

UNIVERSIDAD NACIONAL DE ROSARIO
CENTRO DE ESTUDIOS INTERDISCIPLINARIOS
MAESTRÍA DE SALUD PÚBLICA

TÍTULO

Accesibilidad a farmacoterapias en personas con patologías crónicas atendidas en el Servicio de Farmacia del Hospital Dr. Eduardo Wilde durante el período de pandemia Covid 19.

DIRECCIÓN

Dra. Valeria Palchik

AUTORÍA

Farm. Sandra Novo

Mayo, 2025

AGRADECIMIENTOS

A Valeria, por su compromiso y rigurosidad. A las personas atendidas en el Servicio de Farmacia y al equipo que lo integra, por compartir experiencias que hicieron posible éste trabajo. A mis compañeros y docentes de la maestría, por las perspectivas diferentes aportadas generando intercambio de saberes. A mi familia por alentarme y acompañarme.

I) RESUMEN:

Con el presente trabajo se pretende identificar barreras y factores que determinaron la accesibilidad a medicamentos durante la pandemia Covid 19 en personas con patologías crónicas atendidas en el Servicio de Farmacia del Hospital Dr. E. Wilde, de la provincia de Buenos Aires, Argentina.

El trabajo de campo realizado es observacional descriptivo, de corte transversal, retrospectivo y de naturaleza cuantitativa. Se utilizó como procedimiento de investigación la técnica de encuesta; la misma fue aplicada en pacientes adultos con patologías crónicas atendidos durante la pandemia, por el Servicio de Farmacia del mencionado Hospital.

Los resultados obtenidos nos permiten afirmar que casi la totalidad de los encuestados enfrentaron Barreras de accesibilidad a farmacoterapias, siendo las Barreras geográficas, las que se presentaron con mayor frecuencia, seguidas por las Barreras simbólicas y las organizacionales, vinculándose éstas últimas con el incremento en el incumplimiento terapéutico de los participantes, interfiriendo con el cuidado y consecuentemente con la salud de los pacientes. Es imprescindible la aplicación de políticas públicas que evalúen el cumplimiento de sus objetivos para lograr que la salud sea un derecho de cumplimiento efectivo.

Palabras Claves:

Medicamentos- Accesibilidad- Servicios de Salud

Índice

I) RESUMEN:	3
Palabras Claves:	3
Listado de Abreviaturas y Siglas	6
II) INTRODUCCIÓN:	7
a) Planteo del problema de investigación y justificación:	8
b) Preguntas de investigación:	13
III) ESTADO DEL ARTE:	14
IV) MARCO TEÓRICO:	16
a) Derechos Humanos y Salud:	16
b) Necesidades en Salud:	17
c) Accesibilidad:	18
d) Relación entre accesibilidad e incumplimiento terapéutico:	22
V) OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN E HIPÓTESIS.	24
Objetivo General:	24
Objetivos específicos:	24
Hipótesis:	24
VI) METODOLOGÍA DE INVESTIGACIÓN:	26
1. Descripción del estudio:	26
2. Población estudiada:	26
3. Cuestionario:	27
4. Análisis de datos:	31
5. Prueba piloto:	31
VII) TRABAJO DE CAMPO:	35
VIII) RESULTADOS:	37
1. Perfil del grupo estudiado:	37

2. Barreras de Accesibilidad:	40
3. Factores capacitantes y acceso a farmacoterapias:.....	49
4. Incumplimiento terapéutico:.....	51
IX) DISCUSIÓN:	53
X) CONCLUSIONES:.....	72
Bibliografía:	76
ANEXO I:	87
ANEXO II:	95

Listado de Abreviaturas y Siglas

ANSES: Administración Nacional de la Seguridad Social
ASPO: Aislamiento Social, Preventivo y Obligatorio.
BE: Barrera de accesibilidad económica.
BG: Barrera de accesibilidad geográfica.
BO: Barrera de accesibilidad organizacional.
BR: Barrera de accesibilidad relacional.
BS: Barrera de accesibilidad simbólica.
CC: Cuestionario corregido.
CEPAL: Comisión Económica para América Latina y el Caribe.
CO: Cuestionario original
CODEM: Comprobante de Empadronamiento.
CP: Cuidados paliativos.
DBT: Diabetes.
DSS: Determinantes sociales de la salud.
ECNT: Enfermedades crónicas no transmisibles.
EPI: Epilepsia.
FC: Factores capacitantes.
FFT: Formulario Farmacoterapéutico.
INDEC: Instituto Nacional de Estadística y Censos de la República Argentina.
IT: Incumplimiento del régimen terapéutico.
IT 1: Incumplimiento en el régimen terapéutico, referido a la pauta posológica.
IT 2: Incumplimiento en el régimen terapéutico, referido al plazo prescrito.
OMS: Organización Mundial de la Salud.
ONU: Organización de las Naciones Unidas.
OP: Otras patologías.
OPS: Organización Panamericana de la Salud
PAMI: Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados
PP: Prueba piloto.
PROEPI: Programa de Epilepsia de la Provincia de Buenos Aires.
SIEMPRO: Sistema de Información, Evaluación y Monitoreo de Programas Sociales.
SM: Salud mental.

II) INTRODUCCIÓN:

El sistema de salud en Argentina está constituido por tres subsectores: público, seguridad social y privado, presentando falta de integración y fragmentación al interior de cada uno de ellos (Organización Panamericana de la Salud, 2017). La cobertura estatal exclusiva en la provincia de Buenos Aires es en promedio del 38,7%, presentando un mayor porcentaje en los estratos con mayores dificultades socioeconómicas, acompañadas generalmente por falta de empleo o empleo informal (Ministerio de Salud Provincia de Buenos Aires, 2022).

Según la Encuesta de gasto de los Hogares, período 2017-2018, los mismos asignaron un 6,4% del gasto total a servicios y bienes de salud. En medicamentos se observa un impacto regresivo en los sectores más vulnerables, por presentar en los cuatro primeros quintiles de ingresos el 56, 52, 47 y 41% del gasto total en salud (Ministerio de Salud de Argentina, 2021). En el subsector público funcionan programas nacionales y provinciales de provisión gratuita de medicamentos, creados a la luz de normativas que protegen los derechos de pacientes con patologías crónicas, pero las coberturas presentan heterogeneidad en sus prestaciones, dependiendo de las políticas en salud aplicadas por las diferentes provincias. La implementación de un sistema de provisión gratuito de medicamentos requiere de un proceso de planificación exhaustivo, evaluando la inclusión de aquellos con probada eficacia y seguridad; debiendo presentar mecanismos de adquisición con financiamiento sostenible, que permitan garantizar precios asequibles, permitiendo un abastecimiento continuo y de calidad adecuada (Orchuela, 2008).

El Hospital Zonal Dr. Eduardo Wilde, perteneciente al Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, se encuentra ubicado en el límite del municipio de Avellaneda, en la localidad de Wilde, fundado en 1920 por la Sociedad de Asistencia Pública de Wilde como una sala de primeros auxilios; a través de una gestión mixta junto al Municipio de Avellaneda, se constituye como Hospital Municipal Dr. Eduardo Wilde. En 1999 se construye un nuevo edificio

generando una impronta arquitectónica de cuidados progresivos, quedando a cargo de la Municipalidad de Avellaneda de manera exclusiva, transfiriéndose en 2015 al ámbito de la provincia de Buenos Aires. Este hospital, cuenta con 71 camas para internación, un área de emergencias, atención con turnos previos para especialidades como Clínica Médica, Cirugía General, Traumatología, Ginecología y atención a demanda para pacientes Pediátricos. Presenta Áreas de Internación de cuidados progresivos, Unidad de Terapia Intensiva, los Circuitos de Cirugía Mayor Ambulatoria y Cirugía de Corta Estancia. El Servicio de Farmacia y Esterilización, centraliza la provisión de medicamentos a las áreas de internación y la dispensa a pacientes ambulatorios, también la esterilización de instrumental y productos médicos según estándares de calidad.

Parte de los pacientes que recibe el Hospital Dr. Eduardo Wilde, provienen de los barrios Azul e Itatí, pudiendo describir su situación socioeconómica mediante algunos datos del censo 2018: el 18,2% de las viviendas no presentan red de agua en su interior, el 86,05% de los hogares no están conectados a la red cloacal, el 72,7% de la población mayor de 25 años no finalizó sus estudios secundarios, el 34,7% de la población no desarrolla actividades económicas y el 60,8% tiene cobertura exclusiva de salud en el subsistema público (Dirección Provincial de Estadística, 2019).

a) Planteo del problema de investigación y justificación:

Dentro de la categoría Enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) se encuentran patologías tales como diabetes (DBT), epilepsia (EPI), cáncer, enfermedades respiratorias, cardiovasculares y cerebrovasculares, causantes del 71% de las muertes a nivel mundial, mientras que en países de ingresos bajos y medios corresponde al 75% del total de defunciones y que en Argentina son responsables del 73,4% de las muertes anuales. Los factores de riesgo, tales como, exposición al humo de tabaco, desbalance nutricional, sedentarismo y abuso de alcohol son condicionantes de algunas ECNT

pudiendo entonces prevenirse en gran medida (Instituto Nacional de Estadística y Censos de la República Argentina, 2019). Se estima que en la Región de las Américas una de cada cuatro personas presenta al menos una ECNT, requiriendo el acceso a Servicios de salud para mantener la continuidad de su tratamiento (OPS, 2020). En Argentina desde 2009, la Dirección Nacional de Promoción de la Salud y Control de Enfermedades Crónicas No Transmisibles del Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación implementa la Estrategia Nacional de Prevención y Control de Enfermedades Crónicas No Transmisibles cuya finalidad es reducir los factores de riesgo, como también mejorar la calidad y el acceso a los Servicios de salud de personas con alta posibilidad de contraerlas y en quienes las padecen (INDEC, 2019).

Se considera como inicio de la pandemia en Argentina el 20/03/2020, fecha en la que se da comienzo al Aislamiento Preventivo Obligatorio (ASPO) mediante el Decreto 297/2020 y su terminación a finales de 2020, coincidente con el inicio de la etapa de vacunación (Boletín Oficial, 2020). Durante la pandemia, debido a la necesidad de priorizar la prevención y el tratamiento de la enfermedad Covid 19, se desplazaron parte de los recursos humanos y económicos hacia su atención, prevención y contención, afectando la continuidad en los cuidados de personas con ECNT, pudiendo inducir resultados negativos en la salud de quienes las padecen. Las desigualdades existentes en relación con la calidad y acceso a los Servicios de salud de las personas con ECNT, se vieron reforzadas durante la pandemia, mientras que los obstáculos que enfrentaron en su atención y el mayor riesgo de contraer enfermedad grave COVID-19, puso a este grupo en situación de vulnerabilidad (OPS, 2020). Es de nuestro interés el abordaje de la discontinuidad en el acceso a medicamentos en personas con ECNT durante la pandemia, debido al daño grave en la salud que puede producir, detallando a continuación algunas de sus causas:

- 1) Discontinuidad en la provisión de farmacoterapias en los Servicios de salud vinculada a problemas en la fabricación y logística, motivada por las medidas de aislamiento.

2) Dificultad en el desplazamiento de los usuarios a los prestadores de salud, no pudiendo contar con prescripciones médicas, indispensables para la dispensa de medicamentos en farmacias.

3) La imposibilidad de asistir a los Servicios de salud con el fin de recibir atención médica o retirar medicamentos, por el temor a exponerse a la COVID-19, (OPS, 2020).

Durante la pandemia Covid 19 se realizó un trabajo en Barrios populares de Argentina donde algunas personas con ECNT frente a la falta de atención en los Servicios de salud públicos, se volcaron hacia el subsector privado con el consecuente gasto. Algunos entrevistados señalaron que al afrontar dificultades económicas adquirieron medicamentos de manera parcial, a pesar del riesgo que conlleva para la salud. También se puso de manifiesto la importancia que cobraron los mecanismos de solidaridad y redes de apoyo generados dentro de los barrios para paliar la problemática de acceso a los Servicios de salud (SIEMPRO, 2021).

Durante el mes de abril de 2020 se observó una abrupta disminución en el número de pacientes que retiraban medicamentos en el Servicio de Farmacia del Hospital Dr. Eduardo Wilde correspondientes al programa de provisión gratuita para el tratamiento de epilepsia (PROEPI), aumentando gradualmente en los meses siguientes (Gráfico 1). Se registró rotura de stock en el 20% de las monodrogas que conforman el Formulario Farmacoterapéutico (FFT) de PROEPI durante los meses de enero, mayo y noviembre de 2020 y del 10% en febrero, marzo y junio; mientras que en los meses restantes del 2020 el Servicio de Farmacia contaba con stock en la totalidad de los medicamentos que conforman dicho FFT (Gráfico 2). En el mes de abril de 2020, el Servicio de Farmacia tuvo disponibilidad del total de drogas que componen el FFT PROEPI, registrándose el mínimo anual de pacientes que recibieron medicamentos (Gráfico 1 y 2), pudiendo vincularse dicho comportamiento, con los antecedentes presentados en párrafos anteriores. Entre las posibles causas de inasistencia, se puede mencionar la carencia de prescripciones médicas, debido a la imposibilidad de obtener turno para recibir las prestaciones demandadas o por la dificultad para trasladarse hacia la

institución tratante. La falta de autorización para circular, inconvenientes económicos para costear el viaje o temor al contagio de la enfermedad Covid 19, pudieron dificultar el desplazamiento hacia el Servicio de Farmacia. Se puede pensar también, que parte de las personas que se vieron impedidas de retirar medicamentos, podrían contar con posibilidades económicas para afrontar su compra, o tal vez pudieran haberlas recibido como préstamo de personas con su mismo tratamiento.

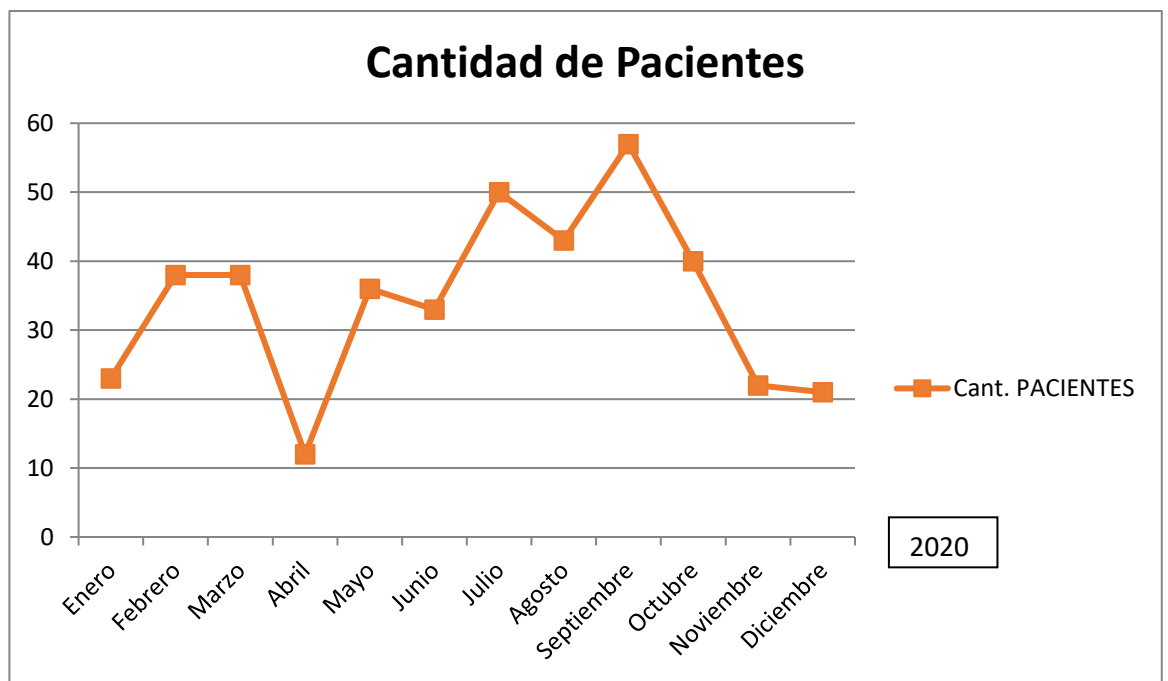


Gráfico 1

Cantidad de pacientes programa Proepi que reciben medicamentos en el Servicio de Farmacia mensualmente vs. meses enero a diciembre 2020.
 Fuente: Elaboración propia.

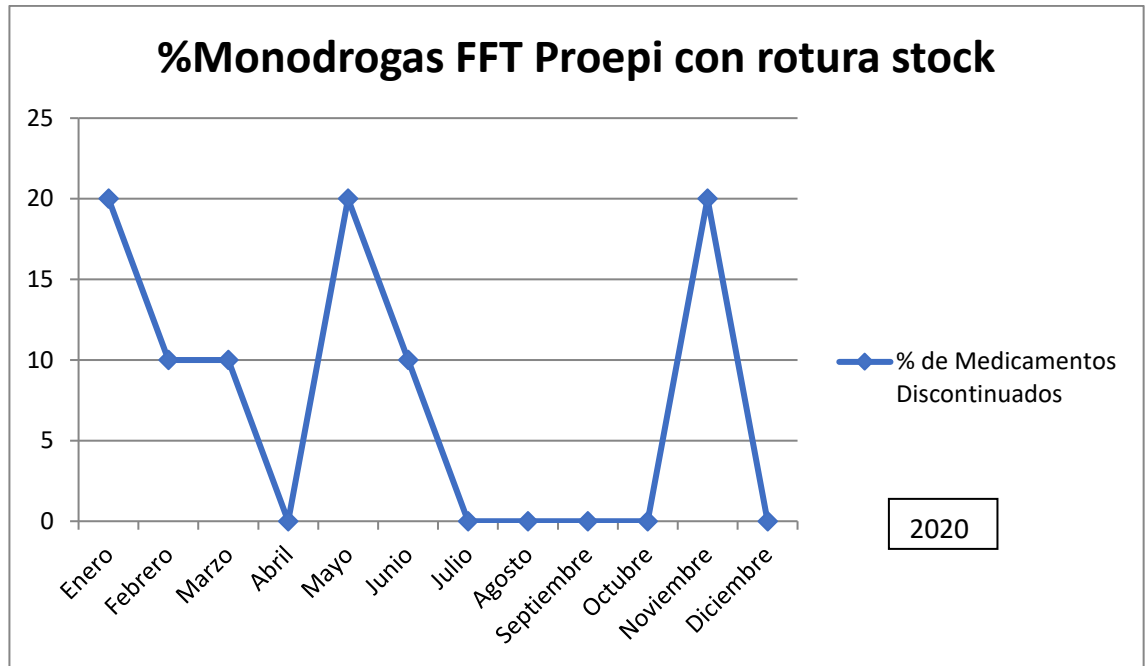


Gráfico 2

% mensual de monodrogas pertenecientes al FFT Proepi con rotura de stock vs. meses enero a diciembre 2020.

Fuente: Elaboración propia.

Las personas con ECNT presentan mayor vulnerabilidad a la Covid 19 y enfrentaron grandes dificultades para mantener la continuidad en sus tratamientos. La discontinuidad en la accesibilidad a farmacoterapias en personas con ECNT afectan la adherencia a tratamientos, produciendo efectos indeseables sobre la salud. Debido a la amplificación de las problemáticas mencionadas durante la pandemia, sería pertinente indagar sobre los mecanismos que obstaculizaron, tanto como aquellos que favorecieron la construcción de accesibilidad a farmacoterapias en personas con ECNT.

Así se propone, como objeto de estudio, la accesibilidad a farmacoterapias en pacientes crónicos atendidos en el Servicio de Farmacia del Hospital Dr. Eduardo Wilde en el período de pandemia Covid 19.

Con el estudio se pretende visibilizar factores que incidieron sobre la accesibilidad a medicamentos en las personas con ECNT que fueron

atendidas en el Servicio de Farmacia del Hospital Dr. Eduardo Wilde, perteneciente al subsistema público de salud de la Provincia de Buenos Aires. Pudiendo servir de insumo para la gestión, con el fin de mejorar el acceso a farmacoterapias, y así favorecer la adherencia a los tratamientos (Ortega Cerda, J. J., Herrera, D., Rodríguez Miranda, O. A., y Ortega Legaspi, J. M., 2018).

b) Preguntas de investigación:

Como consecuencia de lo enunciado en los párrafos anteriores surgen las siguientes preguntas de investigación:

- 1) ¿Hubo continuidad en la accesibilidad a medicamentos para tratamientos de pacientes con ECNT atendidos en el Servicio de Farmacia durante la pandemia?
- 2) ¿Cuáles fueron las barreras que pudieron obstaculizar la accesibilidad en estos pacientes e incidir en el cumplimiento terapéutico?
- 3) ¿Para qué patologías crónicas hubo más dificultades en la accesibilidad a medicamentos?
- 4) ¿Qué mecanismos permitieron a los pacientes con ECNT construir accesibilidad a medicamentos?

III) ESTADO DEL ARTE:

Según el Estudio Barrios Populares realizado por el Sistema de Información, Evaluación y Monitoreo de Programas Sociales (SIEMPRO, 2021), el ASPO, se configuró en una barrera para la atención de aquellas personas que presentan patologías crónicas de salud. Se detallan a continuación los problemas en la accesibilidad a medicamentos que fueron detectados:

- Gastos extra en consultas médicas y compra de medicamentos por falta de atención programada en los centros de salud.
- Adquisición parcial de los medicamentos prescritos, debido a dificultades económicas en personas con ECNT entrevistadas.
- Suspensión de controles de salud en pacientes con ECNT por “miedo” al contagio de Covid 19.
- La asistencia a las instituciones de salud fue obstaculizada por las restricciones originadas por el ASPO para la utilización del transporte público.
- Las personas con necesidades de atención manifestaron que los hospitales o centros de salud solo atendían urgencias, durante la pandemia.

En dicho trabajo también se observa la construcción de accesibilidad mediante redes informales que permitieron en ocasiones, conseguir los medicamentos prescritos o acceder a consultas médicas (SIEMPRO, 2021).

En otras investigaciones se reportaron casos de incidencias en la adherencia a tratamientos como la suspensión de farmacoterapias prescritas y prolongación del intervalo posológico en pacientes que no asistieron a retirar los medicamentos indicados por temor al contagio de la enfermedad Covid 19, constituyéndose en una barrera simbólica para la accesibilidad a medicamentos (Seisdedos- Elcuaz, Lomares- Manzano, y García- Fernández, 2020).

Estudios cuantitativos sobre accesibilidad a medicamentos investigaron la dimensión organizacional, señalando como barreras la falta de calidad en la información recibida por los pacientes, la imposición de trámites complejos, demoras en la entrega y falta de disponibilidad de medicamentos en los Servicios de salud (Flórez, León, et al., 2011) (Fernández-Pastor, Parodi, Garbarino, Gherzi, y Oscano, 2014).

Por otro lado, Barreras geográficas, económicas y organizacionales en la accesibilidad a medicamentos son descritas, mediante las variables ausencia de farmacia cercana, falta de recursos económicos y falta de disponibilidad de medicamentos (Tediosi, Aye, Ibodova, Thompson y Wyss, 2008).

Se realizó entre 2003 y 2006 un informe sobre barreras de accesibilidad a la salud en la Ciudad de Buenos Aires, donde los participantes dan cuenta de tratos discriminatorios y estigmatizantes que condicionaron el acceso a la salud, por falta de atención o autoexclusión; describiendo la estigmatización y la discriminación como barreras relacionales en el acceso a los tratamientos (Engelman, 2007).

En diferentes trabajos de investigación se vincula la utilización y acceso a medicamentos con indicadores socioeconómicos, describiendo que las personas pertenecientes a los quintiles inferiores tienen menor acceso a medicamentos gratuitos y a los fármacos necesarios para el tratamiento de enfermedades crónicas. Se observa que los hogares excluidos de la atención médica presentaron una probabilidad mayor de sufrir falta de acceso a medicamentos (Leyva-Flores, Erviti-Erice, Kageyama-Escobar, Arredondo, 1998) (Paniz, Gastal- Fassa, et al. 2008) (Acuña, Mendoza, Emmerick, Martins, Vera,Azeredo, Botelho, 2014).

IV) MARCO TEÓRICO:

a) Derechos Humanos y Salud:

Según estimaciones realizadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS), dos terceras partes de la población mundial tienen acceso a tratamientos eficaces y continuos, mientras que un tercio accede de manera discontinua (OMS, 2004).

La Constitución Nacional de 1994, en su Art. 75, Inciso 22, adhiere a la Resolución 217 A (III) de la Asamblea General de las Naciones Unidas (ONU) de 1948, que señala: “Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure para él y su familia, la salud y el bienestar” (ONU, 1948). En nuestro país, el Derecho a la salud tiene como pilares el acceso a la atención sanitaria, y a los medicamentos esenciales, debiendo estar disponibles en calidad, precio y cantidad adecuada. Cuando desde los Servicios de salud públicos no se garantiza la provisión gratuita de medicamentos, se transgrede el Derecho a la salud, según lo establecido en nuestra Constitución Nacional. Para afianzar el derecho a un nivel de vida adecuado con salud y bienestar, es imprescindible la construcción de políticas públicas basadas en Derechos Humanos que promuevan la inclusión social, integrando a los sectores excluidos como titulares de derechos (D’Agostino y Veloz, 2021).

Para que se efectivice el Derecho a la salud, es necesario que el Estado ponga en tensión la lógica mercantil imperante en el campo de la salud, reconfigurando los mecanismos que bloquean el acceso, fundamentalmente para los sectores más vulnerables (D’Agostino y Veloz, 2021). La mercantilización transforma la vida humana en objeto, también lo hacen ciertas prácticas que suprimen el consentimiento o toda aquella que no respeta el sistema de valores y la cultura de las personas, siendo la vigencia de los Derechos humanos, aquello que permite garantizar el respeto por la dignidad de los individuos. La objetivación no se limita al intercambio

económico, existen prácticas desubjetivantes cuando se anula el sujeto de derecho (Stolkiner, 2010), por eso el incumplimiento del Derecho a la salud como consecuencia de la falta de acceso puede ser considerado trato indigno.

La epidemiología social demuestra que las condiciones económicas y sociales, ligadas a los derechos económicos, sociales y culturales afectan la salud de las personas, generando un gradiente social en salud (Rubio L., 2013). Los determinantes sociales de la salud (DSS) son definidos por la OMS como "las circunstancias en que las personas nacen crecen, trabajan, viven y envejecen, incluido el conjunto más amplio de fuerzas y sistemas que influyen sobre las condiciones de la vida cotidiana". Cuando los problemas de salud son evitables, ya que son condicionados por los DSS, estamos en presencia de inequidades en salud, que los Estados debieran resolver a través de políticas públicas (OPS, 2017). OPS tiene como una de sus principales misiones el logro a nivel mundial de la equidad en salud, definiéndola como la ausencia de diferencias evitables entre grupos de personas debido a sus circunstancias sociales, demográficas, geográficas o económicas (OPS, 2021). Cuando el acceso a los Servicios de salud de las personas está condicionado por sus DSS, podemos hablar de inequidad en salud.

b) Necesidades en Salud:

La OMS define el concepto de salud como "el completo estado de bienestar físico, mental y social, y no solamente como ausencia de afecciones o enfermedades", siendo el bienestar producto de la interacción de factores sociales, culturales, psicológicos y biológicos que permiten satisfacer las necesidades del individuo (Sánchez Torres, 2017). El concepto de necesidad es inherente al ser humano, universal y ligado a los Derechos Humanos, pudiéndose definir como aquella carencia que genera problemas personales o colectivos ocasionando una demanda individual, colectiva o de una población. Las necesidades en salud se generan en torno a las enfermedades de las personas, impulsando itinerarios terapéuticos que procuran la resolución de los problemas que enfrentan. El tipo de atención demandada se relaciona con el concepto de salud-enfermedad de los usuarios, quienes

evalúan los resultados del tratamiento aplicado, según sus propias perspectivas, directamente vinculadas con la cultura e historia de las sociedades y de los individuos (Yepes D., Giraldo P., Botero J., y Guevara F., 2018).

Las ECNT son definidas por la OMS como aquellas resultantes de factores genéticos, ambientales, fisiológicos y de comportamiento, presentándose en las personas durante largo tiempo (OMS, 2023), su distribución es desigual, afectando preferentemente a mujeres, individuos de rangos etarios superiores y a aquellos de menor nivel educativo. Las necesidades en salud de quienes presentan patologías crónicas pueden aumentar por diversos motivos tales como, la aparición e incremento de las comorbilidades, el tiempo de evolución, produciendo deterioro en la calidad de vida, generando dependencia y discapacidad. Teniendo en cuenta que la fragilidad en la salud de las personas con ECNT se vincula con la cantidad de comorbilidades que presentan, edad y DSS, es imprescindible una distribución equitativa de los recursos en salud, para aplicar tratamientos integrales que mejoren su calidad de vida (Valle C., Gómez S., Cerezo E., Canet F., y Magallón B., 2019).

c) Accesibilidad:

La capacidad de brindar atención en salud no está limitada exclusivamente por la disponibilidad de recursos, sino que existen características adicionales que pueden impedir o facilitar la producción o recepción de prestaciones, conceptualizadas por Avedis Donavedian como “accesibilidad” a los Servicios de salud (Frenk, 1985).

Julio Frenk (1985) denomina “resistencia”, a los fenómenos intermedios que constituyen obstáculos para la búsqueda y realización de prestaciones en salud, considerando su origen en los efectores del sistema. Realiza un planteo teórico de curvas de isoaccesibilidad, basadas en el "grado de ajuste" o complementariedad entre las capacidades de la población y los obstáculos generados por los Servicios de salud. A partir de lo cual se categorizan los obstáculos o barreras impuestas por los prestadores de salud, en Barreras

ecológicas o geográficas entre ellas, los accidentes geográficos que pueden actuar como barreras físicas impidiendo la llegada de los usuarios a los Servicios de salud (ríos, arroyos, elevaciones del terreno, cadenas montañosas), la falta de transporte público entre el domicilio del usuario y su efector, la presencia de patologías invalidantes que originan dificultades en el desplazamiento de las personas que necesitan atención. Otro tipo de Barreras de accesibilidad son las de tipo económico o financiero, pudiendo mencionar entre ellas, la falta de recursos económicos para cubrir el costo del transporte, en trabajadores informales el lucro cesante generado por la inasistencia laboral y falta de dinero para la compra de medicamentos. Horarios de atención no adaptados a las necesidades de los usuarios, excesivo tiempo de espera para la efectivización de las consultas o prácticas, demanda insatisfecha de turnos, tiempo insuficiente brindado al cuidado o atención de las personas en tratamiento, falta de respuestas a diferentes requerimientos de los usuarios, falta de disponibilidad de medicamentos incluidos en la cobertura de planes nacionales o provinciales de entrega gratuita, son algunos ejemplos de Barreras organizacionales.

Se conceptualiza también una dimensión simbólica de la accesibilidad, debido a que cada sujeto tiene su propia construcción de sentido y sistema de valores, la que puede operar como barrera frente a los Servicios de salud (Comes, et al., 2006). Existen conceptos de salud- enfermedad, cuidados en salud, funcionamiento de los Servicios de salud que pueden incidir en la accesibilidad simbólica, por su influencia en los comportamientos seguidos por los usuarios en cuanto a búsqueda de atención y continuidad en los tratamientos. La accesibilidad a farmacoterapias puede estar influenciada por construcciones de sentido tales como la importancia que el paciente asigna a los medicamentos prescritos por los médicos tratantes, el conocimiento sobre los tratamientos indicados, como también el impacto que tienen los cuidados sobre su salud.

La perspectiva relacional de la accesibilidad indaga sobre el encuentro entre los sujetos que requieren prestaciones de salud y los trabajadores que las realizan, ya que los Servicios de salud producen discursos y prácticas que los

usuarios toman, reinterpretan, dando como resultante formas de uso y puestas en contacto particulares con el sistema de salud (Comes, et al., 2006). El trato estigmatizante hacia los usuarios de los Servicios de salud debido a la patología que portan, es una de las posibles Barreras de accesibilidad relacional, dificultando el cumplimiento de tratamientos, y en ocasiones produciendo su abandono (Engleman, 2007); el trato irrespetuoso, despersonalizado y la falta de empatía, son descriptos también como Barreras de accesibilidad relacional (Aronna y Gerlero, 2010).

La accesibilidad cultural está determinada por las costumbres y hábitos de las personas, encontrando en los Servicios de salud, diferencias culturales entre los pacientes y los profesionales tratantes (Landini, González y Cowes, 2014). Dichas diferencias culturales se traducen en valores, comportamientos y prácticas.

Es importante tener en cuenta que las Barreras de accesibilidad pueden interactuar, siendo imprescindible profundizar en dicho aspecto para poder realizar intervenciones que optimicen sus resultados (Jacobs, Bigdeli, Annear y Van Damme, 2011).

Bashshur, conceptualiza accesibilidad como la relación funcional entre los recursos de los Servicios de salud y los usuarios, considerando la existencia de obstáculos y facilitadores que condicionan dicha relación (Frenk, 1985). Aday y Andersen se refieren a los Factores predisponentes, capacitantes y necesidades de salud, como determinantes en la utilización de los Servicios de salud; clasificando a los Factores capacitantes (FC) en individuales (capacidad económica, disponibilidad de tiempo) y comunitarios (disponibilidad de Servicios de salud) (Ballesteros y Freidin, 2015). Las capacidades de la población para enfrentar las Barreras de accesibilidad que menciona Frenk en su descripción de “curvas de isoaccesibilidad” podrían asimilarse, entonces a los FC para la utilización de Servicios de Salud.

El Acceso universal a la salud es definida por la OMS como “la ausencia de barreras de tipo geográfico, económico, sociocultural, de organización o de género”, con el fin de promover el uso de los Servicios de salud de manera

equitativa. (OMS, 2014). La equidad en salud tiene como objetivo que los individuos puedan alcanzar el máximo potencial en salud, independientemente del género, etnia y contexto socio económico, debiendo el Sistema de salud actuar para compensar los desbalances o gradientes de salud de la población generados por las características enunciadas (Hirmas-Adaury, et al., 2013). Es interesante indagar sobre la existencia de inequidades en salud vinculando las Barreras de accesibilidad con edad, género y nivel socioeconómico de los usuarios, mediante la aplicación de criterios de epidemiología crítica (Breilh, 2003). Según algunas investigaciones el nivel educativo primario incompleto del jefe de familia es determinante en la exclusión de la atención en salud (Acuña, C., Martín, N., Mendoza, A., Emmerick, I. C. M., Luiza, V. L., y Azeredo, T.B., 2014), pudiendo observar en otros trabajos que la menor utilización de los Servicios de salud se presenta en mujeres e hijos de aquellas que afrontan barreras de acceso financieras y geográficas (necesidad de obtener permiso para buscar atención o no querer buscar atención sola)(Houghton, Báscolo, Jara, Cuellar, Coitiño, del Riego, y Ventura, 2022).

Los estudios sobre accesibilidad pueden realizarse en diferentes etapas del proceso de atención, definiendo de esta manera dominios de la accesibilidad o alcance del acceso. Cuando el proceso de accesibilidad en estudio incluye la etapa de búsqueda de atención que produce la entrada al sistema de salud, se denomina dominio estrecho de la accesibilidad. Si además de la búsqueda de atención se analiza la continuidad o no dentro del sistema de salud, el dominio es intermedio y si se adiciona en la investigación la percepción de deseo o necesidades de atención, el dominio es amplio (Frenk, 1985).

Podemos considerar la accesibilidad a los Servicios de salud como “la articulación o relación (muchas veces negociada y conflictiva) entre las características del sistema de salud y sus profesionales, y las características y necesidades de la población, vínculo que se espera, permita una atención médicamente fundada a la vez que cultural y contextualmente apropiada, que genere beneficios en la salud y el bienestar de los pacientes” (Landini, González y Cowes, 2014). Como el presente estudio recae sobre personas

con ECNT y considerando que la accesibilidad a los Servicios de salud tiene como objetivos generar “beneficios y bienestar en los pacientes”, es imprescindible lograr continuidad en los cuidados, lo que se vincula directamente con la adherencia a tratamientos. La OMS (2003) define adherencia a tratamientos como el grado de correlación entre las conductas de los pacientes y las recomendaciones acordadas con el profesional sanitario relacionadas con la administración de medicamentos, dieta y hábitos de vida (Dilla, Valladares, Lizàn, y Sacristàn, 2009). Debido a que el presente trabajo aborda exclusivamente la adherencia a farmacoterapias, consideraremos la definición de cumplimiento terapéutico dada por la Sociedad Internacional de Farmacoeconomía e Investigación de Resultados Sanitarios (ISPOR), como el grado de ajuste a las recomendaciones consensuadas con el profesional tratante, en cuanto a posología y duración del tratamiento.

d) Relación entre accesibilidad e incumplimiento terapéutico:

El incumplimiento del régimen terapéutico (IT) tiene consecuencias clínicas, ya que produce un aumento en la morbilidad y mortalidad de los pacientes, causando daño económico a las personas y al sistema de salud. Los resultados clínicos de las farmacoterapias se ven afectados por la persistencia terapéutica, definida como el tiempo que transcurre desde el inicio del tratamiento hasta su interrupción. La magnitud y el tiempo que tardan en presentarse las consecuencias clínicas originadas por el IT, depende del tipo de IT, de la enfermedad en tratamiento y de las propiedades farmacodinámicas y farmacocinéticas del medicamento prescrito. En general los pacientes con ECNT presentan mayores índices de IT, pudiendo el costo de los medicamentos constituirse en una barrera para el acceso, condicionando la adherencia a los tratamientos (Dilla et al., 2009).

El ASPO tuvo como objetivos cortar tempranamente la transmisión de la infección, permitiendo, además, que el sistema público de salud adecue su infraestructura, equipamiento, insumos y personal para su abordaje. En ese marco, los Servicios de salud restringieron las prestaciones a las urgencias,

con el fin de disminuir la circulación de las personas y por tanto los potenciales contagios, generando dificultades en la atención de patologías no Covid-19 (Boletín Oficial Argentina, 2020). Durante la pandemia, se observa un doble desplazamiento en la atención de enfermedades no Covid-19, afectando la oferta como en la demanda de prestaciones. La focalización en contener y responder a la pandemia afectó la continuidad en la atención y cuidado de otras enfermedades de alto riesgo para la salud, como son las enfermedades crónicas. Las prestaciones se han visto pospuestas o interrumpidas en alguna medida, especialmente en la atención de la morbilidad y control de enfermedades no transmisibles y crónicas fundamentalmente por la reasignación del personal de salud y de los recursos económicos para tratar a los pacientes con patología Covid. La agudización de las problemáticas socioeconómicas, la percepción de temor al contagio, dificultades logísticas para acudir a los centros de salud, produjeron cambios en la población, reconfigurando las necesidades de salud y modificando el proceso de búsqueda de atención, lo que incidió en el acceso a los medicamentos (Comisión Económica para América Latina y el Caribe y OPS, 2020).

V) OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN E HIPÓTESIS.

Objetivo General:

Caracterizar la accesibilidad a farmacoterapias en las personas con patologías crónicas atendidas en el Servicio de Farmacia del Hospital Dr. E. Wilde durante el período de pandemia Covid 19.

Objetivos específicos:

Identificar barreras geográficas, económicas, organizacionales, relacionales y simbólicas de accesibilidad a medicamentos durante la pandemia Covid 19 en las personas con ECNT atendidas en el Servicio de Farmacia del Hospital Dr. E. Wilde.

Reconocer factores que favorecen la construcción de accesibilidad a medicamentos durante la pandemia Covid 19 en personas con ECNT atendidas en el Servicio de farmacia del Hospital Dr. E. Wilde.

Hipótesis:

La discontinuidad en la accesibilidad a farmacoterapias en personas con ECNT atendidas en el Servicio de Farmacia durante el período de pandemia, condicionan el cumplimiento terapéutico.

El tipo de ECNT que presentan las personas atendidas en el Servicio de Farmacia durante la pandemia, condicionan algunas de las Barreras de accesibilidad que enfrentan.

Las Barreras y los FC de la accesibilidad a farmacoterapias se relacionan con las variables demográficas y DSS de las personas con ECNT, atendidas en el Servicio de Farmacia durante el período de pandemia Covid 19.

VI) METODOLOGÍA DE INVESTIGACIÓN:

1. Descripción del estudio:

Se realizó un estudio de tipo observacional descriptivo, de corte transversal, retrospectivo y de naturaleza cuantitativa.

La temporalidad del objeto de estudio abarca el período entre el 20/03/2020 y el 31/12/2020. El comienzo del período se fundamenta en el Decreto 297/2020 que da comienzo al ASPO a partir del 20/03/2020. La disminución de las restricciones en el AMBA se va consolidando con el Decreto 875/2020 que establece el inicio del Distanciamiento Preventivo Obligatorio a partir del 09/11/2020 y con el comienzo de la primera etapa de vacunación el 29/12/2020 (Boletín Oficial 2020), considerando el 31/12/2020 la fecha de finalización del período en estudio.

2. Población estudiada:

Los pacientes adultos con ECNT que durante la pandemia Covid 19 fueron atendidos por el Servicio de Farmacia del Hospital Dr. Eduardo Wilde, son el universo del estudio.

El criterio de inclusión tiene como requisitos: edad mayor o igual a 18 años, presentar al menos una ECNT, haber sido atendidos en el Servicio de Farmacia del Hospital Dr. Eduardo Wilde durante el período 20/03/2020 al 31/12/20.

Debido a encontrarse en una situación de mayor vulnerabilidad se pretendió incluir en el grupo en estudio, únicamente a quienes presentan cobertura pública exclusiva, excluyendo a los pacientes con cobertura de salud privada o con obra social. Motiva tal consideración, la problemática económica que enfrentan las personas con cobertura pública exclusiva debido a la falta de

empleo o precariedad laboral en la que se encuentran, siendo inaccesible la compra de medicamentos cuando no los obtienen de manera gratuita. En el caso de procurar adquirirlos, deben hacerlo según el precio de lista, no contando con los descuentos que reciben las personas empadronadas en la Seguridad social o quienes presentan cobertura privada. Sin embargo, dicha exclusión no pudo ser aplicada por falta del Comprobante de Empadronamiento (CODEM) necesario para verificar la presencia de cobertura explícita en los participantes durante el período en estudio, ya que la consulta a la Administración Nacional de la Seguridad Social (ANSES) fue realizada en 2023, no brindando el organismo información sobre la filiación tres años previos a la consulta.

Se realiza una estimación del universo en estudio a través de las planillas de entrega de medicamentos para pacientes crónicos correspondientes al período diciembre 2019 a marzo 2020, cotejando con los pacientes atendidos en el Servicio de Farmacia durante el año 2022. En base al análisis descripto, se observa que en 2022 se siguen atendiendo 158 personas correspondientes al Programa para pacientes con DBT, 38 del programa para pacientes con EPI y 3 correspondientes a cuidados paliativos (CP). Cabe señalar que la disponibilidad de medicamentos para tratamientos de salud mental (SM) fue discontinua hasta septiembre de 2020, no teniendo registro de las personas que no los recibieron. Según los cálculos realizados, nuestro universo en estudio es de 200 personas aproximadamente, no pudiendo evaluar la cantidad de personas que asistieron al servicio durante el período en estudio cuya demanda fue insatisfecha.

3. Cuestionario:

Se utilizó la técnica de encuesta como procedimiento de investigación debido a que permite obtener y procesar datos de manera rápida y eficaz. El instrumento es un cuestionario escrito ad hoc, conformado por preguntas cerradas, abiertas y de elección múltiple, incluyendo preguntas filtro; se realizó

una prueba piloto para efectuar las correcciones y adecuaciones necesarias (Casas Anguita, Repullo Labrador y Donado Campos, 2002).

Por tratarse de un estudio retrospectivo, se considera para la confección del cuestionario, el tipo de medicamento al que tuvo acceso clasificado por patología, debido a que si lo indicáramos por tipo de monodrogas, provocaría mayores dificultades en el recupero de información (Paniz et al., 2010).

En base a los objetivos del trabajo se describen a continuación las cinco dimensiones sobre las que se pretende investigar:

Accesibilidad simbólica: El universo simbólico o subjetivo que organiza la vida de las personas, constituido por sentidos, perspectivas, creencias individuales o grupales pueden configurarse como barreras para la atención en salud (Landini, González y Cowes, 2014).

Accesibilidad geográfica: Vinculada con la existencia de accidentes geográficos, excesiva distancia, falta de infraestructura vial y de transporte que limitan la llegada a los Servicios de salud (Sánchez Torres, 2017).

Accesibilidad económica: Se relaciona con la falta de capacidad económica para cubrir los gastos de transporte, la compra de medicamentos o el lucro cesante producto de la asistencia a los Servicios de salud (Tobar, 2002).

Accesibilidad relacional: Los Servicios de salud y la población establecen una relación, que se genera de acuerdo con los discursos y prácticas de los servicios, entramándose en representaciones y cuidados de la población, dando como resultante diferentes modos de contacto y utilización (Comes, et al., 2006).

Accesibilidad organizacional: Se expresa a través obstáculos impuestos por la organización, en cuanto a horarios de atención, asignación de turnos, confección de prescripciones médicas, redundando negativamente en el acceso a los Servicios de salud (Comes, et al., 2006).

Las variables utilizadas en la elaboración del cuestionario fueron seleccionadas en base a diferentes trabajos (que serán referenciados

oportunamente) y su vinculación con las problemáticas puestas de manifiesto en la práctica diaria. La formulación del cuestionario tiene dentro de sus objetivos indagar sobre 5 dimensiones de la accesibilidad, señalando a continuación las variables utilizadas:

Dimensión simbólica de la accesibilidad: temor al contagio de la enfermedad Covid 19 que impidió asistir al Servicio de Farmacia para retirar medicamentos, la creencia de que no recibirían atención durante el período de pandemia, la conceptualización de la importancia de algunos de los medicamentos por sobre otros y la idea de poder controlar la ECNT que presentan, sin la necesidad de medicamentos (SIEMPRO, 2021) (Hoyos, Arteaga y Muñoz, 2011).

Dimensión geográfica de la accesibilidad: falta de documentación para circular y utilizar transporte público, medio de transporte utilizado, tiempo que tarda en llegar y la necesidad de ayuda/ compañía/ asistencia de algún familiar para trasladarse al Servicio de Farmacia (SIEMPRO, 2021) (Figueroa-Pedraza y Calvacanti-Costa, 2014) (Tejada-Tayabas, y Mercado-Martínez, 2010).

Dimensión económica: falta de dinero para pagar el transporte y poder asistir al Servicio de Farmacia (Tejada-Tayabas, y Mercado-Martínez, 2010) (SIEMPRO, 2021).

Dimensión relacional: trato respetuoso, capacidad de resolución de problemas administrativos y de responder dudas o consultas por parte del personal de Farmacia (Aronna y Gerlero, 2010) (Márquez-Peiró y Pérez-Peiró, 2008).

Dimensión organizacional: adecuación del horario de atención, duración de la atención, tiempo de espera, disponibilidad de medicamentos en el Servicio de Farmacia y la posibilidad de contar con las prescripciones médicas para retirar medicamentos de forma oportuna (OMS, 2008) (SIEMPRO, 2021) (Figueroa-Pedraza y Calvacanti-Costa, 2014).

En la confección del instrumento se incluyeron preguntas para explorar sobre la influencia de FC económicos utilizando la variable, capacidad para la adquisición de medicamentos (Ballesteros y Freidin, 2015). Los FC comunitarios fueron estudiados mediante las variables: recepción de medicamentos de otra institución pública de manera gratuita y recepción de medicamentos de personas que tienen el mismo tratamiento que el paciente encuestado, incluyendo una pregunta con respuesta abierta para indagar sobre otros mecanismos de obtención de medicamentos (Siempro, 2011).

En el presente trabajo se considera que los Servicios de salud pertenecientes al subsector público proveen gratuitamente medicamentos para tratamientos de personas con ECNT, estudiando su incumplimiento como una BO. Mientras que la capacidad económica que le permite a los participantes la compra de medicamentos, es analizada dentro de los FC que construyen accesibilidad.

El contenido del cuestionario indaga sobre el tipo de IT que presentaron los pacientes, siendo las variables investigadas: modificación de la posología indicada (IT1) y suspensión del tratamiento (IT2) (Dilla et al., 2009) (Seisdedos- Elcuaz, Lomares- Manzano, y García- Fernández, 2020).

El cuestionario (ANEXO I) incluye variables demográficas como edad y género, también la variable socioeconómica Nivel educativo de los participantes. Estos datos nos permiten comparar las dificultades en la accesibilidad a medicamentos, permitiendo estimar el nivel de equidad o inequidad de la atención (Mendoza y Bèria, 2001). Cuenta con once títulos, enumerados alfabéticamente que organizan las dimensiones en estudio. Las dos primeras preguntas son demográficas y la siguiente socioeconómica; el cuerpo está conformado por veintitrés preguntas cerradas ordenadas numéricamente, de opciones múltiples y una pregunta abierta.

Se realizó una puesta a punto del Cuestionario mediante una Prueba Piloto (PP) y posteriormente a la realización del trabajo de campo, cada cuestionario fue sometido a un proceso de validación a partir de los registros de farmacia e historias clínicas.

4. Análisis de datos:

Los cuestionarios recabados no presentan información personal de los participantes, siendo numerados para su carga. Las respuestas que abordan las diferentes variables en estudio fueron codificadas con el fin de facilitar su transferencia a una planilla Excel, permitiendo organizar la información para el cálculo de frecuencias (Borsotti, 2007).

5. Prueba piloto:

Se decide realizar una PP con el fin de detectar errores en la confección del cuestionario original (CO) o problemas en su aplicación, y así poder realizar las correcciones necesarias previas al trabajo de campo. Debido a que el CO puede ser respondido en quince minutos aproximadamente, se organizó la PP entre el 30/01/2023 y el 10/02/2023. Se aplica el CO sobre 12 pacientes que accedieron a participar afirmando haber retirado medicamentos para el tratamiento de ECNT en el Servicio de Farmacia durante el período de estudio, quienes firmaron el Consentimiento Informado. Se detalla a continuación las dificultades observadas en el CO durante la realización de la PP, que condujeron a su modificación generando un cuestionario corregido (CC):

La pregunta: D) cuyo enunciado en el CO es: *“Señale para el tratamiento de qué patología crónica utiliza medicamentos?”*, resultó complicada para la comprensión de algunos participantes, por lo que fue agregado como aclaración en el CC: *“¿Para qué problemas de salud toma medicamentos diariamente?”*.

En el CO las preguntas sobre dimensión organizacional se ubican en el inciso E) donde se incluye la variable disponibilidad de medicamentos, mientras que las correspondientes a factores capacitantes se encuentran en el inciso J) donde se investigan las variables: dinero para la compra de medicamentos, recepción de medicamentos de otra institución pública de manera gratuita, recepción de medicamentos de personas que tienen el mismo tratamiento que el paciente encuestado y una pregunta con respuesta

abierta para indagar sobre otros mecanismos de obtención de medicamentos cuando no hubiera disponibilidad en el Servicio de Farmacia. La pregunta sobre disponibilidad de medicamentos en el Servicio de Farmacia se encuentra al comienzo del CO y las referidas a FC están penúltimas en la grilla, dificultando la fluidez de la encuesta. Para mejorar la comprensión y continuidad del cuestionario, en el CC se ubican las preguntas sobre dimensión organizacional previamente a las que interrogan sobre FC.

En la pregunta E)4) del CO, se enuncia: *“Desde el inicio de la pandemia hasta finales de diciembre del 2020 obtuvo todos los medicamentos necesarios para sus tratamientos crónicos de nuestra farmacia?”*, las categorías son: "SI, No, No sabe/ No contesta". Varios de los participantes de la PP, mostraron disconformidad con las mencionadas opciones de respuesta por afirmar que recibieron parcialmente los medicamentos necesarios para sus tratamientos del Servicio de Farmacia durante la pandemia. Para describir de manera más fehaciente lo manifestado por las personas participantes de la PP, se modifican las categorías en el CC de la pregunta enunciada en el párrafo anterior por: "Todos/Algunos/ Ninguno/No sabe, No contesta".

Se elimina la pregunta E)3) correspondiente a la dimensión organizacional del CO, cuyo enunciado es: *“¿El tiempo brindado por el servicio de farmacia a su atención fue el necesario para responder a sus consultas?”*, debido a que es redundante frente a la I)2) incluida en la dimensión relacional que dice: *“¿La demanda sobre dudas o consultas realizadas fueron satisfechas?”*.

La pregunta F)2) perteneciente a la CO incluida en la dimensión simbólica dice: *“¿Durante la pandemia en alguna ocasión no asistió a retirar los medicamentos necesarios para sus tratamientos pensando que no recibiría atención en el Servicio de Farmacia?”*, debido a las características negativas del enunciado, se complicó la elección de la respuesta durante la PP, por lo que se modifica en la CC por: *“¿Sabía que recibiría atención en el Servicio de Farmacia a pesar de las restricciones durante la pandemia?”*.

En la dimensión geográfica de la accesibilidad se incluye en la pregunta F)2) del CC la opción "remis" y "a pie" como medios de transporte, debido a que

los participantes de la PP manifiestan haber llegado al Servicio de Farmacia utilizando dichos medios que no se consideraron en la CO.

En la pregunta F)4) del CC es imprescindible incorporar como opción "*¿Durante la pandemia tuvo que venir a retirar sus medicamentos algún familiar?*" porque desde el período de inicio de la pandemia hasta la actualidad, familiares son autorizados a retirar los medicamentos del Servicio de Farmacia para personas con enfermedades crónicas y dificultades en su desplazamiento.

De las preguntas correspondientes a la dimensión económica de la accesibilidad se elimina la H)2) de la CO: "*¿Por falta de dinero no pudo comprar medicamentos para sus tratamientos?*", debido a que se repetía en la J)2) i) donde se investigan factores capacitantes económicos interrogando sobre su capacidad económica para adquirir medicamentos exclusivamente a aquellos encuestados que no recibieron la totalidad de sus tratamientos en el Servicio de Farmacia.

La pregunta J)1) del CO, incluida dentro de la dimensión factores capacitantes: "*¿Durante la pandemia tuvo los medicamentos necesarios para sus tratamientos crónicos?*", presenta como categorías: "SI/No/ No sabe/ No contesta" siendo reemplazadas en el CO por: "Todos/Algunos/ Ninguno/ No sabe, No contesta", para enlazar con la pregunta anterior referente a la variable disponibilidad que utiliza las mismas categorías.

En las preguntas J)2), i), ii) e iii) del CO referente a factores capacitantes, se reemplazaron las categorías: "SI/No/ No sabe/ No contesta", por "Siempre que necesitó/Algunas veces/Nunca/No sabe- No contesta" en el CC, siendo las nuevas categorías propuestas por los participantes de la PP, debido a que las utilizan para poder describir sus experiencias.

El tiempo de duración de las encuestas durante la PP fue entre 7 y 12 minutos, por lo que se considera suficiente un período de dos meses para la realización del trabajo de campo. La aplicación del cuestionario se proyectó para el período 01/03/2023 al 30/04/2023.

Así el CC presenta dos preguntas demográficas, una socioeconómica, ubicadas al comienzo, que permiten conocer la edad, el género y el nivel educativo alcanzado por los encuestados; el cuerpo está conformado por veintidós preguntas cerradas de opciones múltiples y dos con opciones múltiples y una opción abierta; los enunciados de las preguntas están ordenados y contruidos según las variables elegidas para investigar la dimensión simbólica, geográfica, económica, relacional, organizacional y FC e IT (Anexo I).

VII) TRABAJO DE CAMPO:

La realización del trabajo de campo fue autorizada por la Dirección del Hospital Dr. Eduardo Wilde, habiéndose obtenido previamente el aval del Comité Institucional de Ética en Investigación Hospital Zonal General de Agudos Evita Pueblo Berazategui, con fecha 17/10/2022.

Fue anunciada la convocatoria de pacientes para el estudio de campo mediante carteles ubicados en las salas de espera de consultorios externos y Servicio de Farmacia del hospital.

A quienes asistieron al Servicio de Farmacia durante el trabajo de campo, se les preguntó si fueron atendidos por alguna ECNT durante el período 20/03/2020 al 31/12/2020, para seleccionar los posibles participantes del estudio. A un total de 153 personas que afirmaron haber sido atendidas durante el período en estudio, se las invitó a participar en el trabajo de campo, accediendo 108 personas. Un total de 45 pacientes invitados, no aceptaron ser parte del trabajo de investigación, argumentando falta de tiempo o turnos posteriores de atención, pudiendo introducir un sesgo al presente trabajo. Los participantes de la encuesta recibieron información sobre los lineamientos generales del trabajo, entregándoles la hoja de información correspondiente, para finalmente firmar un consentimiento informado previo a la aplicación del cuestionario. En el caso de responder el cuestionario familiares autorizados a retirar medicamentos del Servicio de Farmacia, además de firmar la hoja de consentimiento informado, se registra en el reverso los datos del paciente en tratamiento (ANEXO II). Los cuestionarios fueron respondidos de manera anónima, no existiendo en ellos datos personales de quienes brindaron la información recabada y presencialmente, con el fin de evitar la influencia de otras personas, permitiendo además obtener una mayor tasa de respuestas (Casas Anguita, et al., 2003).

La programación inicial de la encuesta abarcaba el período entre el 01/03/2023 y el 30/04/2023, pero debido a imprevistos debió ser interrumpida entre el 27/03/2023 y el 31/03/2023, extendiéndose entonces hasta el 08/05/2023 inclusive.

VIII) RESULTADOS:

La cantidad de cuestionarios completados fue de 108, uno de ellos se excluyó debido a que el participante era menor de 18 años.

Dentro de los 107 cuestionarios se cotejó cada participante con las planillas de entrega de medicamentos correspondientes al período 20/03/2020 al 31/12/2020 de los programas para pacientes con DBT, CP y EPI, también con una planilla conformada por las personas que retiraron psicofármacos durante el período en estudio; encontrando que los datos de 71 personas encuestadas constaban en los registros de dispensa del Servicio de Farmacia durante el período en estudio.

Pudo confirmarse mediante el registro de atención o indicaciones farmacoterapéuticas para ECNT realizado en las historias clínicas, que 13 de los 36 participantes que no figuraban en las planillas de entrega de medicamentos, fueron atendidos en la institución durante el período en estudio. Por otro lado, se observó en las historias clínicas de 11 participantes, cuya dispensa no fue registrada por el Servicio de Farmacia, que tuvieron indicación de farmacoterapias para patologías crónicas previo al 20/03/2020. Por último 10 participantes tenían diagnóstico e indicación de tratamiento crónico posterior al 31/12/2020 y en 2 participantes no constaba indicación de tratamiento crónico en las historias clínicas.

1. Perfil del grupo estudiado:

Del total de 107 personas que conformaron el grupo en estudio, el 53% (57) pertenecen al género femenino y el 46% (49) presentaban entre “51 y 60 años” (Tabla 1).

Rango etario	N° Participantes Género F.	N° Participantes Género M	Total Participantes
18-20 años	0	1	1 (1%)
21-30 años	2	2	4 (2%)
31-40 años	4	8	12 (11%)
41-50 años	11	6	17 (16%)
51- 60 años	28	21	49 (46%)
61- 70 años	12	12	24 (22%)
Totales parciales	57	50	107

Tabla 1. Fuente: Elaboración propia.

El 69% (74) de los participantes no alcanzaron el Nivel secundario completo (Tabla 2).

Nivel educativo	N° Participantes Género F	N° Participantes Género M	Total Participantes
Primario incompleto	4	5	9 (8%)
Primario completo	21	20	41 (38%)
Secundario incompleto	13	11	24 (22%)
Secundario completo	10	11	21 (20%)
Terciario incompleto	8	2	10 (9%)
Terciario completo	1	1	2 (2%)
Totales parciales	57	50	107

Tabla 2. Fuente: Elaboración propia.

Según la ECNT en tratamiento, la distribución es la siguiente: DBT 64% (68), “Otras Patologías” (OP) 49% (52), SM 37% (40), EPI 15% (16), CP 12% (13). Dentro de la categoría de “Otras Patologías” (OP) se incluye: hipertensión arterial, cardiopatías, hipercolesterolemias, insuficiencia venosa, hiperplasia prostática, úlceras gastrointestinales, anemia, cáncer y trastornos endócrinos.

Si observamos la distribución de las personas según tipo de ECNT y género, predomina el femenino en las ECNT incluidas en la presente investigación, salvo para DBT (Tabla 3).

Género	DBT	CP	EPI	SM	OP
F	30	10	9	28	27
M	38	3	7	12	25

Tabla 3. Fuente: Elaboración propia.

Los 107 participantes presentaron 189 ECNT (Tabla 3), mostrando la existencia de más de una patología en parte de los encuestados, constituyendo 1,77 ECNT promedio por persona en el grupo investigado.

Si analizamos el tipo de ECNT que presentaron los participantes en función de la edad, el mayor número de encuestados con: DBT, CP, SM y OP se encuentran en el Rango etario “51-60 años”. Los participantes en tratamiento para CP, presentaron edad entre “51 y 70 años”. En el rango “41 a 50 años” las personas en tratamiento para SM superaron en número al resto de las ECNT, mientras que los participantes de la categoría OP presentaron edad superior a los 31 años. Los pacientes encuestados con edades entre “18 a 20 años” retiraban medicamentos para tratamientos de EPI y SM exclusivamente (Tabla 4).

Rango etario	N° participantes DBT	N° participantes CP	N° participantes EPI	N° participantes SM	N° participantes OP
18-20 a	0	0	1	1	0
21-30 a	2	0	2	1	0
31-40 a	5	0	3	5	2
41-50 a	6	0	6	9	5
51-60 a	36	9	2	19	27
61-70 a	19	4	2	5	18
Totales parciales	68	13	16	40	52

Tabla 4. Fuente: Elaboración propia.

Si consideramos el Nivel educativo de los encuestados, el 69% (74) no alcanzó el Nivel secundario completo, mientras que las personas con OP presentaron menor Nivel educativo, ya que el 77% (40) no alcanzó el Nivel secundario completo, seguidos por el 72% (49) de los participantes con DBT. El 31% (33) de las personas encuestadas alcanzó o superó el Nivel secundario completo, presentando mayores frecuencias los participantes en CP con un valor del 38% (5), seguidos por los encuestados con EPI 37% (6) y las personas en tratamiento por SM 35% (14) (Tabla 5).

Nivel educativo	N° participantes DBT	N° participantes CP	N° participantes EPI	N° participantes SM	N° participantes OP
Nivel Primario Incompleto	6	0	1	4	5
Nivel Primario Completo	27	4	6	12	25
Nivel Secundario Incompleto	16	4	3	10	10
Nivel Secundario Completo	15	4	3	7	6
Nivel Terciario Incompleto	3	1	1	6	6
Nivel Terciario Completo	1	0	2	1	0
Totales parciales	68	13	16	40	52

Tabla 5. Fuente: Elaboración propia.

2. Barreras de Accesibilidad:

Los resultados obtenidos permiten señalar que el 93% (100) del total de los participantes enfrentaron barreras de accesibilidad a farmacoterapias para

tratamientos de ECNT. Según el tipo de barreras investigadas la distribución es la siguiente: Barreras geográficas (BG) 69% (74), Barreras simbólicas (BS) 68% (73), Barreras organizacionales (BO) 41% (44), Barreras económicas (BE) 27% (29) y Barreras relacionales (BR) 7% (7).

a) Barreras geográficas de la accesibilidad:

Se investigaron tres variables para caracterizar BG a farmacoterapias para tratamientos crónicos (Tabla 6).

Barreras geográficas	Nº participantes	Fr. Variables /Total participantes BG
"Falta de documentación para circular"	8	11%
"Tiempo de viaje superior a 30 min."	29	39%
"Necesita ayuda o compañía/retira los medicamentos un familiar"	58	78%

Tabla 6. Fuente: Elaboración propia.

La BG: "Necesita ayuda o compañía/retira los medicamentos un familiar" es enfrentada por el 54% (58) de los participantes (Tabla 6).

El 57% (42) de las personas que enfrentaron BG pertenecen al género femenino (Tabla 7).

Todos los encuestados con edades comprendidas entre "18 y 30 años" afrontaron BG, mientras que el 68% (50) de quienes enfrentaron BG tienen entre "51 y 70 años" (Tabla 7).

El 74% (55) de las personas con BG, no alcanzaron el Nivel educativo secundario completo (Tabla 7).

Cabe señalar que, los participantes expuestos a BG presentan 1,81 ECNT promedio (Tabla 7).

Se indagó sobre los medios de transporte utilizados por los encuestados para asistir al Servicio de Farmacia durante la pandemia, pudiendo señalar que el transporte público fue el más utilizado. Por otro lado, algunas personas emplearon dos y tres medios de transporte diferentes para acceder a la institución (Tabla 8).

Otra de las variables investigadas para describir BG es “*Tiempo de viaje superior a 30 minutos*” que corresponde aproximadamente al 40% de quienes enfrentaron BG y el 30% de los integrantes de la muestra.

BARRERAS GEOGRÁFICAS		
	Nº Participantes	Frecuencia/Total part. por Género
Género		
F	42	74%
M	32	64%
	Nº Participantes	Frecuencia/Total part. R.E.
Rango etario		
18- 20 años	1	100%
21-30 años	4	100%
31-40 años	8	67%
41-50 años	11	65%
51-60años	34	69%
61-70 años	16	67%
	Nº Participantes	Frecuencia/Total part. N.E.
Nivel educativo		
Primario Inc.	5	56%
Primario C.	33	80%
Secundario Inc.	17	71%
Secundario C.	13	62%
Terciario Inc.	4	40%
Terciario C.	2	100%
	Nº Participantes	Frecuencia/Total part. Pat. Cr.
Tipo de Pat. Cr.		
DBT	50	74%
CP	8	62%
EPI	12	75%
SM	27	68%
OP	37	71%

Tabla 7. Fuente: Elaboración propia.

Tipo de transporte utilizado	N° Part.	Fr. Tipo de trans./N° Part. total
i) Auto/moto/remis	36	34%
ii) Transporte público	48	45%
iii) A pié/bicicleta	37	35%
iv) No sabe/No contesta	2	2%
v) Combinó dos tipos trans.	12	11%
vi) Combinó tres tipos trans.	2	2%

Tabla 8. Fuente: Elaboración propia.

b) Barreras simbólicas de la accesibilidad:

Para describir las BS se emplearon cuatro variables, siendo la predominante “*Algunos medicamentos tienen mayor importancia que otros*” presente en el 50% de los encuestados, mientras que el 11% enfrentó “*Temor al contagio que impidió mi asistencia*” (Tabla 9).

Barreras simbólicas	N° participantes	Fr. Variables /Total participantes BS
"Puedo controlar mi patología sin medicamentos"	2	3%
"Temor al contagio impidió mi asistencia"	12	16%
"Pensaba que no recibiría atención, lo que impidió mi asistencia"	24	33%
"Algunos medicamentos tienen mayor importancia que otros"	54	74%

Tabla 9. Fuente: Elaboración propia.

Vinculando la accesibilidad simbólica con la edad de los participantes, el 88% (64) de quienes enfrentaron BS tienen entre “41 y 70 años” (Tabla 10).

Los datos de BS relacionados con el Nivel educativo de los participantes, muestran que el 67% (49) de quienes las enfrentaron, no cumplieron con el Nivel secundario completo (Tabla 10).

Del total de participantes que afrontaron BS el 68% (50) presentaban DBT y el 56% (41) OP (Tabla 10).

Cabe señalar que el número promedio de ECNT de quienes enfrentaron BS es de 1,88 (Tabla 10).

BARRERAS SIMBÓLICAS		
Género	Nº Participantes	Frecuencia/Total participantes por Género
F	39	68%
M	34	68%
Rango etario	Nº Participantes	Frecuencia/Total participantes RE
18- 20 años	0	0%
21-30 años	1	25%
31-40 años	8	67%
41-50 años	12	71%
51-60años	37	76%
61-70 años	15	63%
Nivel educativo	Nº Participantes	Frecuencia/Total participantes NE
Primario Inc.	5	56%
Primario C.	32	78%
Secundario Inc.	12	50%
Secundario C.	18	86%
Terciario Inc.	4	40%
Terciario C.	2	100%
Tipo de Pat. Crónica	Nº Participantes	Frecuencia/Total participantes Pat. Cr.
DBT	50	74%
CP	11	85%
EPI	8	50%
SM	27	68%
OP	41	79%

Tabla 10. Fuente: Elaboración propia.

c) Barreras organizacionales:

Dentro de las cuatro BO indagadas "Recepción de alguno o ningún medicamento" se presentó con mayor frecuencia (Tabla 11).

Barreras organizacionales	Nº participantes	Frecuencia variables/Total participantes B.O.
"Horario de atenciónin adecuado"	4	8%
"Tiempo de espera excesivo"	1	2%
"Falta de recetas para retirar med."	6	12%
"Recepción de alguno o ningún med."	41	79%

Tabla 11. Fuente: Elaboración propia.

Las personas pertenecientes al género femenino conforman el 59% de quienes enfrentaron BO, encontrándose el 68% (30) en el Rango etario "51 y 70 años", mientras el 70% (31) no alcanzó el Nivel secundario completo (Tabla 12).

Los participantes con DBT representan el 57% (25) de quienes estuvieron expuestos a BO, mientras que el 60% (24) de las personas en tratamiento por SM, las debieron afrontar.

Los encuestados expuestos a BO, presentaron un promedio de 1,91 ECNT (Tabla 12).

BARRERAS ORGANIZACIONALES		
Género	Nº Participantes	Frecuencia/Total part. Género
F	26	46%
M	18	36%
Rango etario	Nº Participantes	Frecuencia/Total part. RE
18- 20 años	0	0%
21-30 años	2	50%
31-40 años	7	58%
41-50 años	5	29%
51-60años	22	45%
61-70 años	8	33%
Nivel educativo	Nº Participantes	Frecuencia/Total part. N.E.
Primario Inc.	4	44%
Primario C.	16	39%
Secundario Inc.	11	46%
Secundario C.	7	33%
Terciario Inc.	6	60%
Terciario C.	0	0%
Tipo de Pat. Crónica	Nº Participantes	Frecuencia/Total part. Pat. Cr.
DBT	25	37%
CP	8	62%
EPI	4	25%
SM	24	60%
OP	23	44%

Tabla 12. Fuente: Elaboración propia.

d) Barreras económicas:

La única variable investigada para describir BE: *“No siempre tuve dinero para pagar el transporte con el fin de desplazarme al Servicio de farmacia”*, enfrentada por el 27% (29) de los encuestados, mientras que el 36% respondió *“No sabe/ No contesta”*, debido a que no necesitaron dinero para llegar al Servicio de Farmacia.

Las personas de género femenino constituyen el 76% (22) de quienes estuvieron expuestos a BE (Tabla 13.)

En cuanto al Rango etario, los participantes entre “41 y 60 años” constituyen el 72% (21) de quienes enfrentaron BE (Tabla 13).

BARRERAS ECONÓMICAS		
Género	Nº Participantes	Frecuencia/Total participantes por Género
F	22	39%
M	7	14%
Rango etario	Nº Participantes	Frecuencia/Total participantes RE
18- 20 años	0	0%
21-30 años	1	25%
31-40 años	3	25%
41-50 años	5	29%
51-60años	16	33%
61-70 años	4	17%
Nivel educativo	Nº Participantes	Frecuencia/Total participantes NE
Primario Inc.	5	56%
Primario C.	7	17%
Secundario Inc.	5	21%
Secundario C.	7	33%
Terciario Inc.	5	50%
Terciario C.	0	0%
Tipo de Pat. Crónica	Nº Participantes	Frecuencia/Total participantes Pat. Cr.
DBT	17	25%
CP	3	23%
EPI	4	25%
SM	16	40%
OP	15	29%

Tabla 13. Fuente: Elaboración propia.

Si relacionamos los datos de accesibilidad económica con el Nivel educativo de los participantes, el 59% (17) de las personas expuestas a BE no completaron el Nivel secundario (Tabla 13).

El 55% (16) de las personas que estuvieron expuestas a BE, se encontraban en tratamiento por problemas de SM, constituyendo el 40% (16) de dicho grupo de participantes (Tabla 13).

El número promedio de Patologías crónicas en los participantes con BE es de 1,90 (Tabla 13).

E) Barreras relacionales:

“Falta de ayuda para resolver problemas” es la variable que presentó mayor frecuencia entre las tres investigadas (Tabla 14).

Barreras relacionales	Nº participantes	Frecuencia Variables /Total participantes BR
"Trato irrespetuoso"	0	0
"Consultas insatisfechas"	2	22%
"Falta de ayuda para resolver problemas"	7	78%

Tabla 14. Fuente: Elaboración propia.

Los encuestados de género masculino representan el 57% (4) de los participantes con BR, mientras que las personas entre “51 y 70 años” constituyen el 57% (4) de quienes las enfrentaron (Tabla 15).

Los participantes que no alcanzaron el Nivel secundario completo conforman el 57% (4) de las personas expuestas a BR (Tabla 15).

El número promedio de ECNT que presentaron los participantes con BR es de 1,86 (Tabla 15).

BARRERAS RELACIONALES		
Género	Nº Participantes	Frecuencia/Total participantes por Género
F	3	5%
M	4	8%
Rango etario		
Rango etario	Nº Participantes	Frecuencia/Total participantes RE
18- 20 años	0	0%
21-30 años	1	25%
31-40 años	1	8%
41-50 años	1	6%
51-60años	2	4%
61-70 años	2	8%
Nivel educativo		
Nivel educativo	Nº Participantes	Frecuencia/Total participantes NE
Primario Inc.	0	0%
Primario C.	3	7%
Secundario Inc.	1	4%
Secundario C.	3	14%
Terciario Inc.	0	0%
Terciario C.	0	0%
Tipo de Pat. Crónica		
Tipo de Pat. Crónica	Nº Participantes	Frecuencia/Total participantes Pat. Cr.
DBT	5	7%
CP	1	8%
EPI	0	0%
SM	3	8%
OP	4	8%

Tabla 15. Fuente: Elaboración propia.

3. Factores capacitantes y acceso a farmacoterapias:

Según los resultados de la encuesta realizada, el 95% (101) de los participantes recibieron “Todos” o “Algunos” de los medicamentos para sus tratamientos crónicos desde el Servicio de Farmacia (Tabla 16).

Variables investigadas para describir acceso a medicamentos desde SF.	N°Part.	Fr./N°Part.
"Recibió todos los medicamentos para tratamiento patología crónica"	66	62%
"Recibió algunos medicamentos para tratamiento patología crónica"	35	33%
"Recibió ningún medicamento para tratamiento patología crónica"	6	5%

Tabla 16. Fuente: Elaboración propia.

De los 41 participantes que recibieron "Alguno" o "Ningún" medicamento, 32 lograron obtener todos o parte de los medicamentos faltantes, mediante FC individuales o comunitarios (Tabla 17).

Variables investigadas para describir acceso a medicamentos por FC	N°Part.	Fr./N°Part.sin cont. Acces. med. SS
"Obtuvo todos los medicamentos para tratamiento patología crónica"	23	56%
"Obtuvo algunos medicamentos para tratamiento patología crónica"	16	41%
"No obtuvo medicamentos para tratamiento patología crónica"	0	0

Tabla 17. Fuente: Elaboración propia.

Sobre los 41 pacientes que no obtuvieron o recibieron parcialmente farmacoterapias desde el Servicio de Farmacia, se investiga si los consiguieron por medio de FC individuales o comunitarios. Según los datos alcanzados, el 78% (32) pudo comprarlos "Siempre" o "Algunas veces". De otras instituciones de salud pudieron conseguirlos el 39% (16) "Siempre" o "Algunas veces". Obtuvieron los medicamentos faltantes para sus tratamientos como préstamo de otras personas "Siempre" o "Algunas veces" el 29% (12). También se indagó sobre otros mecanismos que permitieron la obtención de farmacoterapias, respondiendo de manera afirmativa el 17% (7) (Tabla 18).

Variables investigadas FC	Algunas				
	Siempre	veces	Nunca	Si	No
"Pudo comprar los medicamentos"	16	16	9		
"Pudo retirar los medicamentos gratuitamente"	5	11	25		
"Le prestó medicamentos otra persona"	3	9	29		
"Obtuvo los medicamentos de otra manera"				7	34

Tabla 18. Fuente: Elaboración propia.

Según los datos de los cuestionarios, el 83% (89) de los participantes tuvieron acceso a todos los medicamentos necesarios para sus tratamientos crónicos, mientras que el 16% (17) los obtuvo de manera parcial (Tabla 16 y 17).

4. Incumplimiento terapéutico:

El 19% (20) de los participantes puso de manifiesto haber incurrido en IT, habiendo incidido el 8% (9) en los dos tipos de IT investigados (Tabla 19).

Variabes investigadas IT	Nº Part.	Fr/Total part.
"Modificó la toma diaria indicada por el médico"(IT1)	16	15%
"Suspendió la toma diaria indicada por el médico" (IT2)	13	12%

Tabla 19. Fuente: Elaboración propia.

Se presenta en la siguiente tabla el comportamiento de los encuestados en relación con el IT, categorizándolos según aquellos que no enfrentaron BO, recibiendo la totalidad de los medicamentos desde el Servicio de Farmacia y quienes estuvieron expuestos a BO habiéndolos obtenido mediante FC en su totalidad o parcialmente (Tabla 20).

Categorías	NºPart.	NºPart. IT	NºPart. IT1	NºPart. IT. 2
Recibió "Todos" medicamentos del Servicio de Farmacia	66	6	3	3
Por F.C. obtuvo "Todos" medicamentos	23	4	3	4
Por F.C. obtuvo "Algunos" medicamentos	16	10	10	6
Sin F.C. "Algunos"medicamentos (Servicio de Farmacia "Algún")	1	0	0	0
Sin F.C. "Todos"medicamentos (Servicio de Farmacia "Algún")	1	1	1	1

Tabla 20. Fuente: Elaboración propia.

En el caso de los participantes que obtuvieron farmacoterapias en su totalidad desde el Servicio de Farmacia, el 9% (6) incurrió en IT, presentando el 50% (3) de ellos IT1 y el otro 50% (3) IT2 (Tabla 20).

Incurrieron en IT el 17% (4) de las personas que recibieron parcialmente o no recibieron medicamentos desde el Servicio de Farmacia, pero los obtuvieron en su totalidad mediante FC, cabe señalar, que el 75% (3) de ellos manifiesta haber incidido en IT1 e IT2. (Tabla 20)

El 62% (10) de los participantes que no recibió medicamentos desde el Servicio de Farmacia o lo hizo de manera parcial, obteniendo “Algunos” medicamentos por FC incidió en IT, incurriendo el 37% (6) de ellos en ambos tipos de IT y el 100% (10) en IT1 (Tabla 20.)

Cabe señalar que de los 16 participantes que no obtuvieron la totalidad de sus farmacoterapias, pero obtuvieron “Algunos” mediante FC, el 37% (6), señaló no haber incurrido en IT (Tabla 20). De los 6 participantes que obtuvieron “Algunos” medicamentos y afirmaron no haber incurrido en IT, el 83% (5) consideró que *“Algunos medicamentos son más importantes que otros”*.

De los 54 participantes que enfrentaron la BS “Algunos medicamentos son más importantes que otros”, el 81% (44) aseveró no haber incurrido en IT.

IX) DISCUSIÓN:

A través del trabajo realizado se analizan algunas de las relaciones entre Barreras de accesibilidad, Factores capacitantes de la utilización de los Servicios de salud, con acceso y adherencia a farmacoterapias para tratamientos crónicos, considerando el tipo de patología crónica, nivel educativo, género y edad de los encuestados en el contexto de la Pandemia Covid 19.

Los datos obtenidos nos permiten afirmar que 9 de cada 10 participantes enfrentan Barreras de accesibilidad a medicamentos, siendo las BG y las BS las más relevantes, enfrentadas por 7 de cada 10. En importancia continúan las BO con un poco menos de la mitad de los integrantes de la muestra, siguen las BE presentes en 3 de cada 10 participantes y finalmente las BR con una frecuencia inferior a los dos dígitos.

Se irán analizando los datos correspondientes a cada una de las Barreras de accesibilidad investigadas comenzando por las BG, por presentar mayor frecuencia dentro del grupo en estudio. Entre las tres variables utilizadas (Tabla 6) para describir las BG, existe una gran diferencia en sus frecuencias, predominando: *“Necesita ayuda o compañía /retira los medicamentos un familiar”*, enfrentada por más de la mitad de los participantes.

La primera parte de la premisa que conforma la variable enunciada en el párrafo anterior *“Necesita ayuda o compañía”* para asistir al Servicio de Farmacia, puede relacionarse con cierto grado de discapacidad producida por patologías crónicas, que dificultan el desplazamiento de algunos de los participantes. Los resultados de nuestro estudio son coincidentes con relatos sobre acceso a la atención médica en pacientes crónicos realizado entre octubre de 2005 y marzo de 2007 en San Luis Potosí México, donde se manifiesta la necesidad de compañía que presentan los entrevistados para desplazarse hacia los servicios de salud (Tejada-Tayabas, y Mercado-Martínez, 2010).

Analizaremos entonces la segunda parte de la premisa “*Retira los medicamentos un familiar*” pudiendo relacionarse con recomendaciones brindadas por los servicios médicos durante la pandemia, especialmente a los pacientes con DBT, sugiriendo la concurrencia al efector solamente en el caso de necesitar algún tipo de atención médica. Se puede pensar que existe una correlación con la variable “*Temor al contagio que impidió su asistencia al Servicio de Farmacia del hospital para retirar medicamentos*” estudiada dentro de las BS presente en 1 de cada 10 encuestados. Los resultados obtenidos reflejan que los participantes eligieron la recepción de los medicamentos a través de otra persona, ocasionándoles probablemente dificultades operativas, pero representando una solución más segura para preservar la salud y garantizar la obtención de los medicamentos necesarios para sus tratamientos. Puede considerarse que la BS “*Temor al contagio*” no es atravesada por los participantes debido a las recomendaciones recibidas de reducir los contactos para disminuir la posibilidad de contagio, eligiendo en su mayoría enfrentar las dificultades que genera la BG “*Retira los medicamentos un familiar*”.

Otra BG investigada es “*Tiempo de viaje superior a 30 minutos*” presente en 3 de cada 10 participantes. Algunos de los encuestados afirman que, frente a la satisfacción de sus necesidades de atención, el prolongado tiempo de viaje no es considerado por ellos un problema. En un informe sobre “*Lineamientos generales del Sistema de referencia y contrarreferencia*” se pone de manifiesto que el eje de los sistemas de salud a nivel mundial estuvo ubicado en la atención hospitalaria, por tanto la población en general percibe a éstas instituciones como los lugares más adecuados para la resolución de sus problemas de salud, debido a que cuentan con equipamiento de alta tecnología, profesionales en diferentes especialidades y servicios de urgencia las veinticuatro horas del día (OPS, 2015). Según la presente hipótesis, la búsqueda de satisfacción de las necesidades de salud, fundadas en una percepción o creencia, configuran una BS, que no puede ser atravesada por los participantes, eligiendo franquear una BG que se traduce en un incremento en su desplazamiento hacia los Servicios de salud. Al percibir que las

necesidades de salud serían satisfechas en una institución hospitalaria lejana al domicilio, se encontrarían frente a una disyuntiva, enfrentar una BG que conlleva un desplazamiento superior a los 30 minutos o asistir a Servicios de salud más cercanos a su residencia, pero considerados no satisfactorios, optando aproximadamente un tercio de los participantes por la satisfacción frente al esfuerzo que significa *“Tiempo de viaje superior a 30 minutos”*.

“Falta de autorizaciones para circular” es la variable investigada para describir BG que presenta menor frecuencia, no coincidiendo con datos brindados en Siempro 2021, donde se la describe como una de las Barreras de accesibilidad a los Servicios de salud de mayor impacto durante la Pandemia. Para sortear la BG *“Falta de autorización para circular”*, algunos participantes de la encuesta, eligen desplazarse en *“auto, a pie o en bicicleta”* cuando se intensifican los controles, porque según sus relatos solo se exige permiso de circulación cuando el viaje se realiza en transporte público.

Según los resultados expuestos, los participantes utilizaron en promedio más de un tipo de transporte, siendo las motivaciones según sus relatos, *“Falta de autorización para circular”* o *“Falta de dinero para pagar el transporte”*. Pudiendo inferir entonces, que los participantes eligen enfrentar aquella Barrera de accesibilidad que pueden atravesar para satisfacer sus necesidades de salud.

Considerando la variable demográfica edad de los participantes, las BG se presentan en todos los encuestados pertenecientes al Rango etario *“18 a 30 años”*, pudiendo obedecer a falta de autonomía. La incidencia de BG disminuye en los Rangos etarios intermedios, aumentando entre *“51 y 60 años”* probablemente por el incremento de patologías con características invalidantes. Mientras que la disminución en la incidencia de BG entre los *“61 y 70 años”* puede explicarse por la pertenencia de gran parte de estas personas al Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (PAMI), presentando probablemente domicilio cercano al hospital o condiciones físicas adecuadas para su desplazamiento, eligiendo a nuestra institución debido a la satisfacción por la atención recibida.

Con los datos del trabajo de campo podemos analizar el grado de equidad en salud de las prestaciones en estudio, relacionando las frecuencias de las Barreras de accesibilidad investigadas con el Género y Nivel educativo de los participantes. La incidencia de BG según DSS como lo es el Género, nos permite afirmar que las mujeres pertenecientes al estudio son más vulnerables a las BG, debido a que 2 de cada 3 encuestadas las enfrentaron, mostrando una asimetría dada por el género del usuario, lo que constituye una inequidad en salud. La falta de autonomía en mujeres para recibir atención médica, expresada en el estudio cuantitativo de barreras de acceso a los Servicios de salud en América latina, puede explicar los resultados obtenidos en nuestro estudio (Houghton, et al., 2022).

Continuando con la vinculación de DSS y BG, 2 de cada 3 participantes que enfrentaron BG no alcanzaron el Nivel educativo secundario completo, superando el promedio de la muestra (Tabla 7 y 5), pudiéndose considerar un factor de exclusión a los Servicios de salud.

Analizaremos cómo las BG afectaron a las personas atendidas en el Servicio de Farmacia dependiendo de la ECNT en tratamiento, pudiendo afirmar que, en personas con EPI, 3 de cada 4 las enfrentaron. Según lo mencionado en un trabajo español del año 2011, puede obedecer a la inseguridad e intranquilidad, presentes en familiares y pacientes con EPI, producto de la posibilidad de una crisis asociada con un accidente por el desplazamiento fuera del domicilio (García-Ramos, R., García Pastor, A., Masjuan, J., Sánchez, C., y Gil, A., 2011).

Siete de cada 10 personas con DBT presentaron BG, pudiendo obedecer a dificultades motoras o visuales o al riesgo de padecer enfermedad grave por Covid 19, originadas en la ECNT que presentaron. Ambas problemáticas configuraron BG que pudieron ser enfrentadas mediante el desplazamiento asistido por personas de confianza y la concurrencia de familiares autorizados al Servicio de Farmacia, para la recepción de los medicamentos crónicos.

Las personas que enfrentaron BG presentaron un mayor número promedio de ECNT, no recibiendo desde los Servicios de salud una contención acorde

a las comorbilidades que presentan, influyendo negativamente sobre su pronóstico.

Respecto al abordaje de BS, comenzaremos analizando la variable *“Algún medicamento es más importante que otro”*, por afectar a la mitad de los encuestados. La percepción de falta de efectividad en algunos casos y la evaluación que el paciente realiza entre creencias positivas y negativas sobre los medicamentos indicados, determinan su comportamiento frente al tratamiento. Considerando la polifarmacia una práctica terapéutica corriente en ECNT, dicha premisa puede incidir negativamente en la búsqueda y utilización de los medicamentos prescritos, constituyendo un obstáculo simbólico para el logro de beneficios en la salud y bienestar (García Zaragoza, E., et al., 2017).

La BS *“Pensaba que no recibiría atención, lo que impidió mi asistencia al Servicio de Farmacia”* afectando a 2 de cada 10 encuestados. La falta de asistencia al Servicio de Farmacia, pudo constituirse en falta de disponibilidad de medicamentos, generando incumplimiento en las pautas terapéuticas. La interrupción del tratamiento o la modificación de la posología por determinación del paciente, disminuirá la efectividad de las terapias farmacológicas con el concomitante daño a la salud, lo que se vincula con aumento en la mortalidad (Pagés- Puigdemont y Valverde- Merino, 2018).

La variable *“Temor al contagio que impidió mi asistencia al Servicio de Farmacia”* estuvo presente en 1 de cada 10 de los participantes, siendo inferior a la frecuencia esperada (Siempre, 2021), habiendo sido expuesto en párrafos precedentes donde se abordaron las BG.

Según los datos obtenidos, la frecuencia de BS se incrementó directamente con la edad de los participantes, presentando un descenso en la última franja etaria investigada (61 a 70 años). Datos del INDEC (2023) muestran que 9 de cada 10 personas en edad jubilatoria presentan cobertura previsional, teniendo como obra social PAMI. Pudiendo entonces considerarse, que las personas correspondientes al Rango etario “61 a 70 años” presentan una amplia oferta de Servicios de salud, asistiendo a aquellas instituciones que les

brindan una atención satisfactoria, presentando probablemente, conocimientos sobre cuidados en salud para llevar adelante una vida más saludable y sostener su autonomía.

La frecuencia de BS fue idéntica en los encuestados de ambos Géneros, habiéndolas enfrentado 7 de cada 10 hombres y mujeres, por tanto, en el grupo estudiado las BS no dependen del Género.

La frecuencia de los participantes expuestos a BS que no presentaron Nivel secundario completo, fue levemente inferior al del conjunto estudiado, presentando entonces, mejor Nivel educativo aquellos que fueron afectados por BS en el grupo estudiado.

Si analizamos BS según el tipo de ECNT de los participantes, 8 de cada 10 en tratamiento por CP las enfrentaron, pudiendo considerarse que la falta de comprensión sobre los tratamientos, puede obedecer a carencias de información y escasas redes de apoyo (Guerrero-Benítez, Suárez-Prieto, y Moreno-García, 2021).

Según los resultados obtenidos, quienes se enfrentaron a BS presentaron un mayor número promedio de patologías crónicas que el grupo en estudio, lo que empeora su calidad de vida (Hernández- Cerón, et al., 2016), constituyendo una inequidad en salud.

Dentro de las BO, la variable que afectó a 4 de cada 10 participantes fue *“Recepción desde el Servicio de Farmacia de alguno o ningún medicamento”*, incidiendo negativamente en la continuidad de los tratamientos de quienes la enfrentaron.

Aproximadamente la mitad de la población adulta joven del grupo en estudio, se vio afectada por BO, pudiendo estar relacionado con los datos correspondientes al segundo trimestre de 2020 del Mercado de trabajo en la Argentina, ya que la tasa de desocupación fue del 13,1% estando conformada en un 44% por personas menores a 29 años (INDEC, 2020). Durante el período de Pandemia Covid 19, debido a que en ocasiones no se recibía la totalidad de los medicamentos necesarios para cubrir la demanda mensual, el

Servicio de Farmacia organizó entregas semanales para lograr una distribución equitativa. La asistencia al Servicio de Farmacia debía realizarse entonces, varias veces al mes para lograr continuidad en la accesibilidad, lo que pudo haberse constituido en una BO difícil de franquear en pacientes con edades entre “21 y 40 años” por estar atravesando dificultades económicas, hallarse en búsqueda laboral o para conservar sus empleos.

En los datos recabados se observa que 7 de cada 10 personas que enfrentaron BO no presentaban Nivel secundario completo, superando levemente los datos de la muestra, pudiendo considerarse una inequidad en salud.

Si analizamos las BO de acuerdo con el tipo de ECNT presente en los participantes, quienes se encontraban en tratamiento por CP y SM presentaron mayor frecuencia, viéndose afectados 6 de cada 10 participantes de cada patología señalada.

Los resultados obtenidos en tratamientos por CP son comparables con las problemáticas expuestas en un estudio realizado durante 2020 en Colombia, donde se pone de manifiesto que la discontinuidad en la provisión de medicamentos es una de las barreras de accesibilidad enfrentadas por los participantes (Guerrero-Benítez, Suárez-Prieto, y Moreno-García, 2021). Mientras que en un estudio etnográfico realizado entre 2006 y 2009 en la Ciudad de Buenos Aires, se describe el impacto negativo sobre la calidad de vida de los pacientes provocado por la falta de continuidad en la provisión de opiáceos en aquellas personas que no contaron con recursos económicos para su adquisición (Alonso, J., 2013). Mediante nuestros resultados y los datos recabados de ambas publicaciones citadas, podemos considerar que la BO estudiada, debido a su magnitud y al impacto negativo sobre la calidad de vida de las personas con CP constituye trato indigno en salud.

La continuidad en la provisión de medicamentos es un problema crucial para las personas en tratamiento por SM según nuestros resultados y coincidente con un estudio cuantitativo realizado en el área de Gran Resistencia 2021-2022, donde solamente 4 de cada 10 personas con indicación de

psicofármacos los recibieron desde el subsector público de salud (Ministerio de Salud, 2022). La problemática sobre accesibilidad a psicofármacos es abordada también en un trabajo realizado en hospitales de la provincia de Santa Fe, donde la mayor parte de las dificultades reportadas se vinculan con su falta de disponibilidad, obstáculo que se acentuó durante la pandemia (Imhoff, A., 2023).

Según señalamos en los párrafos anteriores, las ECNT más afectadas por las BO fueron CP y SM, existiendo en el grupo estudiado prevalencia del Género Femenino, explicando entonces, los motivos de la mayor vulnerabilidad de las mujeres frente a las BO, presente en casi la mitad de las mujeres.

Algunos encuestados refirieron sus experiencias, producto de BO que enfrentaron durante la pandemia Covid 19:

Uno de los relatos puso de manifiesto que la falta de entrega de medicamentos prescritos desde el Servicio de Farmacia, ocasionó discontinuidad en su tratamiento para SM, trayendo como consecuencia una descompensación de su patología. Al asistir a un Hospital monovalente para su tratamiento, tuvo inconvenientes en su admisión, por presentar febrícula debido al estado de alteración psicomotriz que presentaba, siendo inicialmente considerado un posible paciente con enfermedad Covid 19.

La suspensión del tratamiento para SM, produjo en otro de los participantes, una crisis convulsiva que ocasionó su internación.

Un encuestado en tratamiento por DBT describió que al recibir "*Algunos medicamentos*" desde el Servicio de Farmacia, modificó la posología para que los fármacos "*le alcancen*". Según su relato, adaptó sus cuidados a la disponibilidad física de medicamentos, considerando que le entregamos "*Todos*", ya que fueron los únicos medicamentos con los que contó y se los administró de modo tal de no interrumpir el tratamiento.

En las tres narraciones descriptas se observan los efectos de prácticas desubjetivantes, que anulan el sujeto de derecho, violando la dignidad humana basada en el carácter insustituible de toda persona (Stolkiner, 2015).

Los encuestados que enfrentaron BO, presentaron un mayor número promedio de ECNT que el grupo estudiado. Sabiendo que las comorbilidades impactan negativamente en la calidad de vida de las personas y el conjunto de circunstancias que afrontan determinan su pronóstico y la respuesta al tratamiento, la presencia de obstáculos en el acceso a farmacoterapias podría tener un impacto negativo en la salud de estos pacientes (Hernández- Cerón, et al., 2016)

La variable estudiada para describir BE *“No siempre tuve dinero para pagar el transporte con el fin de desplazarme al Servicio de Farmacia”*, fue enfrentada por 3 de cada 10 encuestados, mientras que 4 de cada 10 respondieron *“No sabe/ No contesta”*, por no necesitar recursos económicos para su traslado hasta la institución tratante. La gratuidad en el costo del transporte pudo obedecer a que algunos participantes contaron con carné de discapacidad que los habilitó a viajar gratis en el transporte público, mientras que otros se desplazaron *“a pie o en bicicleta”* por proximidad o falta de dinero. Por el relato de varios encuestados, podemos considerar que, al carecer de recursos económicos para costear el transporte, enfrentaron el desafío de desplazarse *“a pie o en bicicleta”*, cambiando una BE por una BG, eligiendo enfrentar aquella Barrera de accesibilidad que pudieron superar.

En cuanto a la edad de los participantes, la BE se acrecentó con la edad, hasta el Rango etario *“51 a 60 años”* en el que 3 de cada 10 la enfrentaron. Aquellos encuestados que no contaron con carné de discapacidad, pudieron movilizarse *“a pie o en bicicleta”* para superar la BE en análisis, con la edad aumenta la aparición de dificultades adquiridas, limitando el adecuado desempeño de las personas (INDEC, 2018). Por tanto, a medida que avanzamos en las franjas etarias, las personas que no pudieron enfrentar la BE investigada, tampoco lograron desplazarse *“a pie o en bicicleta”* por dificultades físicas, pudiendo explicar el incremento de BE con la edad, encontrando entre los *“51 a 60 años”* la mayor frecuencia. Los resultados

obtenidos para el Rango etario “61 a 70 años” reveló una frecuencia menor, pudiendo obedecer a que contaban con cobertura previsional.

Si realizamos un análisis de las BE según DSS como el Género de los participantes, vemos que la incidencia en las mujeres fue muy elevada, ya que 8 de cada 10 personas que las enfrentaron son mujeres, abarcando a 4 de cada 10 de las mujeres encuestadas. La presente problemática se ve reflejada también, en los resultados del estudio cuantitativo de barreras de acceso a los Servicios de salud en América latina, realizado entre el 2000 y 2019, donde se expone, que las mujeres presentaron una alta incidencia frente a las BE (Houghton, et al., 2022).

En nuestros resultados no hay correlación directa entre menor Nivel educativo y BE, debido a que 4 de cada 10 personas que enfrentaron BE presentaron un Nivel educativo superior al secundario completo, mientras que en el grupo estudiado solo lo alcanzó 3 de cada 10 participantes.

Más de la mitad de quienes enfrentaron BE se encontraban en tratamiento por SM y 4 de cada 10 personas en tratamiento por SM afrontaron BE, coincidente con datos expuestos en un Estudio de Prevalencia Psiquiátrica de Chile, realizado a través de una encuesta nacional de hogares entre 1992 y 1999, donde el 43,6% no asistió a la consulta por problemas financieros (Saldivia, Vicente, Kohon, Rioseco y Torres, 2004).

Las personas enfrentadas a BE presentaron un mayor número de ECNT que el promedio del grupo en estudio, por tanto, la segmentación de la población con criterios clínicos, poniendo también en consideración sus DSS, permitiría una distribución equitativa de los recursos en salud (Coronado-Vázquez, V., Gómez-Salgado, J., Cerezo Espinosa de los Monteros, J., Canet Fajas, C., y Magallón Botaya, R., 2019).

La variable: *“Falta de ayuda para resolver problemas administrativos con el fin de retirar medicamentos”* dentro de las BR investigadas, presentó la frecuencia más elevada, con un valor inferior a los dos dígitos. Los resultados muestran que 5 de los 7 participantes que enfrentaron dicha BR, recibieron *“Alguno”* o *“Ningún”* medicamento desde el Servicio de Farmacia, pudiendo

considerar que hubo *“Falta de ayuda para resolver problemas administrativos”*, responsabilizando al personal del Servicio de Farmacia por el problema de accesibilidad enfrentado. Probablemente la BO *“Recibió alguno o ningún medicamento del Servicio de Farmacia”*, fuera condicionante de la BR *“Falta de ayuda para resolver problemas administrativos con el fin de retirar medicamentos”* pudiendo existir dependencia entre ambas variables que nos permiten describir diferentes dimensiones de la accesibilidad.

En el grupo en estudio hubo cumplimiento del Artículo 2) inciso b) de la Ley 26529, que garantiza el trato digno y respetuoso de los pacientes por parte del personal de los Servicios de salud, ya que *“Trato irrespetuoso”* es la única variable investigada con frecuencia cero. Dicha BR, se encuentra íntimamente vinculada a la discontinuidad en la accesibilidad a Servicios de salud, puesto de manifiesto en un trabajo cualitativo realizado en el año 2006 en la Ciudad de Buenos Aires, donde gran parte de los pacientes que recibieron trato irrespetuoso desde el equipo de salud, afirmaron haber abandonado los tratamientos (Engelman, 2007). El resultado obtenido en nuestro estudio sobre la variable *“Trato irrespetuoso”* no es coincidente con el presentado en el trabajo evaluativo realizado entre 2004 y 2006, por el Programa Integral de Salud de la Mujer de la Secretaría de Salud Pública de Rosario, donde la frecuencia es cercana al 3%, generando una grave tensión en la relación médico paciente (Aronna y Gerlero, 2010).

La única dimensión de la accesibilidad dentro del conjunto estudiado, donde existe un predominio masculino es en las BR.

Según los resultados obtenidos, las personas que enfrentaron BR presentaron mejor Nivel educativo que el promedio del grupo en estudio, no encontrando relación directa entre menor Nivel educativo y presencia de BR.

Si vinculamos BR con Rango etario, la mayor frecuencia se puede observar entre los *“21 y 30 años”*, coincidente con testimonios vertidos por participantes pertenecientes a un trabajo cuantitativo realizado en el año 2005 en escuelas de la Ciudad de Buenos Aires sobre salud y enfermedad en jóvenes entre 14 y 21 años, donde los encuestados afirmaron tener dificultades para entablar

una buena relación con los profesionales de la salud (Kornblit, Méndez Diz, Di Leo, Camarotti y Adazko, 2005).

La frecuencia con que se presentaron las BR muestra un decrecimiento con el aumento de la edad de los participantes hasta llegar a 60 años, donde aparece un punto de inflexión. Dicho cambio en el comportamiento entre “61 y 70 años” puede obedecer a la exigencia en cuanto a satisfacción del usuario presente en esta franja etaria, debido a la capacidad y posibilidad de elección por contar en su mayoría con cobertura de PAMI.

Los participantes con ECNT como SM, CP y OP fueron quienes enfrentaron con mayor frecuencia BR. En un trabajo realizado sobre accesibilidad a los Servicios de salud mental realizado en el año 2022 en Gran Resistencia, el 16% de las personas atendidas, no comprendieron las indicaciones y explicaciones recibidas por el personal de salud o lo hicieron de manera parcial (Ministerio de Salud Pública de Chaco, 2022). Pudiendo pensar entonces, que la falta de comprensión pudo haber sido uno de los motivos que ocasionó BR en personas en tratamiento por SM. En quienes requieren farmacoterapias por CP, pudo haberse constituido en BR, la estigmatización por parte del personal de salud y la comunidad en general, relacionándolos con tratamientos para cáncer y con el final de vida. Las afirmaciones precedentes son parte de los resultados obtenidos por un estudio cualitativo realizado en Colombia en el año 2020 (Guerrero Benítez, A., Suárez Prieto, V., y Moreno García, J., 2021). En nuestra investigación las percepciones señaladas pueden conformar la base simbólica para las BR en estudio, hipótesis que debiera refrendarse en trabajos posteriores.

En el grupo estudiado, el FC que presentó mayor intensidad es individual y económico, ya que 8 de cada 10 participantes cuya demanda no fue satisfecha por el Servicio de Farmacia, “*Pudo comprar*” “*Algunas veces*” o “*Siempre*” los medicamentos que necesitó para sus tratamientos. El siguiente en importancia fue el FC comunitario “*Pudo retirar los medicamentos de otra institución pública de manera gratuita*” “*Algunas veces*” o “*Siempre*”, abarcando a 4 de cada 10 encuestados que no obtuvieron la totalidad de los medicamentos desde el Servicio de Farmacia. La frecuencia del FC

comunitario fue la mitad del valor correspondiente al FC económico e individual mostrando según nuestros resultados, una gran debilidad en las redes de provisión gratuita de medicamentos. Se debe considerar también, que las personas con cobertura pública exclusiva, deben realizar un enorme esfuerzo económico a la hora de adquirir los medicamentos, ya que solo pueden realizar la compra según el precio de lista vigente, diferente a aquellos que por presentar cobertura privada o de la seguridad social, reciben algún tipo de descuento en las especialidades medicinales bajo receta.

La existencia de una red de apoyo entre pacientes construida de manera informal por sus integrantes, fue indagada mediante la pregunta *“Le prestó medicamentos otra persona”* *“Algunas veces”* o *“Siempre”* presente en 3 de cada 10 participantes que no obtuvieron la totalidad de los medicamentos desde el Servicio de Farmacia, bastante próximo al FC *“Pudo retirarlos de otra institución pública de manera gratuita”*.

Según nuestros resultados, la continuidad en la accesibilidad a farmacoterapias no pudo garantizarse desde el Servicio de Farmacia en 4 de cada 10 encuestados, pero más de la mitad de ellos pudo lograrlo mediante FC.

En cuanto a IT, nuestros resultados muestran que 2 de cada 10 encuestados ha incurrido en él. Presentando mayor frecuencia *“Modificó la toma diaria indicada por el médico”* (IT1), teniendo como objetivo que *“los medicamentos les alcancen para sus tratamientos”*, según lo refirieron algunos participantes.

En aquellas personas que recibieron fármacos de manera continua desde el Servicio de Farmacia, 1 de cada 10 presentó IT, duplicándose cuando la continuidad en la accesibilidad fue construida mediante FC. Los pacientes que obtuvieron *“Algunos”* medicamentos mediante FC, presentaron mayores dificultades con el cumplimiento de sus tratamientos, incurriendo en IT en más de la mitad de los casos. Observamos que la frecuencia del IT en los participantes con discontinuidad en la accesibilidad a farmacoterapias, quintuplica a la incidencia de quienes tuvieron continuidad en la accesibilidad producto de la entrega de los medicamentos desde el Servicio de Farmacia.

Por tanto, la BO *“Recepción desde el Servicio de Farmacia de alguno o ningún medicamento”* está directamente relacionada con el IT de los integrantes del grupo estudiado.

Cuatro de cada 10 participantes con discontinuidad en la accesibilidad a farmacoterapias, afirmaron no haber incurrido en IT, manifestando casi en su totalidad que *“Algunos medicamentos son más importantes que otros”*. Dentro del grupo de participantes que respondieron afirmativamente *“Algunos medicamentos son más importantes que otros”*, 8 de cada 10 personas consideraron no haber incurrido en IT. Podemos pensar entonces, que la percepción acerca de la importancia que tienen los fármacos para las personas en tratamiento por ECNT, puede relacionarse con el IT.

Las Barreras de accesibilidad a farmacoterapias en pacientes crónicos afectaron a casi la totalidad de los participantes de la encuesta, con predominio de las BG y BS, continuando por las BO, a pesar de lo cual el acceso continuo a farmacoterapias se cumplió en 4 de cada 5 participantes, mientras que el resto de los encuestados los obtuvo de manera discontinua.

“Necesita ayuda o compañía/ retira los medicamentos un familiar” es la variable de accesibilidad que presentó mayor frecuencia en nuestro estudio, le sigue en importancia *“Algún medicamento es más importante que otro”* y a continuación *“Recepción de alguno o ningún medicamento”* presentando todas ellas frecuencias cercanas a la mitad de los participantes.

¿Es posible que las personas al no poder atravesar ciertas barreras de accesibilidad como la BS: *“Temor al contagio que impidió mi asistencia”* y la BE: *“No siempre tuve dinero para pagar el transporte”*, elijan enfrentar las BG: *“Retira los medicamentos un familiar”* o la que implican su traslado *“a pie o en bicicleta”* al Servicio de Farmacia? ¿Las BS y BE son más rígidas que las BG en las circunstancias de nuestro estudio?

¿Puede una BO como recibí *“Alguno o ningún medicamento desde el Servicio de Farmacia”* generar una BR como *“Falta de ayuda para resolver problemas administrativos vinculados con la recepción de medicamentos”*? ¿Los participantes pueden considerar que el personal encargado de su

atención no les brindó el máximo de sus posibilidades para permitir que cuenten con los medicamentos necesarios para sus tratamientos, generando una BR adicional a la BO presente?

Las BG, BE, BO fueron enfrentadas con mayor frecuencia, por participantes del *Género femenino*, pudiendo obedecer en las primeras categorías a falta de autonomía de las participantes. Mientras que la prevalencia de problemáticas de SM y CP en las mujeres de nuestro estudio, explicaría las BO enfrentadas, debido a que los fármacos necesarios para dichos tratamientos sufrieron discontinuidades en su entrega. Las BR fueron afrontadas en un mayor porcentaje por personas del *Género masculino* y las BS con igual frecuencia en ambos tipos de género. En base a los resultados obtenidos sobre BR y BS podemos preguntarnos: ¿Los hombres presentan mayores dificultades para relacionarse dentro de los Servicios de salud o se trata de un suceso aislado? ¿Las percepciones o representaciones que constituyen BS se construyen independientemente del género de las personas?

Las Barreras de accesibilidad investigadas muestran frecuencias máximas en Rangos etarios diferentes, las BG se presentaron en la totalidad de los participantes entre “18 y 30 años”, debido a la probable falta de autonomía de los integrantes de dicha franja etaria. Decrecieron las frecuencias en las Rangos etarios intermedios, para sufrir un incremento entre los “51 y 60 años”, probablemente por el aumento de patologías con características invalidantes, disminuyendo nuevamente entre los “61 y 70 años”. Las BS no se presentaron entre los “18 y 20 años”, aumentado su frecuencia con la edad, mostrando un descenso en la última franja etaria investigada (61 a 70 años). Mientras que las BO exhibieron su mayor frecuencia entre “21 y 40 años”, pudiendo vincularse con mayores dificultades laborales que obstaculizaron la asistencia semanal al Servicio de Farmacia para retirar medicamentos, afectando la continuidad en la accesibilidad. En el rango “18 a 20 años” los participantes no enfrentaron BE, la frecuencia crece lentamente llegando al máximo en la franja correspondiente a “51 y 60 años”. Podemos suponer que el pico de frecuencia alcanzado entre los “51 y 60 años” pudo obedecer a la

imposibilidad de reemplazar la BE *“No siempre tuve dinero para pagar el transporte”*, por la BG que consistió en el traslado *“a pie o bicicleta”* debido a dificultades en el desplazamiento. En la curva que representa los valores de frecuencia de BE vs edad de los participantes, se produce un punto de inflexión en el Rango *“61 a 70 años”* con una disminución en la incidencia. En las BR el máximo de frecuencia se produjo entre los *“21 y 30 años”* vinculado probablemente, a dificultades relacionales con los Servicios de salud presente en jóvenes, disminuyendo hasta la franja *“51 a 60 años”*, para luego sufrir un incremento en la incidencia, en el siguiente grupo investigado.

Las BG, BS, BE y BR presentaron un punto de inflexión en la última franja etaria investigada. Una disminución en la incidencia de BG en los participantes entre *“61 y 70 años”* puede deberse a la posibilidad de elección entre varias instituciones de salud por disponer de PAMI y de las pertenecientes al subsector público. Teniendo entonces la posibilidad de recibir atención en salud, con proximidad a su domicilio o que el itinerario hacia la institución elegida sea breve y sencillo. En cuanto a la disminución de BS en dicha franja etaria, se puede pensar que los participantes que tienen la posibilidad de elegir entre varias instituciones, recayendo la misma, sobre aquella que les brinde satisfacción en la atención, considerando entonces, que estas personas podrían tener capacidad para tomar decisiones adecuadas relacionadas con sus propios cuidados. La disminución de la frecuencia de BE en los participantes del grupo etario *“61 a 70 años”* probablemente sea producto de contar con cobertura previsional y por tanto con recursos económicos para cubrir el costo del transporte hacia la institución tratante. El incremento en la frecuencia de BR en las personas correspondientes a la presente franja etaria, puede obedecer a una alta exigencia sobre el tipo de atención demandada, debido a su posibilidad de elección.

Si observamos los resultados obtenidos sobre Barreras de accesibilidad en relación con el Nivel educativo de los participantes, aquellos que estuvieron expuestos a BG y BO presentaron menor Nivel educativo que el promedio del grupo en estudio y quienes afrontaron BS, BE y BR alcanzaron un mayor Nivel educativo que la media del conjunto estudiado.

En cuanto al tipo de ECNT y según las Barreras de accesibilidad analizadas, podemos afirmar que tres cuartas partes de los participantes con EPI y DBT enfrentaron BG pudiendo obedecer a dificultades en su desplazamiento. Estuvieron expuestos a BS, 8 de cada 10 personas encuestadas en tratamiento por CP, siendo posible que la falta de conocimientos sobre este tipo de cuidados hubiese sido la causa. Mientras que 6 de cada 10 personas en tratamiento por CP y SM fueron afectadas por BO, vinculadas con la falta de continuidad en la disponibilidad de medicamentos en el Servicio de Farmacia. Cuatro de cada 10 participantes en tratamiento por SM afrontaron BE, coincidente con otros estudios realizados sobre el tema. Las BR se presentaron con la misma frecuencia en las personas en tratamiento por CP, SM y OP, pudiendo obedecer a la estigmatización en quienes se encontraban en CP, a dificultades en la comprensión de aquellos participantes con problemas de SM, no pudiendo formular hipótesis sobre las personas en tratamiento por OP.

Los participantes expuestos a Barreras de accesibilidad presentaron un promedio de Patologías crónicas superior al del grupo estudiado. Tratándose de personas con mayores necesidades en salud, que debieron enfrentar obstáculos para la realización de sus tratamientos, estamos en presencia de una distribución inequitativa de los recursos en salud.

Dentro de los FC investigados, el FC individual económico es el que presentó mayor frecuencia, debido a que 8 de cada 10 participantes que no recibieron la totalidad de los medicamentos necesarios para sus tratamientos, por enfrentar BO, pudieron comprarlos total o parcialmente. En segundo lugar, con menos de la mitad de la frecuencia, se ubicó el FC comunitario, vinculado a la posibilidad de retirar medicamentos de manera gratuita de otras instituciones públicas. En tercer lugar, a penas por debajo del FC comunitario, se situó el FC referido a las redes informales de pacientes, que permitió la obtención de medicamentos mediante mecanismos solidarios autogestivos.

Si nos adentramos en la incidencia del tipo de IT, predomina *“Modificó la toma diaria indicada por el médico”* afirmando algunos de ellos, haber llevado

a cabo dicha conducta con el fin de que *“los medicamentos les alcancen para sus tratamientos”*.

En nuestros resultados encontramos correlación entre IT y continuidad en la accesibilidad a farmacoterapias con provisión de la totalidad desde la institución tratante, ya que 1 de cada 10 participantes que obtuvo la totalidad de los medicamentos desde el Servicio de Farmacia incurrió en IT, duplicándose en quienes los consiguieron a través de FC. En el caso de los pacientes que no lograron continuidad en la accesibilidad para tratamientos crónicos, los resultados de IT se quintuplicaron respecto de quienes no enfrentaron la BO *“Recibió algunos o ningún medicamento del Servicio de Farmacia”*.

Según los resultados obtenidos, 4 de cada 10 personas que presentaron discontinuidad en la accesibilidad a medicamentos, afirmaron no haber incurrido en IT, encontrándose expuestos a la BS *“Algunos medicamentos son más importantes que otros”* en 8 de cada 10 de los casos, pudiendo pensar que existe relación entre la mencionada BS y el IT.

La primer Encuesta Provincial sobre Acceso, Uso y Satisfacción de los Servicios de Salud de la Provincia de Buenos Aires (EPAUSS), realizada entre abril y julio de 2023 abarcó 53.835 viviendas, refiriendo que la mayoría de los encuestados (94,2%) pudo obtener todos los medicamentos prescritos, mientras que el 5,1% recibió algunos y el 0,7% no los obtuvo. Los resultados muestran una gran diferencia respecto a las personas con cobertura pública exclusiva, que en el 88,3% de los casos, pudieron obtener la totalidad de los fármacos para sus tratamientos. En nuestro trabajo, con un grupo en estudio constituido por pacientes que asisten al Servicio público de salud, pero realizado en el período de pandemia Covid 19, se observó que el 83% de los participantes presentaron continuidad en la accesibilidad a farmacoterapias, valor apenas inferior al obtenido en el informe EPAUSS en participantes que presentaron cobertura pública exclusiva, mostrando entonces, las dificultades existentes para el logro de mejoras sustanciales en la accesibilidad a medicamentos. Algunas de las causas que produjeron discontinuidad en la accesibilidad a farmacoterapias expuestas en el informe EPAUSS, resultan

coincidentes con los resultados obtenidos en nuestro estudio. Se detallan las mismas a continuación: falta de disponibilidad de medicamentos en los establecimientos públicos de salud, falta de dinero de los usuarios para su compra, dificultades en el desplazamiento hacia la farmacia, falta de dinero para pagar el transporte y la consideración en algunos pacientes que los medicamentos prescritos no eran necesarios. En ambos estudios, los resultados permiten verificar la conformidad de los encuestados con la dimensión “trato respetuoso” y “tiempo dedicado en la consulta” (EPAUSS, 2023). De ambos estudios se desprende la necesidad de aplicar políticas que permitan deconstruir Barreras de accesibilidad, como también el fortalecimiento de FC, especialmente en quienes presentan cobertura pública exclusiva.

Según el presente estudio la variable “*Recibió todos los medicamentos del Servicio de Farmacia*” correspondiente a la dimensión organizacional de la accesibilidad, fue determinante en la adherencia a tratamientos. Dicha variable organizacional, se vincula directamente con la disponibilidad de las especialidades medicinales que conforman los FFT necesarias para los tratamientos de las diferentes ECNT. Las medidas aplicadas en el último año a nivel nacional, en materia de Salud Pública, fueron en desmedro de la continuidad en la accesibilidad a farmacoterapias. Durante el año 2024, se produjo la suspensión de la Dirección de Asistencia Directa por Situaciones Especiales (DADSE), dejando sin cobertura a personas con tratamientos crónicos pertenecientes al subsector público, reforzando de este modo las BO. El incremento del 188% que sufrieron los medicamentos utilizados por personas mayores entre noviembre de 2023 y julio de 2024, superaron ampliamente la inflación de 164,6% correspondiente al mismo período, influyendo de modo negativo sobre los FC económicos de aquellas personas que no recibieron los medicamentos de manera gratuita (CELS, 2024). Las medidas detalladas desfavorecen la accesibilidad a farmacoterapias en personas con ECNT, poniendo en serio riesgo la continuidad de sus tratamientos.

X) CONCLUSIONES:

Del presente trabajo surgen algunas debilidades y fortaleza que merecen ser descritas. Entre las primeras, el sesgo de recuerdo de los participantes motivado por la diferencia temporal de tres años entre el período de estudio y el trabajo de campo, pudieron inducir a respuestas que no correspondan a la etapa de pandemia. Además, una de cada tres personas invitadas a participar del estudio, por cumplir con el criterio de inclusión, no pudo confeccionar el cuestionario. Es probable que dicho comportamiento haya obedecido a problemáticas personales como mencionaran oportunamente, pero también pudo deberse a insatisfacción con la atención recibida, en cuyo caso la falta de participación de estas personas, ocasionaría sesgo en los resultados. Podemos agregar, que el presente estudio no estuvo abocado a investigar específicamente el número de personas que no asistieron al Servicio de Farmacia durante la pandemia Covid 19, y que posteriormente dejaron de tratarse en nuestra institución. Sin embargo, durante la realización de la encuesta, algunos participantes señalaron no haber podido concurrir al Servicio de Farmacia para su atención durante la pandemia Covid 19, debido al cierre del barrio al que pertenecían o por considerar que no se les brindaría atención. Mediante la aplicación del cuestionario, nos permitieron conocer los mecanismos de accesibilidad a farmacoterapias puestos en juego y las consecuencias sobre la adherencia a sus tratamientos. Cabe mencionar también, la imposibilidad de excluir del presente trabajo a los participantes con cobertura de salud privada o de la Seguridad social, provocando probablemente, un comportamiento diferente en los resultados correspondientes a la franja etaria “61 a 70 años”.

Las fortalezas del trabajo se basan en la posibilidad de vincular variables que describen diferentes condicionantes de la accesibilidad a medicamentos pudiendo analizarlas frente a los datos demográficos y determinantes sociales de la salud de los encuestados, permitiendo formular hipótesis que pueden ser empleadas como herramientas para la deconstrucción de obstáculos y la elaboración de estrategias que ayuden a la continuidad de tratamientos.

El impacto social que produjo la pandemia Covid 19 profundizó la situación de vulnerabilidad en aquellos hogares que se encontraban con problemas de vivienda, laborales y de salud, en su mayoría con cobertura pública exclusiva. En medio del contexto de crisis, los pacientes con patologías crónicas para satisfacer sus necesidades de salud, enfrentaron en casi su totalidad Barreras de accesibilidad. Debemos señalar también, que las Barreras geográficas, económicas y organizacionales mostraron mayor incidencia en las personas del Género femenino En cada Barrera de accesibilidad estudiada, los participantes que las enfrentan presentaron mayor número de ECNT que el promedio del grupo en estudio. Aquellos participantes en tratamiento por Cuidados paliativos frente a Barreras de accesibilidad simbólicas, organizacionales y relacionales ocuparon el primer puesto, mientras que los encuestados en tratamiento por problemas de Salud mental enfrentaron Barreras económicas y relacionales, instalándose en el primer lugar. Otro dato a considerar, es que las personas expuestas a discontinuidad en la accesibilidad a farmacoterapias, quintuplicaron el Incumplimiento terapéutico respecto de los participantes que no enfrentaron Barreras organizacionales.

Para mejorar la accesibilidad a farmacoterapias sería recomendable disminuir la frecuencia de asistencia a las instituciones tratantes. Siendo recomendable para ello, la implementación de entregas trimestrales de medicamentos, debiendo contar para tal fin, con disponibilidad continua de los fármacos incluidos en los Formularios Farmacoterapéuticos en los Servicios de salud. El desarrollo de sistemas con entrega domiciliaria de medicamentos, en especial para quienes presentan dificultades en su desplazamiento o factores de riesgo de contraer enfermedad Covid 19 grave, sería otra de las formas posibles de resolución de algunas de las Barreras de accesibilidad geográficas analizadas en el presente estudio (Álvarez Criado, et al., 2020).

Sería recomendable la implementación de talleres multidisciplinarios integrados por diferentes profesionales de la salud y miembros representativos de la comunidad, donde los pacientes que enfrentan patologías crónicas, podrían reelaborar conceptos para evitar errores en los tratamientos. En dichos dispositivos, se deberían discutir pautas de cuidado,

aproximando ideas entre las partes, ya que la imposición de conocimientos y prácticas, ocasionan sentimientos de frustración, miedo, originando transgresiones y efectos negativos en los tratamientos, que debieran ser mitigados (Hoyos, Arteaga y Muñoz, 2011).

Las Barreras de accesibilidad a farmacoterapias, mostraron una mayor prevalencia en personas del Género femenino, siendo la falta de autonomía y las dificultades económicas algunos de los motivos que construyen las Barreras geográficas y económicas que enfrentaron. Para disminuir la asimetría existente, es imprescindible la implementación de políticas públicas que vayan en paralelo con la ampliación de derechos para esta parte de la población.

La construcción de Redes desde los Servicios de salud o mecanismos que permitan mitigar las dificultades enfrentadas por las personas cuando están en riesgo sus tratamientos, debería ser prioritario. Como también, la aplicación de políticas públicas que generen mecanismos diferenciados para aquellos segmentos poblacionales en situación de vulnerabilidad, con el fin de garantizar equidad en salud (Acuña, et al., 2014).

El escenario no es promisorio, ya que se prevé para el 2025, un presupuesto nacional en Salud pública 18,2% inferior al año 2024, recortando programas claves como “Acceso a medicamentos, insumos y tecnología médica” con recursos 14% inferiores a los asignados durante el 2023. Mientras que, para el Instituto Nacional del Cáncer el presupuesto 2025 desciende 47,5% respecto al de 2023, medidas que incidirán negativamente sobre la accesibilidad a farmacoterapias de personas con patologías crónicas y cobertura pública exclusiva (Centro de Investigaciones Territoriales y Ambientales Bonaerenses, 2024). Se trata de un retroceso en cuanto a los derechos conquistados en materia de salud, donde el estado se aleja, ampliando la brecha entre quienes tienen recursos económicos para cubrir sus necesidades en salud y quienes carecen de ellos.

En las instituciones de salud a las personas se les diagnostican e indican tratamientos para enfermedades crónicas, pero no se les garantizan los

medicamentos necesarios, generando una necesidad que el sistema no satisface, produciendo en ellos un padecimiento más. Es tiempo ya, de retomar la construcción de políticas sanitarias centrados en el cuidado de la vida, teniendo como “ideas fuerza” los Derechos Humanos (Stolkiner, 2015).

Bibliografía:

- Acuña, C., Marin, N., Mendoza, A., Emmerick, I. C. M., Luiza, V. L., y Azeredo, T. B. (2014). Determinantes sociales de la exclusión a los servicios de salud y a medicamentos en tres países de América Central. *Panam Salud Publica*, 35(2), 128–35.
- Alonso, J. (2013). El tratamiento del dolor por cáncer en el final de la vida: estudio de caso en un servicio de cuidados paliativos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. *Salud colectiva*, 9(1):41-52.
- Álvarez Criado, J., García Trebijano Cabetas, M., Jiménez Nàcher, I., Moreno Ramos, F., González Fernández, M., y Herrero Ambrosio, A. (2020). Evaluación del servicio de entrega de medicación a domicilio desde la Farmacia Hospitalaria durante la pandemia COVID-19. *Ofil. Ilaphar*, 30(3), 193-199.
- Armando Carlea, P. D., Uemab S. A. N., Martínez Pérezc, S. R., Pallarésd, M. M., Solá Uthurryd N. H., y Faus Dáder M.J. (2007). Validación de un cuestionario de satisfacción de pacientes con el servicio de dispensación en farmacias comunitarias. *Aten Primaria*, 39(11), 591-596.
- Aronna A., y Gerlero S. (2010). Estudio evaluativo de las intervenciones en salud sexual y reproductiva realizadas en el marco del Programa de Salud Integral de la Mujer. Secretaría de Salud, Municipalidad de Rosario. (2004-2007). *Publicación científica de la Secretaría de Salud Pública Municipal*, 9 (1), 9-39.
- Ballesteros, M. S., y Freidin, B. (2015). Reflexiones sobre la conceptualización y la medición del acceso a los servicios de salud en Argentina: el caso de la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2009. *Salud Colectiva*, 11(4), 523- 535.

Boletín Oficial Argentina. *Aislamiento social, preventivo y obligatorio*. (297/2020). Recuperado de <http://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/227042/20200320>

Boletín Oficial Argentina. *Aislamiento social, preventivo y obligatorio y distanciamiento social, preventivo y obligatorio*. (875/2020). Recuperado de <http://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/237062/20201107%23:~:text=%3DQue%2520la%2520velocidad%2520en%2520el%2Cpreventivo%2520y%2520obligatorio%25E2%2580%259D%252C%2520en%2520adelante>

Borsotti, C., (2007). *Temas de metodología de la investigación en ciencias sociales empíricas*. Buenos Aires, Argentina: Miño y Dávila.

Breilh, J., (2003). *Epidemiología crítica*. Buenos Aires. Argentina: Lugar.

Casas Anguita, J., Repullo Labrador, J.R. y Donado Campos, J. (2003). La encuesta como técnica de investigación. Elaboración de cuestionarios y tratamiento estadístico de los datos. *Aten Primaria*. 31 (8), 527-538

Casas Anguita, J., Repullo Labrador, J.R. y Donado Campos, J. (2003). La encuesta como técnica de investigación. Elaboración de cuestionarios y tratamiento estadístico de los datos. *Aten Primaria*. 31 (9), 592-600

Cepal, OPS. (2020). *Salud y economía: una convergencia necesaria para enfrentar el COVID-19 y retomar la senda hacia el desarrollo sostenible en América Latina y el Caribe*. Recuperado de <http://www.cepal.org/es/publicaciones/45840-salud-economia-convergencia-necesaria-enfrentar-covid-19-retomar-la-senda>

Cels, (2024). *Salud en agonía las medidas del gobierno y sus consecuencias en nuestras vidas*. Recuperado de <http://www.cels.org.ar/web/publicaciones/salud-en-agonia/>

Citab, (2024). *Análisis del Presupuesto Nacional para el año 2025*. Recuperado de

https://www.bancoprovincia.com.ar/CDN/Get/ANALISIS_DEL_PRESU_PUESTO_NACIONAL

Comes, Y., Solitario, R., Garbus, P., Mauro, M., Czemiecki, S., Vázquez, A., Sotelo, R., y Stolkiner, A. (2006). El concepto de accesibilidad: La perspectiva relacional entre la población y servicios. *Anuario de Investigaciones Facultad de Psicología - UBA*, 14, 201-209.

Constitución Nacional Argentina, (1994). Recuperado de <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-24430-804/texto>

Coronado-Vázquez, V., Gómez-Salgado, J., Cerezo Espinosa de los Monteros, J., Canet Fajas, C., y Magallón Botaya, R. (2019). Equidad y autonomía del paciente en las estrategias de atención a personas con enfermedades crónicas en los servicios de salud de España. *Gac. Sanit.*, 33(6),554–562.

D'Agostino, A., y Veloz, J. (2021). Políticas públicas y producciones subjetivas. Accesibilidad y derecho a la salud. *Revista De Psicología*, 079.doi: 10.24215/2422572Xe079

Dilla, T., Valladares, A., Lizán, L.y Sacristán, A.S. (2009).Adherencia y persistencia terapéutica: causas, consecuencias y estrategias de mejora.*Aten Primaria*. 41(6),342–348

Dirección de investigación en Salud, Ministerio de salud Argentina. *Pautas generales para la obtención del consentimiento informado para participar de una investigación*. Recuperado de http://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/pautas_generales_para_obtencion_consentimiento_informado.pdf

Dirección Provincial de Estadística. (2019). *Informe Censo Villa Itatí Villa Azul, Provincia de Buenos Aires, Fecha de relevamiento noviembre de 2018*. Recuperado de http://www.estadistica.ec.gba.gov.ar/dpe/images/Informe_Censo_Villa_Itat%C3%AD_-_Villa_Azul_1.pdf

Engelman, M. (2007). Discriminación y estigmatización como barreras de accesibilidad a la salud. *Anuario de investigaciones*, 14, 00. Recuperado de https://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-16862007000100021

Eurordis enfermedades raras Europa. Encuestas sobre el Acceso de los Pacientes a los Medicamentos: informe sobre los problemas que afronta para acceder a cualquier tipo de tratamiento o atención. Recuperado de <http://www.enfermedades-raras.org/actualidad/noticias/encuesta-europea-tienes-dificultades-para-acceder-al-tratamiento-y-la-atencion-sanitaria-de-su-enfermedad-rara>

Fernández-Pastor, M.A., Parodi, J. F., Garbarino, M. C., Ghersi, M.T., y Oscano, T. J. (2014). Utilización y accesibilidad a medicamentos en el Sistema Nacional del Seguro Social de Argentina. *Horizonte Médico*, 14(2), 11-14.

Figuroa-Pedraza, D., y Calvacanti-Costa, M, G. (2014). Accesibilidad a los servicios públicos de salud: la visión de los usuarios de la estrategia salud de la familia. *Enfermería global*, 33, 267- 278. doi: 10.6018/eglobal.13.1.170901

Flórez S. P., León M. X., Rubiano L. M., Malagón Y. C., Gómez S. M., Castellanos G. L., Torres A. M. (2011). Disponibilidad y barreras para el acceso a opioides en Colombia: experiencia de una institución universitaria. *Universitas Médica*, 52 (2), 140-148.

Frenk, J. (1985). El concepto y medición de la accesibilidad. *Salud Pública de México*, 27(5), 438-453.

García Zaragoza, E., Murillo Fernández, M., Vázquez Valcuende, J., y Ares Vergoños T. (2017). Dispensación, adherencia y uso adecuado del tratamiento: guía práctica para el farmacéutico comunitario.

Recuperado de https://www.sefac.org/sites/default/files/2017-11/Adherencia_0.pdf

García-Ramos, R., García Pastor, A., Masjuan, J., Sánchez, C., y Gil, A. (2011), FEEN: Informe socio sanitario FEEN sobre la epilepsia en España, *Elvisier España*, 26(9), 548-555.doi: 10.1016/j.nrl.2011.04.002.

Guerrero Benítez, A., Suárez Prieto, V., y Moreno García, J., (2021). Barreras de acceso a los cuidados paliativos y determinantes sociales de la salud en siete nodos territoriales de Colombia: Una cartografía social. Recuperado de <https://repositorio.unbosque.edu.co/items/3d27a088-230b-4844-8c7c-c0880598cfd7>

Hernández Cerón, I., Ruiz, M., López, A., Reolid Martínez R., Tello Nieves, G., y Martínez, I., (2016). Análisis de la comorbilidad y calidad de vida de pacientes mayores polimedicados. *Rev. Clin. Med. Fam.*, 9(2), 91-99.

Hirmas-Adaury, M., Poffald-Angulo, L., Jasmén-Sepúlveda, AM., Aguilera-Sanhueza, X., Delgado-Becerra, I., y Vega-Morales, J., (2013), Barreras y facilitadores de acceso a la atención de salud: una revisión sistemática cualitativa. *Rev Panam Salud Publica*, 33(3), 223–9.

Houghton N., Báscolo E., Jara L., Cuellar C., Coitiño A., del Riego A., y Ventura E., (2022), Barreras de acceso a los servicios de salud para mujeres, niños y niñas en América Latina. *Rev Panam Salud Publica*. 46-94.doi: 10.26633/RPSP.2022.94

Hoyos, T.N., Arteaga, M.V., y Muñoz, M. (2011). Factores de no adherencia al tratamiento en personas con Diabetes Mellitus tipo 2 en el domicilio. La visión del cuidador familiar. *InvestEduc Enfermería*, 29 (2), 194-202.

Imhoff, A., Faudal, M., Donnet, M., Ferrarol, J., Iacono, P., Pigatto, M., Bragado, F., (2023), Acceso y accesibilidad a psicofármacos durante pandemia por Covid 19 en Ciudad de Santa Fe: Perspectiva de usuario y personal de salud. *Rev Argent Salud Publica*, 15(92).

INDEC, (2018). *Estudio Nacional sobre el Perfil de las Personas con Discapacidad*. Recuperado de https://www.indec.gob.ar/ftp/cuadros/poblacion/estudio_discapacidad_12_18.pdf

INDEC, (2019). 4° Encuesta Nacional de Factores de Riesgo. Recuperado de http://www.indec.gob.ar/ftp/cuadros/publicaciones/enfr_2018_resultados_definitivos.pdf

INDEC, (2020). *Mercado de trabajo. Tasas e indicadores socioeconómicos (EPH). Tercer trimestre de 2020*. Recuperado de https://www.indec.gob.ar/uploads/informesdeprensa/mercado_trabajo_eph_3trim20E927D146A5.pdf

INDEC, (2023). Dossier estadístico de personas mayores 2023 en conmemoración del 33° Día Internacional de las Personas de Edad. Recuperado de https://www.indec.gob.ar/ftp/cuadros/poblacion/dosier_personas_mayores_2023.pdf

Jacobs, B., Bigdeli, M., Annear, P., y Van Damme, W. (2012). Addressing access barriers to health services: an analytical framework for selecting appropriate interventions in low-income Asian countries. *Health Policy Plan*, 27(4):288-300. doi: 10.1093/heapol/czr038.

Landini, F., González, V. G., y D'Amore, E. (2014). Hacia un marco conceptual para repensar la accesibilidad cultural. *Cuaderno Salud Pública*, 30(2), 231-244. doi: 10.1590/0102-311X00030313

Leyva-Flores R, Erviti-Erice J, Kageyama-Escobar ML, Arredondo A. (1998). Prescripción, acceso y gasto en medicamentos entre usuarios de servicios de salud en México. *Salud Pública México*. 40 (1), 24-31.

Llambías Wolf, J. (Ed.). (2015). *La enfermedad de los sistemas de salud: miradas críticas y alternativas*. Santiago de Chile, Chile: Ed. Ril.

- Márquez-Peiró, J.F., y Pérez-Peiró, C. (2008). Evaluación de la satisfacción y de la insatisfacción de pacientes atendidos en la unidad de atención farmacéutica a pacientes externos. *Farmacia Hospitalaria*, 32 (2), 71-76.
- Mendoza Sassi, R., y Bèria, J, U. (2001). Utilización de los servicios de salud: una revisión sistemática sobre los factores relacionados. doi: 10.1590/S0102-311X2001000400016
- Ministerio de Salud de Argentina. (2021). *Gasto de los hogares en salud*. Recuperado de <https://www.argentina.gob.ar/salud/seguimiento-precios/2021>
- Ministerio de Salud Provincia de Buenos Aires. (2022). *Análisis de situación de salud de la Provincia de Buenos Aires*. Recuperado de https://www.gba.gob.ar/saludprovincia/informes_de_gestion/an%C3%A1lisis_de_situaci%C3%B3n_de_salud_en_la_poblaci%C3%B3n_de_la_provincia_de
- Ministerio de Salud Provincia de Buenos Aires. (2022). Encuesta provincial de acceso y utilización de los Servicios de Salud. Recuperado de https://www.gba.gob.ar/saludprovincia/informes_de_gestion/encuesta_provincial_de_acceso_y_utilizaci%C3%B3n_de_servicios_de_salud
- Ministerio de Salud Pública. (2022). *Accesibilidad a los Servicios de Salud Mental del Área Metropolitana de Gran Resistencia*. Recuperado de https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2022/11/opd_chaco_2022_accesibilidad_a_los_servicios_de_salud_mental_del_area_metropolitana_gran_resistencia_-_pdf
- OMS, (2008). *Manual para la realización de encuestas de hogares para la medición del acceso y uso de medicamentos*. Recuperado de <http://www.who.int/>
- OMS, (2023). *Enfermedades no transmisibles*. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/noncommunicable-diseases>

- OMS, (2014). *Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud*. Recuperado de https://www.paho.org/sites/default/files/2021-04/cd53_5_esp-pub.pdf
- OMS, (2004). *Acceso equitativo a los medicamentos esenciales: un marco para la acción colectiva*. Recuperado de https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/68573/WHO_EDM_2004.4_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- ONU, (1948). Declaración universal de Derechos Humanos. Recuperado de https://www.infoleg.gob.ar/?page_id=1003
- OPS, (2015). *Lineamientos del sistema de referencia y contrareferencia*. Recuperado de <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52857/Lineamientos%20generales%20del%20sistema%20de%20referencia%20y%20contrareferencia.pdf?sequence=1>
- OPS, (2017). *Determinantes Sociales de la Salud*. Recuperado de <https://www.paho.org/es/documentos/determinantes-sociales-salud-region-americas-capitulo-salud-americas>
- OPS, (2014). *Equidad en Salud*. Recuperado de <https://www.paho.org/es/noticias/16-9-2014-salud-internacional-ops-destaca-rol-clave-comunidades-para-fomentar-equidad>
- OPS, (2020). *Informe de la evaluación rápida de la prestación de servicios para enfermedades no transmisibles durante la pandemia de COVID-19 en las Américas*. Recuperado de https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52283/OPSNMHNVCVID-19200024_spa.pdf?sequence=5&isAllowed=y
- OPS, (2020). *Acceso a los medicamentos esenciales para enfermedades no transmisibles durante la pandemia de COVID-19 en las Américas*. Recuperado de https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52582/OPSNMHNVCVID-19200029_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y

- OPS, (2017). *Funciones Esenciales de Salud Pública: su implementación en Argentina y desafíos hacia salud universal*. Recuperado de https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34026/9789507101274_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Orchuela, J. (Diciembre de 2008). Acceso y Programas de suministro de medicamentos y vacunas del Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires desde los años 90. *V Jornadas de Sociología de la UNLP*. Universidad Nacional de La Plata. Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación. Departamento de Sociología, La Plata. Recuperado de https://memoria.fahce.unlp.edu.ar/trab_eventos/ev.6291/ev.6291.pdf
- Ortega Cerda, J. J., Herrera, D., Rodríguez Miranda, O. A., y Ortega Legaspi, J. M., (2018). Adherencia terapéutica: un problema de atención médica. Recuperado de <https://www.scielo.org.mx/pdf/amga/v16n3/1870-7203-amga-16-03-226.pdf>
- Oscanoa, T. J. (2012). Acceso y usabilidad de medicamentos: Propuesta para una definición operacional. *Perú Med Exp Salud Publica*. 29(1):119-26.
- Pagès-Puigdemont, N., Valverde-Merino, M. I., (2018). Adherencia terapéutica: factores modificadores y estrategias de mejora. *Ars Pharmaceutica*. 59(4):251-258. doi:10.30827/ars.v59i4.7357.
- Paniz, V. M.V., Fassa, A. G., Maia, M. F. S., Domingues, M. R., y Bertold, A. D. (2010). Medición del acceso a los medicamentos: Una revisión de métodos cuantitativos utilizados en las encuestas de hogares. *Investigación de servicios de salud BMC*, 10(146).
- Paniz, V.M.V., Fassa, A. C.G., Facchini, L. A., Bertoldi, A. D., Piccini, R. X., Tomasi, E., ...Rodrigues, M. A. (2008). Acceso a medicamentos de uso continuo en adultos y ancianos en las regiones del Sur y Nordeste de Brasil. *Cuadernos Salud Pública*. 24 (2), 267-280.

- Rubio L., D. C. (2013). Causalidad, derechos humanos y justicia social en la Comisión de Determinantes Sociales en Salud. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*, 31 (1), 87- 90.
- Sala, R., Dran, G., Bruera E., Niccolai, B., Fein, E., Romera, A. y Fein, L. (2023), Attitudes and beliefs of Argentinian medical oncologists regarding palliative care referral. *Medicina (B Aires)*, 83(1), 10-18.
- Saldivia, S., Vicente, B., Kohon, R., Rioseco, P., y Torres, S. (2004), Use of mental health services in Chile. *Psychiatric Services*, 55(1), 71-6.
- Sánchez, G., Martí Gil, C., Recuerdo Galve, L., Mejía Recuerdo, M., Gómez Santillana, M., y Barreda Hernández, D. (2015). Satisfacción percibida del Servicio de Farmacia: medición, análisis y mejora. *O.F.I.L.*, 25(3), 137-144.
- Sánchez-Torres, D. A., (2017). Accesibilidad a los servicios de salud: debate teórico sobre determinantes e implicaciones en la política pública de salud. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 55 (1), 82-89.
- Seisedos-Elcuaz, R., Lomares- Manzano, I., y García Fernández, C. (2020). Apertura de una Unidad de Atención Farmacéutica a pacientes externos durante la pandemia COVID-19. *Revista de la OFIL*, 30(4), 279-282.
- Sistema de Información, Evaluación y Monitoreo de Programas Sociales. (2021). *Estudios Barrios Populares. Condiciones de Vida, Vivienda y Hábitat en contexto de aislamiento social, preventivo y obligatorio*. Recuperado de https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/informe_final-barrios_populares.pdf
- Stolkiner, A., (2010). Derechos humanos y derecho a la salud en América Latina: la doble faz de una idea potente. *Medicina Social*, 5(1), 89-95.

- Stolkiner, A., (2015). *Derechos humanos y salud desde el pensamiento médico social/salud colectiva latinoamericano*. Chile: Ed. Dr. Jaime Llambías- Wolff, RIL editores
- Tediosi, F., Aye, R., Ibodova, S., Thompson, R., y Wyss, K. (2008). Acceso a medicamentos y pagos de bolsillo para atención primaria: Evidencia de usuarios de medicina familiar en zonas rurales de Tayikistán. *BMC healthservicesresearch*, 8(109). doi: 10.1186/1472-6963-8-109
- Tejada-Tayabas, L. M., Francisco J., y Mercado-Martínez, F. J. (2010). Entre la disponibilidad y el acceso a la atención médica. La mirada de los enfermos crónicos en condiciones de pobreza. *Salud Colectiva*, 6 (1), 35-45.
- Tobar, F., (2002). Acceso a los Medicamentos en Argentina: Diagnóstico y alternativas. *Serie Seminario Salud y Política Pública*. Centro de Estudios de Estado y Sociedad, Argentina.
- Valle Coronado-Vázquez, Gómez-Salgado, J., Cerezo Espinosa de los Monteros, J., Canet Fajas, C. y Magallón Botaya, R. (2019). Equidad y autonomía del paciente en las estrategias de atención a personas con enfermedades crónicas en los servicios de salud de España. *Gac Sanit.*, 33(6),554–562.
- Yepes D., C., Giraldo P., A., Botero J., N., y Guevara F., J. (2018). En búsqueda de la atención: Necesidades en salud, itinerarios y experiencias. *Hacia Promoc. Salud*. 23(1), 88-105. doi: 101751/hpsal.2018.23.1.7.

ANEXO I:

Encuesta sobre Accesibilidad a farmacoterapias en personas con patologías crónicas atendidas en el servicio de farmacia del Hospital Dr. Eduardo Wilde durante el período de la pandemia Covid 19.

A) Fecha de nacimiento:

B) Género:

C) Nivel educativo:

Marcar el máximo Nivel educativo alcanzado:

- 1) Primario incompleto
- 2) Primario completo
- 3) Secundario incompleto
- 4) Secundario completo
- 5) Terciario o universitario incompleto
- 6) Terciario o universitario completo

Introducción: Las siguientes preguntas se refieren a experiencias, situaciones y prácticas realizadas en el Servicio de Farmacia del Hospital Dr. E. Wilde durante el período comprendido entre el 20/03/2020 y el 31/12/2020.

D) ¿Señale para el tratamiento de qué patología crónica utiliza medicamentos?

¿Para qué problemas de salud toma medicamentos diariamente?

- 1) Diabetes
- 2) Cuidados Paliativos

3) Epilepsia

4) TBC

5) Salud Mental

6) Otra patología:

E) Dimensión Simbólica de la accesibilidad

1) ¿El temor al contagio de la enfermedad Covid 19 en alguna oportunidad impidió su asistencia al Servicio de Farmacia del hospital para retirar medicamentos?

(Marcar con un círculo lo que corresponda)

Si

No

No sabe/ No contesta

2) ¿Sabía que recibiría atención en el Servicio de Farmacia a pesar de las restricciones durante la pandemia?

(Marcar con un círculo lo que corresponda)

Si

No

No sabe/ No contesta

3) ¿Considera que alguno de los medicamentos indicados para su tratamiento es de mayor importancia?

(Marcar con un círculo lo que corresponda)

Si

No

No sabe/ No contesta

4) ¿Considera que puede controlar la enfermedad crónica que le afecta sin la utilización de medicamentos?

(Marcar con un círculo lo que corresponda)

Si

No

No sabe/ No contesta

F) Dimensión Geográfica de la accesibilidad

1) ¿Durante la pandemia en alguna ocasión la falta de documentación para circular y utilizar transporte público impidió su asistencia al Servicio de Farmacia cuando necesitó retirar medicamentos?

(Marcar con un círculo lo que corresponda)

Si

No

No sabe/ No contesta

2) ¿Qué medio utilizó para llegar al Servicio de Farmacia de nuestro Hospital durante la pandemia? (Marcar con un círculo lo que corresponda)

i) Auto/moto/remis

ii) Transporte público

iii) A pié/bicicleta

3) ¿Cuánto tiempo tarda desde su domicilio en llegar a nuestro Hospital?

(Marcar con un círculo lo que corresponda)

i) Menos de 30 minutos

ii) Más de 30 minutos

4) ¿Durante la pandemia tuvo que venir a retirar sus medicamentos algún familiar/Necesitó ayuda o compañía para desplazarse hasta el Servicio de Farmacia?

(Marcar con un círculo lo que corresponda)

Si

No

No sabe/ No contesta

G) Dimensión Económica de la accesibilidad

1) ¿Durante la pandemia siempre tuvo dinero para pagar el transporte con el fin de desplazarse al Servicio de Farmacia y poder retirar los medicamentos necesarios para sus tratamientos crónicos?

(Marcar con un círculo lo que corresponda)

Si

No

No sabe/ No contesta

H) Dimensión Relacional de la accesibilidad

1) ¿El trato recibido desde el Servicio de Farmacia durante la pandemia fue respetuoso?

(Marcar con un círculo lo que corresponda)

Si

No

No sabe/ No contesta

2) ¿La demanda sobre dudas o consultas realizadas fueron satisfechas?

(Marcar con un círculo lo que corresponda)

Si

No

No sabe/ No contesta

3) ¿Durante la pandemia, en el caso de surgir problemas administrativos para retirar los medicamentos, recibió ayuda del personal de farmacia para resolverlos?

(Marcar con un círculo lo que corresponda)

Si

No

No sabe/ No contesta

1) Dimensión Organizacional de la accesibilidad

1) ¿Desde el inicio de la pandemia hasta fines de diciembre del 2020, el horario de atención del Servicio de Farmacia fue adecuado a sus posibilidades?

(Marcar con un círculo lo que corresponda)

Si

No

No sabe/ No contesta

2) ¿El tiempo de espera para recibir atención en el Servicio de Farmacia fue conforme a sus necesidades?

(Marcar con un círculo lo que corresponda)

Si

No

No sabe/ No contesta

3) ¿Obtuvo las prescripciones médicas oportunamente para retirar sus medicamentos del Servicio de Farmacia?

(Marcar con un círculo lo que corresponda)

Si

No

No sabe/ No contesta

4) ¿Desde el inicio de la pandemia hasta finales de diciembre del 2020 nuestra Farmacia le entregó los medicamentos para sus tratamientos crónicos?

(Marcar con un círculo lo que corresponda)

Todos

Algunos

Ninguno

No sabe/ No contesta

J)Factores capacitantes individuales y comunitarios

NO RESPONDER SI LA RESPUESTA EN I)4) FUE "TODOS"

1) ¿Durante la pandemia tuvo los medicamentos necesarios para sus tratamientos crónicos?

(Marcar con un círculo lo que corresponda)

Todos

Algunos

Ninguno

No sabe/ No contesta

2) ¿Cómo obtuvo los medicamentos para sus tratamientos crónicos cuando no fueron entregados por el Servicio de Farmacia?

(MARQUE LA/S OPCIONES QUE CORRESPONDAN)

i) ¿Pudo comprarlos?

(Marcar con un círculo lo que corresponda)

Siempre que necesitó

Algunas veces

Nunca

No sabe/ No contesta

ii) ¿Pudo retirarlos de otra institución pública de manera gratuita?

(Marcar con un círculo lo que corresponda)

Siempre que necesitó

Algunas veces

Nunca

No sabe/ No contesta

iii) ¿Le prestó medicamentos otra persona que tiene el mismo tratamiento que Ud.?

(Marcar con un círculo lo que corresponda)

Siempre que necesitó

Algunas veces

Nunca

No sabe/ No contesta

iv) ¿Obtuvo los medicamentos necesarios para su tratamiento de alguna otra manera no descrita en las anteriores preguntas? Describa brevemente.

.....

K) Incumplimiento terapéutico

1) ¿Durante la pandemia modificó la toma diaria indicada por el médico de alguno de los medicamentos indicados para su tratamiento? Por ejemplo: Si tenía indicado el medicamento cada 8 horas, lo tomó cada 12 hs, en lugar de tomar 3 por día tomó dos.

(Marcar con un círculo lo que corresponda)

Si

No

No sabe/ No contesta

2) ¿Suspendió la toma diaria indicada por el médico de alguno de los medicamentos indicados para su tratamiento, durante el período de pandemia al que se refiere la presente encuesta?

(Marcar con un círculo lo que corresponda)

Si

No

No sabe/ No contesta

ANEXO II:

HOJA DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PERSONAS CON PATOLOGÍAS CRÓNICAS ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE FARMACIA DEL HOSPITAL DR. EDUARDO WILDE:

Estimado/a/e:

Mediante la presente, se le invita a participar de un proyecto de investigación que tiene como finalidad identificar las barreras que impidieron el acceso y reconocer aquellos factores que favorecieron la obtención de los medicamentos necesarios para los tratamientos de pacientes con enfermedades crónicas durante la pandemia Covid 19

Es importante que lea detenidamente la información que detallamos a continuación sobre el presente estudio, antes de brindar su conformidad, pudiendo realizar todas las preguntas que considere necesarias.

INFORMACIÓN SOBRE LA INVESTIGACIÓN

Título de la investigación: Accesibilidad a farmacoterapias en personas con patologías crónicas atendidas en el servicio de farmacia del Hospital Dr. Eduardo Wilde durante el período de pandemia Covid 19.

El objetivo general del proyecto consiste en caracterizar la accesibilidad a farmacoterapias en las personas con patologías crónicas atendidas en el servicio de farmacia del Hospital Dr. E. Wilde durante el período de pandemia Covid 19. Con el estudio se pretende hacer visibles los factores que favorecen y aquellas barreras que impiden el acceso a medicamentos, con el fin de pensar mecanismos que fortalezcan su provisión en cantidad suficiente para garantizar la continuidad de los tratamientos.

La responsable del estudio es la Farmacéutica Sandra Novo, Jefa del Servicio de Farmacia y Esterilización del Hospital Dr. Eduardo Wilde, en el marco de su Tesis de Maestría en Salud Pública de la Universidad Nacional de Rosario, contando con el apoyo de personal técnico en diversas tareas.

Solicitamos SU PARTICIPACION que consistirá en completar un cuestionario, respondiendo sobre los inconvenientes o la ayuda que recibió durante la pandemia Covid 19 para contar con los medicamentos necesarios para el cumplimiento de los

tratamientos relacionados con enfermedades crónicas. Responder el cuestionario demandará aproximadamente 15 minutos mediante una entrevista con una persona autorizada. No tiene obligación de participar y puede abandonar o suspender la realización del cuestionario cuando lo considere, sin necesidad de explicación alguna. A partir del momento en que sus datos son incluidos en los resultados globales, ya no podrán ser individualizados, no pudiendo quedar excluido del estudio. Su exclusión voluntaria al estudio no le ocasionará ningún perjuicio, no perdiendo ningún beneficio vinculado con la atención que le corresponde.

Seguridad de los datos registrados: La Ley 25326 de protección de datos personales resguarda los datos personales de los participantes del estudio, los registros serán identificados con un código, no utilizando los nombres de las personas y los datos obtenidos serán utilizados para los fines del presente estudio exclusivamente.

Riesgos e incomodidades previstas: Se puede considerar una molestia para los participantes el tiempo que le insumirá la formulación de las respuestas del cuestionario, no previéndose ningún riesgo para la salud de los participantes.

Beneficios y compensaciones: No recibirá beneficio ni remuneración alguna de parte de los investigadores o institución vinculada por su participación en el presente estudio. El beneficio esperado consiste en la obtención de mayor conocimiento que pueda ayudar en un futuro.

La firma del consentimiento informado no limita los derechos a Ud. concedidos por las leyes de nuestro país, autoriza al personal que participa de la investigación, como al Comité de ética actuante para desarrollo y la evaluación de la investigación. Los resultados del estudio podrán ser

presentados en congresos o publicados no incluyendo datos personales que permitan identificarlo.

El estudio ha sido evaluado por el Comité de Ética e Investigación del Hospital Z.G.A.D Evita Pueblo de Berazategui, inscripto en el Registro Provincial de Comités de Ética en Investigación, dependiente del Comité de Ética Central en Investigación. Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires con fecha septiembre 19 de 2014, bajo el N° 048/2014, Folio 237 del Libro de Actas N°1. Reacreditado con fecha 18 de septiembre de 2020 vigente hasta el 18 de septiembre de 2023. Coordinador del Comité

de Ética en Investigación de la Institución, Dr. Rodolfo M. Di Sarli al Te. 112232994/97 Int.534.

Datos de contacto: Para consultas vinculadas con el diseño de la investigación envío de cuestionarios, puede contactar a la responsable del proyecto Farmacéutica Sandra Novo, correo electrónico (sandra.novo@yahoo.com.ar), teléfono (52277658). Puede contactar al Comité Institucional en Investigación Hospital Zonal General de Agudos Evita Pueblo Berazategui, si tiene dudas sobre la investigación y su participación.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Firmo de manera libre y voluntaria expresando mi conformidad para participar en la investigación citada anteriormente, que me ha sido claramente explicada. He leído y comprendido la hoja de información, he tenido la posibilidad de formular las preguntas que considere necesarias, encontrándome satisfecho con la información recibida. Tengo conocimiento que mi participación es libre y voluntaria, pudiendo retirarme sin perjuicio alguno, conociendo los riesgos y beneficios producto de la investigación que fueron mencionados en la hoja de información que antecede a este consentimiento. Acepto participar de la encuesta necesaria para la realización del presente trabajo de investigación.

FIRMA:.....ACLARACIÓN:.....
.....

DNI:.....FECHA:...../...../.....

INVESTIGADOR QUE OBTUVO EL CONSENTIMIENTO:

FIRMA:.....ACLARACIÓN:.....
.....

DNI: FECHA:...../...../.....

TESTIGO:

FIRMA:.....ACLARACIÓN:.....
.....

DNI: FECHA:...../...../.....