



UNR



Maestría en Gestión de
Sistemas y Servicios de Salud



CENTRO DE ESTUDIOS INTERDISCIPLINARIOS
UNIVERSIDAD NACIONAL DE ROSARIO
MAESTRÍA EN GESTIÓN DE SISTEMAS Y SERVICIOS DE
SALUD, COHORTE 2018.

“Análisis del consumo de medicamentos y polimedicación en personas mayores de 65 años, afiliados al PAMI en un Centro de Atención Primaria de la Salud de Comodoro Rivadavia, durante el año 2019.”

Maestrando: Hurtado Claudia Anabel

Directora: Mgtr. María Natalia Echevoyemberry

Comodoro Rivadavia, 21 mayo de 2022.



Dedicatoria

A mi esposo e hijas, por apoyarme a realizar este trabajo.

A ellos...nuestros adultos mayores, gracias por compartir sus experiencias, sus miedos, alegrías y sus enojos.

Al Sr. Hidalgo Emilio A. Coordinador de Mesa de Atención Personalizada de PAMI. UGL XVII Chubut, por su colaboración en entender algunos procesos administrativos en la dispensa de medicamentos del instituto.

Agradezco a la Maestría en Gestión de Sistemas y Servicios de Salud por todo el acompañamiento y la oportunidad de poder plasmar aquí mi experiencia en la práctica con este grupo en particular.

Índice

Glosario.....	4
Resumen.....	5
I.Introducción.....	9
II.Descripción del contexto, formulación y construcción del problema:	
El Sistema Sanitario Local y El Adulto Mayor	12
Construcción epidemiológica del problema/Documentación del problema:	
Aspectos Epidemiológicos.....	14
Polimedicación. Determinantes Sociales.....	18
Nuestro Sistema Sanitario y su respuesta al consumo de medicamentos en el adulto Mayor.....	20
El árbol de Problemas.....	21
Formulación y construcción del problema.....	22
III.Marco Normativo	
Sobre la Creación del INSSJYP.....	26
Sobre la creación del PAMI.....	26
Políticas sociosanitarias y normas que regulan el consumo de medicamentos:	
Sobre la Política Nacional de Medicamentos.....	27
Sobre la Promoción de los Medicamentos Bajo Receta.....	29
Sobre la Publicidad de los Medicamentos.....	30
Sobre los Medicamentos de Venta Libre.....	31
IV.Marco Conceptual/marco lógico	33
V.Determinantes Sociales	
Rol de la Industria Farmacéutica y los Medios de Comunicación	42
Respuesta político-institucional y organizacional.....	46
Adultos Mayores Polimedicados y PAMI. Algunos datos.....	46
VI.El trabajo de Investigación	
Objetivos del trabajo:	
Objetivo general.....	50
Objetivos específicos.....	50
Propuesta de intervención. Diseño, planificación y programación de	

intervenciones:

Metodología de la Intervención.....	50
Resultados.....	50
Tabla 1: Porcentaje de Consultas según sexo, caps. Jorge Newbery, Comodoro Rivadavia, Año 2019.	52
Tabla 2: Distribución de las consultas según sexo y grupo de edad, caps. Jorge Newbery, Comodoro Rivadavia. Año 2019.....	53
Tabla 3: Consultas de mayores de 65 años, ambos sexos. caps. Jorge Newbery, Comodoro Rivadavia, Año 2019.....	54
Tabla 4: Motivos de consulta de mayores de 65 años, ambos sexos. caps Jorge Newbery, Comodoro Rivadavia. Año 2019.....	54
Tabla 5: Razón de recetas emitidas por pacientes mayores de 65 años, ambos sexos. caps. Jorge Newbery, Comodoro Rivadavia, Año 2019.....	55
Tabla 6: Frecuencia de medicamentos recetados en pacientes mayores de 65 años, caps. Jorge Newbery, Comodoro Rivadavia, Durante El Año 2019.....	56
Tabla 7: Cantidad de medicamentos recetados a mayores de 65 años, ambos sexos, en el caps. Jorge Newbery, Comodoro Rivadavia. Según clasificación ATC (Anatomical Therapeutic Chemical), 1er Nivel de codificación, Año 2019.....	57
Tabla 8: Medicamento más recetados de los 6 grupos principales según clasificación ATC (Anatomical Therapeutic Chemical), 1er Nivel de codificación, en mayores de 65 años, caps. Jorge Newbery, Comodoro Rivadavia. Año 2019.....	59
Tabla 9: Características sociodemográficas de personas mayores de 65 años, encuestados. caps. Jorge Newbery, Comodoro Rivadavia, año 2019.....	60
VII. Discusión y conclusiones	
Aportes para la gestión de sistemas y servicios de salud.....	62
Referencias Bibliográficas	65
Anexos	70

Glosario

OMS: Organización Mundial de la Salud

INSSJYP: Instituto Nacional para la Seguridad Social de Jubilados y Pensionados

PAMI: Programa de Atención Médica Integral

CAPS: Centro de Atención Primaria de la Salud

USA: Estados Unidos de América

PRM: Problemas Relacionados con los Medicamentos

RAM: Reacción Adversa a los Medicamentos

APEAS: Estudio Sobre la Seguridad de Pacientes en Atención Primaria de la Salud

SERGAS: Servicio Gallego de Salud

UGL: Unidad de Gestión Local

CMDB: Conjunto Mínimo de Datos Básicos

Resumen

La forma de consumo de medicamentos en el adulto mayor es un problema de salud pública con gran impacto en la vida de las personas. El aumento de la expectativa de vida va de la mano del aumento de co-morbilidades en las personas mayores, y esto incrementa significativamente la polimedicación de éstos. La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha anunciado la puesta en marcha del tercer reto mundial por la seguridad del paciente, cuyo objetivo es, en cinco años, reducir en un 50% la carga mundial de efectos nocivos iatrógenos causados por los medicamentos. La educación y el empoderamiento de los pacientes y sus cuidadores es fundamental para lograrlo, al igual que la gestión eficiente y eficaz de los medicamentos. Actualmente, en el ámbito local no se cuenta con información sobre las características de los tratamientos farmacológicos que reciben las personas mayores; tanto en lo relativo a la prescripción de medicamentos, como con relación a la cantidad y las sinergias que éstos tienen, y los efectos en la calidad de vida de las personas polimedizadas.

Objetivos: Producir y analizar información acerca del consumo de medicamentos en pacientes polimedizados afiliados a PAMI (Programa de Atención Médica Integral) que se atienden en un Centro de Atención Primaria de la Salud (CAPS) de Comodoro Rivadavia y elaborar propuestas que permitan mejorar la gestión de medicamentos.

Métodos: Se realizó un estudio de caso, descriptivo, de corte transversal. Se triangularon fuentes de información primarias y secundarias provenientes de la revisión de historias clínicas y datos del sistema de información en salud de PAMI, sobre frecuencia de polimedizados y cantidad de prescriptores. Se realizaron entrevistas a usuarios para establecer un diagnóstico de la situación, comprender el conocimiento del paciente sobre el tratamiento que recibe, adherencia, las reacciones adversas y alarmas.

Resultados:

De las fuentes analizadas se observó un total de 3073 consultas de las cuales el 57% corresponden al sexo femenino. El principal motivo de consulta de las personas mayores de 65 años en ambos sexos es la emisión de recetas (56%), con un promedio de 5.09 recetas por paciente, con marcada diferencia a favor de las mujeres entre los 60 a 69 años.

Se observó una frecuencia de 50% de afiliados polimedizados. De estos al 27% se le recetó entre 5 y 6 medicamentos, al 13% entre 7 u 8 y un 10% más de 9, y se encontró que de estos un 49% tiene 1 o más médicos prescriptores. Los principales medicamentos indicados son los hipotensores, hipoglucemiantes orales, hipolipemiantes y analgésicos.

Del total de adultos mayores encuestados con media de 77.16 años, el 94% cuenta con algún tipo de sostén familiar y social, la polifarmacia, se detectó en el 42% de los pacientes y el 50% admite que se automedica con mayor frecuencia con analgésicos. El 97% de los pacientes encuestados conoce la indicación de los medicamentos que toma y un 39% reconoce alarmas a efectos adversos y toma medidas.

Conclusiones: El análisis de la información existente permite demostrar la necesidad de abordarlo de forma multidisciplinaria y proponer como intervención un dispositivo de revisión de medicamentos en aquellos polimedizados y fortalecer al usuario sobre el autocuidado y la toma de los medicamentos, para realizar las

intervenciones necesarias que conduzcan a mejorar la eficacia y seguridad de los tratamientos. También interesa, dado el fuerte predominio de la mujer en la consulta y consumo de medicamentos, conocer más aspectos que influyen en esta tendencia.

Palabras clave: Seguridad del paciente, Gestión de medicamentos, Uso racional del medicamento; Medicalización de la vida; Polimedicación. Adulto mayor. Sistema de información en salud.

Resume

The form of medication consumption in the elderly is a public health problem with a great impact on people's lives. The increase in life expectancy goes hand in hand with the increase in co-morbidities in the elderly, and this significantly increases their polypharmacy. The World Health Organization (WHO) has announced the launch of the third global challenge for patient safety, whose objective is, in five years, to reduce the global burden of iatrogenic harmful effects caused by medicines by 50%. Education and empowerment of patients and their caregivers is critical to achieving this, as is efficient and effective medication management. Currently, at the local level there is no information on the characteristics of the pharmacological treatments received by the elderly; both in relation to the prescription of medications, and in relation to the quantity and the synergies that they have, and the effects on the quality of life of polymedicated people.

Objectives: To produce and analyze information about drug use in polymedicated patients affiliated with PAMI (Comprehensive Medical Care Program) who are treated at a Primary Health Care Center (CAPS) in Comodoro Rivadavia and develop proposals to improve management of medications.

Methods: A descriptive, cross-sectional case study was carried out. Primary and secondary sources of information were triangulated from the review of medical records and data from the PAMI health information system, on the frequency of polypharmacy and the number of prescribers. User interviews were conducted to establish a diagnosis of the situation, understand the patient's knowledge about the treatment they receive, adherence, adverse reactions, and alarms.

Results:

Of the analyzed sources, a total of 3073 consultations were observed, of which 57% correspond to the female sex. The main reason for consultation of people over 65 years of age in both sexes is the issuance of prescriptions (56%), with an average of 5.09 prescriptions per patient, with a marked difference in favor of women between 60 and 69 years of age.

It was possible to demonstrate a frequency of 50% of polypharmacy affiliates. Of these, 27% were prescribed between 5 and 6 medications, 13% between 7 or 8 and 10% more than 9 medications. and it was found that of these 49% have 1 or more prescribing physicians. The main medications indicated are hypotensive agents, oral hypoglycemic agents, lipid-lowering agents and analgesics.

Of the total of older adults surveyed with an average of 77.16 years, 94% have some type of family and social support, polypharmacy, was detected in 42% of patients and 50% admit that they self-medicate more frequently with analgesics. 97% of the patients surveyed know the indication of the medications they take and 39% recognize alarms about adverse effects and take action.

Conclusions: The analysis of the existing information on this problem allows us to demonstrate the need to address it in a multidisciplinary way and to propose as an intervention a medication review device in those polymedicated and to strengthen the user on self-care and taking medications, to carry out the necessary interventions that lead to improving the efficacy and safety of treatments. It is also interesting, given the strong predominance of women in the consultation and consumption of medicines, to know more aspects that influence this trend.



Keywords: Patient safety, Medication management, Rational use of medication; Medicalization of life; Polypharmacy. Elderly. Health information system.

I. Introducción

La sociedad moderna presenta un incremento relevante en el consumo de medicamentos para el tratamiento y abordaje de una diversidad de problemas clínicos, sin embargo, una elevada fracción de individuos han adoptado el uso de fármacos bajo una modalidad inapropiada, siendo tal dinámica un importante foco de efectos negativos. Tal contexto supone una problemática a nivel mundial, lo que ha conllevado a un conjunto de esfuerzos destinados al análisis del panorama farmacéutico.

En lo que respecta a la franja etaria superior a 65 años, el consumo de medicamentos ha supuesto innumerables beneficios aumentando así la esperanza de vida en la población, así como la intervención ante distintas comorbilidades. Este incremento del arsenal terapéutico, junto a las mejoras en la alimentación y las condiciones de salubridad de las comunidades, permitió que muchas enfermedades que causaban la muerte prematura de las personas pasaran a un estadio de enfermedad crónica, donde se necesita, además de otras medidas, de los medicamentos para impedir su progresión o complicaciones.

Ahora bien, si los medicamentos son necesarios en muchas situaciones, ¿por qué el interés en abordar su forma de consumo?

Actualmente, existe un estereotipo que aplica a cualquier consulta médica como un espacio donde se prescribe al menos un medicamento, a tal punto que aquellas que no terminan de esta forma son consideradas una pérdida de tiempo por los pacientes con el clásico “no me dio nada para resolver mi problema o no me receto nada”.

Influye también el hecho de que el sistema sanitario parece estar orientado a ligar socialmente la consulta médica a la receta, debido a una corriente por parte de profesionales a recetar medicamentos en detrimento de otro tipo de terapias; lo que pone de manifiesto la necesidad de un cambio sociocultural que supere la dinámica actual. La aplicación sistemática y no individualizada de las directrices de las guías clínicas

pueden ocasionar una sobre medicalización, sobre todo en personas mayores.

Por último, las terapias no farmacológicas habitualmente no son de uso generalizado, bien porque no hayan sido evaluadas en términos de eficiencia y eficacia o bien porque resulten inaceptables para el prescriptor o el paciente. Se considera al consumo inapropiado de medicamentos como problema ya que, es un factor de riesgo, a mayor número de fármacos mayor complejidad, menor grado de adherencia al tratamiento, menor resultado clínico, mayor incidencia de reacciones adversas. Está asociado a mayor riesgo de lesiones por caída y peor funcionalidad y calidad de vida; representa un mayor consumo de recursos sanitarios, gastos farmacéuticos y hospitalización. Por todos estos motivos, la polimedición es sin duda un problema global de salud pública y de seguridad del paciente.

La trayectoria del maestrando como médica de cabecera la lleva a experimentar diversas sensaciones a la hora de realizar la repetición de recetas, acto médico que habitualmente realizan los profesionales de cabecera a diario, donde podría contar un sinfín de experiencias a la hora de prescribir o transcribir un medicamento, lo que despertó su interés por el tema.

Una de las situaciones que se manifiestan en el adulto mayor con respecto a su forma de consumo es la polimedición o sobre medicación. Se entiende por polimedición en términos cualitativos, el hecho de tomar más medicamentos de los clínicamente apropiados, mientras que los criterios cuantitativos establecen un límite en el número de fármacos empleados. El número más extendido parece ser el de 5 medicamentos utilizados de forma crónica.

Por las razones expuestas, este proyecto tiene como premisa central la búsqueda de información y producción de conocimientos acerca del consumo de medicamentos en personas mayores de 65 años, pertenecientes a la obra social PAMI en la comunidad de un barrio de la Ciudad de Comodoro Rivadavia; tal labor permitirá el establecimiento de novedosas alternativas de optimización del contexto actual.

Cabe señalar, que dicha selección de la temática corresponde a la identificación de primera mano, debido al ejercicio profesional de la maestranda en la citada comunidad, por lo que el ejercicio investigativo también se aboca a la generación de un valor agregado a la sociedad, fomentando la obtención de datos que faciliten la intervención en un futuro cercano, en pro de aminorar los efectos negativos del consumo masivo de medicamentos. Además, el desarrollo de esta labor permitirá la obtención de un trabajo divulgable en otros ámbitos académicos como congresos o reuniones interinstitucionales.

II. Descripción del contexto, formulación y construcción del problema

El Sistema Sanitario local y el Adulto Mayor

En la actualidad, el Sistema Sanitario de la Provincia de Chubut se encuentra casi paralizado debido a conflictos salariales desde el año 2019, lo que perjudica el funcionamiento en la localidad del sistema sanitario público y privado. En este contexto, uno de los grupos más perjudicados son los individuos de la franja etaria de mayores de 65 años, ya que la inoperatividad del aparataje sanitario y la existencia de una obra social específica para este grupo ha provocado un distanciamiento de las instancias públicas referente a sus problemáticas.

En ese contexto, uno de los problemas de mayor preponderancia para esta fracción de la población provincial es el consumo inadecuado de medicamentos. A pesar de ser en nuestra localidad uno de los principales consumidores del servicio público, como es el Hospital Alvear y los centros de salud provinciales y municipales que cuentan con médicos de cabecera, este grupo también es consumidor de servicios privados de salud en la localidad. Esto indica que la multiplicidad de actores intervinientes es uno de los factores claves en la forma de consumo de medicamentos.

La escasa aplicación de programas de salud dirigida a los adultos mayores en las instituciones públicas juega un rol importante en la forma de abordaje de los problemas de salud de este grupo en particular (múltiples formas de atención-consultorios, guardias- distintos médicos prescriptores, poca o nula devolución de las interconsultas, fácil acceso a la compra de medicamentos de venta libre y la escasa implementación de terapias alternativas). Ningún Centro de Atención Primaria de la Salud cuenta la normalización de un proceso de atención en la Tercera edad como sucede por ejemplo con el Control Prenatal y el Control de Niño Sano.

La OMS ha reconocido el papel crítico que los centros de atención primaria de la salud desempeñan en la salud de los adultos mayores en todas partes del mundo, y la importancia de que dichos servicios sean

accesibles y se adapten a las necesidades de ese grupo de edad¹. De allí la importancia que los actores que forman parte de las instituciones de salud que asisten a los pacientes con edades avanzadas, reconozcan la problemática y sean los grandes potenciadores del cambio. A pesar del papel crítico que desempeñan los centros de atención primaria en la salud y el bienestar de los adultos mayores, estos últimos enfrentan muchas barreras cuando necesitan atención.

El transporte al centro de salud les puede resultar difícil o demasiado costoso a una fracción de los adultos mayores, además la operatividad de las instituciones les exige estar en los establecimientos a tempranas horas en condiciones incómodas, en pro de ser atendidos por un médico u otro miembro del equipo de salud. Además, pueden tener dificultades para completar los formularios requeridos, y el personal, sobrecargado de trabajo, puede mostrarse impaciente con ellos.

Después de esperar horas, puede que los atienda solo unos minutos un profesional clínico que no tiene tiempo para escuchar todas sus preocupaciones, que pasa por alto signos críticos de alerta y que no posee el entrenamiento geriátrico necesario para llegar al diagnóstico correcto o recetar el tratamiento adecuado. Los pacientes no siempre pueden hacerle frente al costo de los medicamentos prescritos ni entender por qué deben tomarlos o qué efectos secundarios deben notificar. La inquietud del maestrando es indagar sobre todo en estos aspectos relacionados a la percepción de los pacientes sobre su estado de salud y el conocimiento que poseen sobre su tratamiento.

Entonces contar con equipos de trabajos bien conformados, capacitados en la atención de los adultos mayores e interesados en la problemática del consumo de medicamentos, ayudaría a realizar el seguimiento y revisión periódica de los medicamentos para prevenir las complicaciones derivadas

¹ El marco de las políticas para un envejecimiento activo, de la OMS, que se lanzó en ocasión de la Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento celebrada en 2002, se centra en el estilo de vida y en los factores que determinan la salud durante el envejecimiento.

“Por lo general los adultos mayores prefieren envejecer en su propio hogar, comunidad o ambiente familiar. La proximidad, accesibilidad, buena relación costo-efectividad y adaptación al usuario de los servicios comunitarios de APS revisten, por lo tanto, una importancia crítica para la salud y el bienestar de los adultos mayores y de sus familias.”

de su uso inadecuado. A la vez que es importante trabajar sobre tratamiento alternativos y sobre todo de promoción y prevención de la salud.

Aspectos Epidemiológicos:

La polimedicación es un fenómeno frecuente que aumenta con la edad, al igual que su morbilidad asociada; igualmente es vital señalar que su prevalencia depende en muchos casos de los criterios que se utilicen para definirla. Utilizando criterios cualitativos, en adultos mayores que viven en residencias en Estados Unidos, un estudio demostró que alrededor del 40% tenía al menos un medicamento inapropiado, y el 10% dos o más medicamentos inadecuados, siguiendo los criterios de Beers².

Si hablamos de población ambulatoria de adultos mayores, la prevalencia, siguiendo los mismos criterios, sería aproximadamente del 25%. Si nos atenemos a criterios cuantitativos, hay estudios que cuentan que el 20% de las personas mayores de 70 años están en el momento del estudio tomando cinco o más fármacos, aunque otras series sitúan la cifra en personas por encima de 65 años en alrededor del 50% (referidos a consumo auto declarado en la última semana). En USA un 20% de beneficiarios de Medicare tienen 6 o más procesos crónicos y el 50% reciben 5 o más medicamentos (Tinetti et al. 2004).

En los últimos años se han desarrollado diversas herramientas para evaluar y mejorar la calidad de la prescripción y el uso de medicamentos en las personas mayores utilizando dos tipos de criterios: los implícitos, fundamentados en el juicio clínico y los explícitos, basados en criterios objetivos obtenidos a partir de técnicas de consenso y opiniones de expertos.

² **Criterios de Beers:** se estructura en diferentes criterios definidos por una serie de principios activos que deben evitarse en los mayores de 65 años y medicamentos inadecuados en estos pacientes en algunas condiciones. Desde que se publicaron en 1991, los criterios de Beers son una referencia esencial para la terapia farmacológica en este grupo de edad y han mostrado ser de gran utilidad en la reducción de prescripciones de medicamentos potencialmente inadecuados para los mayores de 65 años.

Los criterios explícitos detectan sobre todo prescripción inadecuada (fármacos que deben evitarse o que no están indicados para determinadas condiciones o patologías).

Los más conocidos y de uso más extendido son los criterios de Beers, desarrollados en Estados Unidos, y los de McLeod, de Canadá. Ambos se centran en detallar en listados los medicamentos a evitar en cualquier circunstancia, las dosis de determinados fármacos que no se deben superar, y fármacos a evitar en determinadas patologías.

Los criterios Beers, además de las características antes comentadas, se pueden aplicar a todos los ancianos, independientemente de si viven en la comunidad o están ingresados o institucionalizados. Se han utilizado igualmente tanto con fines clínicos como para evaluar epidemiológica y económicamente planes de salud. No tienen en cuenta las posibles interacciones entre medicamentos, ni las duplicidades ni la inframedicación. Los criterios de McLeod, por su parte, son muy similares a los de Beers, pero contemplan además las interacciones fármacos-enfermedades. Sin embargo, están desfasados (por ejemplo, recoge como contraindicado en los pacientes ancianos con insuficiencia cardíaca congestiva el uso de betabloqueantes), por lo que están en desuso. Sin embargo, los criterios de McLeod et al. (1996) tienen como ventaja que permiten desarrollar una valoración referente a la adecuación de los fármacos en el contexto de enfermedades concretas; los 14 medicamentos inapropiados según los criterios canadienses son señalados a continuación (Ver Tabla 1).

Tabla 1. Criterios Canadienses

Beta bloqueantes adrenérgicos y Enfermedad pulmonar obstructiva (EPOC)
Beta bloqueantes adrenérgicos y enfermedad cardiaca congestiva
Bloqueantes de los canales de calcio, excepto amlodipino y felodipino y enfermedad cardiaca congestiva
Diuréticos tiazídicos y gota
Benzodiacepinas de semivida de acción larga
Antidepresivos tricíclicos y glaucoma
Antidepresivos tricíclicos y bloqueo cardiaco
Antidepresivos tricíclicos con metabolitos activos
Metilfenidato para tratar depresión
Antiinflamatorios no esteroideos y ácido acetilsalicílico a dosis superiores a 1300 mg/día y úlcera péptica
Antiinflamatorios no esteroideos e hipertensión
Utilización prolongada de Antiinflamatorios no esteroideos para osteoartritis
Anticolinérgicos para el tratamiento de efectos adversos antipsicóticos
Utilización prolongada de difenoxilato para tratar diarrea

Fuente: Mcleoud et al. (1996)

En los últimos años, se han desarrollado otros métodos explícitos más sencillos. Por un lado, un equipo de geriatras irlandeses ha elaborado una herramienta de cribado consistente en dos instrumentos: el Screening Tool to Alert Doctors to Right Treatment (START) ("Right" sería traducido como "adecuado"), que consiste en un listado de 22 indicadores de prescripción basado en la evidencia de medicamentos para enfermedades prevalentes en la edad anciana, y el Screening Tool of Older Persons Prescriptions (STOPP), que es un listado de 65 criterios clínicamente relevantes de medicamentos de prescripción potencialmente inapropiada, ordenado por sistemas fisiológicos. Se centra en problemas potenciales asociados con las medicaciones en un contexto de la comorbilidad propia de la edad anciana.

La validez de los criterios Start-Stop fue establecida a través de un consenso como Delphi, donde participaron 18 expertos en farmacoterapia geriátrica de Irlanda y Reino Unido, para dicha labor se consideró una muestra poblacional conformada por 715 pacientes mayores hospitalizados con enfermedad aguda, donde los resultados más relevantes permitieron establecer que 35% del muestreo presentó al menos una prescripción

potencialmente inapropiada, según los criterios STOPP (Gallagher et al., 2008).

En España la frecuencia de polifarmacia en mayores de 65 años no institucionalizados es de $2,6 \pm 2$ medicamento por paciente (Valderrama et al. 1998); cabe señalar, que amplios estudios poblacionales han demostrado que la ocurrencia de reacciones adversas medicamentosas es 50 por mil personas y año, de las cuales el 0,7% son mortales, el 8,9% son potencialmente mortales, el 28,3% son graves y el 62% son significativas (Gurwitz et al. 2003). En España se realizó un estudio sobre la seguridad de los pacientes en atención primaria de salud, en el que se observó que el 48,2% de los efectos adversos ligados a la asistencia sanitaria están causados por la medicación (Ministerio de Sanidad y Consumo. 2008).

En la población ambulatoria por encima de 65 años, el consumo crónico medio de medicamentos oscila, según estudios, entre unos 7 y 13 %. Una guía de práctica clínica publicado por Fisterra y revisada en el año 2020 refiere que la polimedicación entre la población de más de 65 años en España oscila en un 27,3%. Esta prevalencia es inferior a otros estudios de alcance regional y a algunos de los europeos (Morin M, 2018) en los que se estiman prevalencias más altas (44-49%), mientras que la de uso de medicamentos inapropiados está en el 34%; la infra medicación (la no utilización de medicamentos que han demostrado ser útiles y seguros para el tratamiento o prevención de condiciones o enfermedades concretas) también es un fenómeno importante según el estudio, y se estima que estaría en torno al 24%.

Según datos que el World Population Data Sheet (With a Special Focus on Changing Age Structures) publicó en el año 2018, el 16% de la población mundial tendrá más de 65 años en el 2050, vs el 9% en el año 2018. En España el 17% de la población tiene más de 65 años y consumen el 73% del gasto farmacéutico (Servicio Madrileño de Salud. 2012). En Argentina según datos del censo del año 2010 la población estimada es del 11 %, teniendo en cuenta que ya transcurrieron 10 años, se espera la realización del próximo censo para comprobar las proyecciones de 11,79% (hombres

2.216.487 /mujeres 3.052.135) para los mayores de 65 años (estimada al año 2018).

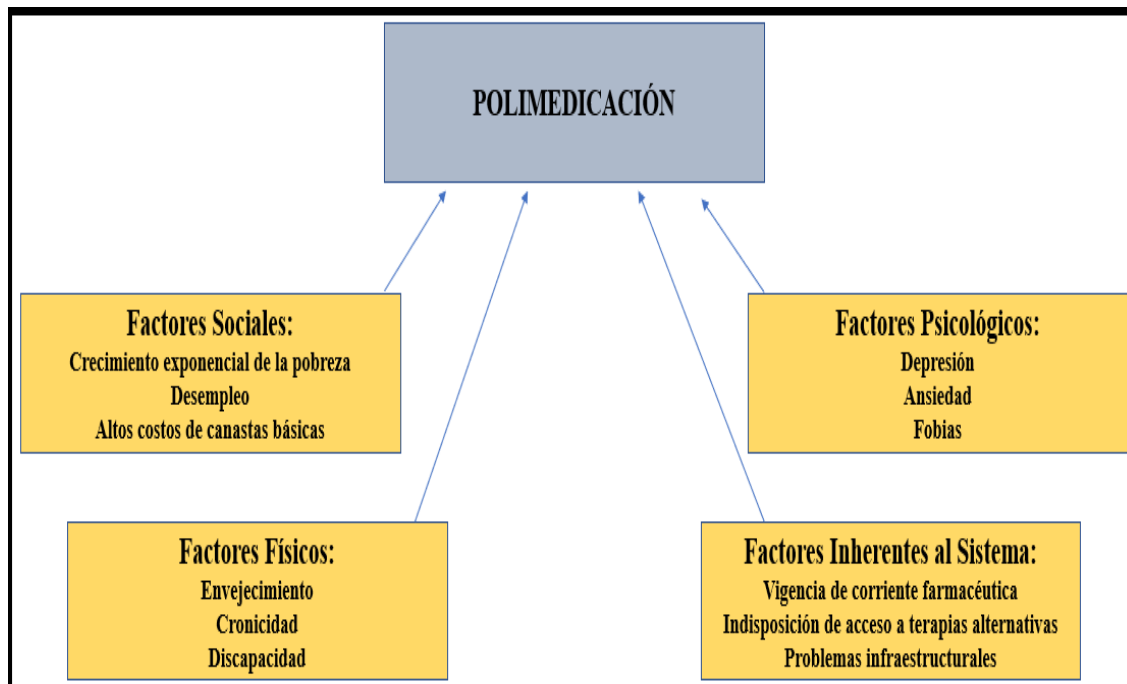
En nuestro medio, un estudio realizado para evaluar el uso de medicamentos y la prescripción inadecuada en adultos mayores ambulatorios de la ciudad de La Plata, en el año 2009, arrojó como resultado de las 215 personas del estudio, que el promedio de medicamentos usados fue $3,19 \pm 2,02$, la polimedición estuvo presente en 24,1 % de los sujetos. (Regueiro et al. 2011).

Polimedición. Determinantes Sociales

Existen múltiples factores que se asocian a la polimedición, tanto aspectos internos como externos del propio paciente, que abarcan desde la situación económica baja, el uso de ansiolíticos, tener mayor contacto con los servicios sanitarios en los últimos 3 meses, el haber tenido ingresos hospitalarios previos, tener tres o más enfermedades crónicas, padecer trastornos depresivos, ser mayor de 75 años, dependencia física, y pobre autopercepción de la salud; entre otros elementos.

Mientras que los determinantes sociales como la soledad, el aislamiento social, la disponibilidad de recursos socioeconómicos y el nivel educativo son elementos para tener en cuenta. No olvidemos los factores inherentes al sistema sanitario como las deficiencias de comunicación entre los profesionales, sobredimensionamiento social sobre los beneficios de los medicamentos e infravaloración de sus riesgos, inconvenientes y costos, aplicación acrítica y directa de protocolos y guías clínicas, entre otros (Ver Figura 1). (Regueiro et al. 2011).

Figura 1. Factores asociados a la polimedición



Fuente: Elaboración propia en base a Villafaina, A. y Gavilán E. (2021)

Estos factores son aplicables a múltiples contextos, como el actualmente abordado donde el hecho de que haya varios médicos y farmacias involucradas en la prescripción y dispensación de los fármacos de una misma persona, lo cual favorece la descoordinación y, por ende, un escaso control y revisión de la medicación que deriva en duplicidades e interacciones evitables. Como puede observarse en la figura 1 todos estos determinantes generan y mantienen el problema de los polimedificados.

Diversos estudios extranjeros mencionan que los factores asociados a la polimedición dibujan un perfil correspondiente a una persona mayor, con un nivel sociocultural bajo, con múltiples enfermedades crónicas y dependiente de los servicios sanitarios. (Villafaina Barroso y Gavilán Moral. 2011).

En tal sentido, el trabajo actual tiene como propósito conocer la situación respecto a la polimedición en los pacientes mayores de 65 años de ambos sexos, afiliados al Instituto Nacional de Seguridad Social Para Jubilados y Pensionados, bajo el Programa de Asistencia Médica Integral (PAMI), que recibieron atención médica en el Centro de Salud Jorge Newbery, en la

localidad de Comodoro Rivadavia, durante el periodo comprendido entre el 1 de enero hasta el 31 de diciembre del 2019.

Nuestro Sistema Sanitario y su respuesta al consumo de medicamentos en el Adulto Mayor

Actualmente no se realiza el abordaje de la polimedición en nuestro país, a pesar de que existe una Política Nacional de Medicamentos, que juega un papel importante actualmente como regulador del precio de los medicamentos y en favorecer la accesibilidad de estos a la población, tanto en el sistema sanitario público como en el privado. Como el maestrando menciona al principio no es interés de este trabajo abordar ese aspecto, ya que por diferentes mecanismos los afiliados de la obra social que estudiamos tienen garantizado hasta el momento el acceso a sus medicamentos.

La organización de nuestro sistema sanitario fragmenta la prescripción, obliga que se adapte a cada centro de salud e impide la comunicación entre los niveles asistenciales. A la vez por la existencia de diferentes médicos prescriptores en los distintos niveles (médicos de cabecera, especialistas interconsultados, médicos de servicios de urgencias, etc.), y el hecho de que no se realice una correcta historia farmacoterapéutica, como el carecer de registros únicos o tecnologías de información dificulta la comunicación. Otra cuestión importante es la incapacidad de las organizaciones sanitarias de contar con profesionales como los farmacéuticos clínicos en estos procesos donde tienen un indudable papel.

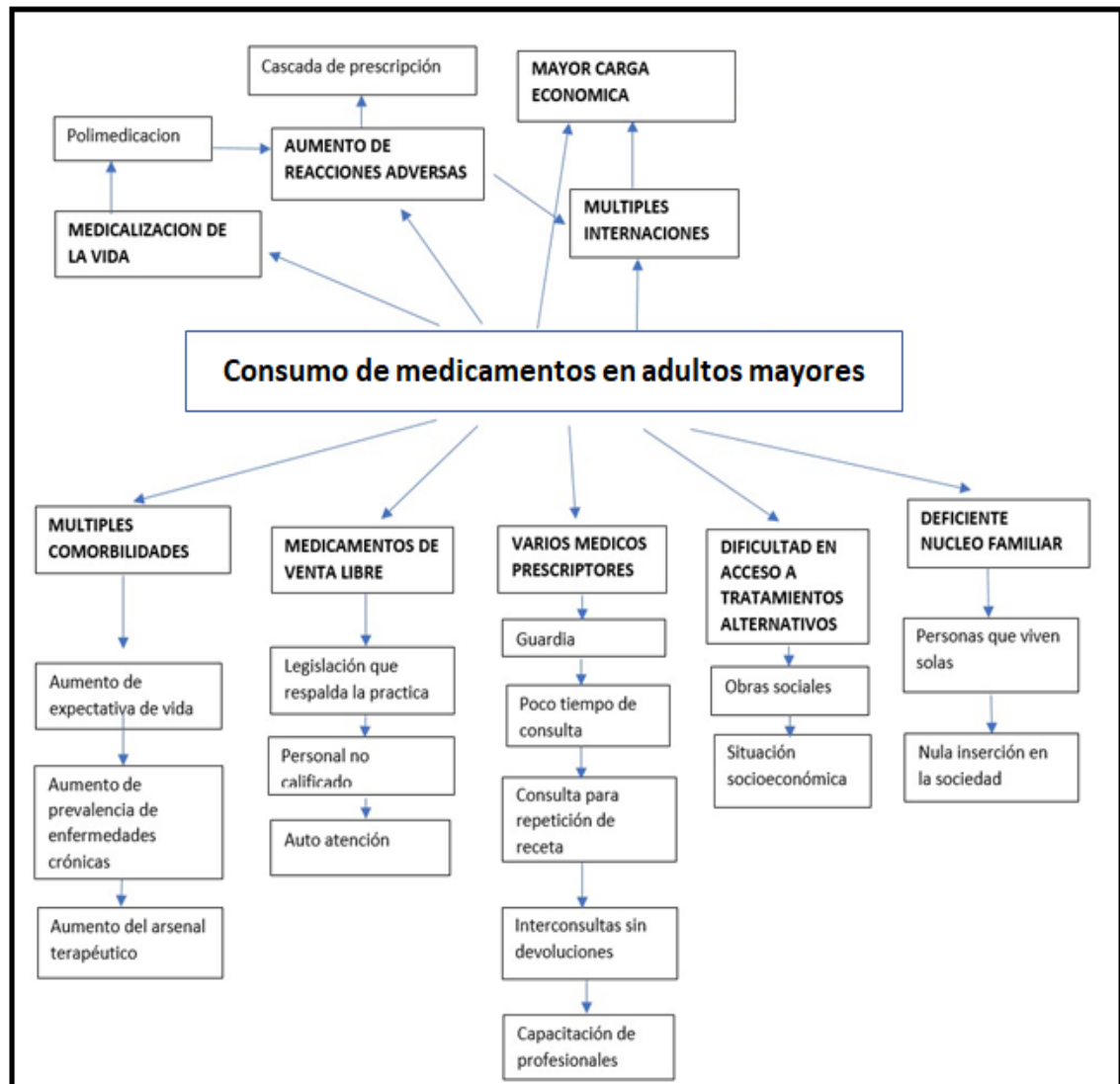
En esta población que se estudia, afiliados a la obra social PAMI, que en la actualidad cuenta con cerca de 4952659 afiliados y 8928 médicos de cabecera distribuidos en todo el país, como los principales responsables de comandar el tratamiento de los afiliados de su cápita, nos da idea de esta fragmentación y del difícil abordaje. El maestrando cree que abordar este problema de gestión es importante ya que podría mejorar ciertos indicadores

de salud en los adultos mayores (por ejemplo, caídas, ingresos hospitalarios, prolongación de la estancia hospitalaria, reingresos y mortalidad).

El Árbol de Problemas

El Árbol de problemas nos permite identificar con mayor claridad como múltiples causas que facilitan la Polimedización tiene consecuencias no solo en la calidad de vida de los pacientes, sino también en las de sus familias, comunidades y la repercusión en las obras sociales y el sistema sanitario.

Figura 2. Árbol de Problemas



Fuente: Elaboración propia (2020)

El árbol del problema suministrado permite identificar una serie de problemáticas que derivan en el consumo de medicamentos en los adultos mayores, destacando que existen una serie de factores asociados a esta realidad negativa, señalando que la mayoría tienen una relación con problemas físicos en la población; siendo uno de los aspectos más comunes la presencia de comorbilidades, las cuales debido a la cultura farmacéutica vigente en las instituciones sanitarias, sólo es combatida a través de prescripciones médicas, obviando terapias alternativas.

Igualmente, se pueden referenciar otros subproblemas que inciden en la problemática central objeto de estudio, como el acceso a la venta libre de medicamentos o la disposición de las infraestructuras sanitarias nacionales, que en ocasiones impiden a los ciudadanos tratarse con un mismo profesional de la salud; por lo que el abordaje por distintos médicos a veces se traduce en la determinación de varias recetas como mecanismo de combate a una misma patología.

Formulación y construcción del problema

El consumo irracional de medicamentos representa uno de los problemas más importantes en el contexto mundial, debido a los daños que puede ocasionar sobre los organismos si dicho uso no corresponde al tratamiento de una afección o si la aplicación dada no es la adecuada. Dicha aseveración esta soportada en cifras así lo demuestran los estudios de la Organización Mundial de la Salud que señalan que, para mediados de 2018, los gastos mundiales por concepto de adquisición de fármacos alcanzaban los 1,1 billones de dólares (OMS, 2018:5).

Estas cifras representan un aumento ostensible en comparación a períodos anteriores, y existen una diversidad de causas a las que se atribuye dicho incremento, que van desde la polifarmacia hasta la automedicación por parte de la población (Mortara y Zanfrillo, 2018:2); dejando de lado los posibles detonantes de este patrón negativo en la sociedad moderna, es vital

esclarecer que dentro del territorio nacional también existen señales de uso discriminado de medicamentos.

Tal problemática está muy ligada a los adultos mayores, debido a que por una multiplicidad de factores tanto sociales como físicos requieren un consumo activo de diversos medicamentos para la atención de patologías o demás afecciones. Sin embargo, en ocasiones este uso indiscriminado promueve la polimedicación, que se presenta por el consumo de varios fármacos simultáneamente para la atención de comorbilidades; en el escenario local el Programa de Atención Médica Integral juega un rol fundamental ya que es la institución encargada para suplir los requerimientos de una fracción importante de individuos con edades superiores a los 65 años.

La tasa de esta franja etaria que se encuentra afiliada al PAMI es superior al 50% de la población, así lo señalan datos del Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (2019). A partir de estas cifras, el presente proyecto tiene como objetivo caracterizar el consumo de medicamentos en pacientes polimedificados afiliados al PAMI, que se atienden en un Centro de Atención Primaria de la Salud (CAPS) de Comodoro Rivadavia.

Este estudio es de vital relevancia, ya que persigue alcanzar innovadoras propuestas que permitan optimizar la situación y orientar a la población referido a otras alternativas de abordaje de sus afecciones; debido a que en muchos casos el consumo excesivo de medicamentos puede provocar interacciones negativas en los individuos y poca adherencia al tratamiento; así los demuestran distintos estudios como el de Piera (2017), el cual contempló una población de 385.340 personas en España, obtenido una diversidad de resultados como que la prevalencia de polimedicación en las personas mayores de 75 años incluidas en la muestra, es del 38,8% con una media de 7,4 fármacos, así como la evidencia de interacciones medicamentosas de relevancia clínica presentes en el 39.5% de los usuarios objeto de estudio.

La diversidad de trabajos de esta índole aporta una suficiencia empírica al presente proyecto, ya que permite clarificar la magnitud de esta problemática en ocasiones poco visible pero que diariamente produce efectos negativos en los adultos mayores especialmente; ya que a pesar del seguimiento institucional vigente en organismos como el PAMI, aún existen desviaciones en el proceso atribuibles a innumerables causas, siendo el aspecto social uno de los rasgos más relevantes.

Entre la diversidad de fuentes de información usadas se pueden destacar a aquellas de carácter primarias como proyectos y artículos técnicos referentes a la temática, así como fuentes producto del desarrollo de una labor de campo compuesto por técnicas tales como observación directa o entrevistas.

Entre las referencias en materia de estrategias destinadas al abordaje de esta problemática, se destaca el proyecto europeo SIMPATHY (Stimulating Innovation Management of Polypharmacy and Adherence in The Elderly), el cual inicialmente fue desarrollado por el Gobierno de Escocia y ahora ha sido replicado en diversas naciones europeas; el mismo tiene como premisa estimular y promover una dinámica innovadora en la gestión de la polifarmacia y la adherencia apropiada de los pacientes, con una minuciosa atención en las prácticas de polifarmacia inadecuadas (Clinic Barcelona, 2015).

Este proyecto pretende ejecutar una evaluación periódica de diversas estrategias de optimización del problema, lo que derivará en un aumento de la calidad de vida en adultos mayores, para que disfruten de un período de vejez más activa; así como en el aseguramiento de la viabilidad de los diferentes sistemas de salud a nivel europeo (Clinic Barcelona, 2015).

A nivel latinoamericano, también algunas naciones han adoptado mecanismos para mejorar la situación de la polifarmacia en adultos mayores, siendo Chile una nación de referencia debido a su proyecto SIDRA (Sistema de Información de la Red Asistencial), que se encarga de recoger datos referentes a morbilidades, tratamientos farmacológicos, intervenciones de salud y derivaciones del usuario; entre otros datos. Esta labor permite



Maestría en Gestión de
Sistemas y Servicios de Salud

apoyar una sólida gestión clínico-asistencial-administrativa, que controla los datos de los pacientes y los medicamentos que consumen, disminuyendo los riesgos de interacciones farmacológicas (Sánchez et al., 2019).

III. Marco Normativo

Sobre la Creación del Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados

La promulgación de la Ley N°19.032 durante el año 1971, establece la creación del Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados, que funcionara como persona jurídica de derecho público no estatal, con individualidad financiera y administrativa, de acuerdo con las normas de la presente ley. Además, su acción queda sometida al contralor de la Sindicatura que se instituye en su seno, quedando su auditoría externa a cargo de la Auditoría General de la Nación.

El artículo 2 de la mencionada legislación establece que el Instituto tendrá como objeto otorgar a los jubilados y pensionados del régimen nacional de previsión y del Sistema Integrado de Jubilaciones y Pensiones y a su grupo familiar primario, las prestaciones sanitarias y sociales, integrales, integradas y equitativas, tendientes a la promoción, prevención, protección, recuperación y rehabilitación de la salud, organizadas en un modelo prestacional que se base en criterios de solidaridad, eficacia y eficiencia, que respondan al mayor nivel de calidad disponible para todos los beneficiarios de la institución.

Sobre Creación del PAMI

El Decreto Reglamentario 1157/71 B.O. 28/5/71 contemplaba la creación del Programa de Atención Médica Integral, su creación fungió bajo el objetivo de brindar asistencia médica integral a las personas mayores.

El PAMI en la actualidad es la obra social más grande de Latinoamérica, debido a que brinda acompañamiento a cerca de 5 millones de jubilados y sus familiares a cargo, pensionados y veteranos de Malvinas; incluyendo prestaciones médicas y sociales, resaltando que una vida activa es clave para gozar de una buena salud. La institución cuenta con más de 600

Agencias de Atención y 38 Unidades de Gestión Local, donde se pueden realizar todos los trámites y recibir una atención personalizada.

Políticas sociosanitarias y normas que regulan el consumo de medicamentos

Sobre la Política Nacional de Medicamentos

En el año 2002, en medio de una crisis que comprometía directamente el acceso de la población a los medicamentos, se dio comienzo a una de las mayores políticas de Estado que haya conocido el sector salud argentino. El Ministerio de Salud de la Nación, apoyado por las autoridades provinciales, inauguró la llamada Política Nacional de Medicamentos (PNM), que involucró tres ejes: la utilización de medicamentos por su nombre genérico; la selección racional de los productos a ser financiados con recursos colectivos; la provisión pública y gratuita de medicamentos esenciales ambulatorios a través del Programa Remediar. En el año 2007 finalmente, mediante la Resolución 1412/2007 crea la Comisión Nacional Asesora para el Uso Racional de Medicamentos. Motivado en que la irracionalidad en el uso de los medicamentos sigue siendo un problema urgente y generalizado en el sector sanitario, público y privado, de los países desarrollados y en desarrollo, con graves consecuencias en términos de resultados inadecuados para los pacientes, reacciones adversas a los medicamentos, aumento de la resistencia a los antibióticos y sobreutilización de recursos. Y que la Organización Mundial de la Salud—OMS— ha emitido múltiples resoluciones a través de la Asamblea Mundial de la Salud por las que insta a los Estados Miembros a la adopción de medidas concretas sobre el uso racional de los medicamentos por parte de los prescriptores, dispensadores y pacientes. En el marco del PLAN FEDERAL DE SALUD y en consonancia con la petición de la OMS, se implementó la Política Nacional de Medicamentos y la adhesión a la Alianza Mundial por la seguridad de los pacientes, promoviendo acciones tendientes al recupero, cuidado, promoción y protección de la salud. Delineando pautas para contribuir al uso

racional de medicamentos, identificando los problemas generales de la prescripción y de calidad en la atención sanitaria relacionada con ello. Desarrollando estrategias de intervención para promover el uso racional de medicamentos. Desarrollando indicadores de impacto de la aplicación de esta política en la comunidad y Promoviendo campañas de educación y concientización sobre el uso racional de medicamentos y su divulgación.

En el año 2018, Los ministros de Salud del país acordaron una Política Nacional de Medicamentos, en el marco de la reunión del Consejo Federal de Salud (COFESA) que se desarrolló en la ciudad de La Rioja, el ministro de Salud de la Nación, Adolfo Rubinstein, propuso a sus pares provinciales “que nos acompañen para promover una política de precios de los medicamentos y la ampliación de la cobertura”, y abordar la política de medicamentos y cómo hacer frente a los precios de los mismos que están condicionando la sustentabilidad del sistema de salud”. Además, apoyaron al proceso que está liderando en la actualidad el PAMI en la compra de medicamentos, dado su papel como principal formador de precios en el mercado farmacéutico. En este sentido, propuso a los ministros a “seguir este camino ya que hoy los gastos de salud son enormes y tenemos que maximizar los recursos y comprar bien dentro de un mercado de salud muy fragmentado.

Recientemente el Ministerio de Salud, a través de la Resolución 358/2020 RESOL-2020-358-APN-MS Ciudad de Buenos Aires, 28/02/2020 crea el Consejo Asesor para la Política Nacional de Medicamentos (ConMed), en el ámbito del Ministerio de Salud, el cual será presidido por el Ministro, que tendrá a su cargo asesorar, opinar y emitir recomendaciones, de forma no vinculante, relacionadas con el desarrollo e implementación de la Política Nacional de Medicamentos 2020-2023, con el objetivo de lograr un mayor acceso, calidad y promoción del uso racional de los medicamentos, a partir de acciones y propuestas en el marco de una política de Estado que sea avalada y observada por los distintos sectores y actores del sistema. El Consejo Asesor para la Política Nacional de Medicamentos es un espacio de consulta y participación que estará integrado por todos los actores

involucrados en la creación y desarrollo de una política nacional de medicamentos. Presidido por el Ministro de Salud y coordinado por la Subsecretaría de Medicamentos e Información Estratégica, estará conformado inicialmente por representantes de la Superintendencia de Servicios de Salud (SSS), la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica (ANMAT), la Agencia Nacional de Laboratorios Públicos (ANLAP), la Comisión Nacional de Evaluación de Tecnologías de Salud (CONETEC), el Instituto Nacional de la Propiedad Industrial (INPI), la Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud “Dr. Carlos G. Malbrán” (ANLIS), el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (PAMI), los Ministerios de Ciencia, Tecnología e Innovación y de Desarrollo Productivo, y el Consejo Federal de Salud (CoFeSa), entre otros.

Cabe señalar que la creación de este consejo asesor forma parte de una estrategia federal que, a través de la articulación entre los actores relevantes del sector, busca promover la disponibilidad y el acceso a medicamentos. Además, se abordarán temas como los precios de referencia para la seguridad social; la renovación de la ley de prescripción por nombre genérico; la rectoría sobre pautas de financiamiento y cobertura; y el fortalecimiento de la posición nacional e internacional en materia de propiedad intelectual y salud pública, entre muchas otras medidas que se irán desarrollando durante los próximos años de la gestión.

Sobre la Promoción de los Medicamentos Bajo Receta

También el Ministerio de Salud de la Nación, mediante la Resolución N° 627/2007, se ha ocupado de regular una cuestión sumamente delicada: la promoción de los medicamentos bajo receta a los profesionales de la salud. Si bien la ley 16.463 (conocida como “Ley de Medicamentos”) prohibía la difusión de anuncios al público en general de todo medicamento que no fuera de venta libre, dicha limitación no alcanzaba obviamente a los profesionales facultados para prescribirlos o dispensarlos. En definitiva, son

ellos los más interesados en disponer de información adecuada sobre las especialidades medicinales existentes, a fin de poder cumplir adecuadamente su misión. Sin embargo, existía un vacío legal con respecto a los criterios éticos en los cuales debía enmarcarse dicha promoción, que realizan los laboratorios que comercializan los productos a través de distintas modalidades como el contacto personal a través de sus visitantes, distribución de muestras médicas, información difundida a través de soportes gráficos o audiovisuales, entre otros.

De acuerdo con lo expuesto en sus mismos considerandos, la norma propende a que estas prácticas se realicen teniendo en cuenta “los importantes intereses de salud pública que concurren en esta materia”. Por eso, la información “debe ser proporcionada con objetividad y veracidad y debe estar de acuerdo con todas las leyes y reglamentos aplicables”. En la parte dispositiva de la norma, se establece como principio general que la promoción de medicamentos deberá favorecer su uso racional, “presentándolos en forma objetiva dentro del marco de sus propiedades farmacológicas, acción terapéutica e indicaciones aprobadas” (art. 3º inc. “c”). Mediante estos principios se pretende, de alguna manera, desalentar (y, en su caso, sancionar) las “prácticas promocionales que incentivan circuitos comerciales que desvirtúan las buenas prácticas de prescripción y atentan contra el uso racional de medicamentos”. En consecuencia, a partir de la sanción de esta norma, se prohíbe a los laboratorios productores otorgar, ofrecer o prometer a los profesionales de la salud, ya sea por sí o por medio de quienes actúen en su nombre o representación, “cualquier tipo de incentivos o beneficios de cualquier naturaleza como primas, ventajas pecuniarias o en especies o de cualquier otro tipo” (art. 15).

Sobre la Publicidad de los Medicamentos

Igualmente contamos con leyes que regulan la publicidad de medicamentos como la publicada en el Boletín Oficial del 20-ago-2015 Número: 33196 Página: 66 que establece que las empresas titulares de

productos sujetos a vigilancia sanitaria deben notificar a esta administración nacional toda publicidad (tradicional o no tradicional) dirigida a la población en general, respecto a los de la especialidad medicinal de venta libre, suplementos dietarios, dispositivos de tecnología médica, etc. Tomando en cuenta los derechos reconocidos por la Convención Constituyente de 1994 que garantiza el derecho de los consumidores y usuarios de bienes y servicios a la protección de su salud, seguridad e intereses económicos; a una información adecuada y veraz; a la libertad de elección y a condiciones de trato equitativo y digno (Artículo 42 de la Constitución Nacional), con el fin de evitar que los consumidores tomen decisiones equivocadas basadas en afirmaciones falsas, engañosas, no veraces, sobre las propiedades y características de un determinado producto, se han dictado, en el ámbito nacional e internacional, diversas normativas en relación a esto.

Sobre los Medicamentos de Venta Libre

En el año 2010, La Ley Nacional N° 17.565 que establece el Régimen Legal del Ejercicio de la Actividad Farmacéutica, y de la habilitación de las farmacias, droguerías y herboristerías. A través de esta ley muchas provincias y municipios prohibieron la venta de medicamentos en comercios, kioscos y demás establecimientos que anexan la venta de distintas drogas farmacológicas como ser analgésicos, antitusígenos, ansiolíticos, antiplaquetarios, antiácidos, etc. Los cuales al ser de venta libre no existe ningún control ni registro, por lo que existe una venta deliberada e inconsciente, ya que hasta a veces ofrecen alguna pastilla como “vuelto”, que según un informe de la OMS más de la mitad de las personas que consiguen estos medicamentos de manera inapropiada, hacen uso incorrecto del mismo, adoptando la forma de utilización excesiva, insuficiente o indebida de los medicamentos.

Ley 26567, que dispone que únicamente los farmacéuticos o autorizados podrán dispensar medicamentos denominados de venta libre en farmacias habilitadas. La preparación de recetas, la dispensa de drogas, medicamentos, incluidos los denominados de venta libre y de especialidades

farmacéuticas, cualquiera sea su condición de expendio, sólo podrán ser efectuadas en todo el territorio de la Nación, en farmacias habilitadas.

Todas las Leyes y Resoluciones hasta aquí documentadas dan cuenta de la preocupación del Sistema Sanitario Argentino de garantizar el acceso a los medicamentos y de regular su venta y comercialización, por ejemplo, la venta en quioscos y supermercados. Esto, sin embargo, en un principio produjo malestar en los consumidores refiriendo que ahora deberían “caminar más cuadras” en busca de una farmacia al no poder obtenerlos en el quiosco de la esquina, esto nos habla de un tema muy interesante que es el de autonomía como paciente y de la capacidad de autoatención de las personas, aunque la OMS refiere que la mayoría lo hará de forma inapropiada.

El maestrando cree que el antecedente de legislar en cuanto a la seguridad del paciente y el uso racional de los medicamentos está documentado, y con la reciente creación del Consejo Asesor para la Política Nacional de Medicamentos (ConMed) 2020-2023, tendremos las herramientas necesarias para abordar entre otros, el problema de la Polimedicación claro está poder saltar las barreras de un Sistema Sanitario tan fragmentado como el nuestro.

IV. Marco conceptual

La necesidad de cuidado de los adultos mayores es un área de atención para cualquier sociedad en todo el mundo; sin embargo, desde mediados del siglo XX, el modo como se ha dado respuesta a las necesidades de cuidado ha experimentado valiosos cambios; de esta manera, el cuidado se ha ido creando en un problema moderno debido a las particularidades del entorno actual, que los desafía día a día a seguir profundizando sobre este tema, repensando estrategias y readecuando características y potencialidades, que impacten en una mejor calidad de vida de las personas mayores.

Se considera adulto mayor a las personas mayores de 60 años, dentro de este grupo poblacional es vital considerar una diversidad de factores de riesgos que puedan afectar su calidad de vida, sedentarismo, la obesidad, la inactividad, el hábito de fumar, el alcoholismo y los malos hábitos nutricionales y otras comorbilidades, considerar también el envejecimiento que viene acompañada de disminución de las capacidades de reserva del organismo, las cuales responden tanto a factores fisiológicos como patológicos (alteraciones del equilibrio, postura, marcha, disminución de la fuerza muscular, déficit sensorial, visual y auditivo).

La Organización Mundial de la Salud (OMS,2020), sostiene que el envejecimiento desde el punto de vista biológico es la consecuencia de la acumulación de una gran variedad de daños moleculares y celulares a lo largo del tiempo, lo que lleva a un descenso gradual de las capacidades físicas y mentales, un aumento del riesgo de enfermedad y finalmente a la muerte.

El artículo 6 de la Convención Interamericana de protección de derechos de las personas mayores señala que los estados parte tomarán medidas para que las instituciones públicas y privadas ofrezcan a la persona mayor un acceso no discriminatorio a cuidados integrales, incluidos los cuidados paliativos, eviten el aislamiento y manejen apropiadamente los problemas relacionados con el miedo a la muerte de los enfermos terminales, el dolor, y

eviten el sufrimiento innecesario y las intervenciones fútiles e inútiles, de conformidad con el derecho de la persona mayor a expresar el consentimiento informado.

La salud y calidad de vida de los adultos es resultado del estilo de vida que mantuvieron en los años previos. Sin embargo, hay conductas que pueden ser revertidas y educadas, por ello es importante la promoción y acción que directa o indirectamente promuevan conductas saludables. El término calidad de vida, es una expresión lingüística cuyo significado es especialmente subjetivo; está asociada con la personalidad de la persona, con su bienestar y la satisfacción por la vida que lleva, y cuya evidencia esta intrínsecamente relacionada a su propia experiencia, a su salud y a su grado de interacción social y ambiental y en general a múltiples factores.

En el adulto mayor la calidad de vida es el resultado de la interacción entre las diferentes características de la existencia humana (vivienda, vestido, alimentación, educación y libertades humanas); cada una de las cuales contribuyen de diferentes manera para permitir un óptimo estado de bienestar, teniendo en cuenta el proceso evolutivo del envejecimiento, las adaptaciones del individuo a su medio biológico y psicosocial cambiante, el cual se da en forma individual y diferente; adaptación que influye en su salud física, fallas en la memoria y el temor, el abandono, la muerte, la dependencia o la invalidez (Velandia, 1994).

En tal sentido, la polimedicación es una situación frecuente en el ámbito de la atención primaria y que afecta en muchos casos la calidad de vida de los pacientes, sobre todo en pacientes mayores, con enfermedades crónicas y tratamientos complejos, que supone un gran porcentaje del presupuesto en salud de los gobiernos. Por este motivo es importante llevar a cabo estudios que describan los patrones de uso y consumo de medicamentos en la población, y especialmente en los polimedcados, dadas sus características de elevado consumo. Los resultados ayudarán a que la gestión de los sistemas sanitarios sea más racional y se administren mejor los recursos en salud destinados a la población, estableciendo herramientas y mecanismos de control más específicos.

El aumento de la esperanza de vida se relaciona directamente con el envejecimiento de la población y el incremento de la prevalencia de enfermedades crónicas. La polimedicación es un fenómeno cada vez más frecuente y está directamente relacionado con el incremento de la prevalencia de pacientes crónicos complejos que requieren en su tratamiento la combinación de diferentes medicamentos.

La polimedicación se puede abordar en diferentes términos. A nivel cuantitativo se considera como tal a la toma simultánea de múltiples medicamentos diferentes por el mismo usuario. La medición de la polimedicación no es sencilla, ya que existe una gran variabilidad en los métodos de medición utilizados en los diferentes estudios para catalogar a los pacientes como polimedificados. Algunos ejemplos de esta variabilidad son los límites máximos para el recuento de medicamentos y los criterios asociados (prescritos versus dispensados versus aquellos realmente consumidos), la consideración de los medicamentos sin receta y/o medicina alternativa en el recuento, etc.

Diferentes estudios integran, en general, poblaciones de pacientes polimedificados con medias diarias de 4,2-8 fármacos por paciente, con un consumo máximo de hasta 18 fármacos diferentes al día. Si bien es posible que todos los medicamentos prescritos sean clínicamente necesarios y adecuados para el paciente, la probabilidad de encontrar medicamentos de valor terapéutico bajo en personas mayores aumenta significativamente con el número de medicamentos prescritos. Además, a medida que aumenta tanto la edad, como el número de medicamentos prescritos, también lo hace la morbilidad asociada. En este sentido, existe un riesgo mayor de aparición de problemas relacionados con los medicamentos (PRM), entre otros, reacciones adversas a medicamentos (RAM), interacciones, duplicidades, falta de adherencia a los tratamientos, que pueden provocar, incluso, fracaso terapéutico, intoxicaciones e incremento de ingresos hospitalarios. (Guillén Valera. 2011).

Las enfermedades crónicas, por su incidencia actual y futura, han pasado a ser uno de los puntos principales en las agendas de las administraciones

Los datos publicados en Argentina sobre la Prevalencia de la polimedición en el adulto mayor son escasos quizás debido a la gran fragmentación de la atención de este grupo poblacional y los diferentes ámbitos en los que se tratan.

España es uno de los países que presto gran interés en el estudio del paciente adulto mayor polimedicado, y lo demuestran los numerosos trabajos que existen al respecto. Luego de estudios que demuestran un gran porcentaje de reacciones adversas relacionadas a la medicación se consideró que revisar periódica, y detenidamente las prescripciones de estos pacientes es necesaria, para evitar problemas mayores. Y es que, según datos de un estudio realizado en cuatro hospitales y dos centros de atención primaria de la región sanitaria Barcelonés Nord i Maresme, en Barcelona, esta prescripción inadecuada parece ser más frecuente de lo esperado, ya que de la muestra estudiada (104 pacientes) el 58,85 por ciento necesitó una modificación de su medicación (Villafaina Barroso Y Gavilán Moral. 2011). Los siete mil médicos y farmacéuticos inscritos en el curso de polimeditados organizado por Correo Farmacéutico y Diario Médico en 2009 daban ya muestra del interés que los mayores y su medicación tienen para estos profesionales sanitarios. El objetivo del curso, pionero en España, era aportar un enfoque multidisciplinar de la polimedición, para trabajar en el abordaje de estos pacientes con las mismas herramientas y conceptos.

Otro estudio desarrollado en Estados Unidos en el año 1995, que confirmó la necesidad de un programa destinado al abordaje de la polifarmacia en los adultos mayores incluidos en el Seguro Social Medicare³, en el mismo se realizó un trabajo de revisión de los medicamentos, donde se estudió la prevalencia de los usuario polimeditados por un periodo de 3 meses, una vez identificados los pacientes un tiempo después (2 años) se les envió un correo invitándolos a

³ **Medicare** es un programa de cobertura de seguridad social administrado por el gobierno de Estados Unidos, el cual provee atención médica a todas las personas mayores de 65 años o más jóvenes consideradas discapacitadas debido a graves problemas de salud, como cáncer, insuficiencia renal con necesidad de diálisis, etc. El programa también financia los programas de formación de médicos residentes en Estados Unidos. Medicare opera como un seguro de personas.

la revisión de sus medicamentos mientras que los médicos prescriptores recibían información o capacitación sobre polifarmacia.

Luego se evaluó el programa (tanto en médicos como en pacientes) que daba cuenta que se produjeron cambios significativos en la prescripción por parte de los médicos y concluyo que este tipo de programa era probable para la disminución de efectos negativos en pacientes de riesgo polimedcados mayores miembros de Medicare. (Fillit et al. 1999.).

Trabajos posteriores de Medicare estudiaron las asociaciones entre enfermedades crónicas y la polimedicación, así como flagelos relacionados con la medicación entre los beneficiarios de Medicare y el costo de una mala administración de la medicación dentro del sistema de salud. Esto propicio la creación de la administración de terapia de medicamentos (Medication Therapy Managemen), un servicio diseñado para optimizar el uso de medicamentos, mejorar los resultados de salud y reducir los costos asociados, está disponible para los beneficiarios elegibles de Medicare.

El Programa de manejo del tratamiento farmacológico en cuestión, funciona para identificar a los miembros en riesgo de padecer posibles problemas relacionados con los medicamentos y ayuda a estos miembros a comprender mejor los medicamentos que toman, a obtener los máximos beneficios de salud de sus medicamentos al prevenir y reducir los riesgos relacionados con su consumo, aumentar la concientización y respaldar los buenos hábitos.

En otras naciones como España, se han adelantado proyectos como el SERGAS 2014 (Servicio Gallego de Salud) y en la Estrategia Gallega de Atención Integral a la Cronicidad donde se contempla el desarrollo de un programa específico orientado a mejorar la salud y la calidad de vida de los pacientes mayores polimedcados. El Programa fomenta una mejora de la calidad de vida en el paciente crónico y polimedcado de Galicia, constituye una iniciativa acertada y necesaria dado el elevado porcentaje de población pluripatológica y polimedcada existente.

Además, se muestran claros beneficios a diferentes niveles: una mejoría de la calidad de la prescripción y una mejoría de la seguridad del paciente, al

disminuir el número de medicamentos que toman y detectar prescripciones potencialmente inadecuadas. (Reboredo García et al. 2014).

En este orden de ideas, es vital tener como referencias múltiples investigaciones como el artículo desarrollado por Carvalho et. al. (2012), denominado SABE cuyo significado es salud, bienestar y envejecimiento; tal albor fue implementada dentro de Brasil abordando a una muestra de 1115 adultos de 65 años o más, considerados como pacientes con problemas de polifarmacia. Destacando, que los resultados encontrados demostraron una prevalencia del 36%, donde características como el sexo femenino, ser mayor de 75 años, ingresos económicos más altos, ser activo desde el punto de vista laboral, peor autorreporte de salud, diagnóstico de hipertensión, diabetes, enfermedades reumáticas y problemas cardiacos, fueron asociadas con una mayor prevalencia de polifarmacia.

Otro trabajo técnico desarrollado por la Revista Latinoamericana Enfermería de Brasil del año 2016, de publicaciones relacionadas al tema entre enero de 2008 a diciembre de 2013, reforzaron el concepto que la polifarmacia es un proceso multifactorial, y los predictores y la prescripción inadecuada se asocian con resultados negativos para la salud tales como el aumento de la frecuencia y tipos de RAM y PRM implicando diferentes clases de fármacos, además que algunos estudios muestran cuales son las intervenciones más exitosas para optimizar la prescripción. Concluyen que sigue siendo un problema importante en el “mundo entero entre los adultos mayores”, y que los estudios realizados hasta el momento pueden contribuir a la mejora de las prácticas avanzadas de enfermería geriátrica, para promover la seguridad de los pacientes de mayor edad en la polifarmacia. Sin embargo, se necesita más investigación para esclarecer los vacíos de conocimiento. (Rodrigues, Oliveira. 2016).

Estudios más recientes como Liziano (2015), que tenía como premisa el desarrollo de una caracterización de los usuarios polimedcados y análisis de la implantación de la receta electrónica, destacando la relevancia del mismo asociada a la población que comprendió específicamente a 36.880 usuarios polimedcados en la región de Catalunya; resultando entre los resultados

más destacados de dicha labor que la franja etaria comprendida entre 75-84 años es la que más fármacos consumía, generando así un coste superior al sistema sanitario, a diferencia de los usuarios más jóvenes e incluso los ancianos más mayores.

Además, el autor en cuestión estableció como patrón general del paciente polimedicado a un usuario mujer, de edad comprendida entre los 75 y 84 años, con presencia de una pluripatología crónica y comorbilidad asociada, que implicó un elevado consumo de medicamentos diferentes, así como visitas frecuentes al centro de salud. Igualmente, resaltó que las 5 clases de medicamentos más consumidos en la población estudiada fueron los medicamentos para el sistema nervioso, sistema cardiovascular, tracto alimentario y metabolismo, sistema respiratorio y sistema musculoesquelético.

En tal sentido, también se analizó el antecedente ejecutado por Eiras et al. (2016), el cual estaba dirigido a desarrollar un trabajo de campo con índole investigativa en la población adulta mayor de la ciudad Oporto Portugal, en pro de conocer el consumo de medicamentos entre la muestra estudiada conformada por 747 personas representativa de la población de 65 años o más edad del área de referencia. Entre los resultados más destacados, se resalta una determinación del 89,2% de la población de estudio tenían el menos un medicamento prescrito y el 59,2% estaban polimedcados por 5 o más medicamentos.

En este orden de ideas, también se analizó la labor de Piera (2017) cuyo trabajo se focalizó en el estudio de la polimedicación, interacciones medicamentosas y prescripción potencialmente inapropiada en personas mayores de 75 años en atención primaria, donde analizó a la población de la Comunidad Valenciana, alcanzó resultados como la prevalencia de polimedicación en las personas mayores de 75 años incluidas en la muestra, es del 38,8% con una media de 7,4 fármacos, siendo una media alta y que permite dimensionar la problemática; además el autor estableció que la mitad de las personas del estudio mostraron una prescripción potencialmente inapropiada.

La magnitud de la problemática es de escala mundial, por ello a diario surgen trabajos que buscan mitigar el impacto de la polimedición los adultos mayores, entre estos trabajos es necesario destacar la labor de Dagli y Sharma. (2014), que resaltan que la polifarmacia puede provocar reacciones adversas, principalmente debido a medicamentos de venta libre; destacando que el factor de riesgo más común este asociado al número de medicamentos que se toman, es decir, a medida que aumenta el número de medicamentos que se toman, el riesgo aumenta exponencialmente.

Por tales razones, los autores exponen que, para aminorar la incidencia y los efectos adversos de la polimedición, los regímenes de medicación de los pacientes ancianos deben evaluarse mensualmente; además se recomienda recetar un solo agente / fármaco en lugar de varios fármacos para el tratamiento de una única afección, si es posible. Los medicamentos deben comenzar con la dosis más baja del fármaco cuando esté clínicamente indicado y, si es necesario, se puede realizar un aumento gradual; además, los medicamentos que se pueden administrar una o dos veces al día deben preferirse a los medicamentos que se administran tres veces al día.

Los datos publicados en Argentina sobre la prevalencia de la polimedición en el adulto mayor son escasos. Diversos estudios demuestran una prevalencia de polimedición en pacientes ambulatorios que varían del 15 al 60%, mientras otros refieren una prevalencia mayor en los pacientes institucionalizados.

Otro aspecto relevante, son los escasos estudios con presencia de datos auténticos sobre los medicamentos de venta libre y hierbas que consumen los adultos mayores a nivel nacional.

V. Determinantes sociales

La industria Farmacéutica y los medios de comunicación

En relación con la industria farmacéutica, la promoción a veces excesiva de sus productos buscando la colaboración del médico, o una investigación dirigida a fármacos clónicos de otros que han tenido éxito comercial favorecen la polifarmacia. Hay que reconocer sin embargo que en muchos casos una parte muy significativa del armamento terapéutico es novedosa y posterior a los estudios de la carrera de medicina del médico, por lo que la información que tiene este de una parte importante de medicamentos es a partir de la industria farmacéutica y de estudios financiados por la misma, esto puede ser causa de un sesgo a la hora de recetar, sin quitarle importancia a la labor de educación médica propiciada por la industria incluida la formación continuada reglada y su colaboración en los congresos de medicina.

Al respecto, Eduardo L. Menéndez en su trabajo “La Automedicación y los medios de comunicación masiva”, hace referencia acerca de que no existe evidencia o estudios suficientes para adjudicar el poder a los medios de comunicación de influenciar en el proceso de automedicación. El autor explica, quien toma la decisión de qué medicamento consumir no es el propio consumidor, sino el médico que prescribe de acuerdo con su preferencia por ciertas marcas y no según productos genéricos.

Refiere que, lo que no se alcanza a comprender a partir de estos análisis es por qué la población asume tanto la medicalización como la automedicación, en la medida que la mayoría de los autores establecen una suerte de omnipotencia de los Medios donde los conjuntos poblacionales aparecen casi como meras excusas de su desarrollo, o reducen la explicación a fenómenos de aculturación⁴. Para el autor, la automedicación constituye el primer nivel de atención de cualquier comunidad.

⁴ Proceso de recepción de otra cultura y de adaptación a ella, en especial con pérdida de la cultura propia.

Menciona que existen cuatro tipos de factores determinantes en el proceso que son:

a) económicos, se ha sostenido, sin haber realizado investigaciones especiales, que a más bajo nivel socioeconómico mayor frecuencia de automedicación. El autor analiza que lo que establece la situación socioeconómica no es ni la frecuencia, ni la cantidad de automedicación, sino la orientación y las características de esta. Todos los estratos se automedican; lo que es diferente son las condiciones sociales y económicas de la automedicación.

b) sociales, hace referencia a un factor estructural en el que todo grupo necesita generar un conocimiento mínimo y práctico para resolver situaciones cotidianas de enfermedad, tanto en sentido curativo inmediato, como para poder definir situaciones ulteriores de atención "externa". Los grupos, como parte de conjuntos más amplios, generan roles que se hacen cargo de la curación o del diagnóstico con fines de derivación, o simplemente para hacerse cargo de la situación. El factor coyuntural de mayor importancia es el uso del tiempo, por lo menos en el contexto analizado; y esto en relación tanto con los factores sociales, como con los económicos, tiempo de traslado, gasto de traslado, gasto por abandono del trabajo, tiempo dedicado necesariamente a otras actividades (comida, aseo, escuela, etc.). Entonces la automedicación se construye socialmente influenciado por estos factores.

c) institucionales: al hablar de factores institucionales se refiere a la incidencia que en los procesos de automedicación tiene el tipo de relación médico paciente establecida, tanto en el ámbito de la medicina privada, como de la medicina corporativa pública y privada. Parte del supuesto de que en gran medida son los médicos y el personal de salud en forma directa e indirecta, los que juegan un rol importante en la inducción a la automedicación. Diversas son las expresiones de esta inducción, y entre éstas considera a la polifarmacia como dominante (objeto de este trabajo).

d) ideológicos, Los dos mecanismos ideológicos básicos que operan y que han sido reconocidos por la mayoría de los autores son: la eficacia comparativa de la farmacopea moderna y la desacreditación de las “formas médicas populares”. El paciente se apropia de esto; lo reinterpreta como dirían los teóricos de la aculturación, pero a partir del contenido de la medicina científica y utiliza lo que el médico le ha prescrito antes para curar enfermedades similares.

El autor se cuestiona “¿cómo operan en este proceso los medios de comunicación masivos? ¿cuánto inciden éstos en la automedicación?” Como señala, no existen prácticamente investigaciones que permitan percibir esta correlación en lo referente a las prácticas de automedicación. El análisis de diferentes estudios realizados en la década del 70 concluyó que el espacio que brindan los medios a la publicidad de medicamentos es muy bajo y la mayoría de los mensajes no pueden ser vinculados ni directa ni indirectamente con la inducción al consumo específico. Esta baja incidencia de los medios contrasta con la importancia que le es adjudicada a los mismos tanto por el personal de salud, como por numerosos economistas y científicos sociales. En referencia a estudios que investigaron sobre automedicación se ha podido verificar parcialmente la importancia estructural de la dinámica familiar. Así en sendos estudios realizados en 1977 y 1978 se trató de observar la importancia de la dinámica familiar y en particular la función del rol materno en la reproducción ideológica y social de los procesos de automedicación se observó que son ellas las que tienen que hacerse cargo siempre de las enfermedades, descalifican la importancia de los medios de comunicación en el proceso. Las madres demostraron tener un repertorio de síntomas a través de los cuales diagnosticar padecimientos, así como un repertorio de medicamentos para las enfermedades y síntomas más frecuentes.

Uno de los aportes más valiosos de su investigación en Yucatán, tiene el médico como la principal figura “pedagógica”, tanto en términos directos como indirectos, siendo la base de dicha “pedagogía” la eficacia comparativa de los medicamentos prescritos. Es este proceso, que implica a los

curadores, a la eficacia del fármaco y a los mecanismos de reproducción familiar, el que a nuestro entender ha sido detectado por los productores de medicamentos. Y es en virtud de esto que su difusión no se realiza a través de la difusión masiva poblacional, sino básicamente a través de una acción “cara a cara” con los médicos, con los dueños de tiendas expendedoras de medicamentos e inclusive con los curadores “tradicionales”. O sea, son básicamente los médicos el objetivo de la acción publicitaria masiva de las compañías productoras: “Sin duda el propósito de todo el sistema de publicidad es persuadir a los médicos de la importancia de recetar el medicamento de su marca”, y subraya “La información al médico es el eje alrededor del cual giran los mayores gastos de la empresa”⁵.

El autor concluye que la automedicación aparece fundada en mecanismos sociales, económicos e ideológicos, que funciona en niveles macro y microsociológicos y a través de los cuales se produce y se reproduce. En este proceso los medios no actúan en el nivel macrosociológico, sino a través de relaciones primarias establecidas con los principales inductores de la “demostración”. Son los procesos de reproducción familiar y las relaciones de eficacia establecidas con los “enseñadores” los que aseguran el desarrollo de la penetración de los fármacos y de la automedicación con los mismos.

Cuando todos los agentes protagonistas de la asistencia sanitaria están orientados en la misma dirección, hacia la polifarmacia, es difícil cambiar esta tendencia. Y tal como está organizada la asistencia sanitaria, tanto el médico, como el farmacéutico, la industria y el paciente siguen la misma ruta la del consumo.

Cabe señalar, que los determinantes de carácter social son diversos y su influencia es palpable sobre la aparición de la problemática de polimedición en el territorio nacional, con especial énfasis en los adultos mayores, destacando que uno de los aspectos más relevantes es la infraestructura sanitaria nacional; la cual ofrece características muy distintas

⁵ Los mecanismos más utilizados por las empresas son: a) el visitador médico, b) la muestra gratis, c) los folletos ‘educativos’, d) los obsequios comerciales, e) el patrocinio de conferencias, f) el patrocinio de congresos, simposios, seminarios, etc.

en función de la ciudad y el tipo de organización que sea. En tal sentido, es vital esclarecer que dentro de las instalaciones públicas se identifican diversas desviaciones a partir de experiencias personales, asociadas a la atención de las personas, ya que en ocasiones se dispone de poco personal y ante importante número de casos, la demora en el abordaje obliga a los adultos mayores a retirarse o recurrir a instalaciones privadas.

Respuesta político-institucional y organizacional

Adultos Mayores Polimedicados y PAMI. Algunos datos.

El Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados, más conocido como PAMI fue creado en 1971 con el objetivo de brindar asistencia médica integral a las personas mayores. Acompaña a 5 millones de jubilados y sus familiares a cargo, pensionados y veteranos de Malvinas. El Programa de Asistencia Médica Integral incluye prestaciones médicas y sociales.

Según el resumen de gestión del año 2018 lo conforman 4969100 afiliados, de los cuales el 64% corresponde a personas del sexo femenino y el 36% a personas del sexo masculino. El rango de edades de los afiliados en todo el país comprende un 68% para el rango de 60 a 79 años, 20.5% para mayores de 80 años, 8% de 20 a 59 años y por último un 3.5 % para el grupo de 0 a 19 años (ver fig. 4 en el anexo). Como se puede observar, el 78% corresponde a personas mayores de 60 años, población objetivo de este trabajo. Con un claro predominio del sexo femenino.

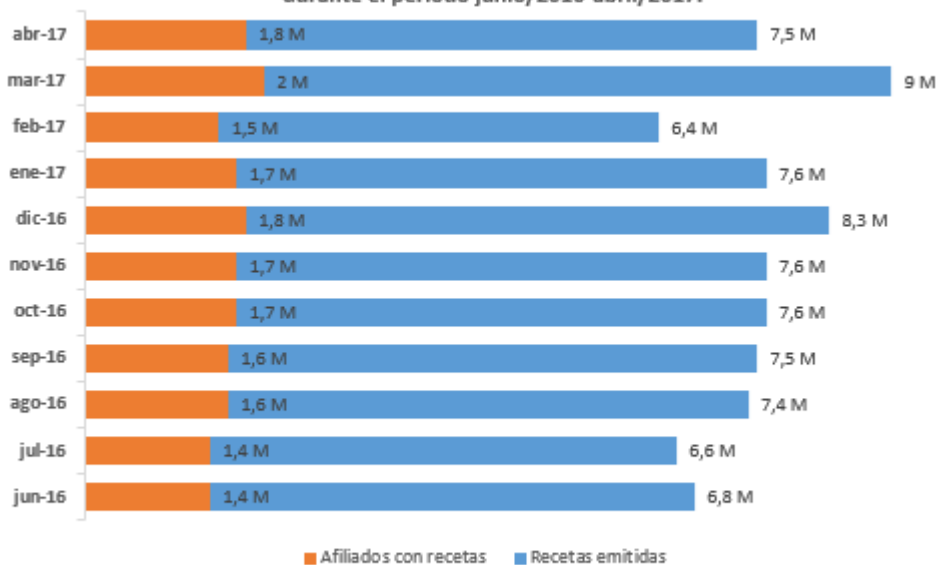
El instituto realiza más de 13 millones de transacciones de prácticas medicas mensuales y más de 12 millones de transacciones de medicamentos mensuales. Cuenta además con 17079 prestadores y 8753 médicos de cabecera.

Esto nos permite visualizar la importante cobertura de PAMI a lo largo y ancho del país, ya que brinda prestaciones a cerca del 75% de las personas mayores de 65 años.

Del amplio presupuesto con el que conto la Obra Social en el año 2017, gasto 122799 millones de pesos, de los cuales se destinaron un 48% a las prestaciones médicas, 27% a la cobertura de medicamentos (como se observa en la fig. 5 en el anexo), y el resto del presupuesto se distribuyo en recursos humanos, prestaciones sociales, insumos y otros gastos no especificados.

Cada mes los médicos prestadores de PAMI prescriben cerca de 7 millones de recetas, para cerca de 1.7 millones de beneficiarios que solicitan o necesitan recetas, como lo muestra la figura 6. Lo que podríamos decir en base a esta información otorgada por el instituto en ese periodo es que en promedio cada afiliado recibió 4.11 recetas por mes.

Figura 6. Emision de recetas y Beneficiarios con recetas, en el PAMI, Argentina, durante el periodo junio/2016-abril/2017.



Fuente: elaboracion propia en base a informacion del PAMI

El Programa de Atención Medica Integral (PAMI), carece de un programa que prevea las complicaciones en los pacientes polimedicados, como si lo

tiene Medicare en Estados Unidos o El programa de Atención del Adulto Mayor Polimedocado en España. Quizás los vaivenes en los cambios de gestión impiden la creación de una política institucional que aborde la problemática. Sin embargo, la Institución realizó algunas intervenciones correspondientes a la cobertura y prescripción de los medicamentos en este sentido, que se fueron dando en diferentes etapas durante las distintas gestiones del Instituto.

Una de ellas, fue la transmisión de la información a través del Sistema interactivo de Información y la implementación de la Receta Electrónica. En el año 2013 inicia la capacitación del personal administrativo y fue a partir del 1 de julio del 2014 que por resolución N° 1038/DE/13 se procedió a integrar los criterios para la percepción de los Adicionales por Transmisión de la Información y Transacciones Electrónicas. En un principio, el médico de cabecera comienza a realizar recetas electrónicas motivado por un estímulo económico mediante el “Adicional por Rp/(e)”.

El instituto en la necesidad de fortalecimiento y digitalización de los distintos procesos y subprocesos, y en lo que respecta a la etapa de prescripción efectuada por los Médicos de Cabecera, identifica esta instancia en donde se originan con mayor frecuencia los errores evitables, seguido por las instancias de administración, transcripción y dispensación. Habilita el Sistema de Receta Electrónica procurando mitigar los errores de comunicación, asegurando la legibilidad de las prescripciones y el monitoreo de los tratamientos prescritos. O sea, la Receta Electrónica se implementa con el fin de promover la seguridad del paciente.

En un principio solo los Médicos de Cabecera realizaban recetas electrónicas y desde al año 2018 o 2019, se autoriza a los médicos especialistas. Teniendo hasta entonces el Médico de cabecera no solo la responsabilidad de ser médico prescriptor sino transcriptor del especialista.

Para el año 2017 el 92% de los Médicos de Cabecera y el 30% de los Especialistas realizan receta electrónica (figura 7 en el anexo).

El maestrando cree que la virtud en el sistema de receta electrónica de PAMI está en que permitiría identificar con facilidad a los pacientes

polimedicados y aquellos con riesgo de prescripción inapropiada o en riesgo de padecer Interacciones medicamentosas.

Es así como en el año 2016 el instituto lleva a cabo un trabajo de investigación que consistió en analizar el patrón de prescripción de psicofármacos a los afiliados mayores de 60 años del PAMI, que demostró que, durante el año 2016, un 30% de la población mayor de 60 años recibió la indicación de al menos un psicofármaco. Hubo una mayor prescripción de psicofármacos a las mujeres que a los hombres (75,3% vs. 24,7%). De los fármacos prescritos, el 67% fueron benzodiacepinas, el 20% fueron antidepresivos, el 9% antipsicóticos y el 4% hipnóticos no benzodiacepínicos. El 54% de los psicofármacos prescritos fueron clonazepam y alprazolam. Un 21% de la población recibió tres o más indicaciones durante el período estudiado. Hubo una prescripción relativamente mayor de psicofármacos en la población de 75 años o más. Este estudio se llevo a cabo solamente sobre las recetas que se hicieron de forma electrónica, quedando fuera del estudio aquellas que se hicieron de forma manual. Desde el instituto encuentran alarmante la alta tasa de prescripción de algunos de estos medicamentos y consideran necesario desarrollar estrategias entre los médicos de cabecera, especialistas y también entre la población general para lograr reducir la prescripción de este grupo de fármacos en particular (Bustin et al. 2019).

En el año 2020 el maestrando tuvo la oportunidad de realizar un curso de actualización para médicos de cabecera brindado por PAMI donde nuevamente se resalta la importancia de desarrollar estrategias para reducir la prescripción de las benzodiacepinas, sumándose a estas los inhibidores de la bomba de protones como omeprazol, pantoprazol y los antiinflamatorios no esteroideos, que el Instituto solicita tratar de mejorar y racionalizar el uso de este grupo de fármacos en el adulto mayor (Dra. María Noble, asesora en la gerencia de medicamentos de PAMI. Clase Uso Racional de Medicamentos, Formación Medica Continua. PAMI. Edición 2020.).

VI. El Trabajo de Investigación

Objetivos del trabajo

Objetivo General:

Caracterizar el consumo de medicamentos en pacientes mayores de 65 años afiliados a la Obra Social PAMI en un centro de atención primaria de Comodoro Rivadavia durante el año 2019, para la toma de decisiones.

Objetivos específicos:

1. Identificar la frecuencia de polimedicación en la población estudiada y las características que se asocian a ella.
2. Describir el perfil de los usuarios polimedcados según edad, género y medicamentos prescritos.
3. Indagar en los adultos mayores sobre el conocimiento del uso de los medicamentos prescritos, la adherencia al tratamiento y la utilización otros recursos de cuidado.

Propuesta de trabajo. Diseño, planificación y programación.

Metodología de trabajo

Se realizó un estudio de caso, descriptivo, de corte transversal. Se triangulaban fuentes de información primarias y secundarias provenientes de la revisión de historias clínicas en un centro de atención primaria de la salud y datos del sistema de información en salud de PAMI (datos sobre frecuencia de polimedcados y cantidad de prescriptores) durante un periodo de 12 meses (de enero a diciembre del 2019). Se realizaron entrevistas a usuarios para establecer un diagnóstico de la situación, comprender el conocimiento del paciente sobre el tratamiento que recibe, adherencia, las reacciones adversas y alarmas.

Se utilizó como criterio de inclusión pacientes mayores de 65 años, En tratamiento crónico con 5 o más principios activos diferentes, que asisten al centro de atención primaria de la salud.

Se utilizó como fuente de información, la historia clínica en papel existente en el centro de atención primaria y los datos del Sistema de Receta Electrónica de la obra social. Tanto los motivos de consultas como el conteo de medicamento por pacientes tuvieron que ser reprocesados, cargados manualmente en un Excel debido a que no se encuentra en un formato disponible que pueda exportarse, para esto se destinó una gran cantidad de horas por día. La obra social no tiene disponible esta información en datos abiertos⁶ y la UGL de comodoro Rivadavia no cuenta los datos localmente.

El maestrando resguardo la privacidad de los participantes, la confidencialidad de la información durante todo el proceso de investigación y posterior desarrollo y análisis de la información.

El consentimiento informado se realizó en la primera cita con el participante y se procedió a firmar el consentimiento.

Resultados:

Los aspectos analizados arrojan los siguientes resultados:

Las consultas realizadas en el año 2019 de los pacientes que corresponden a la cápita del maestrando fueron 3073, de las cuales el 57% (1757) corresponden al sexo femenino (Tabla 1, grafico 1 en el anexo).

⁶ La Ley de Acceso a la Información Pública establece que la información en poder del Estado debe ser accesible para todas las personas y estar disponible en formatos electrónicos abiertos para facilitar su circulación y redistribución. En el año 2016, mediante Decreto 117/2016 el gobierno nacional impulsó el “Plan de Apertura de Datos”. Datos Abiertos es una iniciativa global, ligada a las políticas de Gobierno Abierto. Se trata de un medio que posibilita un mejor conocimiento del funcionamiento del gobierno, el fortalecimiento del rendimiento de cuentas y la mejora de la vida en ciudadanía.

TABLA 1: PORCENTAJE DE CONSULTAS SEGUN SEXO, CAPS JORGE NEWBERY, COMODORO RIVADAVIA, AÑO 2019. N= 3073

SEXO	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA RELATIVA
HOMBRE	1316	43%
MUJER	1757	57%
TOTAL	3073	100%

FUENTE: Sistema de Envío de Información en Línea, INSSJYP. CMDDB (conjunto mínimo de datos básicos) CAPS Jorge Newbery. 2019.

Como se puede observar en la Tabla 2 (grafico 2 en el anexo), los grupos que más consultaron corresponden a las edades comprendidas entre los 60 a 84 años, con marcada diferencia a favor de las mujeres entre los 60 a 69 años.

Esta observación generó en el maestrando la inquietud de analizar principalmente en el grupo de 65 a 69 años. Entre lo que se pudo recabar de los registros se observa que los principales motivos de consulta en las mujeres de este grupo lo constituyen las recetas, el examen médico general y los exámenes con fines administrativos. En lo que respecta a las patologías tenemos a la diabetes tipo 1 y 2, la enfermedad osteomioarticular y la enfermedad cardiaca hipertensiva como las principales.

Respecto a los medicamentos dispensados en este grupo, de acuerdo con la clasificación según código ATC, observamos que tenemos en primer lugar a los del grupo A, aparato digestivo y metabolismo, seguidos de grupo C correspondiente al aparato cardiovascular y en tercer lugar al grupo M del aparato musculoesquelético. Cabe aclarar que el grupo A destacan entre los antidiabéticos e hipolipemiantes medicamentos del tipo protectores gástricos y procinéticos.

TABLA 2: DISTRIBUCION DE LAS CONSULTAS SEGÚN SEXO Y GRUPO DE EDAD, CAPS JORGE NEWBERY, COMODORO RIVADAVIA. AÑO 2019. N= 3073

EDAD	TOTAL	SEXO			
		FEMENINO	MASCULINO	FEMENINO	MASCULINO
		N°	N°	%	%
5 a 9	2	0	2	0,00%	0,07%
10 a 14	13	13	0	0,42%	0,00%
15 a 19	16	12	4	0,39%	0,13%
20 a 24	4	4	0	0,13%	0,00%
25 a 29	4	3	1	0,10%	0,03%
30 a 34	9	0	9	0,00%	0,29%
35 a 39	5	3	2	0,10%	0,07%
40 a 44	2	2	0	0,07%	0,00%
45 a 49	7	7	0	0,23%	0,00%
50 a 54	40	36	4	1,17%	0,13%
55 a 59	166	83	83	2,70%	2,70%
60 a 64	405	277	128	9,01%	4,17%
65 a 69	803	509	294	16,56%	9,57%
70 a 74	523	282	241	9,18%	7,84%
75 a 79	432	212	220	6,90%	7,16%
80 a 84	454	220	234	7,16%	7,61%
85 a 89	137	62	75	2,02%	2,44%
90 a 94	35	18	17	0,59%	0,55%
95 a 99	16	14	2	0,46%	0,07%
Total	3073	1757	1316	57,18%	43%

FUENTE: Sistema de Envío de Información en Línea, INSSJYP. CMDDB (conjunto mínimo de datos básicos) CAPS Jorge Newbery, 2019.

Resulta importante para el maestrando destacar que la mujer en general es la que más consulta y la que más consume o se le receta algún medicamento en relación con los hombres. Esto podría aportar como posible línea de investigación por que hay una fuerte intervención en las mujeres, quizás algunos fenómenos relacionados a la prescripción se puedan explicar como por ejemplo el “fenómeno de nido vacío”. Es conocido que, a partir de la adolescencia, las mujeres superan a los hombres en trastornos emocionales. También sufren, con mayor frecuencia problemas de ansiedad, fobias, alteraciones de la conducta alimentaria e insomnio. También las mujeres son más longevas que los hombres. (WHO-World Health Organization- Salud de la mujer, 2018).

En relación con el tema de investigación, de este universo de 3073 consultas para el año 2019 se puede observar que un 78% corresponde a las personas mayores de 65 años sobre el que se va a desarrollar la investigación (Tabla 3, grafico 3 en el anexo). Pero también es importante mencionar que el 22% restante corresponde a jubilados y pensionados jóvenes como en el caso de los jubilados del petróleo en la zona o sus

familiares a cargo que, aunque consultan en menor proporción lo hacen particularmente los grupos de 10 a 19 años.

TABLA 3: CONSULTAS DE MAYORES DE 65 AÑOS, AMBOS SEXOS. CAPS JORGE NEWBERY, COMODORO RIVADAVIA, AÑO 2019. N= 3073

GRUPO DE EDAD	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA RELATIVA
MENORES DE 65 AÑOS	673	22%
MAYORES DE 65 AÑOS	2400	78%
TOTAL	3073	100%

FUENTE: Sistema de Envío de Información en Línea, INSSJYP. CMDB (conjunto mínimo de datos básicos) CAPS Jorge Newbery. 2019.

Entre los principales motivos de consulta de las personas mayores de 65 años en ambos sexos encontramos la emisión de recetas en un 56% (1340), el examen médico general y el examen ginecológico de rutinas en un 12% (297), y el examen para fines administrativos en un 7% (177) (ver Tabla 4, gráfico 4 en el anexo).

TABLA 4: MOTIVOS DE CONSULTA DE MAYORES DE 65 AÑOS, AMBOS SEXOS. CAPS JORGE NEWBERY, COMODORO RIVADAVIA. AÑO 2019. N= 2400

MOTIVO DE CONSULTA	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA RELATIVA
EMISION DE RECETAS	1340	56%
EXAMEN MEDICO GENERAL Y GINECOLOGICO	297	12%
EXAMEN PARA FINES ADMINISTRATIVOS*	177	7%
PATOLOGIA OSTEOMIOARTICULAR	93	4%
DIABETES MELLITUS	81	3%
HIPERTENSION ESENCIAL	77	3%
OTROS**	66	3%
PATOLOGIA ABDOMINAL	50	2%
PATOLOGIA RESPIRATORIA AGUDA	45	2%
ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR	45	2%
ENFERMEDADES DE PIEL Y TEJIDOS BLANDOS	43	2%
ENFERMEDADES ENDOCRINAS Y METABOLICAS	37	2%
ENFERMEDADES ORGANOS SEXUALES Y UROLOGICAS	25	1%
ENFERMEDADES PSIQUIATRICAS	12	1%
ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA	12	1%
TOTAL	2400	100%

* padron de diabetes, medicamentos via de excepcion, formularios pañales, otros formularios.

** ojo seco, cataratas, presbicia, presbiacusia, perdida de peso, hiporexia, caidas, traumatismos, trastornos de memoria, mareos, etc.

FUENTE: Sistema de Envío de Información en Línea, INSSJYP. CMDB (conjunto mínimo de datos básicos) CAPS Jorge Newbery. 2019.

Es importante mencionar que las 2400 consultas en el año 2019 fueron realizadas por 263 personas mayores de 65 años correspondientes a la cápita del maestrando de un total de 550 asignados. En referencia al tema de investigación, la emisión de recetas corresponde al 56% del total de las consultas (1340) lo que nos arroja un promedio de 5.09 recetas por paciente (Tabla 5, grafico 5 en el anexo), cifra que se aproxima al número de recetas en promedio que fueron emitidas de forma electrónica por el instituto en el año 2017: Razón receta/Paciente= 4.12 (ver PAMI. Algunos datos. Figura 6).

TABLA 5: RAZON DE RECETAS EMITIDAS POR PACIENTES MAYORES DE 65 AÑOS, AMBOS SEXOS. CAPS JORGE NEWBERY, COMODORO RIVADAVIA, AÑO 2019. n= 263

RELACION O RAZON RECETA / PACIENTE		N° RECETAS
		1340
1340/263	5.09 Receta/Paciente	N° PACIENTES
		263

FUENTE: Sistema de Receta Electrónica-INSSJYP-PAMI. CMDDB (conjunto mínimo de datos básicos), Planillas de atención. CAPS Jorge Newbery. Año 2019.

Los datos recogidos hasta este momento de las 263 historias clínicas analizadas y en el sistema informático de PAMI y CMDDB se puede establecer una frecuencia de pacientes polimedicados del 50% en la muestra estudiada. De estos al 27% se le receto entre 5 y 6 medicamentos, al 13% de los pacientes se les indico entre 7 u 8 medicamentos y un 10% de los pacientes recibió recetas por mas de 9 medicamentos. Es importante el hallazgo que la mayor cantidad de pacientes de la muestra se le receto entre 3 a 6 medicamentos por día durante el periodo de tiempo estudiado. Dato muy relevante para pensar en intervenciones de prevención cuaternaria.⁷ (Tabla 6, grafico 6 en el anexo).

⁷ La prevención cuaternaria se entiende como “el conjunto de acciones que se realizan para evitar o atenuar las consecuencias de las intervenciones innecesarias o excesivas” derivadas del contacto de las personas con los sistemas de salud.

Otro dato relevante que surge del análisis es que el 49% (130) de los pacientes polimedicados estudiados tiene más de 1 médico prescriptor, contando en algunos pocos casos hasta 5 médicos prescriptores. Y que además el 10% (26) de los 263 pacientes que integran la muestra solo consulto para repetición de recetas en el periodo estudiado.

TABLA 6: FRECUENCIA DE MEDICAMENTOS RECETADOS EN PACIENTES MAYORES DE 65 AÑOS, CAPS JORGE NEWBERY, COMODORO RIVADAVIA, DURANTE EL AÑO 2019. n= 263

CANTIDAD DE MEDICAMENTOS	N° DE PACIENTES	
	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA RELATIVA
0 a 2	49	19%
3 a 4	83	31%
5 a 6	70	27%
7 a 8	35	13%
> 9	26	10%
TOTAL	264	100%

FUENTE: Sistema de Receta Electrónica-INSSJYP-PAMI. Historias Clínicas CAPS Jorge Newbery. Año 2019.

Para poder analizar que medicamentos se indicaron a este grupo de personas mayores de 65 años se recurrió a utilizar la clasificación según código de ATC⁸ que, como podremos observar en la Tabla 7 determina como principalmente indicados los medicamentos del grupo A en un 28%, los medicamentos del grupo C en un 24% y los medicamentos del grupo M en un 12% que como se expresó previamente se corresponden con el quinto, sexto y cuarto motivos de consulta mas frecuentes como se observa en la Tabla 4. También se observó como muy frecuente la dispensa de

⁸ La clasificación ATC (Anatomical Therapeutic Chemical) fue desarrollada por el Consejo Nórdico de Medicamentos y propuesta para ser utilizada a nivel internacional por el Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2002). Es un sistema de codificación de sustancias farmacéuticas y medicamentos estructurado en cinco niveles:

- 1er nivel (anatómico): órgano o sistema sobre el que actúa el fármaco (existen 14 grupos en total).
- 2do nivel: subgrupo terapéutico.
- 3er nivel: subgrupo terapéutico o farmacológico.
- 4to nivel: subgrupo terapéutico, farmacológico o químico.
- 5to nivel: nombre del principio activo (monofármaco) o de la asociación medicamentosa.

medicamentos que actúan sobre el sistema nervioso en un 9%. Cabe aclarar que el maestrando desea demostrar los medicamentos que se dispensaron durante el periodo estudiado viendo esta clasificación como la mas practica para este fin y que el N expresado en esta tabla y su correspondiente grafico (ver en el anexo) se refieren a los principios activos indicados.

TABLA 7: CANTIDAD DE MEDICAMENTOS RECETADOS A PACIENTES MAYORES DE 65 AÑOS, AMBOS SEXOS, EN EL CAPS JORGE NEWBERY, COMODORO RIVADAVIA. SEGÚN CLASIFICACION ATC (ANATOMICAL THERAPEUTIC CHEMICAL), 1ER NIVEL DE CODIFICACION, AÑO 2019. N= 1369

GRUPO ANATOMICO	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA RELATIVA
A: Aparato digestivo y metabolismo	387	28%
C: Aparato cardiovascular	328	24%
M: Aparato musculoesquelético	165	12%
N: Sistema nervioso	117	9%
B: Sangre y órganos hematopoyéticos	102	7%
V: Varios	94	7%
S: Órganos de los sentidos	49	4%
G: Aparato genitourinario y hormonas sexuales	48	4%
R: Aparato respiratorio	40	3%
D: Medicamentos dermatológicos	25	2%
L: Medicamentos antineoplásicos e inmunomoduladores	14	1%
P: Medicamentos antiparasitarios, insecticidas y repelentes	0	0%
H: Hormonas empleo sistémico, excluyendo hormonas sexuales	0	0%
J: Antiinfecciosos para empleo sistémico	0	0%
TOTAL	1369	100%

FUENTE: Sistema de Receta Electronica-INSSJYP-PAMI, Historias clínicas CAPS Jorge Newbery. 2019

Al utilizar la expresión “**medicamentos recetados**” y no “**medicamentos consumidos**”, el maestrando quiere exponer lo que sucede en la práctica respecto a la adherencia al tratamiento de los pacientes. Para ejemplificar con una experiencia en el consultorio donde Luis V. acerca a modo de “donación” al centro de salud 12 cajas de acenocumarol que había acumulado durante un periodo de tiempo corto debido a que, además de solicitarlas a su médico de cabecera, también recibía recetas del cardiólogo y algunas muestras medicas en visitas al hematólogo para control de coagulación. Lo positivo es que Luis respeto las indicaciones de este último y solamente consume las dosis que tenía indicadas.

Antes de avanzar es conveniente explicar que la diferencia entre los motivos de consultas hallados en la Tabla 4 y los medicamentos indicados que se muestran en la Tabla 7, radican en que los 3 motivos de consultas más frecuentes en este grupo lo constituyen la consulta para repetición de recetas, el examen médico general y ginecológico, y el examen para fines administrativos, y no coinciden en el número ni el ranking de medicamentos prescritos. ¿Como podríamos explicar este hallazgo? Quizás se trate de un problema administrativo, o sea de como se registra o informa la consulta realizada. En la experiencia del maestrando un paciente puede consultar por un motivo o varios motivos o problemas de salud que pueden derivar en una respuesta o varias entre las que se pueden incluir la emisión de recetas o no. Todo va a depender de como se realice la carga de los motivos de consultas, por lo general se registra el más relevante (como diagnóstico principal) y uno o dos secundarios, a pesar de que tanto el sistema de envío de información de PAMI como el CDMB permiten la carga de un infinito número de diagnósticos, quizás el defecto radique en el primero la carga lo realiza el profesional y en el segundo un administrativo de la gestión pública vuelca los diagnósticos registrados en papel.

Entonces podríamos decir que existe un subregistro de los motivos de consulta que podría resultar en que el ranking de motivos de consultas no coincida en primera instancia con la categoría de medicamentos que más se prescribe y puede explicarse por cómo se registra.

Si deseamos conocer específicamente el ranking de medicamentos más recetados en el periodo estudiado, debemos ajustarnos a 6 grupos de la clasificación ATC, de su primer nivel de codificación donde tenemos como principales medicamentos prescritos a los hipotensores (31%), los medicamentos hipoglucemiantes orales (17%), los medicamentos indicados para el control de colesterol y analgésicos comparten el tercer lugar con un 13% para cada uno de ellos. (Ver Tabla 8, gráfico 8 en el anexo). El maestrando lamenta no poder obtener de datos abiertos el archivo correspondiente al ranking de los medicamentos más recetados en ese periodo u otros cercanos de PAMI.

TABLA 8: MEDICAMENTO MAS RECETADOS DE LOS 6 GRUPOS PRINCIPALES SEGÚN CLASIFICACION ATC (ANATOMICAL THERAPEUTIC CHEMICAL), 1ER NIVEL DE CODIFICACION, EN MAYORES DE 65 AÑOS , CAPS JORGE NEWBERY, COMODORO RIVADAVIA. AÑO 2019. N=694

		FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA RELATIVA
C	HIPOTENSORES	214	31%
A	DIABETES	118	17%
A	HIPOLIPEMIANTES	89	13%
M	ANALGESICOS	89	13%
V	VITAMINAS	76	11%
B	ANTIAGREGANTES Y ANTICOAGULANES	59	9%
N	ANSIEDAD Y DEPRESION	49	7%
TOTAL		694	100%

FUENTE: Sistema de Receta Electronica-INSSJYP-PAMI, Historias clínicas CAPS Jorge Newbery. 2019

Para recolectar más información de algunos aspectos que tienen que ver con la medicación de las personas mayores de edad se realizó una encuesta en el servicio, aprovechando la consulta espontanea de pacientes al consultorio durante los primeros meses del año 2020 que fueron limitadas debido a la pandemia por coronavirus. A los pacientes se les informo los objetivos y métodos del estudio, los que accedían a realizar la encuesta previo consentimiento informado se les realizo el cuestionario.

El total de adultos mayores encuestados fue de 36, con una edad media de 77.16 +/- 9.16 años (30.5% masculino y 69.5% femenino). Solo 2 personas encuestadas viven solas (6%) y por lo tanto es la encargada de conseguir y recibir su propia medicación. El resto 34 (94%), vive con la pareja, hijos, nueras y nietos, o sobrinos con la modalidad terreno compartido o la misma vivienda en la mayoría de los casos y refieren recibir ayuda en la toma de medicamentos (Tabla 9).

El total de medicamentos prescritos fueron de 166 con una media de 4.61 por paciente. La polifarmacia, el uso de más de 5 medicamentos regularmente se detectó en el 42% de los pacientes. El 50% admite que se automedica con mayor frecuencia con analgésicos para el dolor articular, de huesos o "coyuntura", seguido de medicamentos para el estómago o resfríos. El otro 50% que no se automedica una gran cantidad de ellos

consume plantas medicinales⁹ para el dolor de estómago como el aloe vera, te de varios tipos y jengibre, relajantes y otros para la memoria, te de arándanos para limpiar la orina, otro menciona el agua con limón para bajar la presión arterial y los infaltables rompe piedras para combatir los cálculos en la vía urinaria.

TABLA 9: CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS DE PERSONAS MAYORES DE 65 AÑOS, ENCUESTADOS. CAPS JORGE NEWBERY, COMODORO RIVADAVIA, AÑO 2019. n= 36

Variable Analizada	Numeros
Edad media	77.16 +/- 9.16 años de edad
Sexo	_Masculino: 11 (30.5%) _Femenino: 25 (69.5%)
Nivel de instrucción	_Primario incompleto: 14 (39%) _Sabe leer y escribir: 35 (97%)
Convivientes en el hogar	Vive solo: 2 (6%)
Patología crónica	_> de 3 patologías: 12 (33.33%)
Medicación prescrita	166 (4.61 por paciente)
Pacientes automedicados	18 (50%)
Pacientes con polifarmacia	15 (42%)
Reconoce reacciones adversas	14 (39%)

FUENTE: Encuesta de elaboración propia, CAPS Jorge Newbery. 2019.

El 39% acepta que presento efectos adversos de la medicación para lo cual: suspende la medicación por unos días, llama al servicio de emergencias si es importante como hipoglucemia o concurre al médico para consultar. El 61% restante refiere no presentar reacciones adversas.

⁹ Se denomina plantas medicinales a aquellas plantas que pueden utilizarse enteras o por partes específicas para tratar enfermedades de personas, animales o para curar lesiones. La acción terapéutica (alivio o mejora), se debe a sustancias químicas llamadas principios activos que son considerados sustancias que ejercen sobre el organismo vivo, una acción farmacológica, beneficiosa o perjudicial. El uso de las plantas en la medicina tradicional se remonta a tiempos prehistóricos, pero la ciencia actual ha permitido identificar, aislar y producir cientos de principios activos para la elaboración de fármacos utilizados en el tratamiento de diversas enfermedades. Sin embargo, el uso tradicional de plantas medicinales aún persiste, especialmente en sociedades poco industrializadas con dificultades de acceso a medicamentos.

El 97% de los pacientes encuestados conoce la indicación de los medicamentos que toma. Solo el 12% (4 pacientes) muestra falta de adherencia al tratamiento y 16 encuestados (45%) utiliza recordatorios para la toma, como ser familiares (10) en la mayoría la esposa es la encargada de administrar los medicamentos, pastillero (3), lista de medicamentos en la heladera (1), almanaques (1) y alarma de celular (1).

VII. Discusión y conclusiones

Aportes para la gestión de sistemas y servicios de salud

A partir de los hallazgos podemos concluir que se cumplieron los objetivos establecidos en esta tesis. Se pudo identificar y cuantificar la frecuencia de polimedición en la población estudiada y las características que se asocian a ella, se pudo caracterizar el perfil de los usuarios polimeditados según edad, género y medicamentos prescritos.

Parcialmente se pudo indagar en los adultos mayores sobre el conocimiento del uso de los medicamentos prescritos, la adherencia al tratamiento y la utilización otros recursos de cuidado. Sería importante poder continuar relevando con encuestas estos conocimientos, o poder aplicar otra metodología cualitativa profundizar estos aspectos.

El marco conceptual permitió analizar los resultados a la luz de los principales conceptos estudiados en la bibliografía consultada.

Se generaron recomendaciones para la gestión, que se presentan a continuación. Estas recomendaciones buscan mejorar los procesos de salud-enfermedad-atención en las personas mayores y tratan de tener un enfoque preventivo y promocional de la salud de las personas mayores y determinar la importancia de la percepción del cuidado de la salud de la propia persona.

En base a la información recabada se espera poder:

- Mejorar los registros de información en el consultorio como paso fundamental para mejorar los procesos, con códigos más cercanos al motivo de consulta y acotar las consultas al menor número de problemas de salud de ser posible de resolver.
- Fortalecer el trabajo en red con prestadores de PAMI, en el reforzamiento de la información que es transmitida al nivel central.
- Proponer el acceso a los datos a través de una intranet donde los usuarios prestadores registrado de PAMI, tengan libre acceso, de acuerdo con las normas vigentes de seguridad informática.

- Realizar entrevistas al personal de salud para profundizar en mas aspectos cualitativos que tengan que ver con la práctica médica asociadas a la polimedicación, inseguridad para desprescribir, falta de retroalimentación en las interconsultas, etc.
- Poder transferir este conocimiento a PAMI y/o el sistema de Salud Provincial para poder generar en ellos iniciativas que tengan que ver con el uso racional de medicamentos, específicamente en este grupo de personas.

El análisis de la información existente de esta problemática permite demostrar la necesidad de abordarlo de forma multidisciplinaria y proponer como intervención un dispositivo de revisión de medicamentos en aquellos polimedificados y fortalecer al usuario sobre el autocuidado y la toma de los medicamentos, para mejorar la adherencia. Realizar las intervenciones necesarias que conduzcan a mejorar la eficacia y seguridad de los tratamientos, como también de aprender estrategias de desprescripción cuando sea necesario y contar con médicos capacitados para la atención del adulto mayor.

En este sentido, sería muy importante la capacitación en los diferentes niveles de atención del sistema, de los equipos de salud sobre la polimedicación y prevención cuaternaria en la atención de las personas mayores. Además de poder contar con la incorporación de un farmacéutico clínico¹⁰ en los equipos de salud, con el fin de asegurar la utilización segura y adecuada de medicamentos en las personas mayores y, por último, concientizar y capacitar a los empleados de farmacias sobre la venta de medicamentos libres.

Reconocernos no solo como partes del problema sino también como parte de la solución con el aporte de nuestro trabajo es un inicio de este camino.

¹⁰ Los farmacéuticos clínicos (QF) son profesionales especialmente capacitados para proporcionar cuidado directo al paciente y un manejo exhaustivo de los medicamentos. Mientras el modelo de inserción del QF clínico en la práctica, está bien establecido en los Estados Unidos, hay QF clínicos en todo el mundo que están mejorando la atención de pacientes de todas las edades y en todas las áreas del cuidado agudo y ambulatorio. (Jacob. 2016).

Aportes de la Maestría

La Maestría en Gestión de Sistemas y Servicios de Salud en general aporta herramientas prácticas y críticas para poder evaluar la propia práctica del maestrando a la luz de un marco conceptual y poder visualizar que procesos de cambio se pueden generar en el consultorio o en gestión con relación al uso racional de medicamentos en las personas mayores.

Los seminarios que en particular sirvieron para realizar este trabajo fueron el seminario 3: Epidemiología para poder analizar los indicadores en referencia al tema de investigación. El seminario 4: Políticas de Salud, donde el maestrando pudo realizar un mapeo de actores y árbol de problemas que permitía analizar al problema en su multicausalidad. Y además el seminario 8: Información para fortalecer la Gestión en Salud, donde evaluamos los sistemas de información del centro de salud, sus virtudes, dificultades y vínculos con el tema de interés.

Referencias Bibliográficas

- (1) Bustin, J.; Triskier, F.; Arakaki, J.; Pérez Blanco, J.; Urtasun, M.; Cañas, M.; Gaido, E.; Estigarribia, N.; Regueiro, A.; Mastai, R. Prescripción de psicofármacos a personas mayores en el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados de Argentina (PAMI) VERTEX Rev. Arg. de Psiquiat. 2019, Vol. XXX: 70-78 en <http://bit.ly/2F2OjEf>.
- (2) Carvalho, Maristela Ferreira Catão et al. Polifarmácia entre idosos do Município de São Paulo - Estudo SABE. Revista Brasileira de Epidemiologia [online]. 2012, v. 15, n. 4 [Accessed 18 May 2022] , pp. 817-827. Available from: <<https://doi.org/10.1590/S1415-790X2012000400013>>. Epub 20 Feb 2013. ISSN 1980-5497. <https://doi.org/10.1590/S1415-790X2012000400013>.
- (3) Cassinotti S. Financiamiento del Instituto de Seguridad Social de Jubilados y Pensionados (PAMI). Su impacto en el modelo prestacional. 11 de mayo de 2017. CICLO ABIERTO DE DEBATE 2017 <http://www.fsg.org.ar/20170511.htm>
- (4) <https://www.clinicbarcelona.org/noticias/el-clinic-en-el-proyecto-europeo-simpathy-para-la-mejora-de-la-polifarmacia-y-la-adherencia-de-las-personas-mayores>
- (5) Colegio de Farmacéuticos de Santa Fe. Conceptos y Factores determinantes de la polimedicación. Cap 1 de 5. Actualidad farmacéutica, 2º circunscripción. Diciembre 2011 N°02.
- (6) Comité Editorial de las Áreas 1, 2, 3 y 7 de Atención Primaria. Servicio Madrileño de Salud. Utilización de medicamentos en el anciano. Notas Farmacoter. 2008; 15:2936). El paciente polimedicado Gerencia de Atención Primaria. A Coruña. Galicia Clínica 2012; 73 (Supl.1): S37-S41)

- (7) Dagli, RJ y Sharma, A. (2014). La polifarmacia: un factor de riesgo global para las personas mayores. Revista de salud bucal internacional: JIOH, 6 (6), i-ii.
- (8) Eduardo L. Menéndez. La Automedicación y los medios de comunicación masiva. Cuadernos Médicos Sociales N.º 15 - ENERO DE 1981.
- (9) Eiras A, Teixeira A, González-Montalvo J, Castell M, Queipo R, y Otero A. Consumo de medicamentos en mayores de 65 años ~ en Oporto (Portugal) y riesgo de prescripción de medicamentos potencialmente inapropiados. 2016.
- (10) Fillit HM, Futterman R, Orland BI, Chim T, Susnow L, Picariello GP, Scheye EC, Spoeri RK, Roglieri JL, Warburton SW. Polypharmacy management in Medicare managed care: changes in prescribing by primary care physicians resulting from a program promoting medication reviews. Am J Manag Care. 1999 May;5(5):587-94. PMID: 10537865.
- (11) <https://www.fisterra.com/guias-clinicas/polimedificacion-medicacion-inapropiada/#34398>
- (12) Guillén Valera J. La revisión periódica de la terapia en geriatría, necesidad urgente. Correo Farmacéutico, 23 de mayo de 2011. Recuperado de http://www.correofarmaceutico.com/2011/05/23/al-dia/entorno/la-revision-periodica-de-la-terapia-en-geriatria-necesidad-urgente?utm_source=eCe).
- (13) Gurwitz JH, Field TS, Harrold LR, Rothschild J, Debellis K, Seger AC. Incidence and Preventability of Adverse Drug Events Among Older Persons in the Ambulatory Setting. JAMA. 2003; 289:1107-16.)

- (14) JUDITH JACOBI. FARMACÉUTICOS CLÍNICOS: PROFESIONALES ESENCIALES DEL EQUIPO DE ATENCIÓN CLÍNICA. 2016. REV. MED. CLIN. CONDES - 2016; 27(5) 578-584.
- (15) Liziano Diez Irene. Caracterización de los usuarios polimedcados y análisis de la implantación de la receta electrónica. 2015.
- (16) Márquez S, Meneu R. La medicalización de la vida y sus protagonistas. Gestión Clínica y Sanitaria 2003; 5:47-53.
- (17) Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid: Plan de calidad. Estudio APEAS. Estudio sobre la seguridad de los pacientes en atención primaria de salud, 2008.
- (18) Morin L, Johnell K, Laroche ML, Fastbom J, Wastesson JW. The epidemiology of polypharmacy in older adults: register-based prospective cohort study. Clin Epidemiol. 2018 Mar 12; 10:289-298. doi: 10.2147/CLEP.S153458. PMID: 29559811; PMCID: PMC5856059.
- (19) Mortara V, Zanfrillo A. Características del consumo de medicamentos en una población universitaria. Facultad de Ingeniería de la Universidad Nacional de Mar del Plata. Facultad de Ciencias Económicas y Sociales de la Universidad Nacional de Mar del Plata. Año 2018.
- (20) Página oficial de Normas. www.infoleg.gov.ar
- (21) PAMI resumen de gestión 2018. <https://www.pami.org.ar>
- (22) Piera Gomar Jose L. Polimedicación, interacciones medicamentosas y prescripción potencialmente inapropiada en personas mayores de 75 años en atención primaria. Tesis de Doctorado. 2017.

(23) Reboredo-García S., González C., Criado M. y Casal-Llorente C. Implantación de un programa de polimedcados en el marco de la Estrategia Gallega de Atención Integral a la Cronicidad Subdirección Xeral de Farmacia, Dirección Xeral de Asistencia Sanitaria, Servizo Galego de Saúde Santiago de Compostela, A Coruña, España. Aten Primaria. 2014;46(Supl 3):33-40

(24) Regueiro M, Mendy N, Cañas M, Farina O, Nagel P. Conceptos y Factores determinantes de la polimedicación. Cap. 1 de 5. Actualidad Rev. Perú Med Exp Salud Publica. 2011;28(4):643-47farmacéutica. Colegio de Farmacéuticos de Santa Fe, 2° circunscripción. Diciembre 2011 N°02.

(25) Rodrigues MCS, Oliveira C. Interacciones medicamentosas y reacciones adversas a los medicamentos en polifarmacia en adultos mayores: una revisión integradora. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2016;24:e2800. <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.1316.2800>

(26) Tinetti ME, Bogardus ST Jr., Agostini JV. Potential pitfalls of disease-specific guidelines for patients with multiple conditions. N Engl J Med 2004; 351:2870-4.)

(27) Valderrama Gama E, Rodríguez Artalejo F, Palacios Díaz A, Gabarre Orús P, Pérez del Molino Martín J. Consumo de medicamentos en los ancianos: resultados de un estudio poblacional. Rev. Esp Salud Pública. 1998; 72:209-19.)

(28) Velandia A. Investigación en salud y calidad de vida. 1a ed. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 1994. p.300.

Referencia: Vera Marta. Significado de la calidad de vida del adulto mayor para sí mismo y para su familia. 2007

(29) Villafaina Barroso A., Gavilán Moral E. Polimedicación y Salud: Estratégias para la adecuación terapéutica. Factores asociados a la polimedicación y el uso de fármacos inapropiados. Páginas 26 a 33. Laboratorio de Practicas innovadoras en Polimedicación y Salud, 2011. <https://books.google.com.ar/books?id=wO-4MwEACAAJ&lpg=PA11&hl=es&pg=PA15#v=onepage&q&f=false>

Anexos

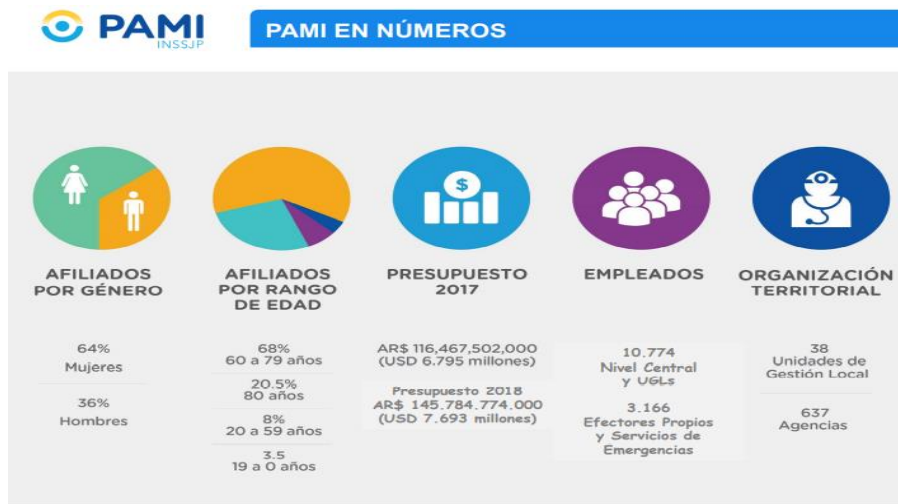


Figura 4. Obtenido de Pagina del Instituto, corresponde a datos año 2017.

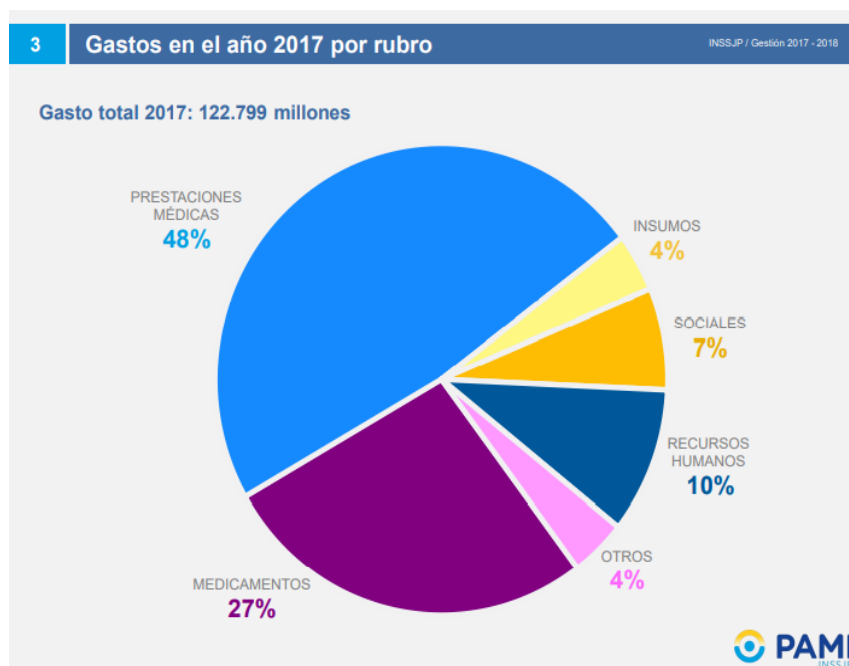


Figura 5. Obtenido de Pagina del Instituto, corresponde a datos año 2017.

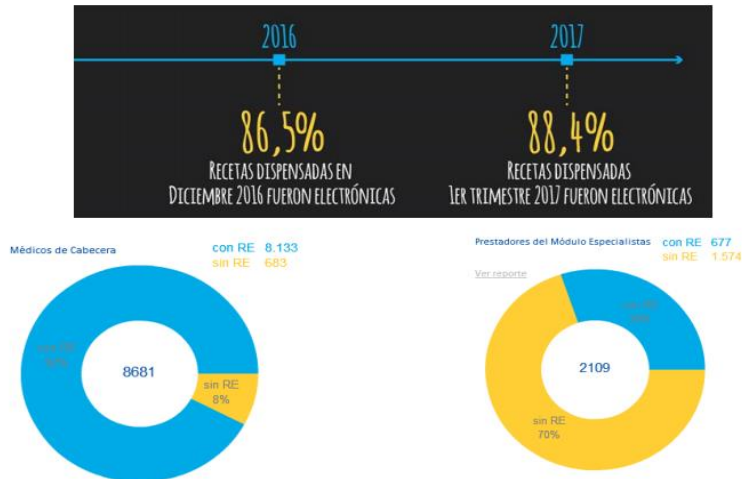
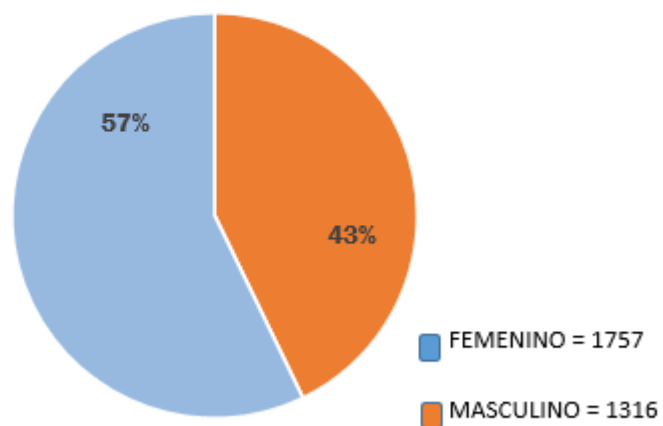
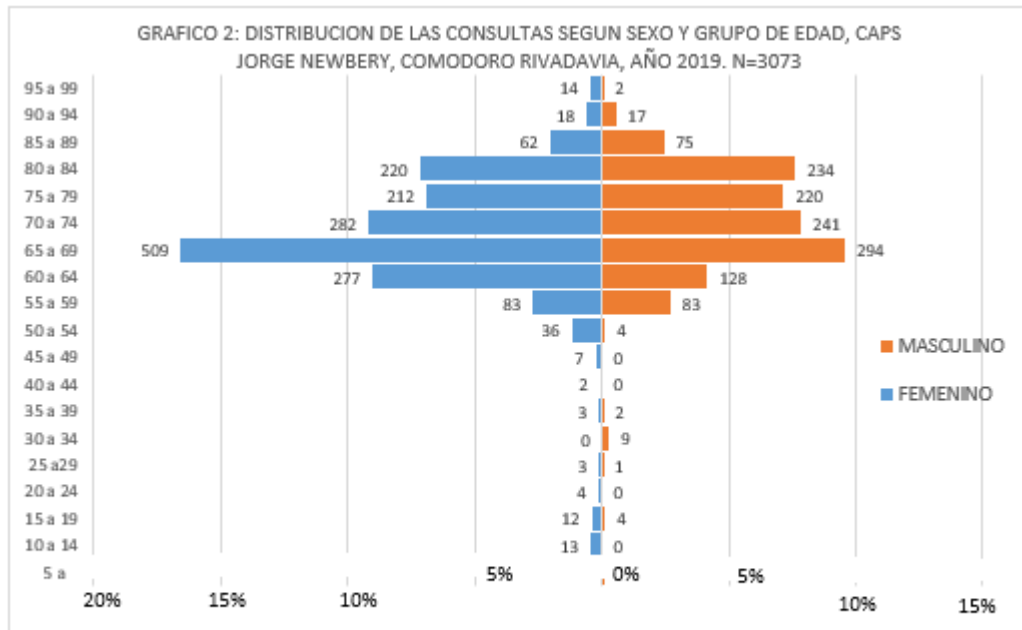


Figura 7. Obtenido de Pagina del Instituto, corresponde a datos año 2017.

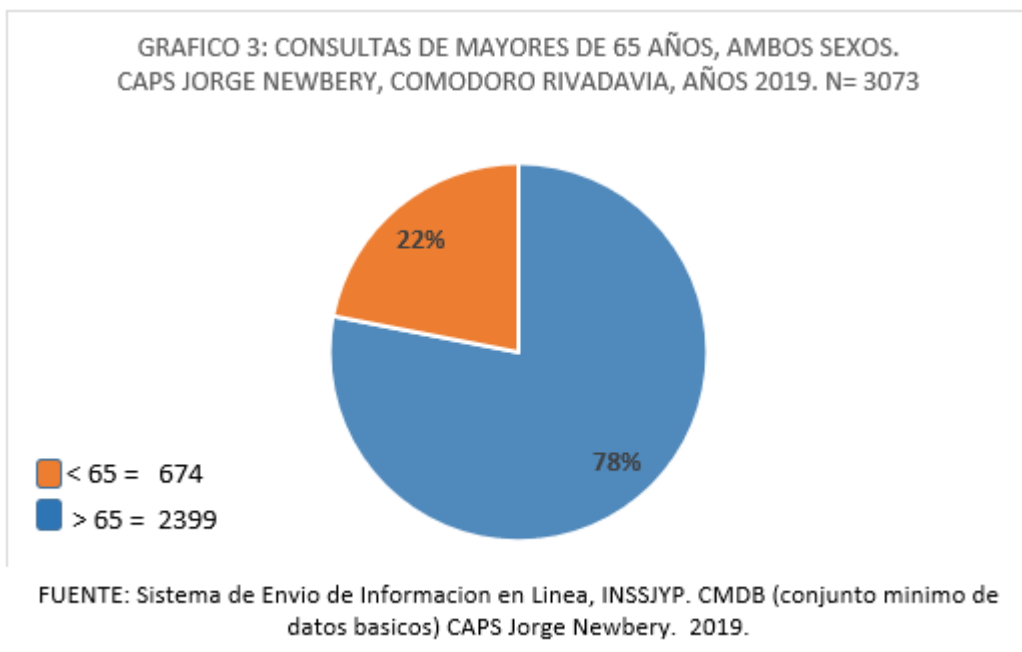
GRAFICO 1: PORCENTAJE DE CONSULTAS SEGUN SEXO, CAPS JORGE NEWBERY, COMODORO RIVADAVIA, AÑO 2019. N= 3073



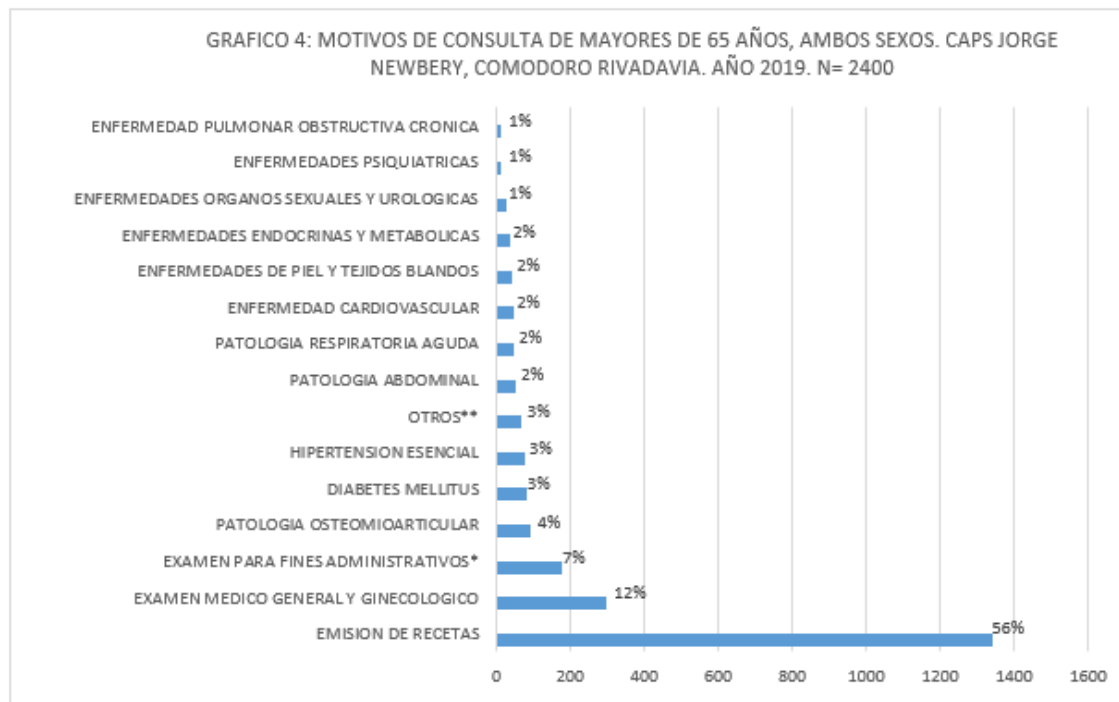
FUENTE: Sistema de Envío de Información en Línea, INSSJYP. CMDDB (conjunto mínimo de datos básicos) CAPS Jorge Newbery. 2019.



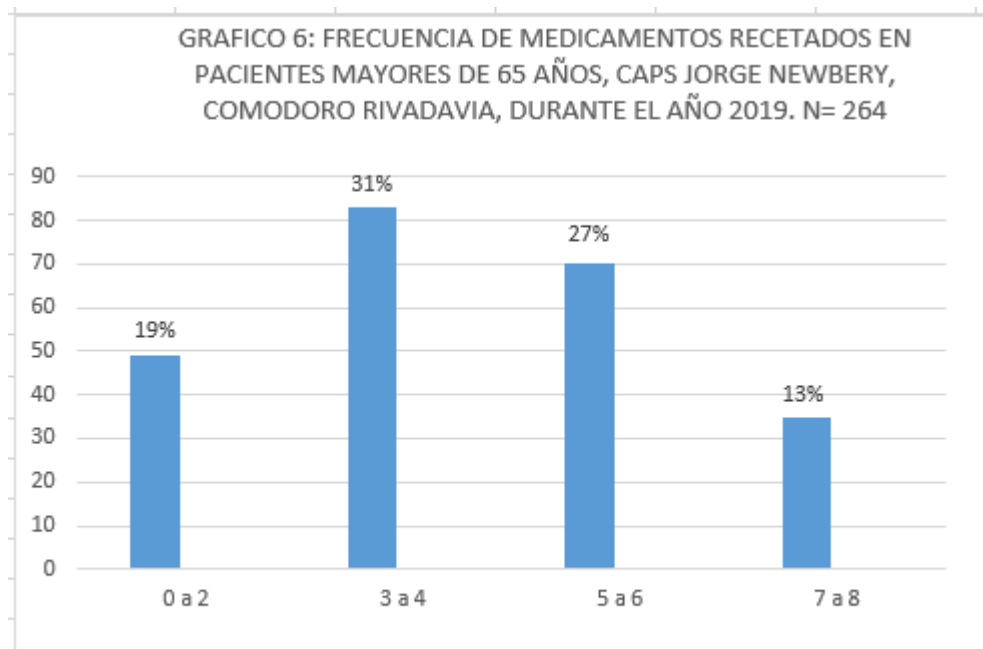
FUENTE: Sistema de Envio de Informacion en Linea, INSSJYP. CMDDB (conjunto minimo de datos basicos) CAPS Jorge Newbery, 2019.



FUENTE: Sistema de Envio de Informacion en Linea, INSSJYP. CMDDB (conjunto minimo de datos basicos) CAPS Jorge Newbery, 2019.



FUENTE: Sistema de Envío de Información en Línea, INSSJYP. CMDB (conjunto mínimo de datos básicos) CAPS Jorge Newbery. 2019.



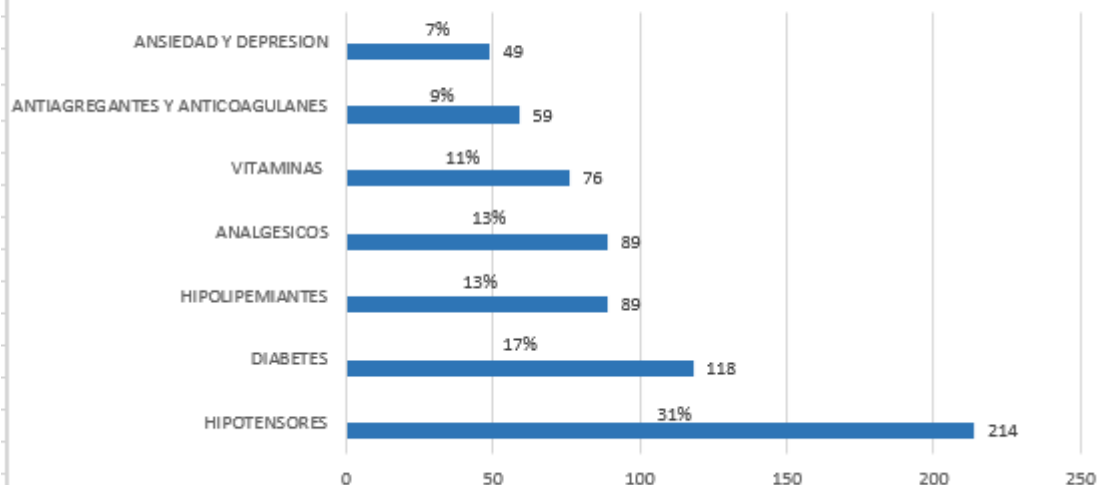
FUENTE: Sistema de Receta Electrónica-INSSJYP-PAMI. Historias Clínicas CAPS Jorge Newbery. Año 2019.

GRAFICO 7: CANTIDAD DE MEDICAMENTOS RECETADOS A PACIENTES MAYORES DE 65 AÑOS, AMBOS SEXOS, EN EL CAPS JORGE NEWBERY, COMODORO RIVADAVIA, SEGUN CLASIFICACION ATC (ANATOMICAL THERAPEUTIC CHEMICAL), 1ER NIVEL DE CODIFICACION, AÑO 2019. N= 1369



FUENTE: Sistema de Receta Electronica-INSSJYP-PAMI, Historias clinicas CAPS Jorge Newbery. 2019

GRAFICO 8: MEDICAMENTO MAS CONSUMIDO DE LOS 6 GRUPOS PRINCIPALES SEGUN CLASIFICACION ATC(ANATOMICAL THERAPEUTIC CHEMICAL) 1ER NIVEL DE CODIFICACION, EN MAYORES DE 65 AÑOS, CAPS JORGE NEWBERY, COMODORO RIVADAVIA. AÑO 2019. N= 1193



FUENTE: Sistema de Receta Electronica-INSSJYP-PAMI, Historias clinicas CAPS Jorge Newbery. 2019