

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

FACULTAD DE MEDICINA
INSTITUTO DE SALUD PÚBLICA
MAESTRIA EN SALUD PÚBLICA

**ACCESO A MEDICAMENTOS ANTIBIÓTICOS EN LOS PACIENTES QUE ASISTIERON
AL CENTRO DE SALUD TIPO B - DISTRITO 17D05 PERIODO ENERO – DICIEMBRE
2016**

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN PARA OBTENER EL TÍTULO DE MAESTRO EN SALUD
PÚBLICA CON MENCIÓN: INVESTIGACIÓN DE SERVICIOS Y SISTEMAS DE SALUD

Autor: Q.F. GEORLENE PATRICIA CAJAMARCA VEGA

Director de Tesis: Dr. Gady Torres. MPH

Tutor Metodológico: Dr. Edgar Rojas. MPH

Quito – Septiembre 2018

Agradecimiento

Agradezco a Dios por darme un soplo de vida y por permitirme disfrutarla al máximo, a mi familia por tu su apoyo incondicional en todo este trayecto, a mis compañeros de trabajo y profesores de la Maestría por su paciencia y su guía.

Dedicatoria

“La única persona con la que deberías compararte es con la persona que eras ayer. Esa es la persona a la que debes superar y en la que debes fijarte para ser mejor”.

Sigmund Freud

Este trabajo de investigación se lo dedico a mi familia: mis padres, mis hermanos y mis sobrinos hermosos, por siempre estar cuando más la necesito en todo momento y sin importar las circunstancias.

A mis compañeras de trabajo por estar predispuestas a desarrollar todos los retos que se presenten apoyándome siempre.

Georlene Cajamarca Vega

Tabla de contenido

Resumen.....	8
Summary.....	¡Error! Marcador no definido.
Capítulo I. Introducción.....	10
1.1 Contexto de la Investigación	10
1.1.1 Demografía y cobertura en salud en el DMQ	13
1.1.2 Morbilidad del DMQ	13
1.2 Planteamiento del problema y justificación	15
Capítulo II Marco Teórico.....	20
2.1 Sistema de Salud.....	20
2.1.1 Relación entre los Objetivos de Desarrollo Sustentable (ODS) con los Sistemas de Salud y acceso a los medicamentos en el Ecuador.	20
2.2 Niveles de atención en salud.....	21
2.2.1 Primer Nivel de Atención.....	21
2.2.2 Funciones del Primer Nivel	22
2.2.3 Niveles de Complejidad y Categorías del Primer Nivel de Atención y los medicamentos que son parte de este.	22
2.3 Calidad de Atención	25
2.3.1 Relación entre la Calidad de atención y los medicamentos.....	25
2.3.1 Criterios de la calidad de Atención	25
2.3.2 Continuidad.....	25
2.3.3 Continuidad de la Atención y su relación con los medicamentos.	26
2.3.4 Integración de la atención y los medicamentos.....	26
2.3.5 Globalidad de la atención.....	27
2.3.6 Efectividad de la atención	27
2.4 Acceso a medicamentos.....	27
2.5 Barreras del acceso	30
2.6 Relación entre el acceso a medicamentos y su uso racional	30
2.7 Situación del acceso a medicamentos en la región comparado con el Ecuador. ...	31
2.8 Marco Legal del Ecuador y su relación con el Acceso a medicamentos y uso racional.	34
2.8.1 Constitución Política del Ecuador y Ley Orgánica de Salud	34
2.8.2 Política Nacional de Medicamentos de Ecuador	34
2.9 Proceso de Gestión de Suministro de Medicamentos.....	35

Selección:.....	36
Programación:	36
Adquisición:	36
Recepción.....	36
Almacenamiento	37
Distribución.....	37
Dispensación informada	37
2.10 Modelo conceptual	38
Capítulo III Alternativas de cambios	39
Alternativa 1.....	41
Alternativa 2.....	41
Capítulo IV Hipótesis de cambio.....	42
Capítulo V. Objetivos del estudio.....	42
5.1 General.....	42
5.2 Específicos:.....	42
Capítulo VI Metodología de la investigación.....	43
6.1 Tipo de investigación:.....	43
Criterios de Inclusión	43
Criterios de Exclusión	43
Instrucciones Operativas.....	45
6.2 Recolección de Información	46
a. Muestra:.....	46
b. Plan de Análisis de Datos	46
6.2 Aspectos Bioéticos.....	47
6.3 Identificación de variables y Operacionalización	47
a. Operacionalización de las variables:.....	47
Capítulo VII. Resultados	49
7.1 Perfil de los pacientes estudiados.....	49
7.2 Acceso a medicamentos.....	50
7.3. Gestión de Medicamentos	55
Resultados de las instrucciones operativas.....	56
Capítulo VIII. Discusión	58
Capítulo VII. Conclusiones y Recomendaciones	61
7.1. Conclusiones.....	61
7.2. Recomendaciones	61
Bibliografía	62

Índice de Tablas

Tabla 1 Unidades de Salud que conforman el Distrito de Salud 17D05.....	10
Tabla 2 Población asignada al Centro de Salud Las Casas	11
Tabla 3 Recursos Humanos del Distrito de Salud 17D05.....	12
Tabla 4 Principales Diagnósticos de Morbilidad en el DMQ 2016.....	14
Tabla 5 Causas de morbilidad Año 2016 Total Distrital	15
Tabla 6 Consumo de medicamentos Anti infecciosos para uso sistémico durante el año 2016 y el presupuesto equivalente.....	16
Tabla 7 Número de medicamentos utilizados por grupos terapéuticos en el Distrito de Salud 17D05	17
Tabla 8 Uso de medicamentos antiinfecciosos según perfil de morbilidad 2016.....	17
Tabla 9 Niveles de complejidad y Categorías.....	23
Tabla 10 Esquemas de Salud y acceso a medicamentos (EEUU-Colombia-Chile-Argentina-Guatemala-Costa Rica).....	32
Tabla 11 Criterios de análisis y priorización para las alternativas de cambio.....	40
Tabla 12 Calificación para las alternativas de cambio según análisis y priorización.	40
Tabla 13 Alternativas de cambio evaluadas	40
Tabla 14 Instrucciones Operativas	45
Tabla 15 Variables (reconsulta criterio de exclusión)	47
<i>Tabla 16 Características de la muestra por sexo y grupos étnicos</i>	49
Tabla 17 Características de la muestra por grupos prioritarios.....	49
Tabla 18 Características de la muestra de los diferentes sistemas de filiación.....	50
Tabla 19 Características de las atenciones en el Centro de Salud Tipo B Las Casas tanto en la primer consulta como en la subsecuente (sexo y grupo étnico).	50
Tabla 20 Número de Atenciones por profesionales según historia clínica analizada	51
Tabla 21 Prescripción de medicamentos antibióticos por profesional (antes y después de la estrategia) del 100 %	52
Tabla 22 Categorías CIE 10 por la cual fue atendido el paciente con y sin prescripción de medicamentos antibióticos (antes y después de la estrategia).....	53
Tabla 23 Diagnóstico, patología, síndrome registrado en la HCU y por la cual fue atendido el paciente con y sin prescripción de medicamentos antibióticos (antes y después de la estrategia).	53
Tabla 24 Medicamentos prescritos por paciente y su relación con la polifarmacia ... ¡Error! Marcador no definido.	
Tabla 25 Medicamentos antibióticos prescritos en las Historias Clínicas.....	55

Índice de Gráficos

Gráfico 1 Situación Geográfica.....	11
Gráfico 2 Componentes relacionados con el acceso a los medicamentos esenciales.....	29
Gráfico 3 Diagrama de Ishikawa – Causa - Efecto	38
Gráfico 4 Prescripción de medicamentos antibióticos por profesional en función de las atenciones realizadas.....	51

Resumen

Objetivo: Determinar el acceso a medicamentos antibióticos en Centro de Salud Tipo B Las Casas del Distrito de Salud 17D05 en el período enero a diciembre 2016

Método y técnica: Se realizó una investigación – acción con un componente cuantitativo/cualitativo, por medio de la revisión de historias clínicas y el registro diario automatizado de consultas y atenciones ambulatorias (RDACAA), información analizada a través de estadística descriptiva y procesada con Software Estadístico SPSS y hojas Excel. Por Muestreo Aleatorio Simple se define la muestra igual a 267 Historias Clínicas, con nivel de confianza del 95% y error del 6%, tiempo aproximado del proyecto fue de 2 meses.

Resultados: Las prescripciones de medicamentos antibióticos son del 59,55 % del total de las atenciones en el Centro de Salud Tipo B Las Casas, centradas en Medicina General 24,34 %, Medicina Familiar 18,73% y Pediatría 11,24 %, se evidencia el uso irracional de medicamentos antibióticos por ejemplo son prescritos para Rinofaringitis Aguda incluso para el mismo diagnóstico existen criterios diferentes entre los prescriptores lo que evidencia variabilidad clínica, pero cuando existe capacitación de los profesionales prescriptores su prescripción disminuye en un 4,89%, además de los 22 medicamentos antibióticos que son prescritos 18 se encuentran disponibles y 4 no, por lo que no se tiene la certeza de los pacientes hayan cumplido con el tratamiento, existencia de polifarmacia en 22 pacientes cuya prescripción tiene más de 3 medicamentos.

Conclusión: La capacitación continua a los profesionales de la salud involucrados en la prescripción y el abastecimiento de medicamentos en lo que se refiere a la selección de estos en función a su uso racional permite garantizar su disponibilidad física, por lo tanto la población cuenta con un acceso seguro de medicamentos.

Palabras Clave: Medicamentos – Uso Irracional de Medicamentos – Polifarmacia – Acceso seguro de medicamentos – Prescripción – Atención – Selección – Capacitación – Variabilidad Clínica

Summary

Objective: To determine the access to antibiotic medicines in Type B Health Center Las Casas of the 17D05 Health District in the period January to December 2016

Method and technique: An action research was carried out with a quantitative / qualitative component, through the review of clinical records and the automated daily record of consultations and ambulatory care (RDACAA), information analyzed through descriptive statistics and processed with Software. Statistical SPSS and Excel sheets. For Simple Random Sampling the sample is defined equal to 267 Clinical Stories, with 95% confidence level and 6% error, approximate project time was 2 months.

Results: The prescriptions of antibiotic medicines are 59.55% of the total of the attentions in the Type B Health Center Las Casas, centered in General Medicine 24.34%, Family Medicine 18.73% and Pediatrics 11.24%, the irrational use of antibiotics is evidenced, for example they are prescribed for acute rhinopharyngitis. Even for the same diagnosis, there are different criteria among the prescribers, which shows clinical variability, but when there is training of prescribing professionals, their prescription decreases by 4.89%. In addition to the 22 antibiotic medications that are prescribed 18 are available and 4 are not, so there is no certainty of the patients having complied with the treatment, existence of polypharmacy in 22 patients whose prescription has more than 3 medications.

Conclusion: The continuous training of health professionals involved in the prescription and supply of medicines in regard to the selection of these according to their rational use ensures their physical availability, therefore the population has a safe access of medicines.

Palabras Clave: Medications - Irrational Use of Drugs - Polypharmacy - Safe access to medicines - Prescription - Care - Selection - Training - Clinical Variability

Capítulo I. Introducción

1.1 Contexto de la Investigación

Según Acuerdo Ministerial N° 4521, de fecha 14 de noviembre del 2013, firmado por la Ministra de Salud Carina Vance, se expide los Lineamientos para la Organización de los Establecimientos de Salud del Ministerio de Salud Pública en Zonas y Distritos, siendo así el distrito de salud 17D05 se encuentra conformado por 17 unidades de salud, de las cuales 3 son Puestos de Salud, 13 son Centros de Salud Tipo A y 1 Centro de Salud Tipo B descritos en el cuadro siguiente:

Tabla 1 Unidades de Salud que conforman el Distrito de Salud 17D05

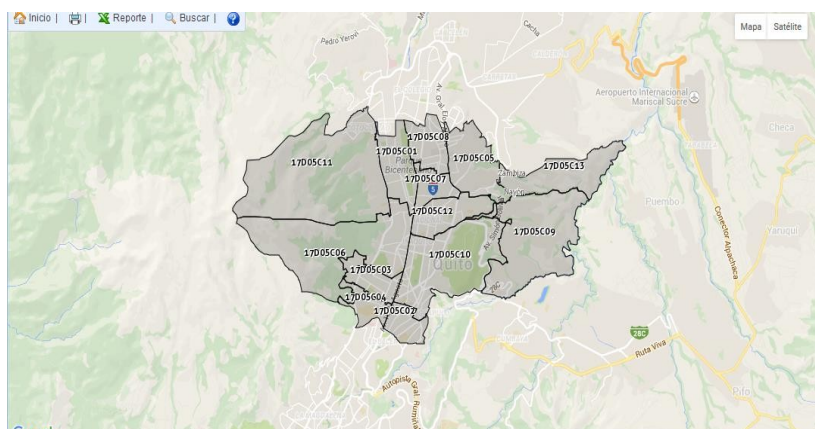
DISTRITO	NOMBRE OFICIAL	PUESTO DE SALUD	CENTRO DE SALUD TIPO A	CENTRO DE SALUD TIPO B	CENTRO DE SALUD TIPO C	
DISTRITO 17D05: LA CONCEPCIÓN A ZAMBIZA- SALUD	6 DE JULIO		X			
	AT UCUCHO		X			
	BELLAVISTA SANTA ANITA		X			
	COCHAPAMBA SUR		X			
	COCOTOG	X				
	EL VALLE	X				
	FRAY BARTOLOME DE LAS CASAS				X	
	LA PULIDA			X		
	LA RUMIÑAHUI			X		
	NAYON			X		
	PLAYARICA			X		
	SAN VICENTE DE LAS CASAS			X		
	SANTA CLARA DE SAN MILLAN			X		
	SANTA CLARA DEL NORTE			X		
	SEGUNDO DIAZ			X		
	TANDA		X			
	ZAMBIZA			X		
TOTAL		3	13	1	0	

Fuente: Dirección Zonal de Planificación

Elaborado por: Georlene Cajamarca

El establecimiento que será objeto de investigación es la consulta externa del centro de salud tipo "B", Fray Bartolomé de las Casas, perteneciente al Distrito 17D05, Zona 9 del Ministerio de Salud Pública; ubicado en el Cantón Quito en la calle Humberto Albornoz N° 26-167, Barrio Las Casas, sector urbano centro norte. Los horarios de atención: de lunes a viernes de 07:00 a 19:00 y sábado de 8:00 a 12:00, cuyo personal es designado según rotación.

Gráfico 1 Situación Geográfica



*Fuente: GEO SALUD Ministerio de Salud Pública.
<https://aplicaciones.msp.gov.ec/salud/publico/dniscg/geosalud/gui/#>

Corresponde a un primer nivel de atención cuya responsabilidad son las parroquias urbanas: La Concepción - Mariscal Sucre - Belisario Quevedo - San José del Inca - Rumipamba - Kennedy - Iñaquito - Cochabamba - Jipijapa y las parroquias rurales: Nayón y Zambiza. (Instituto de la Ciudad, 2015)

El Distrito de Salud 17D05 al que pertenece el establecimiento según la información proporcionada por el proceso de estadística distrital, tiene una población asignada de 440.971 personas (229.993 mujeres y 210.978 hombres), mientras tanto que la unidad de salud Tipo B tiene una población asignada de: 32282 mujeres y 28429 hombres, constituyéndose un 14,04% y 13,48% respectivamente del total Distrital.

Tabla 2 Población asignada al Centro de Salud Las Casas

N°	UNIDADES DE SALUD	GRUPOS ETÁREOS MUJERES									TOTAL GRUPOS
		< 1 Año	12 a 23 Meses	1 a 4 Años	5 a 9 Años	10 a 14 Años	15 a 19 Años	20 a 64 Años	65 a 74 años	75 Años y más	
7	FRAY BARTOLOME DE LAS CASAS	600	595	2389	2954	2825	2768	18467	1384	893	32282
N°	UNIDADES DE SALUD	GRUPOS ETÁREOS HOMBRES									TOTAL GRUPOS
		< 1 Año	12 a 23 Meses	1 a 4 Años	5 a 9 Años	10 a 14 Años	15 a 19 Años	20 a 64 Años	65 a 74 años	75 Años y más	
7	FRAY BARTOLOME DE LAS CASAS	565	560	2249	2787	2656	2563	15771	1130	708	28429

Elaborado por: Georlene Cajamarca (adaptada)

Fuente: Información de Estadística del Distrito de Salud 17D05

El Centro de Salud Tipo B, es calificado como Centro de Salud con Servicios Inclusivos, de esta manera se da cumpliendo con lo establecido en el Modelo de Atención Integral en Salud

(MAIS), centrándose en 4 ejes: Libre de Discriminación, Libre de Contaminación, Participativo y Generar acciones saludables.

El Distrito de Salud según datos presentados por el proceso de recursos humanos cuenta con 319 funcionarios públicos (médicos generales, médicos familiares, odontología, enfermeras, farmacéuticos, auxiliares, administrativas, etcétera), de los cuales 66 funcionarios conforman el centro de salud Tipo B siendo equivalente al 21 % del total de personal del distrito.

Tabla 3 Recursos Humanos del Distrito de Salud 17D05

Servicio/Proceso	Tipo de personal	Número
Odontología	Odontólogos	6
	Auxiliar odontología	1
Psicología	Psicólogos	3
Medicina Familiar	Médico Familiar	1
Medicina General	Médico General	9
Pediatría	Pediatra	3
Ginecología	Ginecólogo	1
Obstetricia	Obstetrix	1
Laboratorio Clínico	Doctora en Bioquímica C	1
	Bioquímica Clínica	1
	Tecnólogo Médico	2
	Auxiliar de Laboratorio	3
Imagen	Tecnólogo Radiología	1
Farmacia	Auxiliar farmacia	2
Enfermería	Enfermera	4
	Auxiliar de enfermería	5
Paramédico	Paramédico	4
Trabajo social	Trabajadora Social	2
Trasporte	Choferes	4
Vigilancia	Inspectores Sanitarios	3
Administración	Asistente administrativo	4
	Técnico administrativo	1
	Limpieza	3
Dirección	Director/ra	1
Total		66

Elaborado por: Georlene Cajamarca (adaptada)
Fuente: Información de Recursos Humanos del Distrito de Salud 17D05

Según el Acuerdo Ministerial 5212 publicado con Registro Oficial Suplemento 428 de 30 de enero del 2015, sobre la tipología para homologación de establecimientos de salud por niveles de atención, en donde los centros de salud Tipo B, deberán contar con una cartera de servicios: Promoción, prevención, odontología, medicina general, trabajo social, cuidados paliativos, enfermería, farmacia, nutrición, el Centro de Salud Tipo B Las casas cuenta con un Ginecólogo y Psicólogo adicional a lo que se encuentra establecido según su nivel de atención.

Los sistemas de información que maneja el centro de Salud Tipo B son los siguientes:

- Registro Diario Automatizado de Consultas y Atenciones Ambulatorias (RDACAA),
- SAT-REC (Sistema de Agenda miento de Turnos para Referencias y Contra referencias),

- SGI (Sistema de Gestión Integral) para control de inventarios de medicamentos, dispositivos médicos, vacunas y bienes en general,
- También se realiza la recopilación de datos de manera manual ya que la mayor parte de la HCU no está sistematizada.

Según información proporcionada por el Proceso de Provisión y Calidad de Servicios de Salud (Gestión de Medicamentos y Dispositivos Médicos) el Distrito de Salud 17D05 cuenta con 128 medicamentos, de los cuales están distribuidos según clasificación VEN (Vitales – Esenciales – No Esenciales): 96 son esenciales, 20 vitales y 11 no esenciales, para considerar que la EOD se encuentra con disponibilidad de medicamentos su porcentaje debería ser el 100 %, sin embargo, esta no se cumple y el Distrito tiene un porcentaje de: 80 %. De forma anual cada EOD remite por medio de la validación de la Coordinación Zonal 9 Salud a la Dirección Nacional de Medicamentos y Dispositivos Médicos la Estimación de Necesidades de Medicamentos y Dispositivos Médicos en las matrices establecidas y posteriormente se emite criterio de asignación presupuestaria de manera cuatrimestral.

1.1.1 Demografía y cobertura en salud en el DMQ

En el documento, Diagnóstico de Salud del Distrito Metropolitano de Quito, 2017 publicado en marzo del 2018 por medio de la Alcaldía de Quito, se exponen 9 administraciones zonales a la cual el Centro de Salud Tipo B Las Casas pertenece a la Eugenio Espejo misma que se encuentra conformada por 18 parroquias, con una proyección poblacional de 490.619, del total del Distrito Metropolitano de Quito igual a 2.567.934, de este valor total la: “Cobertura de seguro de salud: El 40.9% no tiene cobertura, el 48.8% tiene acceso al IESS Seguro General, el 4.7% al IESS Seguro Voluntario o Campesino y el 5.6% tiene seguro de salud privado” (Paredes & Narvaez, 2017, pág. 7)

El valor **490.619** de la proyección poblacional 2017 de la administración zonal Eloy Alfaro a la que pertenece el Centro de Salud Tipo B Las Casas, tienen similitud con la población asignada a esta unidad de salud **440.971** considerando que los datos tomados para la investigación fueron tomados al 2016, por lo tanto el acceso a la atención gratuita se asegura para los que dentro de ese grupo poblacional no cuenten con seguros de salud.

1.1.2 Morbilidad del DMQ

En el Distrito Metropolitano de Quito las principales causas de morbilidad ambulatoria son: por causas infecciosas, digestivas y respiratorias incluyendo diagnósticos patologías relacionados con ENT, como: hipertensión esencial, obesidad, diabetes mellitus. (Paredes & Narvaez, 2017, pág. 33)

Tabla 4 Principales Diagnósticos de Morbilidad en el DMQ 2016

CÓDIGO	CAUSA MORBILIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
J00X	Rinofaringitis aguda [resfriado común]	98.695	7,7
B829	Parasitosis intestinal sin otra especificación	53.014	4,1
J029	Faringitis aguda no especificada	51.870	4,1
N760	Vaginitis aguda	38.028	3,0
J039	Amigdalitis aguda no especificada	36.555	2,9
A09X	Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	32.622	2,6
N390	Infección de vías urinarias sitio no especificado	30.663	2,4
I10X	Hipertensión esencial (primaria)	29.251	2,3
E669	Obesidad no especificada	16.517	1,3
D509	Anemia por deficiencia de hierro sin otra especificación	15.222	1,2
N72X	Enfermedad inflamatoria del cuello uterino	14.520	1,1
E660	Obesidad debida a exceso de calorías	14.250	1,1
J030	Amigdalitis estreptocócica	13.903	1,1
K297	Gastritis no especificada	12.824	1,0
M545	Lumbago no especificado	12.694	1,0
R51X	Cefalea	12.611	1,0
N300	Cistitis aguda	11.017	0,9
B373	Candidiasis de la vulva y de la vagina	10.942	0,9
E119	Diabetes mellitus no insulino dependiente sin mención de complicación	9.845	0,8
J304	Rinitis alérgica no especificada	9.089	0,7
J209	Bronquitis aguda no especificada	8.736	0,7
E441	Desnutrición proteico calórica leve	7.906	0,6
M792	Neuralgia y neuritis no especificadas	7.568	0,6
K30X	Dispepsia	7.030	0,5
J069	Infección aguda de las vías respiratorias superiores no especificada	6.832	0,5
	Demás enfermedades	716.955	56,0
	Total	1.279.159	100,0

Fuente: Ministerio de Salud Pública, Registro Diario Automatizado de Consultas y Atenciones Ambulatorias, 2016

Las causas de morbilidad que se han presentado en el 2016 en el DMQ se encuentran en relación a los datos presentados a nivel del Distrito de Salud 17D05 al cual pertenece el Centro de Salud Tipo B Las Casas en el mismo encabezan las Enfermedades del Sistema Respiratorio como se describe en la tabla siguiente:

Tabla 5 Causas de morbilidad Año 2016 Total Distrital

PERFIL DE MORBILIDAD			
CATEGORIAS		TOTAL DE ATENCIONES 2016	PORCENTAJE DEL TOTAL DE ATENCIONES
J	Enfermedades del sistema respiratorio	31180	29,84%
B	Infecciones virales caracterizadas por lesiones de la piel y de las membranas mucosas	10027	9,60%
E	Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	8317	7,96%
M	Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo	7251	6,94%
N	Enfermedades del sistema genitourinario	6748	6,46%
A	Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	6400	6,13%
K	Enfermedades del sistema digestivo	5678	5,43%
R	Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio no clasificados en otra parte	4599	4,40%
H	Enfermedades del ojo y sus anexos	4347	4,16%
S	Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causa externa	4251	4,07%
L	Enfermedades de la piel y el tejido subcutáneo	4217	4,04%
I	Enfermedades del sistema circulatorio	4077	3,90%
C-D	Tumores (neoplasias) malignos	3752	3,59%
G	Enfermedades del sistema nervioso	1362	1,30%
E-F	Trastornos mentales y del comportamiento	1173	1,12%
Q	Malformaciones congénitas deformidades y anomalías cromosómicas	718	0,69%
O	Embarazo, parto y puerperio	261	0,25%
P	Ciertas afecciones originadas en el periodo neonatal	119	0,11%
Total		104477	100%

Elaborado por: Georlene Cajamarca (adaptado)

Fuente: Proceso de Estadística y Gestión de Medicamentos del Distrito de Salud 17D05

1.2 Planteamiento del problema y justificación

El acceso a medicamentos esenciales por parte de un individuo se considera según la Organización Mundial de la Salud, cuando tales fármacos pueden ser obtenidos dentro de una distancia de viaje razonable (accesibilidad geográfica), estar disponibles en los centros de salud (disponibilidad física), costo razonable (esta característica en este contexto no se aplicaría por la gratuidad existente en el Ecuador descrita en la Constitución Política del 2008) y su prescripción sea producto de un **uso racional del medicamento** (Organización Mundial de la Salud, 2004).

En el Centro de Salud Tipo B Las Casas, en su farmacia al revisar físicamente el stock al azar comparado con el reporte de inventarios cuenta con los medicamentos esenciales según el CNMB 9na edición, distribuidos para un trimestre desde la Dirección Distrital 17D05 el mismo que a su vez los estimó tomando la información generada por todas sus unidades operativas que lo conforman y adquirió según procesos determinados por el Servicio de Contratación Pública (SERCOP), por lo tanto dentro del acceso a medicamentos existe disponibilidad física y son gratuitos en su totalidad.

De los medicamentos que forman parte del Listado de Medicamentos VEN determinado para el 2016 existe mayor gasto de presupuesto en los esenciales del Grupo J (Antibacterianos Betalactámicos) como se describe en la Tabla 6 y de estos cuántos se utilizan por cada grupo terapéutico y perfil de morbilidad según se expone en las Tablas 7 y 8.

Tabla 6 Consumo de medicamentos Anti infecciosos para uso sistémico durante el año 2016 y el presupuesto equivalente.

Nº	CODIGO ATC	NOMBRE GENÉRICO (descripción del principio activo)	FORMA FARMACÉUTICA	CONCENTRACIÓN	CONSUMO 2016	PRESUPUESTO EQUIVALENTE
1	J01CA04	Amoxicilina	Sólido oral	500 mg	91370	\$ 4.600,0000
2	J01XE01	Nitrofurantoína	Sólido oral	100 mg	59022	\$ 8.723,1600
3	J01MA02	Ciprofloxacina	Sólido oral	500 mg	56127	\$ 3.366,3800
4	J01DB01	Cefalexina	Sólido oral	500 mg	54682	\$ 5.390,0000
5	J01CR02	Amoxicilina + Ácido clavulánico	Sólido oral	500 mg + 125 mg	50557	\$ 23.276,0000
6	J01CF01	Dicloxacilina	Sólido oral	500 mg	26870	\$ 1.350,0000
7	J01EE01	Cotrimoxazol (Sulfametoxazol + Trimetoprima)	Sólido oral	800 mg + 160 mg	19525	\$ 1.046,0000
8	J01FA10	Azitromicina	Sólido oral	500 mg	18640	\$ 2.859,5000
9	J01FA09	Claritromicina	Sólido oral	500 mg	15090	\$ 4.677,9000
10	J02AC01	Fluconazol	Sólido oral	150 mg	12642	\$ 3.745,3000
11	J01CA04	Amoxicilina	Sólido oral (polvo)	250 mg/5 mL	9402	\$ 21.090,0000
12	J05AB01	Aciclovir	Sólido oral	800 mg	8745	\$ 4.812,5000
13	J01EE01	Cotrimoxazol (Sulfametoxazol + Trimetoprima)	Sólido oral	400 mg + 80 mg	7437	\$ 125,2500
14	J01CR02	Amoxicilina + Ácido clavulánico	Sólido oral (polvo)	(250 mg + 62,5 mg)/5 mL	5533	\$ 26.391,1200
15	J01FA01	Eritromicina	Sólido oral	500 mg	2685	\$ 261,9000
16	J01CE08	Bencilpenicilina benzatínica (Penicilina G benzatínica)	Sólido parenteral	1 200 000 UI	1760	\$ 1.988,8000
17	J01EE01	Cotrimoxazol (Sulfametoxazol + Trimetoprima)	Líquido oral	(200 mg + 40 mg)/5 mL	1642	\$ 1.513,0000
18	J01CE08	Bencilpenicilina benzatínica (Penicilina G benzatínica)	Sólido parenteral	2 400 000 UI	1192	\$ 1.135,2500
19	J01CF01	Dicloxacilina	Sólido oral (polvo)	250 mg/5 mL	1075	\$ 1.100,0000
20	J01FA09	Claritromicina	Sólido oral (polvo)	250 mg/5 mL	1067	\$ 7.224,2500
21	J01CE08	Bencilpenicilina benzatínica (Penicilina G benzatínica)	Sólido parenteral	600 000 UI	620	\$ 1.122,2000
22	J01DB01	Cefalexina	Sólido oral	250 mg/5 mL	440	\$ 248,6000
23	J01FA01	Eritromicina	Sólido oral (polvo)	200 mg/5 mL	177	\$ 190,0000
TOTAL						\$104.157,57
* Más consumido						
* Más costoso						
Se excluye a vacunas ya que lo mismo no es adquirido por la EOD sino es abastecido desde el MSP						

*Elaborado por: Georlene Cajamarca.

*Fuente: Matriz de Estimación de Necesidades de Medicamentos para el 2017 proporcionado por la Coordinación Zonal 9 Salud.

Tabla 7 Número de medicamentos utilizados por grupos terapéuticos en el Distrito de Salud 17D05

Nº DE MEDICAMENTOS SEGÚN LME DESTINADOS POR INDICACIÓN (Grupo Anatómico, es decir el Órgano, Aparato o Sistema sobre el que actúa)			
J	Antiinfecciosos para uso sistémico	36*	28,13%
A	Tracto alimentario y metabolismo	24	18,75%
C	Sistema cardiovascular	11	8,59%
G	Sistema genitourinario y hormonas sexuales	10	7,81%
B	Sangre y órganos formadores de sangre	8	6,25%
N	Sistema nervioso	8	6,25%
M	Sistema musculo esquelético	7	5,47%
P	Productos antiparasitarios	7	5,47%
H	Preparados hormonales sistémicos, excl.	6	4,69%
R	Sistema respiratorio	6	4,69%
D	Dermatológicos	4	3,13%
S	Órganos de los sentidos	1	0,78%
	Total	128	100%

* Se incluyen los medicamentos vacunas sin vacunas es el 20,31%

Elaborado por: Georlene Cajamarca (adaptado)

Fuente: Proceso de Estadística y Gestión de Medicamentos del Distrito de Salud 17D05

Tabla 8 Uso de medicamentos antiinfecciosos según perfil de morbilidad 2016

DIAGNOSTICO CIE10		Total	% USO DE ANTIBIÓTICOS*
J00	RINOFARINGITIS AGUDA	13183	42,28%
J02	FARINGITIS AGUDA	6047	19,39%
J03	AMIGDALITIS AGUDA	5338	17,12%
J06	INFECCIONES AGUDAS DE LAS VIAS RESPIRATORIAS SUPERIORES, DE SITIOS MÚLTIPLES O NO ESPECIFICADOS	1579	5,06%
J01	SINUSITIS AGUDA	1013	3,25%
J04	LARINGITIS Y TRAQUEITIS AGUDAS	521	1,67%
J05	LARINGITIS OBSTRUCTIVA AGUDA [CRUP] Y EPIGLOTTITIS	16	0,05%
J18	NEUMONIA ORGANISMO NO ESPECIFICADO	99	0,32%
J15	NEUMONIA BACTERIANA NO CLASIFICADA EN OTRA PARTE	49	0,16%
J11	INFLUENZA DEBIDA A VIRUS NO IDENTIFICADO	37	0,12%
J12	NEUMONIA VIRAL NO CLASIFICADA EN OTRA PARTE	27	0,09%
J13	NEUMONIA DEBIDA A STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE	24	0,08%
J10	INFLUENZA DEBIDA A VIRUS DE LA INFLUENZA IDENTIFICADO	18	0,06%
J14	NEUMONIA DEBIDA A HAEMOPHILUS INFLUENZAE	17	0,05%
J17*	NEUMONIA EN ENFERMEDADES CLASIFICADAS EN OTRA PARTE	14	0,04%
J20	BRONQUITIS AGUDA	876	2,81%
J22	INFECC AGUD NO ESPECIFICADA DE LAS VIAS RESPIRATORIAS INFERIORES	24	1,67%
J30	RINITIS ALERGICA Y VASOMOTORA	912	2,92%
J31	RINITIS, RINOFARINGITIS Y FARINGITIS CRONICA	590	1,89%
J32	SINUSITIS CRONICA	160	0,51%
J33	POLIPO NASAL	11	0,04%
J34	OTROS TRASTORNOS DE LA NARIZ Y DE LOS SENOS PARANASALES	182	0,58%
J35	ENFERMEDADES CRONICAS DE LAS AMIGDALAS Y DE LAS ADENOIDES	127	0,41%
J36	ABSCESO PERIAMIGDALINO	5	0,02%
J37	LARINGITIS Y LARINGOTRAQUEITIS CRONICAS	11	0,04%
J38	ENFERMEDADES DE LAS CUERDAS VOCALES Y DE LA LARINGE NO CLASIFICADAS EN OTRA PARTE	4	0,01%
J39	OTRAS ENFERMEDADES DE LAS VIAS RESPIRATORIAS SUPERIORES	8	0,03%
J40	BRONQUITIS NO ESPECIFICADA COMO AGUDA O CRONICA	15	0,05%
J41	BRONQUITIS CRONICA SIMPLE Y MUCOPURULENTO	18	0,06%
J42	BRONQUITIS CRONICA NO ESPECIFICADA	20	0,06%
J43	ENFISEMA	7	0,02%
J44	OTRAS ENFERMEDADES PULMONARES OBSTRUCTIVAS CRONICAS	41	0,13%
J45	ASMA	119	0,38%
J46 A J70	OTRAS	68	0,22%
TOTAL		31180	

* Según información de Gestión de Medicamentos Distrital

Elaborado por: Georlene Cajamarca (adaptado)

Los medicamentos deben ser seleccionados con criterios reconocidos y estar *accesible*, prescrito, dispensado y usado adecuadamente para colaborar en la resolución de problemas de salud de individuos de una comunidad que tienen además otros determinantes que abordar en su situación de salud y bienestar y otras herramientas para resolverlos (Organismo Andino de Salud, 2015).

Dentro de los medicamentos seleccionados con los criterios requeridos están los antimicrobianos: “en el caso de los países en vías de desarrollo, el gasto del presupuesto en salud en antibióticos es en un promedio de 35% debido a la creciente resistencia antibiótica y el mal uso que se le da en los centros de salud; esto incrementa el problema de la resistencia (además de la facilidad de conseguir los medicamentos sin receta médica y la venta de medicinas de dudosa procedencia)” (Maguiña-Vargas, Gil, & Marco, 2006, pág. 15)

Siendo así en este Distrito de Salud se evidencia que las infecciones siguen siendo las que encabezan las consultas (Tabla 5 y 8), por tal motivo el uso de medicamentos antimicrobianos deberá ser monitoreado por las resistencias bacterianas que se podrían generar y como parte del acceso a medicamentos que la prescripción este en función al **uso racional de medicamentos**.

Al verificar si el Listado de Medicamentos Esenciales está en relación con las causas de morbilidad (Tabla 8) se procede a evaluar Historias Clínicas del Centro de Salud Tipo B, contra recetas y según información del RDACCA, observándose:

1. Diferencias en la Clasificación internacional de enfermedades (CIE 10), no es igual el de la Historia Clínica al de lo reportado en el RDACCA.

2. La prescripción del medicamento perteneciente al Grupo J, en la Historia Clínica:

- Está con nombre comercial.

- No se describe la dosificación y frecuencia.

- Medicamentos prescritos fuera del CNMB 9na edición como AMBROXOL CLORHIDRATO utilizado como mucolítico que no está disponible por lo tanto no es accesible y según uso racional de medicamentos la certeza de que cumpla con el tratamiento no es seguro.

3. Se evidencia una irracionalidad en el uso de medicamentos antibióticos para RINOFARINGITIS AGUDA, ya que la misma puede ser curada a través de tratamientos no farmacológicos.

Entonces, según lo expuesto se evidencia la necesidad trabajar a partir del componente uno del Acceso a medicamentos expuesto por la Organización Mundial de la Salud (ver Gráfico 2), es decir de:

- Generar Estrategias de intervención para el uso racional de antimicrobianos en atención primaria en salud.

- Realizar seguimiento farmacoterapéutico a los pacientes en cuya prescripción presenten antibióticos.

Capítulo II Marco Teórico

2.1 Sistema de Salud

La Organización Mundial de la Salud establece que un sistema de salud estará conformado por organizaciones, instituciones y recursos con la finalidad de mejorar la salud de las personas y que para llevarse a cabo tiene que cumplir las funciones: Provisión de servicios - Generación de recursos – Financiación y Gestión (Organización Mundial de la Salud, 2003). Arreglar lo que sigue en el siguiente párrafo.

2.1.1 Relación entre los Objetivos de Desarrollo Sustentable (ODS) con los Sistemas de Salud y acceso a los medicamentos en el Ecuador.

“En la Agenda de Salud para las Américas 2008-2017 se establecieron ocho áreas principales de acción: a) fortalecer la autoridad sanitaria nacional; b) abordar los determinantes de la salud; c) aumentar la protección social y el acceso a los servicios de salud de calidad; d) disminuir las desigualdades en salud entre los países y las inequidades al interior de los mismos; e) reducir los riesgos y la carga de enfermedad; f) fortalecer la gestión y desarrollo de los trabajadores de la salud; g) aprovechar los conocimientos, la ciencia y la tecnología; y h) fortalecer la seguridad sanitaria” (Organización Mundial de la Salud, 2017, pág. 9) .

En base a la nueva Agenda de salud sostenible para las américas 2018-2030: Un llamado a la acción para la salud y el bienestar en la región de las américas, firmada en junio del 2017, en este documento se ratifica el continuar trabajando en el Objetivo 3 que menciona: Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades, y de sus 13 metas, en lo referente al acceso a medicamentos describe:

“Que se afirma el derecho de los países en desarrollo a utilizar al máximo las disposiciones del Acuerdo sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual Relacionados con el Comercio en lo relativo a la flexibilidad para proteger la salud pública y, en particular, proporcionar acceso a los medicamentos para todos” (Organización Mundial de la Salud, 2017, pág. 12)

Los países al aceptar estos compromisos tienen la responsabilidad de generar actividades regionales por medio de sus Sistemas de Salud para que se vaya desarrollando, siendo así en el Ecuador se han establecido:

- Para cumplir con una de las sus funciones sobre **aseguramiento a través de la garantía al acceso universal y equitativo a un plan de salud integral**, se elabora el Manual de Atención Integral en Salud (MAIS) el mismo que en la Política 3.3

garantiza la atención integral de salud por ciclos de vida, oportuna y sin costo para las/los usuarios, con calidad, calidez y equidad. (Modelo de Atención Integral del Sistema Nacional de Salud 2012, 2012).

- Para el **fortalecimiento de la seguridad sanitaria** por medio del Decreto Ejecutivo 1290 y Registro Oficial 788 de 13-sep.-2012, se crea la Agencia Nacional de Regulación, Control y Vigilancia (ARCSA) y Instituto Nacional de Investigación en Salud Pública (INSPI) como entidades adscritas al Ministerio de Salud Pública, cuyas actividades se centran en: la regulación, control técnico y vigilancia sanitaria de productos de consumo humano incluidos medicamentos y la investigación, ciencia, tecnología e innovación en el área de salud humana.

La ARCSA con la finalidad de que la población pueda ser parte del control sanitario de: medicamentos, dispositivos médicos, alimentos y otros de consumo humano, ha creado la aplicación ACSA MOVIL, lo que permitirá que los usuarios:

“- Accedan en tiempo real de Registros Sanitarios de medicamentos y Notificaciones Sanitarias de alimentos, y revisar si un establecimiento cuenta con Permiso de Funcionamiento.

- Notifiquen en línea de irregularidades que pudieran encontrarse en productos de uso y consumo humano, o alertas de locales que los comercializan. Cada reporte será recibido y verificado al instante por técnicos de Arcsa”. (Agencia de Regulación y Control Sanitario, 2018).

El Ecuador ha progresado en la parte regulatoria lo que garantizará contar con medicamentos de calidad, cumpliendo con un componente del Acceso de Medicamentos llamado de los Sistemas de Salud y Suministro fiables, en donde existe con control reglamentario y responsabilidad compartida entre los fabricantes, consumidores y otros.

2.2 Niveles de atención en salud

2.2.1 Primer Nivel de Atención

La Organización Mundial de Salud, *el primer nivel de servicios, constituye el punto de encuentro (interfase) entre la población y el sistema de salud.*

“Tiene como objetivo ser reconocido por la población como puerta de entrada al Sistema Nacional de Salud, y contar con servicios de salud articulados en la Red Pública Integral de

Salud y Red Complementaria para garantizar la continuidad de la atención con los más altos estándares de calidad y excelencia técnica, actuando sobre los problemas de salud y sus determinantes para contribuir al mejoramiento de las condiciones de vida y salud de la población “ (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2012, pág. 112).

2.2.2 Funciones del Primer Nivel

En el Manual de Atención Integral en Salud el Ecuador del año 2012, describe que el primer nivel de atención cumple las siguientes funciones

- *Ser la puerta de entrada al sistema de salud.*
- *Responsable del cuidado de la salud, individual, familiar y la comunidad:* así como prestar los servicios en referencia a la “promoción, prevención de riesgos y problemas de salud, atención curativa, rehabilitación y cuidados paliativos de acuerdo a la normativa nacional. Incorporar el enfoque de género, intercultural y generacional en las prestaciones y acciones de salud” (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2012, pág. 112)
- *Síntesis de la información:* Asumir el compromiso de registrar la información necesaria sobre las necesidades y problemas de salud de población que se encuentra bajo su jurisdicción para que puedan acceder a la **atención y/o tratamiento**, por lo tanto será el encargado de trasladar esta información al nivel que corresponda según formatos establecidos por la autoridad sanitaria, y la misma reposará en la Historia Clínica Única o Fichas Familiares de las unidades operativas que conforman el primer nivel.

En el Manual de Atención Integral en Salud (MAIS), se describe el Componente de Gestión del Sistema Nacional de Salud en donde señala que se debe *asegurar la disponibilidad de medicamentos en las entidades de salud desconcentradas en función a la distribución financiera.*

2.2.3 Niveles de Complejidad y Categorías del Primer Nivel de Atención y los medicamentos que son parte de este.

El Ministerio de Salud Pública para su Primer Nivel de Atención determinó los niveles de complejidad y categorías de los diferentes niveles de atención y tiene la siguiente estructura:

Tabla 9 Niveles de complejidad y Categorías

Nivel de Atención	Nivel de Complejidad	Categorías de Establecimientos de salud	Nombre
Primer Nivel de Atención	1 ^{er} Nivel de Complejidad	I - 1	Puesto de salud
	2 ^{do} Nivel de Complejidad	I - 2	Consultorio general
	3 ^{er} Nivel de Complejidad	I - 3	Centro de Salud A
	4 ^{to} Nivel de Complejidad	I - 4	Centro de Salud B
	5 ^{to} Nivel de Complejidad	I - 5	Centro de Salud C – Materno Infantil y Emergencia

Fuente y Elaboración: Tomado del Acuerdo Ministerial N° 5212 que fue publicado en el Registro Oficial Suplemento N° 428 del 30/01/2015 sobre Tipología de Establecimientos de Salud, p. 3.

El Centro de Salud Tipo B Las Casas es de complejidad 4, y de Categoría de Establecimiento 4.

Con respecto a los medicamentos, en el Ecuador existe el *Cuadro Nacional de Medicamentos Básicos y su Registro Terapéutico del Ecuador (CNMB)*, instrumento que reúne a los medicamentos esenciales quienes permitirán cubrir las necesidades de atención de salud prioritarias de la población ecuatoriana, analizados técnica y científicamente de acuerdo a la Medicina Basada en Evidencias, los avances científicos y últimos estudios, lo que garantiza su eficacia, seguridad y conveniencia, así como la mejor alternativa; con el trabajo de una comisión técnica interinstitucional (Ministerio de Salud Pública, Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, Dirección de Sanidad de las Fuerzas Armadas, Dirección de Salud de la Policía Nacional, Sociedad de Lucha contra el Cáncer, Federación de Bioquímicos y Químicos Farmacéuticos, Junta de Beneficencia de Guayaquil, Federación Médica Ecuatoriana, Asociación de Facultades y Escuelas de Medicina, Consejo Nacional de Salud y la Organización Panamericana de la Salud, en calidad de asesor técnico), con enfoque de salud pública y expertos en medicamentos, y se actualiza cada 4 años. (Consejo Nacional de Salud, 2014, p. 7).

El CNMB está estructurado por capítulos:

- I Medicamentos esenciales de uso general
- II Medicamentos esenciales para enfermedades catastróficas acorde al Acuerdo Ministerial No.00001829 R.O. 798 del 27-09-2012

- III Antídotos
- IV Medicamentos esenciales de uso exclusivo bajo las indicaciones que se especifican en el CNMB

A su vez los medicamentos en esta herramienta se los clasifica: Código ATC, Concentración, Forma farmacéutica, Vías de administración, Niveles de Prescripción (Médico general y/o especialista en cualquier nivel de atención, Médico especialista, A nivel hospitalario y en Unidades Médicas que dispongan de Hospital del día para realizar cirugía ambulatoria, Médico especialista en un hospital u hospitalización y Sujeto a la definición de protocolos) y Niveles de Atención (Puestos de salud, Consultorio General y Centros de Salud A,B y C, Hospitalario: Hospital básico y Hospital General; Ambulatorio Consultorio de especialidad (es) Clínicas quirúrgicas, Centro de Especialidades , Hospital del día y Hospital especializado y hospital de especialidades; Ambulatorio Centros Especializados). (CONASA, 2013)

Dentro de los medicamentos determinados para el primer nivel no se describen exclusivos para su uso en ese nivel sino para los tres niveles de atención, ya que dependerá de cada unidad de salud si lo incluyen en su Listado de Medicamentos Esenciales.

Además, el CNMB al ser un instrumento de referencia para determinar los Listados de medicamentos de las unidades de Salud de todos los niveles de atención cada establecimiento de salud los categoriza como:

Medicamentos esenciales: Se consideran esenciales los medicamentos que cubren las necesidades de atención de salud prioritarias de la población. Su selección se hace atendiendo a la prevalencia de las enfermedades y a su seguridad, eficacia y costo eficacia comparativa. Se pretende que, en el contexto de los sistemas de salud existentes, los medicamentos esenciales estén disponibles en todo momento, en cantidades suficientes, en las formas farmacéuticas apropiadas, con una calidad garantizada, y a un precio asequible para las personas y para la comunidad. (OMS, 2018).

Medicamentos vitales: “Constituyen un grupo de medicamentos absolutamente indispensables. Su carencia o existencia parcial pueden ocasionar graves consecuencias comprometiéndose la vida del paciente” (Zavaleta, 2010, pág. 14).

Medicamentos no esenciales: Como su nombre lo indica, su ausencia no origina agravamiento de los problemas de salud.

2.3 Calidad de Atención

“La Calidad de Atención es el conjunto de características de un bien o servicio que logran satisfacer las necesidades y expectativas del usuario de dicho bien o servicio” (OPS/OMS 1999).

2.3.1 Relación entre la Calidad de atención y los medicamentos

En un estudio llevado a cabo en la Ciudad de México sobre la Percepción de la calidad de la atención de los servicios de salud en México: perspectiva de los usuarios, en el año 1998 se identifica que: “Los tres principales motivos que producen una mala percepción de calidad fueron los largos tiempos de espera (21.6%), los tiempos cortos de consulta (11.4%) y el **nulo efecto de los medicamentos** (10.35%)” (Sanchez, Aguilar, & Lopez, 1998, pág. 1).

Además como parte de la Gestión del Suministro de Medicamentos, se debe garantizar que el medicamento este disponible en las unidades de salud para que el usuario acceda a este y pueda concluir su atención si la misma conlleva un tratamiento farmacológico, pero es importante resaltar lo expuesto a continuación:

“El abastecimiento adecuado de medicamentos es un factor crucial en la cadena de la atención de la salud. De hecho, en muchos países en desarrollo **la calidad de la atención es sinónimo de disponibilidad de medicamentos**. Sin embargo, los problemas a este respecto siguen siendo enormes. Los recursos que se dedican a la compra de medicamentos esenciales en estos países suelen ser insuficientes y tienden a concentrarse en las unidades de segundo y tercer nivel de atención. A esta insuficiencia de recursos deben agregarse los problemas de planeación, adquisición, transporte, almacenamiento y distribución de estos insumos”. (Dantes, Latorre, & Gomez, 2001, pág. 231)

Si esta situación puede replicarse en el Ecuador y si la calidad de atención está relacionada directamente con la disponibilidad física se deberán analizar a profundidad las políticas públicas establecidas para su efecto.

2.3.1 Criterios de la calidad de Atención

Tomando lo propuesto por Mercenier y Van Valen (1983), los cuales incluyen como parte de la calidad de la atención los criterios de: Continuidad, Integración y Globalidad.

2.3.2 Continuidad

La continuidad de la atención es garantizar que la misma se mantenga conjuntamente con el compromiso del personal de salud.

2.3.3 Continuidad de la Atención y su relación con los medicamentos.

El servicio del primer nivel de atención deberá garantizar que el usuario culmine exitosamente el episodio de la enfermedad ó del riesgo de que vuelva a presentarse en el transcurso, es decir no centrarse únicamente en el momento de ofrecer la atención.

Culminar un episodio de enfermedad según el tipo de diagnóstico y que incluya tratamiento farmacológico se deberá tomar en cuenta la eficacia, calidad y seguridad de los medicamentos.

Si la eficacia del medicamento es percibida como indicador de calidad, es importante destacar que la ARCSA en el Ecuador con el obeitivo de:

- Contar con información sobre seguridad del medicamento a nivel nacional e internacional, ha creado el Instructivo sobre: Elaboración de informes periódicos de Seguridad IPS (PSUR)/ informes Periódicos de evaluación de beneficio - Riesgo (PBRER) de código IE-B.5.1.8-MG-02 publicado en Enero del 2018 que permitirá comprometer al titular de los registros sanitarios de los medicamentos que son comercializados en el país que sean de calidad.
- Se ha establecido el Funcionamiento del Sistema Nacional de Farmacovigilancia, expediendo el Reglamento con Acuerdo Ministerial N° 0000705, de fecha 16 de agosto del 2011, con la finalidad de hacer estudios de medicamentos, por medio de la Notificación de sospecha de reacción adversa a medicamentos (Tarjeta Amarilla), cuyos profesionales a cargo son: Médicos y Farmacéuticos con conocimiento en Farmacología, Farmacovigilancia y Epidemiología.

El cumplimiento de estos respaldarán el suministro fiable de medicamentos por ende el acceso a los mismos serían de calidad y seguros.

2.3.4 Integración de la atención y los medicamentos

Es una parte fundamental ya que debe asociar actividades de tipo curativa, preventiva, de promoción y rehabilitación, que deben ejecutarse de preferencia por el mismo personal de salud.

La integración de la atención se concibe en dos formas según Mercenier (1997):

- En el tiempo (atención preventiva y curativa a la par) y

- A nivel del personal (por medio de la polivalencia del personal, donde cada miembro del equipo integre, varios tipos de atención en referencia a las necesidades).

En el documento publicado por la Organización de la Salud, sobre la escasez mundial de medicamentos y vacunas y el acceso a ellos, menciona e insiste sobre el fortalecimiento de los Sistemas de Farmacovigilancia como parte fundamental en el acceso a medicamentos ya que esta cumple actividades relativas a la detección, evaluación, comprensión y prevención de los problemas relacionados con los medicamentos incluyendo sus efectos. (Organización Mundial de la Salud, 2018)

Por ende como integración en la atención y los medicamentos todos los profesionales de la salud en el Sistema Nacional de Salud del Ecuador deben incorporar en la práctica habitual el ejercicio de la Farmacovigilancia ya que se cuenta con reglamentos que respaldan su cumplimiento, además el resultado de la misma será el Uso Racional de los Medicamentos por ende el Acceso ininterrumpido.

2.3.5 Globalidad de la atención

En la atención en salud el profesional de la salud debería tener la capacidad de ofrecer el servicios de forma integral tomando en cuenta del usuario sus preocupaciones individuales (aspectos psicológicos) como la situación de la comunidad en la que viven (aspectos socio-económicos y culturales).

Es importante tomar en cuenta el contexto en el que se desarrolla el usuario, es decir que el personal de salud idealmente debería percibir el problema de salud del usuario como suyo, siendo empático.

2.3.6 Efectividad de la atención

Para que la atención cumpla su propósito se tendrá que tomar en cuenta las características como el conocimiento científico, la experiencia técnica de los prestadores, así como habilidades para relacionarse y comunicarse entre profesionales y con los pacientes, lo adecuado de la tecnología y de manera muy importante, la forma en que los primeros interactúan en esta.

2.4 Acceso a medicamentos

Para la Organización Mundial de la Salud y Organización Panamericana de la Salud, *el acceso a medicamentos se define como la capacidad del individuo de demandar y obtener medicamentos para la satisfacción de sus necesidades percibidas de salud.*

Desde la Organización Mundial de la Salud el tema de acceso a medicamentos ha sido un eje importante, razón por la cual por medio de la primera reunión realizada en Ginebra los días 17–21 de octubre de 1977 un Comité de Expertos para Selección de los Medicamentos Esenciales; en uno de los principios generales para determinar un Listado de Medicamentos Esenciales fue:

“Adopción de una Lista de medicamentos esenciales forma parte de una política sanitaria de un país e implica que se conceda prioridad a la obtención de cobertura más amplia posible de la población con medicamentos de eficacia e inocuidad probada para atender así las necesidades de prevención y tratamiento de las enfermedades más frecuentes” (Organización Mundial de la Salud, 1977, pág. 11).

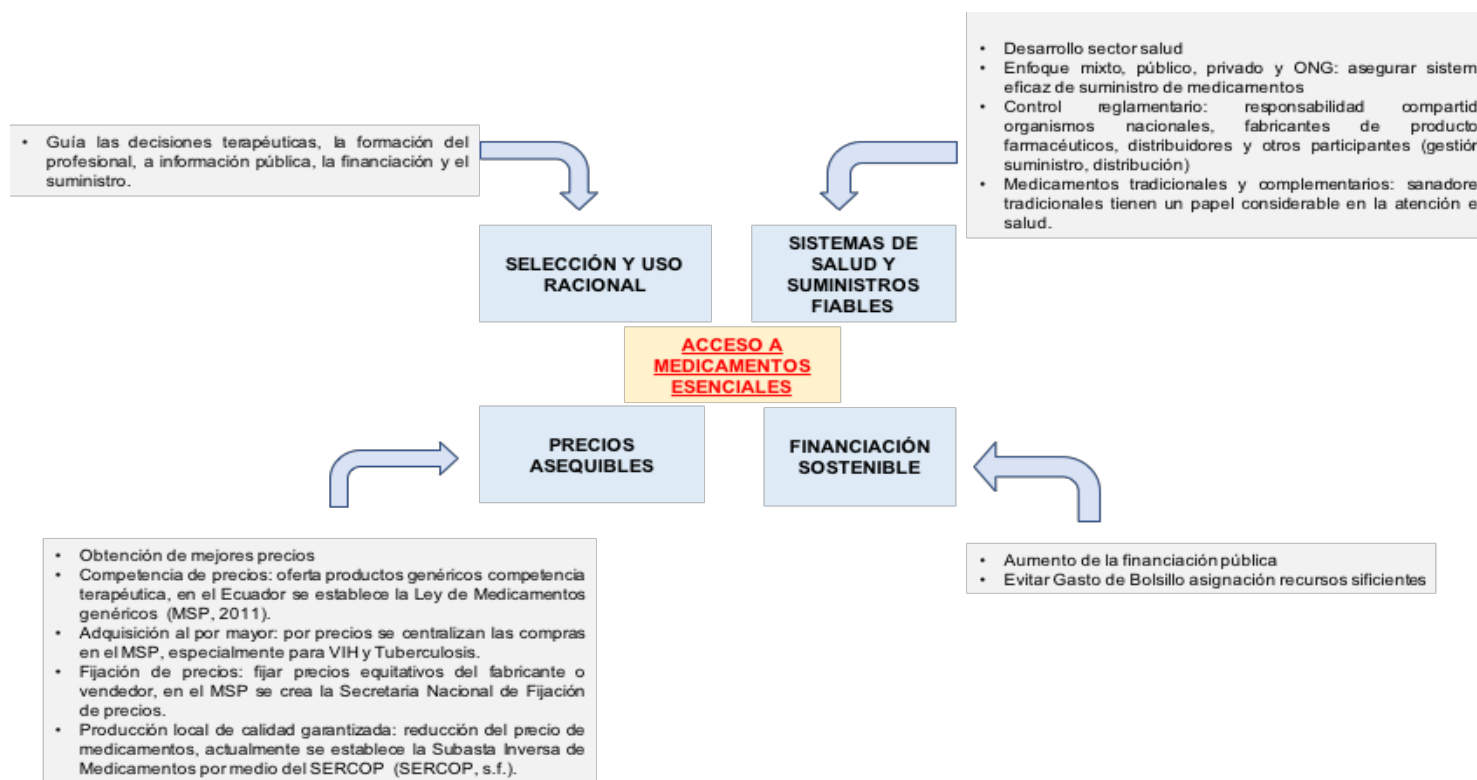
Como parte del acceso y uso racional de medicamentos, el Ecuador publica el Primer Cuadro Nacional de Medicamentos Básicos, en el año 1989, como resultado del trabajo del Consejo Nacional de Salud el cual se va actualizando frecuente, siendo así el que se encuentra vigente es la 9na edición publicada en el año 2013, documento que es de uso obligatorio para todas las unidades de salud del MSP (Distritos de Salud, Centros Especializados, Hospitales: Básicos y de Especialidades), para la Gestión del Suministro de Medicamentos.

El Consejo Directivo de la OPS/OMS número 45º en el año 2004 mediante resolución CD45.R7 resalta que se deberá “asignar prioridad al problema del acceso a medicamentos abordando sus determinantes, con énfasis en las poblaciones pobres y marginadas” (OPS, 2004, pág. 1)

La Organización Mundial de la Salud entre sus perspectivas políticas sobre medicamentos, en su artículo: *Acceso equitativo a los medicamentos esenciales: un marco para la acción colectiva* define el nivel de acceso, afectado por varios factores como: “la financiación, los precios, los sistemas de distribución o la dispensación y el uso apropiados de los medicamentos esenciales” (Organización Mundial de la Salud, 2004, pág. 2).

Los componentes que permitirán orientar y coordinar las acciones colectivas relacionadas con el acceso a los medicamentos esenciales establecidos por la OMS son cuatro. (ver Gráfico 2).

Gráfico 2 Componentes relacionados con el acceso a los medicamentos esenciales



*Elaborado por: Georlene Cajamarca (adaptada)

2.5 Barreras del acceso

- *Sistemas de provisión de medicamentos:* relación entre la demanda y disponibilidad física.
- *Económicas:* precios de medicamentos (en el Ecuador es determinado por la Secretaría Nacional de Fijación de precios), cobertura y capacidad de pago, en nuestro sistema de salud como es gratuito podría considerarse esta barrera como el porcentaje del presupuesto general del estado asignado a salud con la capacidad de ejecutar los procesos de adquisición por falta de proveedores y/o su disponibilidad de los medicamentos.
- *Geográficas:* relación entre la localización de los usuarios y los centros de salud.
- *Organización del modelo de provisión de los servicios de salud y las características culturales y personales de los usuarios:* aceptabilidad del medicamento involucrar al usuario como parte responsable para conseguir el éxito del tratamiento.

Para romper las barreras del acceso a medicamentos en el año 2009 se aprueba la Política Andina de medicamentos, en la XXX Reunión de Ministros de Salud del Área Andina (REMSAA), se enfocó en “orientar y fortalecer la gestión sanitaria del medicamento en los países andinos y diseñar acciones conjuntas dirigidas a lograr que la población de la subregión andina cuente con medicamentos eficaces, seguros y de calidad, promoviendo su uso racional y garantizando acceso equitativo a aquellos esenciales” (ORASCONHU, 2009, pág. 9).

Como parte de tener acceso a medicamentos y promover el uso racional de estos, es necesario que exista una Gestión de Suministro de Medicamentos caracterizados por:

- Integración al sistema de salud
- Procesos oportunos y eficientes
- Recurso humano idóneo y según necesidad
- Sistemas información confiable y oportuno
- Infraestructura y dotación adecuadas

2.6 Relación entre el acceso a medicamentos y su uso racional

El uso racional de medicamentos es un factor que afecta al acceso de los medicamentos, porque según lo expuesto por la OMS, al recibir el medicamento correcto, en las dosis correcta, en el período de tiempo correcto y con un costo menor, en el caso de Ecuador gratuito evitamos que, este paciente reingrese a los servicios de salud y genere resistencias, lo que ocasionaría un mayor gasto para el sistema de salud público y deterioro de su salud.

2.7 Situación del acceso a medicamentos en la región comparado con el Ecuador.

El acceso a medicamentos va a depender del tipo de esquemas de seguro en salud que tengan implementados cada uno de los países, ya sea: Asistencialista, Descentralizado, Centralizado, Universal y Privado (ver Tabla 14).

Tabla 10 Esquemas de Salud y acceso a medicamentos (EEUU-Colombia-Chile-Argentina-Guatemala-Costa Rica)

Esquema de Seguro	País aplica	Característica	Acceso a medicamentos
Asistencialista (Las acciones estarían, entonces, totalmente focalizadas hacia los grupos más vulnerables y necesitados)	Estados Unidos	Para personas pobres con Planes Variables El Sistema de Protección Social en Salud, en su conjunto, el cual está compuesto por 4 tipos de instituciones (Medicare, Medicaid, Seguros privados y Organizaciones de Sostentamiento de Salud) Subsidio público federal y estatal y las tarifas son fijadas con base en estudios de costo y rentabilidad	Incluye medicamentos ambulatorios excepto MEDICARE y medicamentos intrahospitalarios Medicamentos con alto copago de 50 % y 75% Prescripción se realiza por marca comercial pero el farmacéutico en la dispensación informada puede cambiar por otra marca La adquisición es por volumen por cadenas de farmacias para abaratar costos. Usuario pague el medicamento y luego le sea reembolsado su valor, deduciendo un copago de acuerdo con el plan de beneficios. No reconocen medicamentos o sustancias alternativas
	Colombia	Existen dos regímenes: contributivo y subsidiado Régimen subsidiado, obedece al esquema asistencialista Criterio de afiliación abierto universal destinado a la población pobre, para un Plan de beneficios único con cobertura de atención básica con sólo algunos servicios de alto costo Los municipios aplican el Sistema de Identificación de Beneficiarios de los Subsidios (SISBEN) y convocan a las Administradoras del Régimen Subsidiado (ARS) para que afilien a los subsidiados en ambiente de libre elección. Las ARS reciben un valor en dinero anual por cada afiliado, con el que deben financiar todas sus actividades, incluyendo los servicios de alto costo amparados por una póliza de seguro especial. El financiamiento proviene del ámbito nacional con el 1% de los ingresos devengados por los afiliados al Régimen Contributivo, con los impuestos a las armas y explosivos, con el aporte de las Cajas de Compensación Familiar equivalente al 5% o 10% de sus recaudos y con otros aportes de origen fiscal.	Tienen Listado Esencial de Medicamentos Prescripción se realiza por marca comercial y en la farmacia se puede cambiar la marca del medicamento No reconocen medicamentos o sustancias alternativas La adquisición es por volumen por medio de cooperativas especializadas en gestión de medicamentos y suministros, para periodos superiores a los seis meses, logrando descuentos hasta del 80% en el precio de venta al público. Entrega de medicamento gratuito Entidades Promotoras de Salud (EPS) pueden crear Comités Técnicos para aprobar medicamentos que no se encuentren en las listas obligatorias.
	Chile	El Sistema Nacional de Servicios de Salud Pública (FONASA/FNNS) es un modelo asistencialista. Afiliación abierto universal con plan de beneficios de tipo único que cubre atención básica y alta complejidad. Base de cotización según ingreso, pero también existe subsidio público El empleador no tiene obligación de aportar, la seguridad social se financia básicamente con aporte de los trabajadores, con la excepción del régimen de accidentes del trabajo. Sistema contempla copago exceptuando la categoría A de la atención primaria Atención primaria municipalizada al asignar presupuesto adicional al presupuesto del municipio	Tienen Listado Esencial de Medicamentos Prescripción se realiza por nombre genérico y también por marca comercial que la arca puede ser cambiada por el farmacéutico No reconocen medicamentos o sustancias alternativas La adquisición es por volumen por medio del Centro Nacional de Abastecimiento adquisición para más o menos 6 meses obtiene el 10 % de descuento
Descentralizado (se caracteriza por un menor protagonismo estatal, una gestión mucho más descentralizada y una organización basada más en la regulación que en la planificación)	Argentina	Sistema fragmentado, existencia de cuatro tipos de instituciones (Obras Sociales Nacionales, Obras Sociales Provinciales, Otras Obras Sociales y Medicina Prepagada). Las Obras Sociales Nacionales (OSN) y Provinciales (OSP) carácter privado, tienen un criterio de afiliación laboral con plan de beneficios único. Las OSN cubren prestaciones básicas obligatorias y las Provinciales cubren prestaciones con alta complejidad, con tendencia a crecer en ambos casos. La base de cotización es por ingreso, correspondiendo un 3% al afiliado y 5% al empleador en el caso de las OSN y 4% a ambas partes, en el caso de las OSP. Existe copago, aunque es variable según la Obra Social o empresa que se elija, y generalmente es un monto fijo del valor de la consulta o estudio	No registra Listado Esencial de Medicamentos Los medicamentos ambulatorios tienen una cofinanciación a cargo del afiliado que depende de la entidad financiadora que sea, y promedia el 60% del costo final. Para el caso de los medicamentos en internación, los mismos son cubiertos por cualquiera que sea el financiador.
Centralizado	Estados Unidos	Medicare Afiliación abierta para personas mayores de 65 años Plan A es gratis para todos aquellos que son elegibles. Los que no son elegibles pueden comprarla. Plan B es voluntaria y requiere un pago de prima, mayormente pagada por el gobierno, mas del 95% de mayores de 65 consiguen la parte B. Plan C es nueva, y todavía no se sabe mucho de ella. Recientemente se ha creado otro sistema, el Medigap, al cual tienen que afiliarse las personas para compensar por los gastos que no cubre el Medicare.	Incluye medicamentos intrahospitalarios y los no autoadministrables. El Plan B reconoce parte de las medicaciones de prescripción. El Plan A no reconoce parte de los medicamentos de prescripción. Las prescripciones pueden hacerse por marca comercial, la que es práctica mayoritaria, y con descuento sobre precio de venta al público entre un 25% y 50%, regulado por autoridad gubernamental. Ni el proveedor ni el asegurador tiene injerencia en que el medicamento llegue al asegurado, ya que el medicamento puede ser entregado en cualquier farmacia que acepte su seguro y pagando el monto deducible si es la primera vez en el año calendario, o el copago si son las siguientes.
	Guatemala	Plan de beneficios variable que cubre atención de alta complejidad a más de 851 mil afiliados (el 76.6% del total atendido por todos los sistemas) y 918 mil beneficiarios, con una tendencia creciente en años recientes. Cubre enfermedad común y maternidad y sólo accidentes en las ciudades principales. La base de cotización es por ingreso, correspondiendo a los trabajadores el 4% y al empleador el 10% del valor de la planilla laboral. No existe copago. Se puede decir que un 85% de los servicios los presta en instalaciones propias y el resto, aquellos servicios para los cuales no cuenta con disponibilidad inmediata, lo contrata con entidades privadas para el primer nivel de atención. Aseguradoras privadas	Tienen un listado básico de medicamentos, y su prescripción se realiza en nombre genérico, para el público el privado no hay obligación de prescribir por nombre genérico, en la práctica se usa el nombre comercial. En el público la adquisición se realiza por medio de Contratos abiertos por medio de un catálogo electrónico, con precios establecidos y por 1 año Cada unidad descentralizada adquiere sus medicamentos según la necesidad planteada. Programa de Acceso a los Medicamentos - PROAM, efectúa la compra centralizada de los medicamentos por el SIAS y estos abastecen a botiquines rurales (una persona) con algún recargo y el consumidor finalmente recibe el medicamento. También abastecen ONGs (ventas sociales) para extender los servicios. Entrega gratuita de los medicamentos
Universal	Costa Rica	Caja Costarricense de Seguro Social Criterio de afiliación abierto universal, un plan de beneficios que incluye alta complejidad y su cobertura contempla un 43% de afiliados y el resto son beneficiarios. La base de cotización es el ingreso (15%), correspondiendo un 5.5% al afiliado, 9.25% al empleador y 0.25% al Estado Presta todos sus servicios en instalaciones propias	Tienen listado básico de medicamentos y prescripción se realiza en nombre genérico Compra de medicamentos de manera centralizada, para doce meses, mediante licitaciones entre laboratorios registrados incluidos en el registro de oferentes, logra altos descuentos sobre el precio de venta. Cada unidad ejecutora genera la necesidad y son consolidadas Departamento de Programación, Control y Evaluación de Suministros de acuerdo con la información recopilada se procede a programar la compra para el año cada vez que un medicamento alcance un nivel de 11 meses de provisión, entre las existencias físicas y las entregas pendientes. Entrega gratuita de los medicamentos.

*Elaborado por: Georlene Cajamarca (adaptado)

*Fuente: Organización Mundial de la Salud, Acceso a medicamentos

Analizando el acceso a medicamentos en los esquemas de salud de los países descritos en la Tabla 12, y comparado con el que se encuentra aplicado en el Ecuador tiene ciertas similitudes a los de Guatemala y Costa Rica, es decir:

- Tener un Listado de Medicamentos Esenciales, en el Ecuador los ítems descritos en el CNMB 9n edición.
- Gratuidad total en los medicamentos, en el Ecuador dispuesta en la Constitución Política del Ecuador en su artículo 42.
- Cada unidad de salud pública es responsable de mantener un sistema de control de inventarios, en la Guía para la Recepción y Almacenamiento de Medicamentos en el Ministerio de Salud Pública del Ecuador, emitida con Acuerdo Ministerial No. 914, del 28 de diciembre del 2009, cuyo literal 4.5 CONTROL DE INVENTARIOS además del uso obligatorio Sistema de Gestión Integral, pero en las unidades de salud mantienen a la par otros sistemas propios (OLIMPO – HOSVITAL, etc) y registros manuales como respaldo (matrices).
- No existen sistemas informáticos interconectados entre las diferentes unidades de salud, para mantener un control de los medicamentos dispensados por paciente, lo que evita duplicar la entrega de medicamentos al mismo paciente, en el Ecuador ni entre las unidades que conforman el MSP no se ha podido implementar, lo que dificulta conseguir que las unidades que conforman la Red Pública Integral en Salud se incluyan.
- Contar con un ente regulador sobre analizar las programaciones de medicamentos para asignación de presupuesto en los diferentes niveles, en el Ecuador el Distrito de Salud, Centro Especializado Hospital generan la necesidad, las Coordinaciones Zonal consolidan y validan la información, el MSP Central emite criterio de asignación presupuestaria de manera cuatrimestral y/o semestral según sea el caso, funciones encomendadas según el Estatuto orgánico sustitutivo de gestión organizacional por procesos del Ministerio de Salud Pública del Ecuador publicado con Acuerdo Ministerial N° 000004520 de fecha noviembre del 2013.
- La mayoría de Servicios se prestan en instalaciones propias y de los que no disponen se negocia con los seguros privados, en el Ecuador con la por medio de la Red Complementaria y Red Pública Integral en Salud con la aplicación del Tarifario de Prestaciones para el Sistema Nacional de Salud publicado con Acuerdo Ministerial N° 000004928 de fecha diciembre 2014, que en lo referente a medicamentos se deberán prescribir en nombre genérico y el precio no superará el fijado por la Secretaría Nacional de Fijación y Revisión de Precios de Medicamentos de Uso Humano para precio de venta a farmacia.
- A la adquisición de medicamentos se realiza por medio de procesos establecidos, en el Ecuador se realiza por medio del SERCOP contando con normativa para la

calificación y adjudicación de proveedores y productos estos procesos pueden ser por: Ínfima cuantía, Subasta Inversa, Catálogo electrónico y Régimen Especial.

2.8 Marco Legal del Ecuador y su relación con el Acceso a medicamentos y uso racional.

2.8.1 Constitución Política del Ecuador y Ley Orgánica de Salud

Desde la Constitución política del Ecuador publicada con Registro Oficial 449 del 20 de octubre del 2008 y con su última modificación del 21 de diciembre del 2015, en su Art. 42 garantiza el derecho a la salud y acceso permanente e ininterrumpido a los servicios de salud que incluyen medicamentos.

Con la finalidad de poder aplicar lo descrito en la Constitución Política del Ecuador relacionado a medicamentos, a nivel de Salud se han creado varios documentos normativos desde la Ley Orgánica de la Salud con Registro Oficial N° 423 de fecha 2006 reformada en diciembre 2015 y el Reglamento a la Ley Orgánica de Salud publicado con Registro Oficial N° 457 de 30 de octubre del 2008 y modificada el 08 de mayo del 2012, en los que se manifiesta:

- Impulsar la producción nacional y asegurar el uso de productos genéricos, al igual que su prescripción obligatoria en nombre genérico y denominación común internacional, además obligatoriamente de acuerdo con los protocolos y esquemas de tratamiento legalmente establecidos.
- Disponibilidad de Medicamentos esenciales en todo momento, en cantidades adecuadas, en formas de dosificación apropiadas y que los mismos satisfagan las necesidades de la mayor parte de la población ecuatoriana.

2.8.2 Política Nacional de Medicamentos de Ecuador

En el Ecuador a través del Ministerio de Salud desde la publicación de la Política Nacional de Medicamentos de agosto del 2007 mediante Acuerdo Ministerial N° 0000620 del 12 de enero de 2007 y Acuerdo Ministerial N° 0000116 del 16 de marzo de 2007, como parte de los objetivos de su creación es: favorecer el acceso a medicamentos genéricos, garantizar la disponibilidad de las especialidades farmacéuticas y que el paciente tenga la terapia apropiada según su necesidad (uso racional de medicamentos), además buscaba incentivar la producción nacional de materias primas conjuntamente con pretender asegurar que se lleven a cabo procesos estandarizados de adquisición de medicamentos.

De este documento nuevamente existe una actualización en el mes de febrero 2017, mediante Acuerdo Ministerial N° 0008- 2017, con el nombre “Política Nacional de Medicamentos 2017-2021”, misma que tiene como objetivo general asegurar la calidad, disponibilidad y acceso equitativo a medicamentos esenciales a la población del Ecuador, para lo cual se han establecido lineamientos estratégicos con líneas de acción en el mismo sentido.

De los 9 lineamientos estratégicos, se describe en los numerales:

“3. Optimizar el uso adecuado de los medicamentos por parte de los tomadores de decisión, profesionales de la salud y usuarios

3.8. Implementación de Estrategias intersectoriales destinadas a la contención del consumo de antibióticos con el fin de disminuir la resistencia bacteriana.

4. Fortalecer la planificación de la gestión del suministro de medicamentos”.

Es decir, que el Ecuador por medio de la promulgación de documentos normativos ha pretendido cumplir con lo expuesto previamente, ya que actualmente la Gestión de Medicamentos a nivel de las unidades de salud del MSP se han centrado en adquisición de medicamentos (acceso – disponibilidad física), pero existe una brecha en analizar si existe uso racional de medicamentos, siendo así por primera vez se crean indicadores en la Política Nacional de Medicamentos 2017 – 2021 para intervenir en este tema, porque lo mismo que podría estar afectando la accesibilidad de los medicamentos ya que el incremento en el gasto de estos ítems es significativo.

2.9 Proceso de Gestión de Suministro de Medicamentos

La Gestión de Suministro de Medicamentos, es un conjunto de procesos secuenciales ejecutados a nivel de los sistemas de salud, que permiten garantizar a la población el acceso y disponibilidad de medicamentos vitales, esenciales y no esenciales, los mismos que su vez deberán ser seguros, eficaces y de calidad; tomando en cuenta criterios de uso racional. (Organización Mundial de la Salud, 1998)

En el Ecuador este proceso esta descrito en el Manual de procesos para la gestión de suministro de medicamentos publicado con Acuerdo Ministerial N° 0000915, de fecha Diciembre 2009 además en el Reglamento de Gestión de Suministro de medicamentos publicado mediante Acuerdo Ministerial N° 00000569, de fecha Julio 2011, se incluyen las atribuciones, responsabilidades y productos de todos los profesionales encargados de que el presente proceso sea llevado a cabo resaltando la relevancia del Comité de Farmacología de

cada unidad de salud en el proceso de Selección elemento primordial para una correcta Gestión del Suministro de Medicamentos.

La Gestión del Suministro de Medicamentos según el Manual de procesos publicado con Acuerdo Ministerial N° 0000915, de fecha Diciembre 2009 consta de los siguientes elementos:

- Selección
- Programación
- Adquisición
- Recepción
- Almacenamiento
- Distribución
- Dispensación Informada

Selección:

- Pilar fundamental para gestión de suministro de medicamentos.
- Elección de medicamentos para satisfacer necesidades de la población, tomando en cuenta protocolos y esquemas oficiales de cada país, elaborado y/o actualizado anualmente a través del Comité de Farmacología según normativa ecuatoriana.
- Depende de características de enfermedades prevalentes, cartera de servicios capacitación y experticia de los profesionales, recursos económicos, factores demográficos y ambientales.

Programación:

Es la Estimación de Necesidades para un período de un año, tomando en cuenta: Método por Consumo Histórico, Método de acuerdo con el Perfil Epidemiológico o Morbilidad y Método en base a la Población.

Adquisición:

Planificación: periodicidad de compras, uso de stocks máx. y min, puntos de reposición, priorización con el Método VEN y/o ABC (costo), elaboración términos de referencia.

Recepción

- Recepción técnica: Verificación visual del producto que cumpla con las características técnicas establecidas como: registro sanitario, especificaciones de los contratos y demás documentos relacionados.

- Se usan herramientas como: Tabla Militar Estándar, Reporte de especificaciones técnicas evaluadas, Registro de novedades durante la recepción y el acta entrega recepción.
- Recepción administrativa: Verificación de documentación objeto del contrato.

Almacenamiento

Precautela la conservación de los medicamentos bajo las condiciones establecidas por el fabricante, garantizando la efectividad a la hora de ser utilizados por los pacientes, esta actividad también incluye custodia y control de inventarios.

Distribución

Importancia relevante, ya que de esta depende la oportunidad de entrega de los medicamentos.

Existen tipos de distribución:

- Externa: Desde la bodega distrital hacia las unidades operativas (Tipo A, B y C)
- Interna: Desde la farmacia central hacia los servicios de hospitalización, dentro de esta se considera al Sistema de Distribución de Medicamentos por Dosis Unitaria (SDMDU)

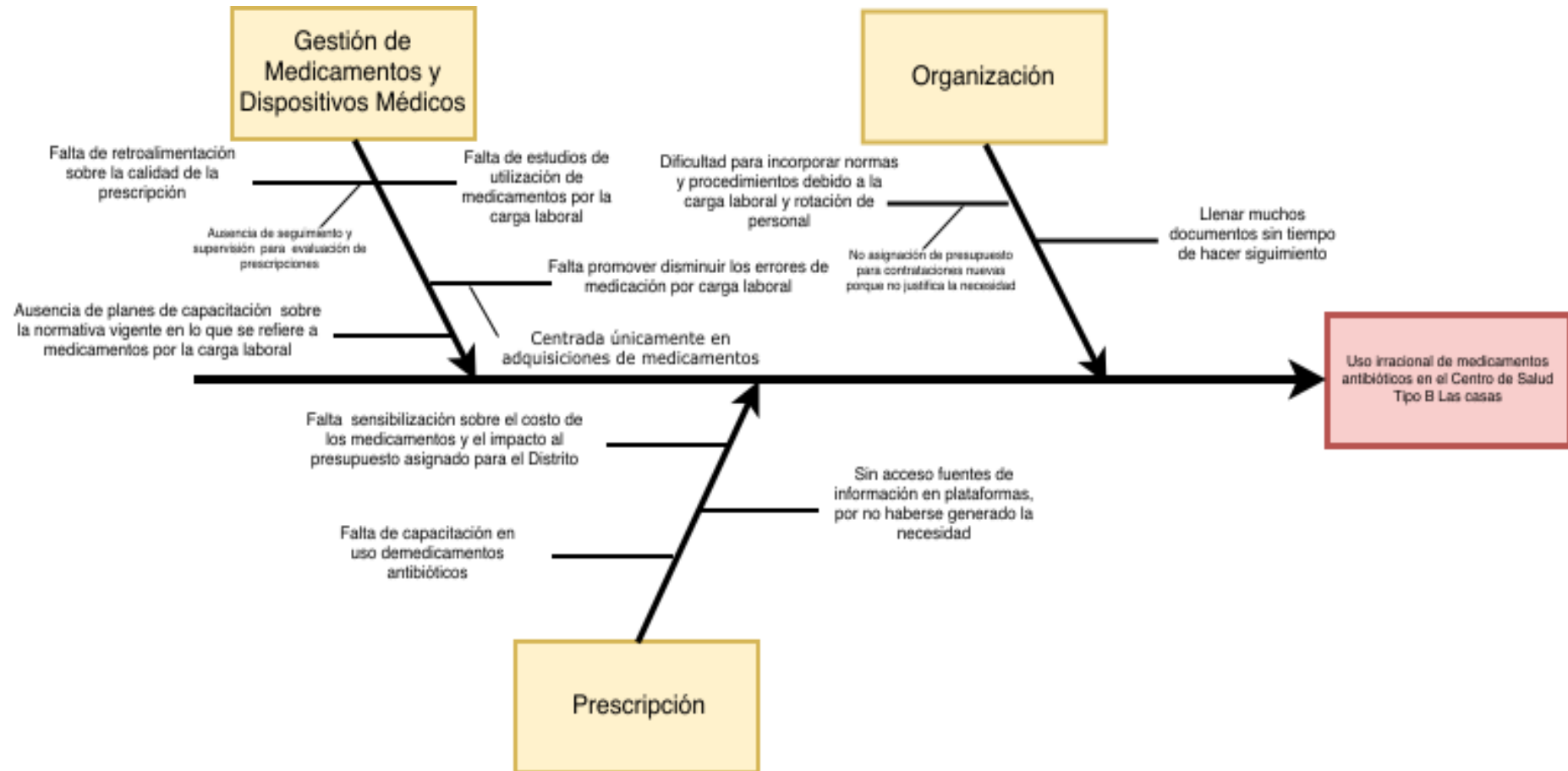
Dispensación informada

- Forma parte de la promoción del uso racional de medicamentos
- Entrega oportuna de medicamento correcto, al paciente indicado, momento apropiado, acompañado de información y seguimiento de buen uso.
- Promoción del uso racional de medicamentos.
- Prescripción de medicamento apropiado (medicamento más indicado para su situación clínica).
- Correctamente dispensado, administrado a la dosis y durante el tiempo correcto.
- Interactúa con la Farmacovigilancia (identificar, cuantificar, evaluar y revertir los riesgos asociados con los medicamentos)
- Actividad básica personal de salud para asegurar tratamientos seguros y eficaces, reduciendo riesgo y uso irracional de medicamentos.

Al existir una Gestión del Suministro de Medicamentos buena que cumpla con todos los procesos secuenciales hasta la promoción del uso racional se garantiza la accesibilidad a medicamentos.

2.10 Modelo conceptual

Gráfico 3 Diagrama de Ishikawa – Causa - Efecto



Capítulo III Alternativas de cambios

Una vez analizada la problemática con las autoridades distritales y el análisis técnico del equipo de investigación en función a los problemas encontrados, se establecieron las siguientes alternativas de cambio descritas a continuación:

1. Gestionar un plan de capacitaciones para Implementar Estrategias de uso racional de antibióticos:
 - a) Para cada grupo de profesionales, y considerar los temas que propongan en lo que se refiere a selección y uso racional de medicamentos, ya que el proceso de selección de medicamentos (Gestión del Suministro de Medicamentos) también depende la **capacitación y experticia de los profesionales**, es decir, que al seleccionar correctamente los medicamentos en una unidad de salud se encontrarán disponibles ininterrumpidamente.
 - b) Establecer cronograma de inducciones a personal nuevo y/o actividades que permitan conocer sobre el proceso administrativo de la Gestión del Suministro de Medicamentos con la finalidad de sensibilizar sobre las etapas que conlleva que el medicamento se encuentre disponible en el establecimiento, además resaltar del costo y el impacto presupuestario que causa siendo necesario establecer un Listado de Medicamentos Esenciales lo más cercano a la realidad.
2. Realizar análisis mensual del movimiento de medicamentos y el stock para evitar ruptura de stock y comunicar a todo el personal que ofrece atención directa al usuario.
3. Incluir en el perfil óptimo de los profesionales que ofrecen atención directa a los usuarios como los que cumplen actividades administrativas la evaluación sobre Uso Racional de Medicamentos Antibióticos (Acceso a medicamentos).
4. Analizar las normas y procedimientos impuestos por el MSP por medio de la Coordinación Zonal 9 Salud y elaborar informe donde se describa la factibilidad de aplicación a nivel operativo tomando en cuenta la carga laboral y rotación de personal.
5. Elaborar informe sobre el efecto en la atención a los pacientes al llenar muchos documentos sin tiempo de hacer seguimiento con la propuesta de que sean eliminados al no recibir retroalimentación desde las instancias respectivas.

Las alternativas fueron analizadas y priorizadas tomando en cuenta los criterios expuestos en la Tabla 11 y proporcionándoles una calificación según se expone en la Tabla 12.

Tabla 11 Criterios de análisis y priorización para las alternativas de cambio

CRITERIOS	
• Relevancia: Importancia e impacto.	RELEVANCIA
• Factibilidad: Disponibilidad de recursos, normativa y leyes para realizar las actividades propuestas.	FACTIBILIDAD
• Aceptabilidad: Aceptación política de los actores que están relacionados al problema.	ACEPTABILIDAD
• Aplicabilidad: Que se puede aplicar en el lugar del problema de manera objetiva y veraz.	APLICABILIDAD
• Resultados a corto plazo: Prescribe resultados en 8 meses	RESULTADOS CORTO PLAZO
• Aceptación Ética: No causa efectos adversos a involucrados.	ACEPTACIÓN

Elab. Por: Georlene Cajamarca

Tabla 12 Calificación de los criterios para seleccionar las alternativas de cambio según análisis y priorización.

VALORACIÓN	
1	BAJA
2	MEDIA
3	ALTA

Elab. Por: Georlene Cajamarca

Tabla 13 Alternativas de cambio evaluadas

ALTERNATIVAS		RELEVANCIA	FACTIBILIDAD	ACEPTABILIDAD	APLICABILIDAD	RESULTADOS A CORTO PLAZO	TOTAL
Plan de capacitación	Selección y uso racional de medicamentos	3	3	2	3	2	13
	Inducciones a personal nuevo y/o actividades que permitan conocer sobre el proceso administrativo de la Gestión del Suministro de Medicamentos	3	3	2	3	2	13
Análisis de movimiento y stock de medicamentos y comunicar profesionales prescriptores		3	3	2	2	2	12
Incluir en el perfil óptimo la evaluación sobre Uso Racional de Medicamentos Antibióticos (Acceso a medicamentos).		3	3	2	2	3	13
Analizar las normas y procedimientos impuestos por el MSP		3	2	1	2	1	9
Elaborar informe sobre el efecto en la atención a los pacientes al llenar muchos documentos		3	2	1	2	2	10

Elab. Por: Georlene Cajamarca

Una vez evaluadas las alternativas de cambio, se seleccionaron aquellas de mayor puntuación, para establecerlas como la estrategia a implementar, siendo las siguientes:

Alternativa 1

Implementar Estrategias de uso racional de antibióticos en los profesionales médicos del Centro de Salud Tipo B, Fray Bartolomé de las casas perteneciente al Distrito de Salud 17D05 por medio de reuniones y talleres de educación continua, porque de esta forma al tratar de mantener un estándar en el proceso de selección de medicamentos y el uso racional de los mismos sería más acorde a la realidad.

Alternativa 2

Como parte final del Ciclo de la Gestión del Suministro de Medicamentos es vigilar el USO RACIONAL DE MEDICAMENTOS, componente de Acceso.

Capítulo IV Hipótesis de cambio

En el Centro de Salud Tipo B, Fray Bartolomé de las Casas, Distrito de Salud 17D05, a través de educación continua a los profesionales prescriptores se conseguirá un uso racional de medicamentos antimicrobianos mejorando el acceso al tratamiento y la disponibilidad física de los ítems necesarios.

Capítulo V. Objetivos del estudio

5.1 General

Establecer mecanismos para asegurar la disponibilidad de los medicamentos antibióticos del Distrito de Salud 17D05 y de esta manera cubrir las necesidades de la población.

5.2 Específicos:

- Determinar el acceso a medicamentos en los pacientes que fueron recetados por parte del personal de salud en los diferentes sistemas de afiliación que han solicitado una atención en el centro de salud Distrito de Salud 17D05 Centro de Salud las Casas.
- Analizar los tipos de medicamentos entregados con el Diagnostico registrado en HCL en los pacientes atendidos en el centro de salud las casas.
- Establecer estrategias que mejoren la accesibilidad a los medicamentos que tienen mayor rotación en el Centro de Salud Tipo B las Casas.

Capítulo VI Metodología de la investigación

6.1 Tipo de investigación:

Dentro de los módulos de investigación en el pensum de la Maestría se realizaron dos trabajos que direccionaban específicamente a la investigación de campo entre ellos el diagnóstico situacional del establecimiento y el levantamiento de problemas que no estaban permitiendo que la unidad se desarrollará correctamente en el Centro de Salud de las Casas, con el objetivo de posteriormente intervenirla por medio de una Investigación-Acción, misma que se caracteriza por ser participativa, dinámica, sistemática con enfoque social.

En el presente trabajo de investigación los participantes seleccionados fueron quienes cumplen actividades operativas desde el contacto directo con el usuario que solicita atención en salud (Médicos, Auxiliar de Farmacia, Estadístico), los que realizan actividades administrativas (Responsables de: Procesos de Provisión de Servicios de Salud y Gestión de Medicamentos y Dispositivos Médicos) y los tomadores de decisiones (Director Distrital y Zonal).

Adicionalmente se incluirá dentro de la investigación un componente que es cuantitativo/cualitativo, realizando seguimiento en los cambios de hábitos sobre el Uso Racional de Medicamentos y accesibilidad a los medicamentos antibióticos de los pacientes que asisten al Centro de Salud Tipo B Las Casas dentro del Sistema de Salud en la Red Pública por medio de la información levantada por medio de HCL.

Criterios de Inclusión

Los pacientes que serán parte de la población a estudiarse son los que hayan accedido al servicio de consulta externa del Centro de Salud de Tipo B Las Casas, desde Enero – Diciembre 2016, que se encuentren en el Registro Diario Automatizado de Consultas y Atenciones Ambulatorias (RDACAA).

Criterios de Exclusión

La población que haya accedido al servicio de consulta externa al Centro de Salud Tipo B Las Casas, desde Enero – diciembre 2016, que se encuentren en el Registro Diario Automatizado de Consultas y Atenciones Ambulatorias (RDACAA) y que:

- Agendaron cita pero no asistieron.
- Pacientes con diagnóstico de patologías crónicas.
- Pacientes que sean registrados como reconsulta.

Como parte de dicha actividad se describen las instrucciones operativas:

Instrucciones Operativas

Tabla 14 Instrucciones Operativas

ESTRATEGIA	ACTIVIDAD	TAREA	RESPONSABLE	LUGAR	TIEMPO	INSUMOS
Implementar uso racional de medicamentos a profesionales del Centro de Salud Tipo B Las Casas del Distrito de Salud 17D05	Revisión documental	Presentar plan de trabajo para revisión de información: * Historias clínicas * Información registrada RDCAA + Recetas dispensadas en el periodo Enero-Diciembre 2016	Investigadora Farmacéutico y Responsable de Estadística	Centro de Salud Tipo B Las Casas	4 horas diarias durante 2 semanas	Archivo de
		Elaborar un informe con la tabulación de los datos	Investigadora Farmacéutico y Responsable de Estadística	Centro de Salud Tipo B Las Casas	2 horas	Laptop
	Socializar con la Directora del Distrito la importancia y factibilidad del uso racional de medicamentos antibióticos	- Presentar el plan de trabajo y el costo - beneficio.	Investigadora y administrador técnico del Centro de SaLud Tipo B Las Casas	Centro de Salud Tipo B Las Casas	2 horas	Laptop
	Gestionar ante la Dirección Distrital y/o de esta a la Coordinación Zonal permiso a fuentes de información en línea actualizada para actualización conocimientos	Elaborar informe de necesidad Remitir documentos oficiales (QUIPUX)	Investigadora Farmacéutico, Informático y Responsable Técnico del Centro de Salud	Centro de Salud Tipo B Las Casas	2 horas	Laptop
	Capacitación continua a personal técnico	- Elaborar planificación de capacitaciones.	Investigadora Farmacéutico Centro de Salud Tipo B Las Casas	Centro de Salud Tipo B Las Casas	4 horas	Sala de reuniones.
		- Realizar la presentación				Laptop
- Elaborar los informes de retroalimentación		Proyector				

Elaborado por: Georlene Cajamarca

6.2 Recolección de Información

El método de recolección de información fue a través de la revisión de las historias clínicas de los pacientes que son parte de la muestra y que recibieron atención en el Centro de Salud, además que fueron identificados en la base de información de las atenciones consolidadas del Registro Diario Automatizado de Consultas y Atenciones Ambulatorias (RDACAA).

a. Muestra:

La población que asistió al Centro de Salud las Casas por una atención de Morbilidad en el periodo de enero-diciembre de 2016, es de 229.352.

Se aplicó un Muestreo Aleatorio Simple, para determinar la muestra, con nivel de confianza del 95% y un error del 6%:

$$n = \frac{N \cdot \frac{Z_{\alpha}^2}{2} \cdot \pi(1-\pi)}{d^2(N-1) + \frac{Z_{\alpha}^2}{2} \cdot \pi(1-\pi)}$$

alfa = 0.05
Z= 1.96 equivalente al 95%
e= 0.06
No se dispone experiencias previas con otros estudios similares por lo tanto se toma variabilidad máxima.
P=0.5; q=0.5
n=266.5 ~ 267.

Al disponer de información de los 12 meses esta muestra se distribuyó en los 12 meses, es decir= 24 historias clínicas revisadas durante los 9 primeros meses del periodo de investigación (enero-septiembre); y 25 en los tres últimos meses restantes (octubre-diciembre).

Las 24 y 25 historias clínicas se distribuyeron en el mes de acuerdo al muestreo simple.

b. Plan de Análisis de Datos

El análisis de la información de las Historias Clínicas se desarrolló por medio de estadística descriptiva. La información de las variables cuantitativas fue presentada y analizada por medio de tablas .

La información proveniente de observación fue procesada por categorías analíticas, posteriormente, en conjunto de lo obtenido (información proveniente de la observación y revisión de Historia Clínica), se realizó el respectivo análisis.

Para el procesamiento de la información se utilizó el Software Estadístico SPSS y hojas Excel.

6.2 Aspectos Bioéticos

La información utilizada para desarrollar la investigación, fue levantada desde las atenciones registradas en el RDACAA y el contraste con las historias clínicas en el establecimiento, por consiguiente no se intervino directamente con los pacientes que de alguna manera significa la presencia de riesgos para los participantes del estudio, en el marco de las leyes de confidencialidad en el caso del manejo de la información en salud, los datos personales de los mismos son omitidos o codificados para que no puedan ser reconocidos.

Los datos e información estadística construida a partir de este levantamiento son dados a conocer globalmente sin requerir especificar información individual por ningún medio, por consiguiente, fueron construidos de forma global.

Se solicitó la autorización respectiva a las autoridades del centro de salud.

6.3 Identificación de variables y Operacionalización

a. Operacionalización de las variables:

Tabla 15 Variables

Variable	Concepto	Escala	Tipo de
Número de atenciones por morbilidad	Número de citas médicas asistidas al centro de Salud las Casas durante el año 2016	Discreto	Cuantitativo
Número de recetas entregadas al paciente	Número de recetas que fueron entregadas al paciente durante las atenciones registradas en el establecimiento.	Discreto	Cuantitativo
Número de recetas completas recibidas por el paciente	Número de recetas a las que accedió el paciente durante las atenciones registradas en el establecimiento.	Discreto	Cuantitativo
Tipo de Diagnóstico	Diagnóstico, patología, síndrome registrado en la HCU y por la cual fue atendido el paciente	Nominal Primer	Cualitativa
Tipo de Consulta	Características de la consulta por la que se accedió al establecimiento	Subsecuente	Cualitativa
Sexo del Paciente	Características con la cual se diferencia a un hombre de una mujer	1 Hombre 2 Mujer	Cualitativa
Tipo de Profesional	Corresponde al profesional por el cual solicitó una cita médica por medio de call center	Médico General Odontólogo Psicólogo Obstetiz	Cualitativa
Aporta o es Afiliado a:	Corresponde al registro del paciente en referencia a si dispone o no de algún tipo de seguros generales o institucionales reconocidos en el país.	1. Seguro ISSFA 2. Seguro ISSPOL 3. IESS, Seguro General 4. IESS, Seguro Voluntario 5. IESS, Seguro Campesino 6. Es Jubilado del IESS/SSC/ISSFA/ISSPOL 7. No aporta 8. Seguro Privado 9. Seguro Indirecto	Cualitativa
Grupos Prioritarios de Atención (PERSONAS)*OTRO S	Corresponde al registro del paciente en referencia a los grupos que constan en el Art. 35 de la Constitución Ecuatoriana (Grupos Prioritarios), sin embargo se incluyó otros como Trabajadora Sexual/HSH, Planificación Familiar, con la finalidad de contar con información.	1. Embarazadas 2. Personas con Discapacidad 3. Personas por Desastres Naturales 4. Personas por Desastres Antropogénicos 5. Enfermedades Catastróficas y Raras 6. Maltrato Infantil 7. Privadas de la Libertad 8. Víctimas de Violencia Física 9. Víctimas de Violencia Psicológica 10. Víctimas de Violencia Sexual 11. Trabajadora Sexual 12. HSH* 13. Planificación Familiar*	Cualitativa

Tabla 16 Indicadores de Estructura

Variable	Concepto Operativo	Descriptor	Técnica de Investigación	Instrumento	Fuente
Funcionamiento del Comité de Farmacoterapia (CF).	Establecer si en el Distrito de Salud 17D05 cuenta con el CFT y cómo está estructurado ya que será el equipo técnico asesor que seleccionará el Listado de Medicamentos Esenciales de la entidad operativa desconcentrada.	$\frac{\# \text{ de reuniones cumplidas por el CFT}}{\# \text{ de reuniones establecidas en acta de conformación CFT}} \times 100$	Revisión Documental	Informe de análisis	Actas de conformación y actas de reuniones
Recurso humano capacitado en Estudios de Uso de Medicamentos	Son las personas que han sido capacitadas al menos una vez al año en Estudios de Uso de Medicamentos por parte del Distrito de Salud 17D05, con la finalidad de mejorar el desempeño de los profesionales de la salud en la prescripción.	$\frac{\# \text{ de profesionales de la salud capacitado en EUM}}{\# \text{ total de personal que labora en el Distrito de Salud 17D05}} \times 100$	Revisión documental	Informe de análisis	Plan de capacitación del talento humano. Informes de capacitación de talento humano Registro de asistencia a cursos de EUM. Certificados de capacitación.

Tabla 17 Indicadores de Proceso

Variable	Concepto Operativo	Descriptor	Técnica de Investigación	Instrumento	Fuente
Disponibilidad de la Lista de Medicamentos Esenciales	Verificar si cuentan con el Listado de Medicamentos Esenciales del Distrito de Salud 17D05, ya que el mismo dentro de la Gestión de Suministro de Medicamentos es el resultado de la SELECCIÓN realizado por el Comité de Farmacoterapia	Disponibilidad del Listado de Medicamentos Esenciales	Revisión Documental	Lista de Chequeo	Acta de reunión de Comité de Farmacoterapia
Disponibilidad del Plan Anual de Compras (PAC).	El Plan Anual de Compras Permite definir y planificar anualmente los procesos de compras de igual forma viabiliza el conjunto de acciones y objetivos de mejora de las compras y aprovisionamiento, que dentro de la Gestión de Suministro de Medicamentos es parte de la PROGRAMACIÓN Y ADQUISICIÓN.	Disponibilidad del Plan Anual de Compras	Revisión Documental	Lista de Chequeo	Documentos oficiales del Distrito
Disponibilidad de stocks máximos y mínimos.	Evaluar la disponibilidad de medicamentos en bodega Distrital y del Centro de Salud Tipo B Las Casas a través del mantenimiento de stocks máximos y mínimos, que dentro de la Gestión de Suministro de Medicamentos es parte de la RECEPCIÓN Y ALMACENAMIENTO	$\frac{\# \text{ de medicamentos con ruptura de stock}}{\# \text{ de medicamentos trazadores}} \times 100$	Revisión Documental y Observación	Lista de Chequeo	Sistema de Gestión Integral Kardex
Cumplimiento de entregas por parte de proveedores.	Determinar el grado de cumplimiento en la entrega de medicamentos en cuanto a cantidad y tiempo por parte de los proveedores	$\frac{\# \text{ de proveedores que han cumplido en cantidad y tiempo de entrega de medicamentos X 100}}{\text{Total de proveedores adjudicados}}$	Revisión Documental y Observación	Lista de Chequeo	Actas de entrega - recepción
Rotación de medicamentos por edad de inventario.	Evaluar la rotación de existencias por cada ítem, identificando rangos que requieren intervención.	$\frac{\# \text{ de ítems sin rotación durante 30 días}}{\# \text{ de ítems sin rotación de 31 a 120 días}} \times 100$ $\frac{\# \text{ de ítems sin rotación por más de 120 días}}{\# \text{ de ítems sin rotación por más de 120 días}}$	Rotación adecuada de inventario.	Lista de Chequeo	Tarjeta de Kardex (Anexo 10). Sistema de información actualizado.
Periodicidad en la entrega de medicamentos.	Evaluar que la entrega de medicamentos sea oportuna desde el Nivel Distrital al Centro de Salud Tipo B Las Casas que dentro de la Gestión de Suministro de Medicamentos es parte de la DISTRIBUCIÓN.	$\frac{\text{Tiempo de demora del proceso de distribución}}{\text{Tiempo estimado para el proceso de distribución}} \times 100$	Revisión Documental	Lista de Chequeo	Actas entrega recepción
Abastecimiento oportuno de medicamentos en Unidades Operativas.	Verificar la existencia de medicamentos en las unidades operativas	$\frac{\text{Número de medicamentos entregados periódicamente}}{\text{Número de medicamentos del LME del UO}} \times 100$	Revisión Documental	Lista de Chequeo	Informe de consumos de medicamentos. Nota de Egreso de Bodega (Anexo N°14).
Disponibilidad de medicamento en farmacia.	Determinar la existencia del medicamento prescrito, que dentro de la Gestión de Suministro de Medicamentos es parte de la DISPENSACIÓN.	$\frac{\# \text{ de medicamentos entregados}}{\# \text{ de medicamentos prescritos}} \times 100$	Revisión Documental	Lista de Chequeo	Recetas

Tabla 18 Indicadores de Resultado

Variable	Concepto Operativo	Descriptor	Técnica de Investigación	Instrumento	Fuente
Prescripción de medicamentos de acuerdo a la LME	Evaluar la adherencia a la LME determinada por el Distrito de Salud	$\frac{\# \text{ de medicamentos prescritos fuera de la LME}}{\# \text{ de medicamentos de la LME}} \times 100$	Revisión Documental	Matriz	Recetas.
Promedio de medicamentos prescritos por pacientes.	Determinar el número de medicamentos prescritos por receta a fin de identificar si hay polifarmacia o no	$\frac{\# \text{ de medicamentos prescritos en el total de prescripciones}}{\# \text{ total de prescripciones}} \times 100$	Revisión Documental	Matriz	Prescripciones, historias clínicas
Utilización de antibióticos	Racionalizar el uso de antibióticos.	$\frac{\# \text{ de prescripciones con antibióticos}}{\# \text{ de prescripciones analizadas en Historia Clínica (HC)}} \times 100$	Revisión Documental	Matriz	Prescripciones, historias clínicas

Capítulo VII. Resultados

7.1 Perfil de los pacientes estudiados

Se analizaron 267 historias clínicas de los pacientes atendidos en el Centro de Salud Tipo B Las Casas del Distrito de Salud 17D05.

El comportamiento de la muestra se encuentra construido de la siguiente manera:

Tabla 19 Características de la muestra por sexo y grupos etáreos

GRUPO DE EDAD	SEXO DEL PACIENTE		TOTAL	PORCENTAJE	
	Masculino	Femenino			
Niñez	< 1 AÑO	6	3	9	3,37%
	1-4 AÑOS	41	27	68	25,47%
	5-9 AÑOS	3	0	3	1,12%
Adolescencia	10-14 AÑOS	24	12	36	13,48%
	15-19 AÑOS	6	12	18	6,74%
Adulto joven	20-49 AÑOS	12	41	53	19,85%
Adulto	50-64 AÑOS	3	18	21	7,87%
Adulto Mayor	65 Y MAS AÑOS	6	27	33	12,36%
	*NS	9	17	26	9,74%
	Total	110	157	267	100,00%

* No se sabe edad porque no existen datos completos en la Historia Clínica

Fuente: Información establecimiento de salud/Levantamiento Investigación

Elaborado por: Georlene Cajamarca Vega

Fecha de análisis: Mayo - Junio 2018

Software de Análisis Estadístico: SPSS 21

El (77,90%) de la población en la muestra está entre los grupos de edad (Niñez, Adolescencia, Adulto Joven y Adulto) que asisten al Centro de Salud Tipo B Las Casas y reciben atención por prevención se encuentra agrupado entre las edades de 0 y 64 años, y la población de adulto mayor ocupa la diferencia, en referencia a la distribución por género el (41,20%) son hombres y el (58,80%) son mujeres.

Tabla 20 Características de la muestra por grupos prioritarios

GRUPOS PRIORITARIOS DE ATENCIÓN	Número	Porcentaje
1. Embarazadas	23	8,61%
2. Personas con Discapacidad	3	1,12%
3. Personas por Desastres Naturales	0	0,00%
4. Personas por Desastres Antropogénicos	0	0,00%
5. Enfermedades Catastróficas y Raras	0	0,00%
6. Maltrato Infantil	0	0,00%
7. Privadas de la Libertad	0	0,00%
8. Víctimas de Violencia Física	0	0,00%
9. Víctimas de Violencia Psicológica	2	0,75%
10. Víctimas de Violencia Sexual	0	0,00%
11. Trabajador/a Sexual	0	0,00%
12. HSH*	0	0,00%
13. Planificación Familiar*	1	0,37%
14. Ninguno	238	89,14%
Total	267	100,00%

Fuente: Información establecimiento de salud/Levantamiento Investigación
 Elaborado por: Georlene Cajamarca Vega
 Fecha de análisis: Mayo - Junio 2018
 Software de Análisis Estadístico: SPSS 21

En los grupos prioritarios las mujeres embarazadas que recibieron atención en el Centro de Salud Tipo B Las Casas en la muestra corresponde un 8.61% y personas con discapacidad el 1.12 %, cumpliéndose lo que el Manual de Atención Integral en Salud propone sobre los grupos prioritarios quienes tienen garantizado la atención prioritaria y especializada en los servicios públicos y privados.

Tabla 21 Características de la muestra de los diferentes sistemas de filiación

	Paciente Aporta o es afiliado	Porcentaje
1. Seguro ISSFA	2	0,75%
2. Seguro ISSPOL	0	0,00%
3. IESS, Seguro General	2	0,75%
4. IESS Seguro Voluntario	2	0,75%
5. IESS, Seguro Campesino	0	0,00%
6. Es Jubilado del IESS/SSC/ISSFA/ISSPOL	0	0,00%
7. No aporta	259	97,00%
8. Seguro Privado	0	0,00%
9. Seguro Indirecto	2	0,75%
Total	267	100,00%

Fuente: Información establecimiento de salud/Levantamiento Investigación
 Elaborado por: Georlene Cajamarca Vega
 Fecha de análisis: Mayo - Junio 2018
 Software de Análisis Estadístico: SPSS 21

En estos datos se muestra que los usuarios con sistemas de filiación del ISSFA e IESS tienen un porcentaje equivalente al 2.25 % mientras que quienes no cuentan con seguros son un 97 %, permitiéndonos observar que la accesibilidad al Centro de Salud Tipo B Las Casas es sin restricciones independientemente si cuentan o no con seguro de salud garantizando las atenciones.

7.2 Acceso a medicamentos

Tabla 22 Características de las atenciones en el Centro de Salud Tipo B Las Casas tanto en la primer consulta como en la subsecuente (sexo y grupo étnico).

GRUPO DE EDAD	MASCULINO		FEMENINO	
	Primera consulta	Subsecuente	Primera consulta	Subsecuente
< 1 AÑO	6	4	2	0
1-4 AÑOS	41	25	27	6
5-9 AÑOS	3	3	0	0
10-14 AÑOS	24	16	12	9
15-19 AÑOS	6	2	12	9
20-49 AÑOS	12	3	41	23
50-64 AÑOS	3	1	18	18
65 Y MAS AÑOS	6	1	27	24
NS	9	3	18	14
Total	110	58	157	103
PORCENTAJE		52,73%		65,61%

* No se sabe edad porque no existen datos completos en la Historia Clínica

Fuente: Información establecimiento de salud/Levantamiento Investigación
 Elaborado por: Georlene Cajamarca Vega
 Fecha de análisis: Mayo - Junio 2018
 Software de Análisis Estadístico: SPSS 21

El en el Centro de Salud Tipo B Las Casas del total de la muestra el 25.46 % de las primeras atenciones están centradas en la población de niños preescolares grupo etáreo de 1 a 4 años es decir que, según su diagnóstico están expuestos a la prescripción de medicamentos antibióticos por lo tanto se debería garantizar el uso racional de estos.

Tabla 23 Número de Atenciones por profesionales según historia clínica analizada

Profesionales	Atenciones por profesional	Porcentaje de Atenciones por profesional
Médico General	81	30,34%
Pediatría	102	38,20%
Odontólogo	8	3,00%
Médico Familiar	60	22,47%
Obstetrix/Ginecologo	16	5,99%
Total	267	100,00%

Fuente: Información establecimiento de salud/Levantamiento Investigación
 Elaborado por: Georlene Cajamarca Vega
 Fecha de análisis: Mayo - Junio 2018
 Software de Análisis Estadístico: SPSS 21

En las atenciones por profesional un mayor porcentaje está en pediatría con un 38,20 %, seguido por el médico general 30,24 %, médico familiar 22,47 %, ginecología 5,99 % y odontología 3,00 %, por tal razón la población más atendida es la que se encuentra entre los grupos etáreos menores 1 año hasta los 14 años.

Gráfico 4 Prescripción de medicamentos antibióticos por profesional en función de las atenciones realizadas.

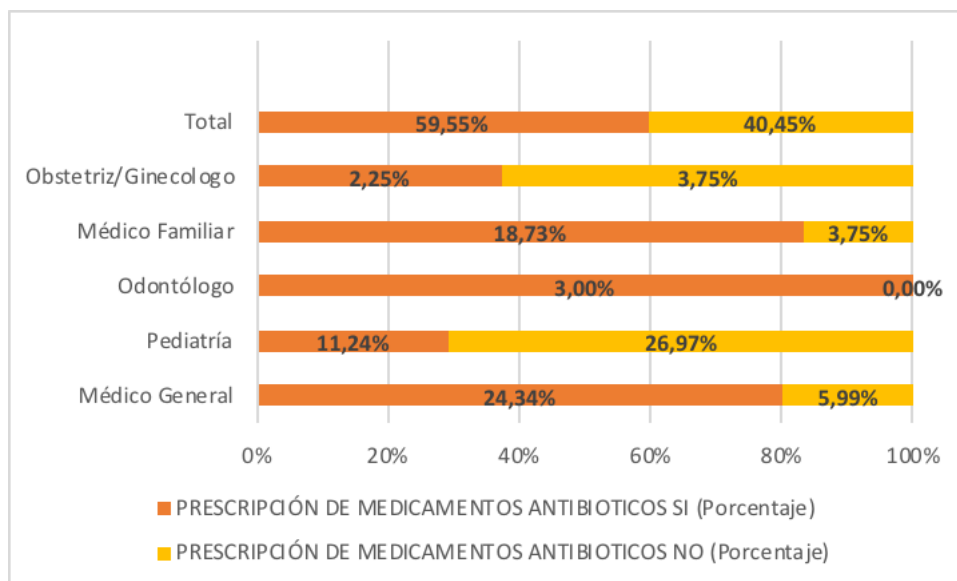


Tabla 24 Prescripción de medicamentos antibióticos por profesional del 100 %

Profesionales	PRESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS ANTIBIOTICOS			
	PRIMERA REVISIÓN (PORCENTAJE)		SEGUNDA REVISIÓN (PORCENTAJE)	
	SI	NO	SI	NO
Médico General	24,00%	10,00%	24,34%	5,99%
Pediatría	12,00%	28,00%	11,24%	26,97%
Odontólogo	0,00%	0,00%	3,00%	0,00%
Médico Familiar	20,00%	6,00%	18,73%	3,75%
Ginecólogo	0,00%	0,00%	2,25%	3,75%
Total	56,00%	44,00%	59,55%	40,45%

Fuente: Información establecimiento de salud/Levantamiento Investigación
 Elaborado por: Georlene Cajamarca Vega
 Fecha de análisis: Mayo - Junio 2018
 Software de Análisis Estadístico: SPSS 21

Se evidencia que dentro de los profesionales que ofrecen atención en el Centro de Salud Tipo B Las Casas, el mayor número de prescripciones con medicamentos antibióticos se encuentran en los profesionales: Médico General, Pediatra y Familiar, siendo mínimas con los profesionales: Odontólogo y Ginecólogo, lo que equivalen en la primera revisión un 56,00 % y en la segunda revisión un 59,55 %.

Existe variación de porcentajes entre la primer y segunda revisión, siendo el incremento en la **SI** prescripción de medicamentos antibióticos de 3,55 % y dentro de este porcentaje en cada profesional se identifica de igual forma incremento de: en el Médico General de 0,34 % que puede deberse a la alta rotación de personal, Ginecólogo y Odontólogo de 2,25 % y 3,00 % respectivamente en esta caso en la primera revisión las historias clínicas no tenían descrita prescripción pero si el diagnóstico.

Además el porcentaje en la **NO** prescripción de medicamentos antibióticos se disminuye comparando entre la primera y segunda revisión, siendo notorio en el Pediatra y Médico Familiar 0,76 % y 1,27 % en la muestra analizada.

Tabla 25 Categorías CIE 10 por la cual fue atendido el paciente con y sin prescripción de medicamentos antibióticos.

PRESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS ANTIBIÓTICOS						
CAPÍTULO	CÓDIGOS	Título	PRIMERA REVISIÓN		SEGUNDA REVISIÓN	
			SI (Porcentaje)	NO (Porcentaje)	SI (Porcentaje)	NO (Porcentaje)
X	J00-J99	Enfermedades del sistema respiratorio	30,00%	42,00%	34,83%	31,84%
I	A00-B99	Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	10,00%	2,00%	4,12%	7,49%
XIV	N00-N99	Enfermedades del aparato genitourinario	10,00%	0,00%	3,37%	0,00%
XI	K00-K93	Enfermedades del aparato digestivo	0,00%	0,00%	3,00%	0,00%
XXI	Z00-Z99	Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud	0,00%	0,00%	3,00%	0,00%
VII	H00-H59	Enfermedades del ojo y sus anexos	0,00%	0,00%	2,25%	0,00%
XV	O00-O99	Embarazo, parto y puerperio	0,00%	0,00%	2,25%	0,00%
		NO DESCRIPCIÓN DE CIE 10	2,00%	0,00%	2,25%	0,00%
VIII	H60-H95	Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides	4,00%	0,00%	1,50%	0,00%
IX	I00-I99	Enfermedades del sistema circulatorio	0,00%	0,00%	1,12%	0,37%
XII	L00-L99	Enfermedades de la piel y el tejido subcutáneo	0,00%	0,00%	1,12%	0,75%
II	C00-D48	Neoplasias	0,00%	0,00%	0,37%	0,00%
VI	G00-G99	Enfermedades del sistema nervioso	0,00%	0,00%	0,37%	0,00%
		TOTAL	56,00%	44,00%	59,55%	40,45%
			100,00%		100,00%	

Fuente: Información establecimiento de salud/Levantamiento Investigación
Elaborado por: Georlene Cajamarca Vega
Fecha de análisis: Mayo - Junio 2018
Software de Análisis Estadístico: SPSS 21

En el 59,55 % de prescripción de medicamentos antibióticos, está centrado en las atenciones con CIE 10 J00-J99 Enfermedades del sistema respiratorio, en donde para el mismo diagnóstico el 34,83 % **SI** prescriben medicamentos antibióticos mientras que para el 31,84% **NO** prescriben medicamentos antibióticos, lo que nos indica la posibilidad de una variabilidad clínica entre los profesionales prescriptores del Centro de Salud Tipo B Las Casas.

Tabla 26 Diagnóstico, patología, síndrome registrado en la HCU y por la cual fue atendido el paciente con y sin prescripción de medicamentos.

PRIMERA REVISIÓN			
CIE 10	DESCRIPCIÓN	PRESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS	
		SI (Porcentaje)	NO (Porcentaje)
J00	RINOFARINGITIS AGUDA	18,00%	42,00%
A09	DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO	10,00%	2,00%
J03	AMIGDALITIS AGUDA	6,00%	0,00%
N39	OTROS TRASTORNOS DEL SISTEMA URINARIO	6,00%	0,00%
H60	OTITIS EXTERNA	4,00%	0,00%
J01	SINUSITIS AGUDA	4,00%	0,00%
N30	CISTITIS	4,00%	0,00%
J02	FARINGITIS AGUDA	2,00%	0,00%
NO DESCRIPCIÓN DE CIE 10		2,00%	0,00%
B60	OTRAS ENFERMEDADES DEBIDAS A PROTOZOARIOS, NO CLASIFICADAS EN OTRA	0,00%	0,00%
C16	TUMOR MALIGNO DEL ESTOMAGO	0,00%	0,00%
G10	ENFERMEDAD DE HUNTINGTON	0,00%	0,00%
H10	CONJUNTIVITIS	0,00%	0,00%
H90	HIPOACUSIA CONDUCTIVA Y	0,00%	0,00%
I10	HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)	0,00%	0,00%
I86	VARICES DE OTROS SITIOS	0,00%	0,00%
J04	LARINGITIS Y TRAQUEITIS AGUDAS	0,00%	0,00%
J06	INFECCIONES AGUDAS DE LAS VIAS RESPIRATORIAS SUPERIORES, DE SITIOS	0,00%	0,00%
J18	NEUMONIA ORGANISMO NO ESPECIFICADO	0,00%	0,00%
J20	BRONQUITIS AGUDA	0,00%	0,00%
K03	OTRAS ENFERMEDADES DE LOS TEJIDOS	0,00%	0,00%
L70	ACNE	0,00%	0,00%
N51	TRASTORNOS DE LOS ORGANOS GENITALES MASCULINOS EN ENFERMEDADES	0,00%	0,00%
N70	SALPINGITIS Y OOFORITIS	0,00%	0,00%
O23	INFECCION DE LAS VIAS GENITOURINARIAS EN EL EMBARAZO	0,00%	0,00%
Z34	SUPERVISION DE EMBARAZO NORMAL	0,00%	0,00%
TOTAL		56,00%	44,00%
		100,00%	

SEGUNDA REVISIÓN			
CIE 10	DESCRIPCIÓN	PRESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS	
		SI (Porcentaje)	NO (Porcentaje)
J00	RINOFARINGITIS AGUDA	13,11%	26,97%
J03	AMIGDALITIS AGUDA	12,36%	0,00%
J01	SINUSITIS AGUDA	4,12%	3,37%
A09	DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO	3,75%	7,49%
J02	FARINGITIS AGUDA	3,37%	1,50%
K03	OTRAS ENFERMEDADES DE LOS TEJIDOS DUROS DE LOS DIENTES	3,00%	0,00%
Z34	SUPERVISION DE EMBARAZO NORMAL	3,00%	0,00%
H10	CONJUNTIVITIS	2,25%	0,00%
O23	INFECCION DE LAS VIAS GENITOURINARIAS EN EL EMBARAZO	2,25%	0,00%
NO DESCRIPCIÓN DE CIE 10		2,25%	0,00%
N30	CISTITIS	1,50%	0,00%
H60	OTITIS EXTERNA	1,12%	0,00%
L70	ACNE	1,12%	0,75%
N39	OTROS TRASTORNOS DEL SISTEMA	1,12%	0,00%
I10	HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)	0,75%	0,37%
J04	LARINGITIS Y TRAQUEITIS AGUDAS	0,75%	0,00%
B60	OTRAS ENFERMEDADES DEBIDAS A PROTOZOARIOS, NO CLASIFICADAS EN OTRA	0,37%	0,00%
C16	TUMOR MALIGNO DEL ESTOMAGO	0,37%	0,00%
G10	ENFERMEDAD DE HUNTINGTON	0,37%	0,00%
H90	HIPOACUSIA CONDUCTIVA Y	0,37%	0,00%
I86	VARICES DE OTROS SITIOS	0,37%	0,00%
J06	INFECCIONES AGUDAS DE LAS VIAS RESPIRATORIAS SUPERIORES, DE SITIOS	0,37%	0,00%
J18	NEUMONIA ORGANISMO NO ESPECIFICADO	0,37%	0,00%
J20	BRONQUITIS AGUDA	0,37%	0,00%
N51	TRASTORNOS DE LOS ORGANOS GENITALES MASCULINOS EN ENFERMEDADES	0,37%	0,00%
N70	SALPINGITIS Y OOFORITIS	0,37%	0,00%
TOTAL		59,55%	40,45%
		100,00%	

Fuente: Información establecimiento de salud/Levantamiento Investigación
 Elaborado por: Georlene Cajamarca Vega
 Fecha de análisis: Mayo - Junio 2018
 Software de Análisis Estadístico: SPSS 21

Entre la primera y segunda revisión de la información la J00 Rinofaringitis Aguda encabeza el mayor porcentaje de atenciones con **SI** prescripción de medicamentos antibióticos, comparada entre la primera revisión de un porcentaje del 18 % y segunda revisión 13,11 % existe disminución en la prescripción de medicamentos antibióticos de 4,89 %, para este diagnóstico que se lo conoce como resfriado común, su tratamiento es sintomático, es decir con reposo, hidratación y uso de antipiréticos si existe fiebre, por lo tanto al ser el agente etiológico del resfriado común un virus y los antibióticos tienen efecto bactericida ó bacteriostáticos, en este caso en lugar de ayudar se podría afectar la flora bacteriana normal lo que posteriormente originaría otro tipo de infección por otros agentes patógenos, por lo tanto dependiendo del caso se estaría usando de manera irracional.

Y según los datos analizados previamente en donde la población entre los grupos etáreos de menores a 1 año hasta los 14 años son los más atendidos, son un grupo de pacientes vulnerables y expuestos al Uso Irracional de Medicamentos Antibióticos.

Además, se puede identificar que existe prescripción de medicamentos antibióticos a pesar de no describir el CIE por lo que no se podría determinar si la prescripción correspondía siendo evidente un posible uso irracional de los medicamentos ó de lo contrario se describe el CIE pero se desconoce la prescripción es decir no completaron la información en la Historia Clínica y se desconoce si el paciente cumplió un tratamiento.

La OMS a la polifarmacia la define como un síndrome geriátrico que conlleva al uso de 3 o más fármacos al mismo tiempo, por lo tanto en el presente estudio según los datos expuestos, el 59,55 % de las prescripciones de medicamentos antibióticos tienen una prescripción de más de 3 medicamentos, que posteriormente puede generar interacciones medicamentos y/o resistencias.

7.3. Gestión de Medicamentos

Tabla 27 Medicamentos antibióticos prescritos en las Historias Clínicas

Nº	NOMBRE	CONCENTRACIÓN	FORMA FARMACEUTICA	EN EL CNMB	EN EL DISTRITO
1	Ampicilina	500 mg	Sólido oral	SI	SI
2	Amoxicilina	1gr	Sólido oral	NO	NO
3	Amoxicilina	250mg/5ml	Sólido oral (polvo para suspensión)	SI	SI
4	Amoxicilina	500 mg	Sólido oral	SI	SI
5	Amoxicilina + Ácido clavulánico	500+125mg	Sólido oral	SI	SI
6	Amoxicilina + Ácido clavulánico	(250 mg + 62,5 mg)/5ml	Sólido oral (polvo)	SI	SI
7	Amoxicilina + Ácido clavulánico	(125 mg + 31,25 mg)/5mL	Sólido oral (polvo)	SI	SI
8	Azitromicina	1gr	Sólido oral	NO	NO
9	Azitromicina	500 mg	Sólido oral	SI	SI
10	Bencilpenicilina benzatínica (Penicilina G benzatínica)	2 400 000 UI	Sólido parenteral	SI	SI
11	Bencilpenicilina benzatínica (Penicilina G benzatínica)	1 200 000 UI	Sólido parenteral	SI	SI
12	Cefalexina	500 mg	Sólido oral	SI	SI
13	Cefuroxima	500 mg	Sólido oral	NO	NO
14	Ciprofloxacina	500 mg	Sólido oral	SI	SI
15	Claritromicina	500 mg	Sólido oral	SI	SI
16	Clindamicina	500 MG	ÓVULOS	NO	NO
17	Cotrimoxazol (Sulfametoxazol + Trimetoprima)	800 mg + 160 mg	Sólido oral	SI	SI
18	Cotrimoxazol (Sulfametoxazol + Trimetoprima)	(200 mg + 40 mg)/5ml	Sólido oral (polvo)	SI	SI
19	Dicloxacilina	500 mg	Sólido oral	SI	SI
20	Eritromicina	500 mg	Sólido oral	SI	SI
21	Nitrofurantoina	100 mg	tabletas	SI	SI
22	Tobramicina	0.3%	Líquido oftálmico	SI	SI
		MEDICAMENTOS PRESCRITOS	PORCENTAJE		
		18	81,82%		
		4	18,18%		
		TOTAL MEDICAMENTOS	100,00%		

Fuente: Información establecimiento de salud/Levantamiento Investigación
 Elaborado por: Georlene Cajamarca Vega
 Fecha de análisis: Mayo - Junio 2018
 Software de Análisis Estadístico: SPSS 21

De los medicamentos antibióticos prescritos según diagnóstico son 22 ítems de los cuales 18 (81,82%) se encuentran disponibles en el Centro de Salud Tipo B Las Casas, y 4 (18,18%) no se encuentran disponibles, la disponibilidad es porque su presentación no se encuentra establecida para el nivel de atención, no están dentro del CNMB y/o no se encuentran en el mercado.

Indicadores de proceso

La Gestión de Medicamentos y Dispositivos Médicos del Distrito de Salud, cuenta con: el Listado de Medicamentos Esenciales actualizados según CNMB, Plan Anual de Compras, stocks máximos y mínimos que son monitoreados por medio de matriz excel ya que el SGI no les permite tener esos reportes, además el abastecimiento desde el Nivel Distrital hacia las unidades operativas es de forma mensual, la rotación por edad de inventario según sea el caso son puestos a disposición para redistribución con otras unidades de salud que conforman la Zona 9 y/ó otras zonas, adicionalmente a finales del 2017 e inicios del 2018 han tenido problemas con la entrega de medicamentos que se encuentran catalogados en el SERCOP porque los proveedores no contaban con disponibilidad física por lo que debieron proceder por otros procesos de contratación.

Resultados de las instrucciones operativas

El Uso Racional de Medicamentos a Profesionales del Centro de Salud Tipo B Las Casas

El investigador es funcionario de la Coordinación Zonal 9 Salud, cuyo cargo desempeñado es: Especialista Zonal de Gestión de Medicamentos y Dispositivos Médicos, por lo tanto al ser el tema Acceso de Medicamentos por medio de su Uso Racional parte de las actividades que debe ejecutar, y después de haber socializado las propuestas a sus autoridades como la Directora Zonal de Provisión y Calidad de Servicios y Coordinadora Zonal las mismas están de acuerdo en proponer cambios en dichos aspectos porque de igual forma como Coordinación Zonal será evaluada ya que constituyen parte de la Política Nacional de Medicamentos 2017 - 2021, siendo así la máxima autoridad autoriza y solicita al Distrito de Salud 17D05 proveer de la información necesaria (Ver Anexo 1), para esta actividad además se requiere la participación de la Bioquímica farmacéutica Responsable de Medicamentos y Dispositivos Médicos y el Responsable de Provisión de la Calidad de los Servicios del Distrito 17D05, además se incluye al Responsable Técnico del Centro de Salud Tipo B Las Casas, Responsable de Estadística y Responsable de Calidad Distrital.

Posteriormente para la creación de la herramienta y poder recabar la información, se solicita la colaboración de los Químico/Bioquímico Farmacéutico Responsable de Gestión de Medicamentos y Dispositivos Médicos a los 9 distritos de salud para en conjunto elaborarla (Ver Anexo 2).

Capacitación continua a los profesionales

Desde el Nivel Distrital de Manera anual en el plan de capacitaciones se incluyen los recursos necesarios para los mismos según necesidades de los profesionales de las unidades operativas que lo conforman y este a su vez lo remite a la Coordinación Zonal para la asignación de presupuesto, pero este es limitado o inexistente por lo que en el Distrito de Salud desde el área de docencia se ha gestionado el uso de la aplicación EDMODO, que es gratuita y permite la comunicación entre estudiantes y profesores en este caso los médicos que capacitan a sus compañeros médicos u otro profesional dependiendo el tema que seleccionen, actualmente se encuentran en proceso de revisión del documento “Guía de Terapéutica Antimicrobiana” desde el mes de mayo 2018 a definir fecha de evaluación (Ver Anexo 3).

Además en el mes de Febrero 2018, desde el Ministerio de Relaciones Laborales, genera una encuesta en Línea que es de llenado obligatorio para todos los Servidores Públicos sobre: Sistema para la Identificación de Necesidades de Capacitación, Elaboración de los reportes del Plan Anual Institucional de Capacitación y su Ejecución, para el Sector Público, para el período 2018 (Ver Anexo 4), pero revisando la Matriz General del Catálogo Digital de Instituciones del Sector Público para el 2018 no se evidencian temas relacionados a lo que es Uso Racional de Medicamentos que hayan sido propuestos por parte del Ministerio de Salud Pública (Dirección Nacional de Medicamentos y Dispositivos Médicos), están focalizados en la parte regulatoria que han sido gestionadas por la ARCSA.

La rotación del personal a cargo de la Gestión de Medicamentos y Dispositivos Médicos del Distrito de Salud no ha permitido tener un liderazgo ni continuidad en las gestiones previas para promover el uso racional de medicamentos en todas las unidades operativas que lo conforman, actualmente existen dos Bioquímicos Farmacéuticos comparado con el año 2016 y parte del 2017 que solo había un profesional, además sigue prevaleciendo realizar procesos de adquisición para que el presupuesto no sea retirado.

De la Coordinación Zonal desde la Gestión de Medicamentos y Dispositivos médicos por medio de la Organización de Farmacéuticos Latino Americanos en Ecuador se propone: Curso autofinanciado: Uso racional de medicamentos (antibióticos) reforzar las actividades para cumplimiento del Lineamiento Estratégico de la Política Nacional de Medicamentos (Anexo 5 y Anexo 6), dirigido a los Responsables de la Gestión de Medicamentos y Dispositivos del Distrito conjuntamente con los Responsables de Provisión y Calidad de Servicios Distritales, misma que se lleva a cabo en el mes de Abril 2018.

Capítulo VIII. Discusión

Los datos obtenidos sobre la prescripción de medicamentos antibióticos en el Centro de Salud guardan relación con estudios realizados en otras partes de América así como el debate realizado por la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco con el tema: La Prescripción de medicamentos y su repercusión social en donde se menciona que: “los analgésicos fueron los medicamentos de mayor prescripción en consulta del médico de la familia (34,6 %) seguidos de los antibióticos (23,7 %)” (Ramírez, La Prescripción de medicamentos y su repercusión social, 2006, pág. 4) (La Prescripción de medicamentos y su repercusión social, 2006, p. 4).

A pesar de estar vigente la Política Nacional de Medicamentos 2017 – 2021, que tiene como objetivo general asegurar la calidad, disponibilidad y acceso equitativo a medicamentos esenciales a la población del Ecuador, no se ha dado el nivel de importancia que conlleva: *Optimizar el uso adecuado de los medicamentos por parte de los tomadores de decisión, profesionales de la salud y usuarios*, pese a que desde el nivel Distrital y Zonal se muestre interés al no existir apoyo económico para capacitación y tratar de convertir en “**expertos en el manejo de los medicamentos**” a los profesionales no se podrá conseguir lo expuesto, lo que seguirá afectando la selección de medicamentos y uso racional, por lo tanto el Acceso a medicamentos.

Para operativizar los indicadores en donde se pretende evaluar el uso de los medicamentos antibióticos descritos en la Política Nacional de Medicamentos 2017 – 2021, al no ser sensibilizado el profesional prescriptor al igual que todos los profesionales de la salud, el uso irracional de los medicamentos incrementará paulatinamente directamente con las resistencias antimicrobianas por lo tanto un mayor gasto para el sistema de salud, tal cual lo menciona la OMS en el artículo publicado el 05 de febrero del 2018, en el se describe:

La resistencia a los antibióticos está aumentando en todo el mundo a niveles peligrosos. Día tras día están apareciendo y propagándose en todo el planeta nuevos mecanismos de resistencia que ponen en peligro nuestra capacidad para tratar las enfermedades infecciosas comunes. Un creciente número de infecciones, como la neumonía, la tuberculosis, la septicemia, la gonorrea o las enfermedades de transmisión alimentaria, son cada vez más difíciles —y a veces imposibles— de tratar, a medida que los antibióticos van perdiendo eficacia.

Por lo tanto la actualización de conocimientos a los profesionales prescriptores es importante porque al salir de las instituciones universitarias no es garantía de que realicen una correcta prescripción de medicamentos y más aún antibióticos como se menciona textualmente en la investigación: “Actualmente la enseñanza médica tradicional se centra demasiado en que el estudiante, acumule conocimientos sin tener una habilidad de evaluar con sentido crítico a

cualquier nuevo medicamento que aparezca en el futuro” (Ramirez, Gonzalez, & Perez, Prescripción y abasto de medicamentos en el primer nivel de atención, 2007, pág. 658).

Además, a pesar de que los profesionales prescriptores al mismo tiempo realizan la atención y llenan un sin número de documentos, el tipo de prescripción de medicamentos antibióticos en primer nivel de atención tiene que mantenerse justificada y guardar relación, más aún cuando es un mismo diagnóstico exceptuando algún caso específico, en el Ecuador en el estudio publicado en la Revista Cubana de Salud Pública en el 2013 sobre: Aplicación de la estrategia de Atención Integral de Enfermedades Prevalentes de la Infancia en Ecuador se evidencia que:

Otra forma de tratamiento incorrecto relacionado con el mal uso de los antibióticos, estuvo expresado en las dosis, intervalos, duración o vías de administración incorrectas. En la gran mayoría de los pacientes, la prescripción exacta de los antibióticos no estaba descrita en la historia clínica. A pesar de esto, solamente el 0,60 % de todos los pacientes atendidos en el centro de salud urbano recibieron antibióticos, sin ser diagnosticados por una neumonía, lo cual indica un bajo nivel de uso innecesario de antibióticos. (Aplicación de la estrategia de Atención Integral de Enfermedades Prevalentes de la Infancia en Ecuador , 2013, p. 202)

La garantía de la disponibilidad de medicamentos como parte del Acceso a Medicamentos y que se relaciona con el Uso Racional de los mismos no depende únicamente del prescriptor si no es una actividad multidisciplinaria (Químicos Bioquímicos Farmacéuticos, Expertos en Calidad, etc) que claro la decisión de determinar un tratamiento es exclusiva del MÉDICO PRESCRIPTOR pero la misma depende de cuan capacitado se encuentre y de los insumos que la institución le ha facilitado para ejercer correctamente su función.

La propuesta de planes de capacitación son imprescindibles para de cierta forma mejorar las prescripciones de los medicamentos más aún si son antibióticos, tal cual se muestra en el estudio de: Evaluación de la prescripción de medicamentos en infecciones respiratorias agudas en la infancia en niños de 2 meses a 5 años, por parte de los médicos del Centro de Salud la Rumiñahui, Quito, en el periodo del 1 de noviembre al 1 de diciembre del 2016, donde describe: “Se observan problemas en la capacitación recibida por los profesionales médicos, dificultades tanto en estadística como en enfermería del centro de salud, buen uso de los medicamentos genéricos, no conocimiento exacto de los signos de alarma. Dentro de las recomendaciones principales, se determina la necesidad de fortalecer la capacitación de los equipos de salud, organizar intervenciones sostenidas con la comunidad, implementar auditoria de calidad a nivel del Centro de Salud e involucrar al personal de farmacia en el seguimiento de una buena prescripción, entre otros”. (Caceres, Lucia Fernandez, 2017)

Para finalizar es responsabilidad de todas las estructuras del Ministerio de Salud Pública del Ecuador, Direcciones Nacionales, Coordinaciones Zonal y Unidades de Salud proveer de insumos necesarios para crear la Cultura del Uso Racional de Medicamentos que se relaciona con el Acceso a medicamentos además promover la investigación sobre los gastos y los daños a la salud asociados al uso inapropiado de antibióticos.

Capítulo VII. Conclusiones y Recomendaciones

7.1. Conclusiones

- La población asignada al Distrito de Salud 17D05 (Centro de Salud Tipo Las Casas) accede a los servicios de salud de todos los grupos prioritarios independientemente si cuentan o no con seguros privados y/o IESS – ISSFA – ISPOL.
- El Centro de Salud Tipo Las Casas tiene disponibilidad física de medicamentos pero no se tiene garantía de su uso racional.
- La educación continua al profesional de la salud prescriptor sobre Uso Racional de Medicamentos permite seleccionar correctamente los medicamentos según el Cuadro Nacional de Medicamentos Básicos para garantizar su disponibilidad física.
- La población expuesta a uso irracional de medicamentos antibióticos es la que se encuentra entre las edades de 1 a 14 años.

7.2. Recomendaciones

- El Responsable Técnico del Centro de Salud Tipo Las Casas, conjuntamente con los técnicos distritales de Medicamentos y Dispositivos Médicos, y Responsable de Calidad Distrital, deben garantizar la asignación de recursos para: Planificar y ejecutar planes de capacitación y/o actualización de conocimientos en: sistemas de información, procesos de atención, manejo de HCU, calidad de prescripción y uso racional de medicamentos.
- Desde el Distrito de Salud gestionará pasantías a otros Distritos de Salud con apoyo de la Coordinación Zonal en los temas específicos en donde se pueda intercambiar experiencias según particularidades con la posibilidad de implementar ó fortalecer lo que esta en proceso.
- El comité encargado de la revisión de historias clínicas deberá reestablecer sus cronogramas para analizar los nudos críticos y posibles soluciones con la finalidad de poder contar con información fiable.
- Tomar en cuenta las sugerencias que el personal que realiza la atención, en lo referente a tiempos y actividades.

Bibliografía

- LEXIS ECUADOR. (2013). *PLATAFORMA PROFESIONAL DE INVESTIGACIÓN JURÍDICA*. Obtenido de ACUERDOS MINISTERIALES DE ECUADOR: <http://www.ciudadalfaro.gob.ec/juridico/acuerdosministeriales/1.pdf>
- OPS. (2004). *RESOLUCIÓN CD45.R7 ACCESO A MEDICAMENTOS*. Obtenido de <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/256/CD45.r7-s.pdf?sequence=2>
- Organización Mundial de la Salud. (2003). *Organización Mundial de la Salud*. Obtenido de Informe sobre la salud en el mundo: <http://www.who.int/whr/2003/chapter7/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (1998). *Boletín de medicamentos esenciales - No. 025 & 026 - Número doble*. Obtenido de <http://apps.who.int/medicinedocs/en/d/Js2245s/1.html>
- Sanchez, T. R., Aguilar, P. N., & Lopez, G. N. (Enero-Febrero de 1998). Obtenido de Scielo: <https://www.scielosp.org/pdf/spm/1998.v40n1/03-12/es>
- Dantes, O. G., Latorre, F. G., & Gomez, L. T. (2001). *Scielo Saude Pública*. Obtenido de <https://www.scielosp.org/pdf/spm/2001.v43n3/224-232/es>
- Organización Mundial de la Salud. (2015). *Estrategia Andina Uso Racional de Medicamentos y Otras Tecnologías Sanitarias y Plan de Acción*. Obtenido de http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&Itemid=270&gid=32310&lang=en
- Agencia de Regulación y Control Sanitario (ARCSA). (2018). *“Arcsa Móvil” permite involucrar a la ciudadanía en el control sanitario*. Obtenido de <https://www.controlsanitario.gob.ec/arcsa-movil-permite-involucrar-a-la-ciudadania-en-el-control-sanitario/>
- A. Q., Uphoff, E., Encalada, L., D. A., & F. B. (2013). *Aplicación de la estrategia de Atención Integral de Enfermedades Prevalentes de la Infancia en Ecuador*. Obtenido de Revista Cubana de Salud Pública: <http://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=43743>
- Cómo planificar la investigación acción. (1988). *Cómo planificar la investigación acción*. Obtenido de <https://es.scribd.com/doc/316111101/Como-Planificar-Investigacion-Accion-Kemmis-E-y-McTaggart-1992>
- Caceres, L. F. (2017). *Evaluación de la prescripción de medicamentos en infecciones respiratorias agudas en la infancia en niños de 2 meses a 5 años, por parte de los médicos del Centro de Salud la Rumiñahui, Quito, en el periodo del 1 de noviembre al 1 de diciembre del 2016*. Obtenido de <http://200.24.220.94/handle/33000/8230>
- CONASA. (2013). *Cuadro Nacional de Medicamentos y Registro Terapéutico 9na edición*. Obtenido de http://www.conasa.gob.ec/phocadownload/cnmb9na/Cuadro_Nacional_de_Medicamentos_Basicos_9na_Revision.pdf

- LEXIS FINDER. (2012). *Decreto Ejecutivo 1290 Creación ARCSA*. Obtenido de <https://www.controlsanitario.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2016/11/Decreto-Ejecutivo-1290-1.pdf>
- Maguiña-Vargas, C., Gil, A. U., & M. M. (2006). *Uso adecuado y racional de los antibióticos*. Recuperado el Diciembre de 2017, de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1728-59172006000100004&script=sci_arttext&tlng=en
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2012). *Modelo de Atención Integral del Sistema Nacional de Salud 2012*. Obtenido de http://instituciones.msp.gob.ec/somossalud/images/documentos/guia/Manual_MAIS-MSP12.12.12.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (2003). *25 años de progresos en los medicamentos esenciales. BOLETIN DE MEDICAMENTOS ESENCIALES*. Obtenido de <http://apps.who.int/medicinedocs/pdf/s5524s/s5524s.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. (2018). *Medicamentos Esenciales*. Obtenido de Temas de Salud: http://www.who.int/topics/essential_medicines/es/
- ORASCONHU. (2009). *Estrategia Andina de Uso Racional de Medicamentos REMSSA 2015*. Obtenido de <http://www.orasconhu.org/documentos/Politica%20andina%20de%20medicamentos%202009.pdf>
- SERCOP. (s.f.). *Medicamentos de Calidad*. Obtenido de <http://portal.compraspublicas.gob.ec/sercop/medicamentos-de-calidad/>
- Agencia de Regulación y Control Sanitario. (2018). *Elaboración de informes periódicos de Seguridad IPS (PSUR)/ informes Periódicos de evaluación de beneficio - Riesgo (PBRER)*. Obtenido de https://www.controlsanitario.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2018/01/IE-B.5.1.8-MG-02_PSUR-PBRER-V.3.pdf
- A. D., V. W., & K. C. (2008). *Uso de antibióticos en México: revisión de problemas y políticas*. Obtenido de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342008001000009
- Durston, J., & F. M. (2002). *Experiencias y metodología de la investigación participativa*. Obtenido de https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/6024/S023191_es.pdf
- Instituto de la Ciudad, A. d. (2015). Obtenido de INFORMACIÓN ESTADÍSTICA POR ADMINISTRACIÓN ZONAL (CENSO POBLACIÓN Y VIVIENDA 2010): <http://institutodelaciudad.com.ec/informacion-estadistica/50-informacion-estadistica-por-administracion-zonal-censo-poblacion-y-vivienda-2010.html>
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2013). *Estatuto Orgánico Sustitutivo de Gestión Organizacional por Procesos*. Obtenido de <http://181.211.115.37/biblioteca/juri/ACUERDOS/ESTATUTO%20MSP.pdf>

- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2011). *Ley de Medicamentos Genéricos*. Obtenido de http://www.controlsanitario.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2016/12/LEY_MEDICAMENTOS_GENE%CC%82RICO_S.pdf
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2014). *Reglamento para la Gestión del Suministro de Medicamentos*. Obtenido de <http://instituciones.msp.gob.ec/images/Documentos/medicamentos/A-569%20REGLAMENTO%20PARA%20GESTION%20DE%20SUMINISTRO%20DE%20MEDICAMENTOS%20Y%20CONTROL.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. (2018). *La escasez mundial de medicamentos y vacunas y el acceso a ellos. CONSEJO EJECUTIVO EB142/13 142.a reunión*. Obtenido de http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274032/B142_13-sp.pdf?sequence=1&isAllowed=y&ua=1
- Organización Mundial de la Salud. (2009). Obtenido de Acceso a los medicamentos: <http://www.who.int/mediacentre/news/statements/2009/access-medicines-20090313/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (2004). *Acceso equitativo a los medicamentos esenciales: un marco para la acción colectiva*. Obtenido de <http://apps.who.int/medicinedocs/pdf/s4964s/s4964s.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. (2017). *Agenda de Salud Sostenible para las Américas 2018 - 2030. 160.a SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO*. Obtenido de https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=40342&Itemid=270&lang=es
- Organización Mundial de la Salud. (2018). *La escasez mundial de medicamentos y vacunas y el acceso a ellos. CONSEJO EJECUTIVO EB142/13 142.a reunión*. Obtenido de http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274032/B142_13-sp.pdf?sequence=1&isAllowed=y&ua=1
- Organización Mundial de la Salud. (1977). *Selección de medicamentos esenciales*. Obtenido de <http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s20185es/s20185es.pdf>
- Paredes, K. B., & Narvaez, S. A. (2017). *Diagnóstico de Salud en el DMQ 2017*. Obtenido de www.quito.gob.ec: http://www.quito.gob.ec/documents/Salud/Diagnostico_Salud_DMQ2017.pdf
- Ramirez, M. R., Gonzalez, M. Z., & Perez, R. V. (2007). *Prescripción y abasto de medicamentos en el primer nivel de atención*. Obtenido de Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=48713206>
- Ramirez, M. R. (2006). *La Prescripción de medicamentos y su repercusión social*. Obtenido de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662006000400016

- Zavaleta, J. C. (2010). *Programación de Productos Farmacéuticos Nivel Hospitalario*.
Obtenido de [www.digemid.minsa.gob.pe:
http://www.digemid.minsa.gob.pe/UpLoad/UpLoaded/PDF/EURacMed/TrabSalud/ReuTec/RTN_Oct_2010/MR_GAM_1-2-Programacion_productos-farmaceu.pdf](http://www.digemid.minsa.gob.pe/UpLoad/UpLoaded/PDF/EURacMed/TrabSalud/ReuTec/RTN_Oct_2010/MR_GAM_1-2-Programacion_productos-farmaceu.pdf)
- Sistema Nacional de Salud del Ecuador. (2013). *Cuadro Nacional de Medicamentos y Registro Terapéutico Nacional*.
Obtenido de http://www.conasa.gob.ec/phocadownload/cnmb9na/Cuadro_Nacional_de_Medicamentos_Basicos_9na_Revision.pdf
- Acción Internacional por la Salud Nicaragua. (2009). *Uso irracional de medicamentos. Una práctica que limita beneficios, aumenta riesgos y malgasta recursos*. Obtenido de http://www.sld.cu/galerias/pdf/servicios/medicamentos/uso_irracional_de_medicamentos.pdf