuados de estos hechos con todos los datos necesarios para el análisis (Indicadores del Uso de Medicamentos-OMS/INRUD) a través de listados oficiales de medicamentos, registros de consultas médicas y prescripciones,

registros del dispendio en cada farmacia del sistema y encuestas de satisfacción de los pacientes.

### LÓGICAS DE LA CALIDAD DE LA PRESTACIÓN

El resultado del acto médico es observado permanentemente con los indicadores elegidos para tal fin, alertando en forma precoz desvíos del objetivo final del proyecto.

Auditorías de cada intervención sobre un paciente ambulatorio o internado, la prescripción de un fármaco elegido y la sospecha de posibles efectos adversos, permitirían una farmacovigilancia exigente y confiable.

Los costos de las complicaciones que pueden producir los medicamentos pueden ser superiores a la solución de la enfermedad de base y al paciente le puede significar internaciones, cirugías, reinternaciones, internaciones prolongadas, trasplantes, o la muerte.

Hacer correctamente *lo correcto* puede significar mayor promedio de vida y mayor expectativa de vida al nacer. Evitar el encarnizamiento terapéutico, tener discusiones éticas para la suspensión del sostén vital con ayuda a un buen morir, entrenamientos para el manejo de catástrofes, pandemias, etc., definen políticas de salud con regulación del gasto. Mejorar los estándares del sistema público lo hace competitivo, eficiente y rentable, disminuyendo la necesidad de convenios con instituciones y terceros prestadores.

No constituye un dato menor la realidad poblacional, siendo un sistema de acceso poco exigente de lo territorial (extranjeros indocumentados, itinerantes, cambios de domicilio de provincias vecinas, etc.) generan una población indefinida, receptora de una prestación gratuita, sin límites de complejidad.

Responder con el recurso en el lugar correspondiente significaría una red informática operativa y segura, de datos cargados en todos los puntos asignados, con personal persuadido y entrenado para tal fin, incentivado con los resultados, auditorías de cada paso del proceso, lecturas frecuentes de los indicadores elegidos, capacidad de las conducciones para las tomas de decisiones, capacitación permanente y específica, análisis de costo efectividad, normatización de entidades prevalentes y auditorías de la prestación.

Las desigualdades sociales, medidas por el *Índice de Inequidad*, que mide la brecha entre los ingresos del 10% más pobre de la población (< de \$100) y el 10% más pudiente (> de \$2.950), que en los últimos 4 meses fue de 1/40, con una clase media achicada y venida a menos, cargan sobre el Sistema Público de Salud una priorización de la Atención Primaria extramural, con la detección precoz de desnutrición, planificación familiar, salud sexual y enfermedades infecto-contagiosas.

Los accidentes de tránsito, la violencia familiar, la violen-

cia callejera, la promiscuidad y la sexualidad desinformada precoz, causan mortalidad juvenil a pesar de los altos costos en recursos utilizados. En este mismo escenario, la enfermedad cardiovascular, las neoplasias y la diabetes, siguen ocupando su lugar histórico en términos de mortalidad, a pesar de los programas para prevención y control, con altos costos de supervivencia e incapacidad en la población joven.

En un Sistema de Salud, el análisis debe darse manteniendo los siguientes pilares para la toma de decisiones:

1. Político-Modelo de Gestión.
2. Económico-Modelo de Financiación.
3. Técnico-Modelo de Atención.

Sería lógico pensar que las intervenciones tendrán el equilibrio de una política proteccionista y preventiva de las entidades más frecuentes en la población más desprotegida, con una selección y distribución del recurso y una reformulación de las complejidades.

#### COMENTARIO

Cada región, país, provincia, comuna, barrio, aporta ideas y trabajos sobre cómo obtener salud y prolongar la vida. La medicalización de la vida es una propuesta de la industria de los fármacos y a los médicos nos simplifica los tiempos con el paciente y el paciente se siente atendido.

La Universidad forma médicos más capacitados en el diagnóstico que en el tratamiento. Los textos de farmacología son una buena orientación al medicamento, pero escasa a la

indicación y los protocolos terapéuticos orientan hacia el síndrome clínico o la enfermedad y recomiendan esquemas, pero pocos explican por qué seleccionan los mismos.

En la práctica, siempre parece causar menos conflicto personal medicar que no hacerlo, aunque los resultados sean inciertos. Los riesgos de esta decisión están siendo evaluados por los parámetros de la Medicina Basada en la Evidencia y por la Ley.

Cuanto menos información tengamos y ésta no esté respaldada por la evidencia, más expuestos estamos a una demanda judicial. Sólo bastará la insatisfacción del paciente y un abogado predispuesto y más aún si surge una complicación, la evolución es mala, o deviene la muerte del paciente.

El medicamento y quien lo prescribe deben estar juntos. Si algún eslabón de la cadena de gestión del medicamento falla, el abastecimiento de los mismos seguirá siendo el detonante del fracaso expresado por el prestador frente al paciente. Si está bien o mal indicado, será la observación posterior necesaria para aspirar a una buena calidad de prestación.

Es posible que exista un óptimo aplicable a una organización preocupada por la mejor atención sanitaria de la población, con conductores aptos y capacitados para semejante tarea.

Por suerte, todo esto está escrito, alguien lo dijo y posiblemente en algunos lugares esté dando resultado.

---

#### BIBLIOGRAFÍA

- Argentina. Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación. Posgrado en Salud Social y Comunitaria. Programa Médicos Comunitarios. Módulo 5: Políticas de Salud, 2005.

- Bengoechea B. Orientaciones estratégicas para la atención primaria de la salud. En: Torres

R, ed. Atención primaria de la salud: nuevas dimensiones. Buenos Aires: Isalud, 2001.

- Castelli M. Mercado de medicamentos. PROAES, Programa Actual. Econ. Salud 1998.

- Lolas Stepke F. Niveles del discurso bioético y el desafío de la equidad. Bioética desde

América Latina. Universidad Nacional de Rosario. Programa Interdisciplinario de Bioética. 2001 mar; 1(2).

- Vasallo C. Organización de instituciones de salud. Gestión en Salud, 2005.