



Universidad Austral de Chile

Facultad de Ciencias
Escuela de Química y Farmacia

PROFESOR PATROCINANTE: Yasna Soto P.
INSTITUCION: Servicio Salud Valdivia

PROFESOR CO-PATROCINANTE: M. Cristina Torres A.
INSTITUTO: Salud Pública
FACULTAD: Medicina.

“DISPONIBILIDAD DE FÁRMACOS INCLUIDOS EN LAS GARANTÍAS EXPLÍCITAS EN SALUD (GES), EN EL CONSULTORIO EXTERNO VALDIVIA, EN EL SEGUNDO SEMESTRE DE 2006”.

Tesis de Grado, presentada como parte de los requisitos para optar al Título de Químico Farmacéutico.

MY LADY ALEJANDRA REYES GUZMÁN

VALDIVIA - CHILE

2008

Este sueño cumplido se lo regalo a mis padres, Lady y Alejandro, quienes hicieron grandes sacrificios y me entregaron todo su amor y confianza, los amo con todo mi corazón.

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, agradezco a Dios, por permitirme realizar este gran sueño, y sobre todo, por poner en mi camino, a dos personas tan maravillosas como mis padres, a quienes debo mi vida y son en su mayor parte, responsables por el cumplimiento de esta meta. Doy gracias a mi madre, por su infinito amor, alegría, enorme sacrificio e innegable valentía, para que mi única preocupación en la vida, fuera el estudio, y a mi padre, por estar siempre preocupado de mí, aunque fuera desde lejanas tierras australes. Los amo demasiado y espero se sientan tan felices como yo por este sueño cumplido, porque este logro, es de nosotros tres y de mis niños.

Quiero dar las gracias también, a cada uno de mis profesores, por su paciencia y entrega de conocimientos, tanto de las distintas materias, como enseñanzas sobre la vida, y me gustaría hacer especial mención, a tres de ellos que quedarán por siempre en mis pensamientos y mi corazón; al profesor Aldo Aguilera (Q.E.P.D), por sus palabras de aliento y sus inolvidables refranes, al profesor J. Bernardo Jara, por enseñarme con su disciplina y extraño humor, que por más difícil que crea uno que es algo, se puede lograr venciendo los miedos, y al Dr. Humberto Dölz, por sus enseñanzas de vida y ética profesional, que las tendré siempre presente en mi vida laboral. También quiero agradecer al personal del Consultorio Externo Valdivia, por darme las facilidades para realizar esta tesis, en especial a la Sra. Patricia Bórquez, Jefa del Dpto. de Estadística y a mis profesoras patrocinantes por su dedicación y tiempo para lograr un buen trabajo. Por supuesto, no puedo dejar de agradecer a mis amigos y amigas, por tantas jornadas de estudio y diversión, y por el apoyo mutuo para lograr este importante objetivo, ¡al fin, lo logramos todos! Y por último, pero no menos importante, a una persona que ha sido parte muy importante de mi vida, por 3 años ya, y espero que por muchos más, gracias por su apoyo, confianza y amor.

INDICE PAG.

1. Resumen.....	6
2. Summary.....	7
3. Introducción.....	8
4. Objetivo general.....	24
5. Objetivos específicos.....	24
6. Materiales y métodos.....	24
7. Resultados y discusión.....	27
7.1. Distribución según edad, de pacientes beneficiarios de FONASA en el CEV.....	27
7.2. Distribución de acuerdo al sexo.....	28
7.3. Característica de la muestra y distribución.....	29
7.4. Distribución de acuerdo a la patología.....	30
7.5. Distribución según sexo y patología.....	31
7.6. Distribución de la prescripción de fármacos.....	32
7.7. Distribución de la prescripción de fármacos según patología.....	34
7.7.1. Distribución de la prescripción de fármacos en enfermedades cardiovasculares.....	34
7.7.1.a. Hipertensión.....	35
7.7.1.b. Diabetes.....	35
7.7.2. Distribución de la prescripción de fármacos en Neumonía.....	36
7.7.3. Distribución de la prescripción de fármacos en IRA.....	37
7.7.4. Distribución de la prescripción de fármacos en Epilepsia.....	38
7.8. Distribución de recetas emitidas según patología.....	39

7.9. Distribución del cumplimiento de la prescripción de acuerdo al real despacho.....	40
7.9.1. Distribución del cumplimiento de la prescripción de acuerdo al real despacho en patología cardiovascular.....	41
7.9.2. Distribución del cumplimiento de la prescripción de acuerdo al real despacho en Neumonía.....	43
7.9.3. Distribución del cumplimiento de la prescripción de acuerdo al real despacho en IRA.....	44
7.9.4. Distribución del cumplimiento de la prescripción de acuerdo al real despacho en Epilepsia.....	45
7.10. Programación semestral CENABAST 2006.....	46
7.11. Resumen semestral diciembre 2006 Consultorio Externo Valdivia.....	47
7.12. Caracterización del consumo semestral de fármacos.....	49
7.13. Procesos farmacia Consultorio Externo Valdivia.....	52
8. Conclusión.....	55
9. Bibliografía.....	58

1. RESUMEN

Basada en la definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la reforma al sistema de salud, reconoce que la salud es un bien social y, en consecuencia, el acceso a acciones de fomento, prevención y recuperación de la salud, son un derecho esencial de las personas. Por esto, el Primer Régimen de Garantías Explícitas en Salud, que entró en vigencia el 1° de julio de 2005, busca garantizar la equidad en el acceso a la atención de salud.

Para este estudio, se analizaron los datos estadísticos de los pacientes atendidos en el Consultorio Externo Valdivia (CEV), durante el segundo semestre de 2006, correspondientes a 5 enfermedades incluidas en las Garantías Explícitas en Salud (GES) para el año en estudio. Para esto, se desarrolló un análisis retrospectivo, descriptivo y cuantitativo.

Del total de pacientes estudiados (183 pacientes), el mayor porcentaje correspondió a los pacientes con enfermedades cardiovasculares, con un 55,19%. De un total de 1036 recetas emitidas, el mayor porcentaje corresponde a recetas emitidas a pacientes cardiovasculares (76,83%) y el menor porcentaje, a pacientes con Neumonía mayores de 65 años (4,72%). Los fármacos más recetados a los pacientes estudiados fueron el Ácido acetilsalicílico 100mg y Enalapril 10mg, ambos utilizados en enfermedades cardiovasculares. La mayor diferencia entre la prescripción y el despacho ocurrió en Enalapril 10 mg. En la Neumonía, hay una pequeña diferencia en el despacho del Salbutamol y en las otras 2 patologías casi no existe diferencia entre prescripción y despacho de medicamentos. De este total, un 97,70% de las recetas fueron efectivamente despachadas a los pacientes y un 2,21% corresponde a recetas que no fueron despachadas o aparecen simplemente sin información, lo que nos indica que efectivamente existe un problema en el sistema de recepción y despacho de recetas, por lo cual el cumplimiento no es completo.

2. SUMMARY

Based on definition of World Health Organization (WHO), the reform to the health system, recognizes that the health is a corporate property and, consequently, the access to promotion actions, prevention and recovery of the health, are an essential right of the people. As a result of this, the First Regime of Explicit Guarantees in Health, that begins on July 1st 2005, looks for to guarantee the equity in the access to the attention of health, as preventive as much curative, independently of the capacity of payment of the people.

For this research, the statistical data were analyzed, they consisted of 183 patients. Who were taken care in Consultorio Externo Valdivia (CEV), during the second semester of 2006, corresponding the 5 diseases, which take place in Explicit Guarantees in Health (GES). For this reason, it developed retrospective, descriptive and quantitative analysis.

Of the total studied patients (183 patients), the greater percentage corresponded to patients with cardiovascular diseases, with a 55.19%. Of a total of 1036 emitted prescriptions, the biggest percentage, 76.83%, corresponds to emitted prescriptions to cardiovascular patients, and the smaller percentage, 4.72%, to older patients than 65 years old with Pneumonia. The most prescribed drugs were Acetylsalicylic acid 100mg and Enalapril 10mg, both were used in cardiovascular diseases. The most outstanding difference between the prescription and the dispatche happened in Enalapril 10mg. In the Pneumonia, there is a small difference in the office of Salbutamol and in the other 2 pathologies almost there is not difference between prescription and medicine office. Of this total, 97.70% of the prescriptions were actually dispatched to the patients and a 2.21% correspond to prescriptions wich were not dispatched or appear simply without information. This indicates that there is a problem in the reception system and prescription office, there fore the fulfillment is not complete.

3. INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS), fundada en 1948, es una organización intergubernamental que actualmente cuenta con 192 estados miembros, entre ellos, Chile, y cuya misión es, principalmente, la responsabilidad de promover normativas destinadas a la armonización internacional de medidas estándar en el sector de la salud. En el ámbito de los fármacos, destaca la creación de una Farmacopea Internacional en la 1ª Asamblea Mundial de la Salud, celebrada en 1948; en 1953, entró en vigencia la designación de denominaciones comunes internacionales (DCI) para las sustancias farmacológicas y posteriormente, un sistema de certificación de calidad de productos farmacéuticos.

Otros campos de armonización son la redacción de documentos tales como: Legislación Nacional Modelo para Productos Farmacéuticos; Guía para Prevenir la Resistencia a los Productos Antimicrobianos; Directrices para Prevenir la Distribución y Venta de Medicamentos Falsificados; y el Formulario Modelo de Medicamentos Esenciales de la OMS. (OMS, 2006).

La OMS, denomina como medicamentos esenciales, a aquellos que satisfacen las necesidades de salud de la mayoría de la población, por lo tanto deben estar disponibles en todo momento, en cantidades adecuadas, en las formas y dosificación apropiadas y a un precio asequible para los individuos y la comunidad. El Formulario Modelo antes mencionado, se estableció por primera vez en 1975, en la 30ª Asamblea Mundial de la Salud y desde entonces se ha actualizado cada dos años. Esta lista modelo ofrece una base racional para la selección y adquisición de medicamentos esenciales dentro de los sistemas de salud de cada estado miembro,

y se confeccionó con el fin de concentrar los esfuerzos farmacéuticos en las afecciones prioritarias y los medicamentos de calidad que resulten más costo-eficaces, inocuos y más asequibles posible, así es que el grueso de los fármacos que integran esta lista son ampliamente conocidos y de probada eficacia, que no están sujetos a patentes y puedan obtenerse de diversas fuentes. (OMS, 2006)

Uno de los deberes de la OMS, es el de asistir a los estados miembros en el desarrollo y formulación de leyes y regulaciones que promueven la salud, ayudando así a superar las barreras para el acceso de medicamentos esenciales y también asistiéndolos en la creación y aplicación de guías de tratamientos y formularios propios. Esta Lista Modelo se compone actualmente de 306 principios activos, entre los cuales figuran vacunas, anticonceptivos, agentes de prevención y de diagnóstico, y doce antiretrovirales para el tratamiento del VIH/SIDA. Para adoptar esta Lista Modelo, los países, consideran factores como: la demografía y perfil de enfermedades locales; los servicios de tratamientos existentes; la formación y experiencia del personal disponible; la disponibilidad local de productos farmacéuticos concretos; recursos financieros y factores ambientales.

En Chile, en 1968, al publicarse el Código Sanitario, el Art. N° 100 de éste, aprueba la creación de un Formulario Nacional que contiene una selección de productos farmacéuticos indispensables para el eficiente tratamiento de las enfermedades según la realidad epidemiológica del país (OMS, 2005).

Evolución de la Reforma de Salud en Chile

La Reforma de Salud en Chile, se inscribe en el proceso más amplio de transformación del Estado que ha tenido lugar en las últimas décadas. Éste, a su vez, responde a variadas tendencias y fuerzas, fundamentadas en la necesidad de adecuar a los estados a las drásticas transformaciones del sistema mundial de producción y financiamiento. En cada país, este proceso reconoce diferencias, pero tiene elementos comunes, como el protagonismo de los organismos financieros internacionales en el diseño y orientación de las reformas sectoriales, incluida la de salud. (OMS/OPS Chile. 2002)

El modelo del sistema de salud de la década del 50' era compartido por el conjunto de la sociedad, lo que se tradujo en un descenso sostenido de los indicadores de la morbi-mortalidad de las patologías predominantes, permitiendo a Chile constituirse en un ejemplo para otros países. Este modelo se articulaba coherentemente con otros sectores como educación, vivienda, sistema productivo, en un modelo de estado paternalista. Durante el gobierno militar se implementa un modelo de estado subsidiario con una clara orientación neoliberal y en 1979 se produjo una fragmentación del Servicio Nacional de Salud, creándose 27 Servicios de Salud y entregando la administración de la Atención Primaria a los municipios. Se dio término al financiamiento solidario y compartido de la salud, originándose un desfinanciamiento progresivo del subsector público, producto de la creación de los Seguros Privados de Salud (ISAPREs), que acapararon la mayoría de las cotizaciones individuales del segmento de mejores salarios. (Colegio Médico, 1998)

Como es evidente, esta reforma se tradujo en una desintegración del sistema, inequidad en el acceso y la atención de la salud y un debilitamiento de la atención primaria. Al mismo tiempo, el desarrollo de la tecnología de punta en el sistema privado, se acompañaba de escasez de recursos en los hospitales, e insuficiente respuesta del sistema completo, frente a patologías crónicas. Esto generaba insatisfacción tanto de usuarios como de funcionarios del segmento público de la salud y aumento progresivo de los costos en el sector privado, generando altas utilidades y gastos administrativos, y falta de transparencia por parte de las ISAPREs, así como un fundamento para permanentes conflictos sociales, políticos y gremiales de todo el sector. (Colegio Médico, 1998)

Con la llegada de la democracia, se hizo necesario realizar cambios en el sistema de salud para poder lograr que la atención sea más equitativa, oportuna, eficiente y de mayor calidad en sus prestaciones y al mismo tiempo, permita el acceso de las personas que están marginadas, a los beneficios de la medicina moderna. En esta etapa se impulsan iniciativas y se experimentan ideas que hoy están presentes en las propuestas de la reforma, en campos como la calidad y la personalización de la atención, la sectorización de la población, la promoción de salud y la salud familiar. (OMS/OPS Chile. 2002)

Entre los principales cambios epidemiológicos del país, en los cuales se ha basado el gobierno para realizar la actual reforma, están la drástica reducción de la mortalidad materna e infantil, y de las enfermedades infectocontagiosas, aún cuando persisten bolsones que mantienen estos indicadores en rangos altos. Asimismo, se registra un envejecimiento de la población, con una franja creciente ubicada en la adultez mayor. A eso se agrega la gran transformación

tecnológica que, por una parte, contribuye con sus efectos deseables al abordaje de los problemas de salud, pero, por otra, determina una ascendente espiral de costos de las acciones diagnósticas y terapéuticas. Cambian, además, las determinantes de la salud. Así, emergen patologías como obesidad, hipertensión, stress, tabaquismo y depresión, y se modifica el orden de las principales causas de muerte (enfermedades cardiovasculares, cáncer, accidentes y enfermedades respiratorias crónicas). Estos cambios, que han sido profusamente utilizados como argumento central de la reforma, son parte de la realidad chilena y justifican los planteamientos para dejar atrás un enfoque eminentemente curativo, y para aplicar una nueva perspectiva que incorpore en forma relevante lo promocional de la salud y lo preventivo de la enfermedad, combinándolos adecuadamente con la reparación de los daños. No obstante, si bien la prevención y promoción han estado despriorizadas por largo tiempo y requieren ser ubicadas en un preeminente lugar, no es menos cierto que la atención al daño no permite ser despriorizada. Se trata de definir la más adecuada fórmula para combinar los aspectos de promoción y prevención con lo asistencial y lo asistencial-especializado, tendiendo a la interacción más perfecta posible entre lo preventivo y lo curativo, de acuerdo con las verdaderas necesidades de la población en el contexto en que hoy le corresponde vivir.(OMS/OPS Chile. 2002)

Muchos sectores trabajaron y participaron en la discusión de un diseño e implementación de las futuras políticas de salud. El Colegio Médico por ejemplo, en 1993, organizó una serie de encuentros acerca de un proyecto de salud para Chile. En septiembre de 1996, auspició un seminario en conjunto con los demás Colegios Profesionales de la Salud, del cual emanó un compromiso y el primer borrador de una propuesta para una Política de Salud (Colegio Médico, 1998). Por otro lado, el Colegio de Químicos Farmacéuticos y Bioquímicos de Chile, estima que

se debe hacer un esfuerzo en mejorar la calidad, distribución, comercialización y dispensación de medicamentos, así como la atención farmacéutica, permitiendo de esta manera, un acceso pleno y oportuno a los medicamentos para todos los habitantes del país, que se evite la automedicación, se promueva el uso racional de medicamentos, se eliminen los excesos de publicidad, se impida la venta fuera de los establecimientos autorizados, y por supuesto, que los medicamentos tengan un costo razonable. A juicio del Colegio, resulta imperativo que el proceso de una reforma consigne el respeto al derecho de la protección de la salud, que está establecido en la Constitución Política de Chile, para todos los habitantes de la República, basado en los valores de Equidad, Solidaridad, Eficiencia y Eficacia, y Participación (Colegio de Químicos Farmacéuticos, 2004).

Para que el proceso de la Reforma se haga realidad, además de realizar cambios en las políticas, es necesario actualizar el Sistema de Atención Primaria, el cual no evoluciona desde los años 80', cuando se logró descentralizar.

El cambio en el modelo de atención aparece como uno de los ejes centrales de la reforma de salud en Chile. Esto se explica porque en el modelo de atención se traducen las orientaciones centrales del sistema institucional de salud del país, su concepto de salud y de cómo garantizar su cuidado, el papel del Estado, la empresa privada, los recursos humanos del sector salud y la sociedad, así como la estrategia organizacional con la que se pretenden llevar adelante los grandes objetivos de la presente etapa histórica. (OMS/OPS Chile. 2002)

La atención primaria o de primer nivel, como se entendía en Chile desde los años 60, se realizó a través de consultorios, hoy centros de salud, en los barrios periféricos de la ciudad y de postas rurales, en el campo. Los consultorios se desarrollaron junto con la urbanización de las ciudades, algunos de ellos como parte de las propuestas de las pobladoras y pobladores, actores de las tomas de terreno de fines de la década de los 60' y principios de los 70'. En este sentido, los consultorios surgen y se desarrollan como espacios de socialización y referentes del Estado para una gran parte de la población. (OMS/OPS. Chile. 2002)

En los años del gobierno de la Unidad Popular fueron espacios comunitarios y de trabajo mancomunado por la educación en higiene y cuidados de salud de la población más pobre del país, favoreciendo la construcción de una memoria histórica.

El modelo descrito ha sufrido importantes cambios. En los años 80', como ya se mencionó, se descentralizó la atención del primer nivel, la cual pasó de los servicios de salud a depender directamente de los municipios. Este hecho, sumado al descontento de los funcionarios, quienes perdieron sus antigüedades y derechos laborales, y al drástico deterioro de los recursos públicos destinados a la salud, determinó el estancamiento del impulso innovador en la Atención Primaria (OMS/OPS. Chile. 2002).

Para la población chilena, ésta fue una etapa en la cual los consultorios redujeron al mínimo su capacidad de atención, motivando el desarrollo de redes sociales autónomas, abocadas a las necesidades más urgentes de la salud. El consultorio sigue enfocado a la salud reproductiva, en un contexto en que su relación con la población se hace instrumental y autoritaria, recordando

como hito negro las intervenciones sobre la regulación de la fecundidad, hechas a menudo sin consulta a las afectadas. (OMS/OPS Chile. 2002)

Cuando se habla de cambios en el modelo de atención en Chile, lo más frecuente es la referencia al fortalecimiento del nivel primario de atención. Ese cambio se refiere principalmente a una modificación de la forma en que los diversos niveles e instancias de atención a la población se coordinan y se distribuyen funciones. La reforma del modelo de atención se abordaría a través de una reorganización del sistema como red asistencial, ubicando a la Atención Primaria como principal punto de encuentro con la población y espacio de solución de necesidades. En definitiva, es posible presumir que el nuevo modelo de atención trae consigo nuevas demandas de cuidado al sistema doméstico de salud, ya sea por cambios demográficos, modificaciones en la tecnología de atención (alta precoz) o por los nuevos perfiles epidemiológicos, lo que sólo podrá llevarse a cabo, reformulando las políticas, de modo de acercar a la población a los centros de salud, con un mejor acceso a información sobre las patologías y sus tratamientos y mejorando, por supuesto, su acceso en el plano económico (OMS/OPS, Chile. 2002).

Las garantías que los estados deben prestar al derecho de la salud están reconocidas en numerosos tratados suscritos por Chile. La OMS ha mantenido su definición de la salud como *“un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”*. Basada en esta definición, la reforma actual al sistema de salud, reconoce como principio fundamental que la salud es un bien social y, en consecuencia, el acceso

a las acciones de fomento de la salud y prevención de la enfermedad, así como a los servicios de atención de salud, son un derecho esencial de las personas.

La Reforma de Salud ha permitido una profunda revisión del quehacer sanitario nacional. Chile presenta progresos innegables, los cuales obligan a prepararse para una sociedad que tiene la oportunidad de alcanzar una expectativa de vida cercana a los ochenta años, donde el sector salud está llamado a contribuir a elevar la calidad de vida de la población, a asegurar el acceso equitativo, de acuerdo a las necesidades objetivas de salud, a garantizar la oportunidad y la cobertura financiera de las intervenciones reconocidamente efectivas para los principales problemas de salud. (OMS/OPS, Chile. 2002).

Garantías explícitas en salud, ¿un instrumento de equidad?

Aunque popularmente se le conoce a esta reforma en la salud como AUGE, técnicamente estos beneficios corresponden a las GES, Garantías Explícitas de Salud, por lo tanto AUGE se refiere al Acceso Universal a esas Garantías Explícitas de Salud.

El Plan AUGE busca garantizar la equidad en el acceso a la atención de salud, tanto preventiva como curativa, con independencia de la capacidad de pago de las personas. La principal herramienta propuesta para generar la equidad es la definición de un plan de acceso universal que define para toda la población actividades de salud garantizadas universalmente por el Estado, sin discriminación de ninguna índole. (MINSAL, 2005).

El Régimen de Garantías Explícitas en Salud, según el Art. 1° del Proyecto de Ley, es un instrumento de regulación sanitaria que forma parte integrante del Régimen de Prestaciones de Salud a que se refiere el Art. 4° de la Ley N° 18.469, elaborado de acuerdo al Plan Nacional de Salud y a los recursos de que disponga el país. Según el Art. 2°, este régimen general, contendrá además, Garantías Explícitas en Salud relativas a acceso, calidad, protección financiera y oportunidad, con que deben ser otorgadas las prestaciones asociadas a un conjunto priorizado de programas, enfermedades o condiciones de salud que señale el decreto correspondiente. (FONASA, 2006).

El Fondo Nacional de Salud (FONASA) y las Instituciones de Salud Provisional (ISAPREs), deberán asegurar obligatoriamente dichas garantías a sus respectivos beneficiarios. Este Primer Régimen de Garantías Explícitas en Salud, entró en vigencia el 1° de julio de 2005, con 25 patologías en su lista. Actualmente, se encuentra vigente ya, el Tercer Régimen de Garantías Explícitas en Salud, que comenzó a regir el 1° de julio de 2007 y el cual a la fecha lleva incorporado 56 patologías.

Rol de la Farmacia y del Químico Farmacéutico en la Reforma de Salud

El Medicamento, objeto y especialidad del Químico Farmacéutico, es un elemento esencial para la prevención, curación y mantenimiento de la salud de las personas y, además, incide en forma importante en su presupuesto y en el de las instituciones de salud.

Dentro de los fármacos a los cuales pueden acceder los beneficiarios del AUGE, están todos aquellos de carácter ambulatorio necesarios para el tratamiento y seguimiento de cada

patología, de los cuales los beneficiarios de este plan deberán cancelar solo el 20% del arancel de referencia de estos medicamentos.

El Colegio de Químico Farmacéuticos de Chile, anhela una nueva Política de Medicamentos:

- Que asegure el libre acceso a los medicamentos.
- Que incluya un listado de Medicamentos Esenciales Intercambiables.
- Que promueva el Uso Racional de Medicamentos y evite la Automedicación.
- Que elimine la publicidad excesiva y engañosa.
- Que impida toda comercialización sin una supervisión profesional, fortaleciéndose así, el respeto por la Receta Médica.
- Que garantice el derecho del paciente a efectuar una adquisición informada.
- Que evite una integración vertical en la comercialización y distribución de los productos farmacéuticos.
- Que regule la fuerte concentración de la distribución de los medicamentos.
- Que impulse y propicie el desarrollo constante de la profesión farmacéutica.

De acuerdo con esta propuesta, este Colegio Profesional estima que urge tomar medidas concretas respecto a diversos aspectos que tienen directa relación con el rol del Profesional Químico Farmacéutico, entre ellos:

- Considerar las más de 1.500 farmacias comunitarias del país para las campañas de salud del Gobierno y reconocerlas como “Centro de Salud con Atención Farmacéutica”, sin costo para el usuario. La Atención Farmacéutica es responsabilidad única y primaria del Químico Farmacéutico.
- Implantar en el país una política de dosis unitaria y de guías terapéuticas basadas en la evidencia, para mantener los arsenales farmacológicos, regulados por el Químico Farmacéutico, tanto en la farmacia hospitalaria como en la comunitaria.
- Definir claramente en los nuevos reglamentos que se redactarán con motivo de la reforma a la salud, lo referente al nuevo rol de la farmacia y del Químico Farmacéutico que la dirige técnicamente.
- Establecer la categoría de medicamento genérico intercambiable o bioequivalente.
- Que se cuente en el país con stock de Medicamentos esenciales y que sea revisado su aprovisionamiento, en forma continua, por parte de profesionales Químico Farmacéuticos.
- Tomar las medidas necesarias para afianzar la formación clínica del profesional Químico Farmacéutico, activando el ciclo de destinación.

Pero sin duda, uno de los principales problemas a solucionar dentro de este proceso de Reforma, es la ausencia de un profesional Químico Farmacéutico en el nivel primario de atención, lo cual contribuye en gran medida a que surjan diversos desajustes en los centros de salud, ya que la mayoría de las veces, la unidad de farmacia de estos centros, es dirigida por otro profesional, que no se dedica a tiempo completo a realizar esta importante función y que no necesariamente presenta los conocimientos y destrezas para cumplir este rol. (Colegio de Químicos Farmacéuticos, 2004)

Atención Primaria en la Región de los Ríos.

La Región de Los Ríos se encuentra dividida política y administrativamente en dos provincias:

- Provincia de Ranco: cuya capital es La Unión y a la cual pertenecen las comunas de La Unión, Río Bueno, Lago Ranco y Futrono.
- Provincia de Valdivia: cuya capital es Valdivia y a la cual pertenecen las comunas de Corral, Valdivia, Mariquina, Máfil, Lanco, Panguipulli, Paillaco y Los Lagos.

Posee una superficie de 18.472 km² y una densidad poblacional de 25 hab/km². La población, según el censo 2002 es de 356.396 habitantes, con una relación hombre: mujer de 1:1 y un porcentaje de ruralidad promedio de 31,72% (Ilustre Municipalidad de Valdivia, 2007).

En el ámbito socioeconómico destacan los siguientes indicadores: el 55.3% de la población mayor de 15 años tiene participación en la fuerza de trabajo, de los cuales el 86.6% se declara ocupado. Respecto a la pobreza, el 28.3% corresponde a la categoría de pobres e indigentes, 85.7% de los hogares encuestados poseen viviendas consideradas buenas en relación a materialidad y un 81.4% presenta saneamiento básico bueno o aceptable. El 97.2% dispone de acceso a energía eléctrica, un 94.6% a agua potable y el 84.3% de los hogares está conectado a alcantarillado o fosa séptica para la eliminación de excretas. En educación, el promedio de años de escolaridad es de 10.1 años y la tasa de analfabetismo de 5.2. El 70% de la población está afiliada al sistema previsional de salud público (FONASA), un 11.9% al sistema privado (ISAPREs) y el 18% pertenece a otro sistema. (Ministerio de Planificación, 1998-2000)

Entre 1998 y 2002, el informe de la población acumulada es de 1.777.522 habitantes, basado en las proyecciones censales del Instituto Nacional de Estadísticas (INE). El 49.6% corresponde al sexo femenino y el 50.4% al sexo masculino; un 33,8% son menores de 15 años; un 38% menores de 20 años y un 7.7% son mayores de 65 años.

El perfil de población es similar al promedio nacional, presentando características de transición al envejecimiento. Aunque la tendencia de las enfermedades crónicas es creciente, coexisten con enfermedades transmisibles, como por ejemplo Tuberculosis (tasa: 17.5 por 100 mil hab.), enfermedades de transmisión sexual (Sífilis y Gonorrea: tasa de 13 por 100 mil hab. y 7 casos notificados de VIH-Sida) y Hepatitis (tasa: 20 por 100 mil hab.). La tasa de Mortalidad general fue 6.2 por mil habitantes el 2001, 7 por mil en el sexo masculino y 5.3 por mil en el sexo femenino, ocupando el primer lugar el grupo de causas cardiovasculares (29.5%), seguida de tumores (23.1%), aparato respiratorio (11.6%) y causas externas de mortalidad (10.6%). (Servicio de Salud de Valdivia. 1998-2002)

La red asistencial de la Región de los Ríos, está conformada por establecimientos del nivel primario de salud de amplia cobertura y baja complejidad que realizan atención abierta en las doce comunas, disponiendo de 4 Centros de Salud Familiares: Gil de Castro, Las Animas, Angachilla y Niebla; 1 Consultorio General Urbano: Externo Valdivia y 11 Consultorios generales rurales: San José, Máfil, Malalhue, Panguipulli, Choshuenco, Coñaripe, Futrono, Lago Ranco, La Unión, Río Bueno y Paillaco (catorce de administración municipal y dos dependientes del Servicio de Salud). Cada Consultorio tiene un área de referencia y coordina la atención de las postas de salud rurales ubicadas en su territorio, 60 en toda la provincia.

En atención cerrada existen 8 hospitales de baja complejidad, tipo 4 (6 dependientes del Servicio de Salud y 2 en convenio con comunidades religiosas): Hospital Lanco; Hospital Los Lagos; Hospital Paillaco; Hospital Río Bueno; Hospital La Unión; Hospital Corral; Hospital San José; y Hospital Panguipulli. Un centro de alta complejidad tipo 1, el Hospital Clínico Regional, ubicado en la ciudad de Valdivia, concentra las derivaciones de la provincia, siendo además un centro de derivación regional y supraregional en las áreas de transplante renal y oncología. Es un establecimiento docente asistencial en convenio con la Universidad Austral de Chile.

En el sector privado existen 3 centros de atención cerrada, dos corresponden a mutualidades del sector laboral y una clínica médico quirúrgica, constituyendo el 7% de la capacidad de camas hospitalarias de la región. (Servicio de Salud Valdivia. 2005).

Dependiente del Servicio de Salud, el Consultorio Externo Valdivia, el cual es un Consultorio General Urbano, fue construido en 1989, con una superficie de 930 m² y ampliaciones posteriores. Realiza actividades propias del nivel primario de atención, contando además con sala de hospitalización abreviada (para el tratamiento de las infecciones respiratorias agudas en el programa infantil). Realiza extensión horaria para las actividades de fomento y protección en el programa infantil y de la mujer, desarrollando, además, el programa psicosocial.

Dispone, también, de un módulo odontológico donde se realiza la atención a escolares del programa de altas integrales de la Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas. Cuenta con una Unidad de Educación y de Salud Comunitaria de apoyo a los programas.

En cuanto a su dotación, este Consultorio cuenta con Médicos que realizan en total 429 hrs de trabajo, Cirujanos Dentistas con 407 hrs, 7 Enfermeras, 4 Matronas, 2 Asistentes Sociales,

2 Kinesiólogos, 1 Sicólogo, 1 Nutricionista, 1 Parvularia, 27 Técnicos Paramédicos, 2 Técnicos, 12 Administrativos y 5 Auxiliares de Servicio. Cabe destacar que el consultorio no cuenta con un profesional Químico Farmacéutico que atienda la unidad de farmacia.

Cuenta con una población inscrita de 41.680 beneficiarios, de la cual, 25.848 está validada. En el año 2005, se registraron un total de 1315 atenciones primarias, de las cuales 1182 correspondieron a usuarios con patologías GES. (Servicio de Salud Valdivia. 2005).

Gracias a la aprobación del 1º Régimen de Garantías en Salud, el año 2004, que incluía las primeras 25 patologías de más importancia en el país, y desde julio 2007, 31 patologías más, es imprescindible que se cumpla en todos los centros de salud del país con esta nueva política de salud y, que no falte por motivo alguno, ninguno de los fármacos incluidos en este régimen, ya que la población adscrita al sistema, tiene pleno derecho al acceso a ellos y su falta podría provocar el agravamiento de un problema de salud, agregar otros más, y, además, una pérdida económica para los pacientes y para el país. Es por esto que se consideró de interés evaluar el grado de abastecimiento de este Consultorio.

4. OBJETIVO GENERAL

- Determinar el nivel de abastecimiento de Fármacos GES en el Consultorio Externo Valdivia, durante el segundo semestre de 2006.

5. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar la oferta disponible de Fármacos GES en el Consultorio.
- Determinar la demanda de Fármacos GES del período.
- Determinar el consumo de estos Fármacos.
- Caracterizar el proceso de abastecimiento de medicamentos en el consultorio.
- Determinar las mermas de medicamentos y sus causas.

6. MATERIALES Y MÉTODOS

En la siguiente investigación, se desarrolla un método retrospectivo, descriptivo y cuantitativo, revisándose los datos del Departamento de Estadística del Consultorio Externo Valdivia.

Para determinar la oferta de fármacos GES en el Consultorio, se revisó la nómina de medicamentos pedidos a la CENABAST, para el periodo del 2º semestre de 2006. Los medicamentos incluidos para las 5 patologías GES atendidas en el CEV son:

Tabla 1: Patologías y Fármacos con Garantías Explícitas de la Atención Primaria de Salud en Chile

Diabetes Mellitus	IRA baja en menores de 5 años	NAC en mayores de 65 años	Hipertensión arterial	Epilepsia no refractaria en niños menores de 15 años
-Insulina NHP -Lovastatina u otra estatina -Losartán -Insulina cristalina -Ácido Acetilsalicílico -Gemfibrozilo -Glibenclamida -Hidroclorotiazida -Atenolol -Metformina -Furosemida -Enalapril -Nifedipino u otro bloqueador de canales de calcio	-Salbutamol inhalador -Paracetamol 80-100 mg comprimidos y gotas pediátricas -Cefuroximo suspensión y comprimidos -Amoxicicilina suspensión y comprimidos -Budesonida inhalador -Eritromicina suspensión y comprimidos	-Amoxicilina/Ácido Clavulánico -Claritromicina (alternativa al anterior) -Salbutamol inhalador	-Metildopa -Nifedipino -Captopril -Hidroclorotiazida -Enalapril -Furosemida -Atenolol -Losartán	-Ácido Valproico gotas y comprimidos -Fenitoína Sódica -Carbamazepina -Fenobarbital

Se revisó la nómina de pacientes atendidos por enfermedades crónicas inscritas en el Plan Auge, de la cual se obtuvo la estadística de demanda y consumo de los medicamentos GES.

Dada la alta cantidad de pacientes bajo control, se trabajó con una muestra de pacientes. Los criterios de selección para esta muestra fueron los siguientes:

- En los pacientes cardiovasculares, se analizaron los datos de pacientes cuya edad bordea los 50 años.
- Para la Insuficiencia Respiratoria Aguda (IRA), se analizaron los datos de pacientes que se encontraban en el rango de 0- 2 años de edad.

- Para las patologías de Neumonía en mayores de 65 años y Epilepsia en menores de 15 años, se analizaron los datos del total de pacientes.

Se realizaron entrevistas a los funcionarios correspondientes del Consultorio y del Servicio de Salud Valdivia, para determinar el proceso de abastecimiento y para determinar el proceso de almacenamiento y causas de mermas de medicamentos.

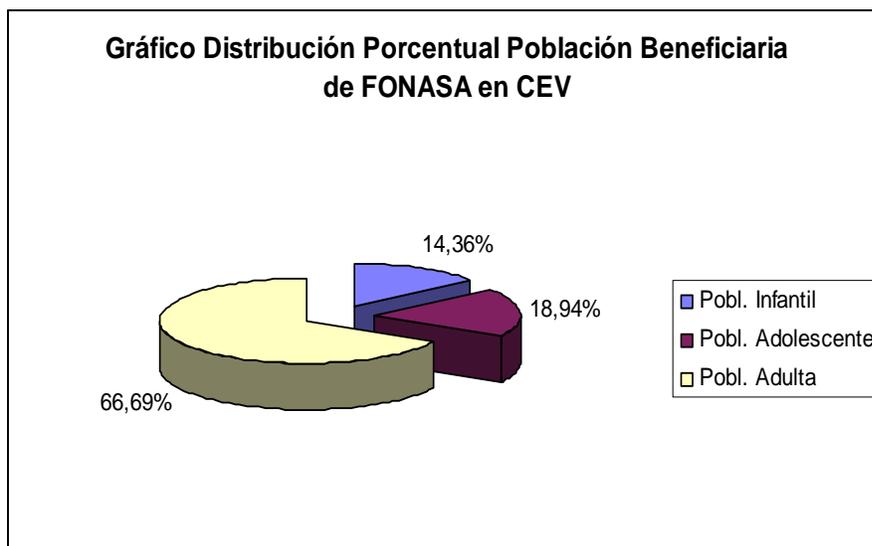
7. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

La muestra obtenida según los criterios de selección establecidos fue de 183 pacientes, los cuales se dividen de la siguiente manera:

- Pacientes cardiovasculares: 101 pacientes
- Insuficiencia Respiratoria Aguda: 47 pacientes
- Neumonía en mayores de 65 años: 24 pacientes
- Epilepsia en menores de 15 años: 11 pacientes

7.1. DISTRIBUCIÓN SEGÚN EDAD, DE PACIENTES BENEFICIARIOS DE FONASA EN EL CEV.

Gráfico 1. Distribución Porcentual de la Población Beneficiaria de FONASA en el CEV, de acuerdo a su edad.



Respecto al total nacional que corresponde a 11.479.384 personas beneficiarias de FONASA, (FONASA, 2006), la población de la comuna de Valdivia (111.497 personas), corresponde a un 0,97% y respecto a la realidad de la comuna de Valdivia, los beneficiarios del Consultorio Externo (25.848 población validada), corresponderían a un 23,18%.

7.2. DISTRIBUCIÓN DE ACUERDO A SEXO.

Del total de los pacientes analizados, 111 son de sexo femenino y 72 de sexo masculino, correspondiendo al 60,65% y 39,34% respectivamente. En cuanto a la realidad nacional (11.479.384 beneficiarios), un 50,64% corresponde a personas de sexo femenino y un 49,35% a sexo masculino.

Gráfico 2. Distribución Porcentual de los pacientes estudiados, según sexo.



Al analizar estos datos, nos damos cuenta que difiere un tanto a la realidad nacional, aunque sólo en proporción, puesto que se mantiene el mayor porcentaje de mujeres beneficiarias respecto a los hombres. (FONASA, 2006)

7.3. CARACTERÍSTICA DE LA MUESTRA Y DISTRIBUCIÓN

Para la realización de este trabajo, se revisaron las fichas y la estadística de 183 pacientes atendidos el segundo semestre del año 2006, con las 5 patologías GES mencionadas anteriormente, lo cual corresponde a un 5,5 % del total de pacientes GES atendidos en dicho período (total 3.332 pacientes).

Gráfico 3. Distribución Porcentual de los pacientes estudiados, respecto del total de Pacientes GES atendidos durante el período estudiado.

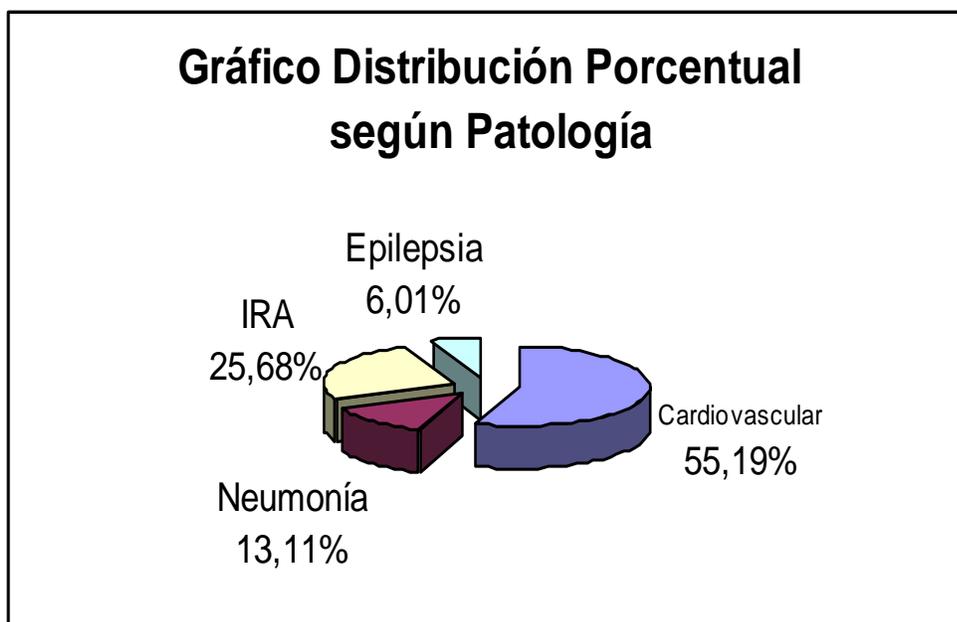


7.4. DISTRIBUCIÓN DE ACUERDO A LA PATOLOGÍA.

Del total de pacientes estudiados, el 55,19% corresponde a pacientes atendidos por enfermedades cardiovasculares incluyendo en ellas la Hipertensión, Diabetes y Dislipidemias; el 25,68% corresponde a pacientes menores de 5 años con IRA; el 13,11% a pacientes mayores de 65 años con Neumonía; y el 6,01% a lo pacientes menores de 15 años con Epilepsia.

Según estos datos, el mayor porcentaje de pacientes atendido en el CEV durante el segundo semestre de 2006 corresponde a pacientes con enfermedades cardiovasculares. Esto se debe principalmente a que la mayoría de los pacientes atendidos en el CEV son adultos y a que son las enfermedades de mayor prevalencia en el país y en la Región. Son, además, de gran cuidado, ya que tienen un tratamiento crónico y un pronóstico muchas veces letal.

Gráfico 4. Distribución Porcentual de los pacientes estudiados, según Patología.

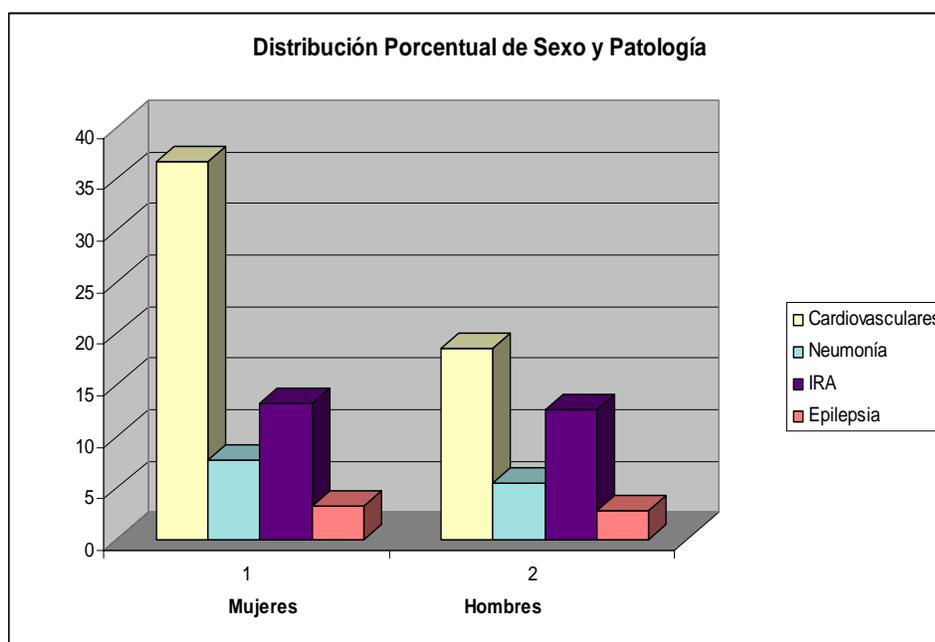


7.5. DISTRIBUCIÓN SEGÚN SEXO Y PATOLOGÍA.

Del total de pacientes estudiados, se obtuvo el porcentaje según sexo y patología, de lo cual el 36,61% de los pacientes con enfermedades cardiovasculares son mujeres y el 18,57% son hombres; el 7,65% de los pacientes con Neumonía corresponde a mujeres y el 5,46 a hombres; el 13,11% de los pacientes con IRA son mujeres y el 12,56% son hombres; y el 3,27% de los menores de 15 años con Epilepsia son de sexo femenino y el 2,73% son de sexo masculino.

Según los datos encontrados, se sigue dando la lógica de un mayor porcentaje de pacientes mujeres que de varones, en cada patología.

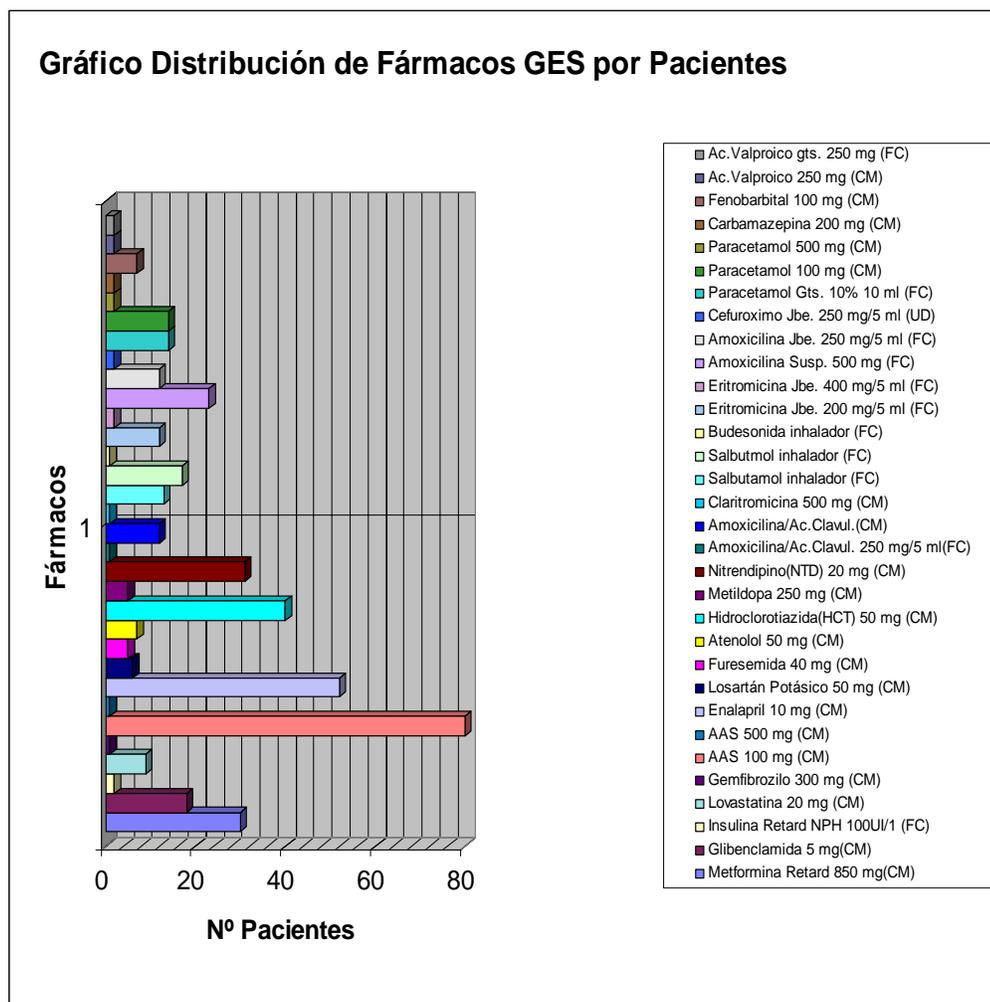
Gráfico 5. Distribución Porcentual de los pacientes estudiados, según sexo y Patología.



7.6. DISTRIBUCIÓN DE LA PRESCRIPCIÓN DE FÁRMACOS.

Según los datos obtenidos desde el Departamento de Estadística del CEV, el fármaco mayormente recetado a los 183 pacientes estudiados, es el Ácido Acetilsalicílico (AAS) 100mg, junto con el Enalapril 10 mg, y los menos recetados son: Gemfibrozilo 300mg, Amoxicilina/Ac. Clavulánico suspensión, Claritromicina 500mg, Budesonida inhalador y el Cefuroximo suspensión.

Gráfico 6. Distribución de Fármacos GES por Paciente.



Esto se debe en primer lugar, a que el AAS 100mg, se prescribe en este caso, a los pacientes que padecen de diabetes *mellitus*, para la prevención primaria y secundaria de enfermedad cardiovascular, por lo que estos pacientes deben consumirlo en bajas dosis diariamente.

Para llegar a la conclusión de que un uso diario de bajas dosis de AAS podría prevenir eventos cardiovasculares en pacientes diabéticos, la Asociación Americana de Diabetes (ADA), efectuó un meta-análisis de 145 estudios clínicos realizados en hombres y mujeres sometidos a terapia antiagregante. Todos ellos habían sufrido infarto de miocardio, hemorragia cerebral o ataque isquémico, o presentaban un historial cardiovascular positivo. El tratamiento continuado con dosis bajas de ácido acetilsalicílico se tradujo en una sensible reducción del riesgo cardiovascular, hasta el punto de que éste se equiparó al de los no diabéticos (Bayer Health Care, 2004).

En cuanto a la alta prescripción del Enalapril 10mg, se puede decir, que es el principal fármaco utilizado en los pacientes con hipertensión arterial, su costo es muy reducido y es un fármaco muy eficaz, por ello su mayor volumen.

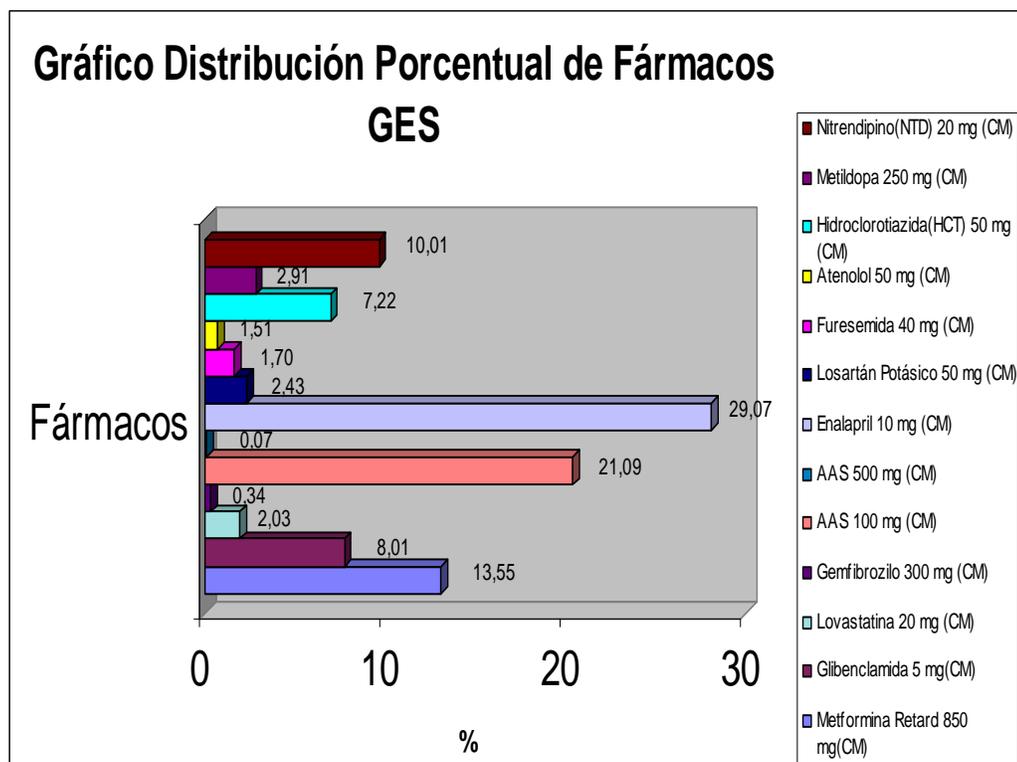
La acción antihipertensiva de este fármaco se produce porque es un inhibidor competitivo de la enzima convertidora de Angiotensina I, impidiendo que ésta se convierta a Angiotensina II, la cual tiene una potente acción vasoconstrictora. A la vez, al haber concentraciones reducidas de Angiotensina II, se produce un pequeño aumento en la renina plasmática, disminuyendo así la secreción de Aldosterona y provocando aumento en la pérdida de fluidos del cuerpo, por lo cual disminuye la presión sanguínea. Su acción antihipertensiva se produce en alrededor de 1 hora y su duración es aproximadamente de 24 horas. (Goodman & Gilman, 1996)

7.7. DISTRIBUCIÓN DE LA PRESCRIPCIÓN DE FÁRMACOS SEGÚN PATOLOGÍA.

7.7.1. DISTRIBUCIÓN DE LA PRESCRIPCIÓN DE FÁRMACOS EN ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES.

Al analizar la distribución porcentual de fármacos recetados para las patologías cardiovasculares, vemos que el fármaco más recetado es el Enalapril 10 mg con un 29,07% y el menos recetado, sin contar la Insulina por encontrarse en la forma farmacéutica de Frasco ampolla y no de comprimidos, es el Gemfibrozilo 300 mg con un 0,34%.

Gráfico 7. Distribución Porcentual de Fármacos GES.



7.7.1. a. HIPERTENSIÓN

El inicio de la terapia con más de un medicamento aumenta la probabilidad de conseguir la Presión Arterial (PA) meta más rápidamente. El uso de combinaciones de varios medicamentos, a menudo consigue mayores reducciones de la PA a dosis más bajas de cada componente, con menores efectos secundarios; sin embargo, hay que tener precaución en el inicio de la terapia con múltiples agentes, particularmente en personas ancianas y aquellas con riesgo de hipotensión ortostática, tales como diabéticos con disfunción autonómica. (MINSAL, 2006)

En el caso del Enalapril 10 mg, como se explicó anteriormente, es el fármaco más utilizado en la enfermedad de la hipertensión, por su efectividad y costo.

7.7.1. b. DIABETES

Actualmente, los sistemas sanitarios se han focalizado en acciones muy específicas respecto al tratamiento de la diabetes *mellitus*, con monitoreo estricto de resultados dirigidos a reducir el riesgo cardiovascular global. Este enfoque más integral y con metas terapéuticas más exigentes en los diabéticos requiere, además de las medidas no farmacológicas, adicionar fármacos en la mayoría de los casos. Las enfermedades cardiovasculares, isquémicas y cerebrovasculares son la principal complicación de esta enfermedad y su prevención requiere intensificar las medidas terapéuticas para lograr las metas terapéuticas. (MINSAL, 2006).

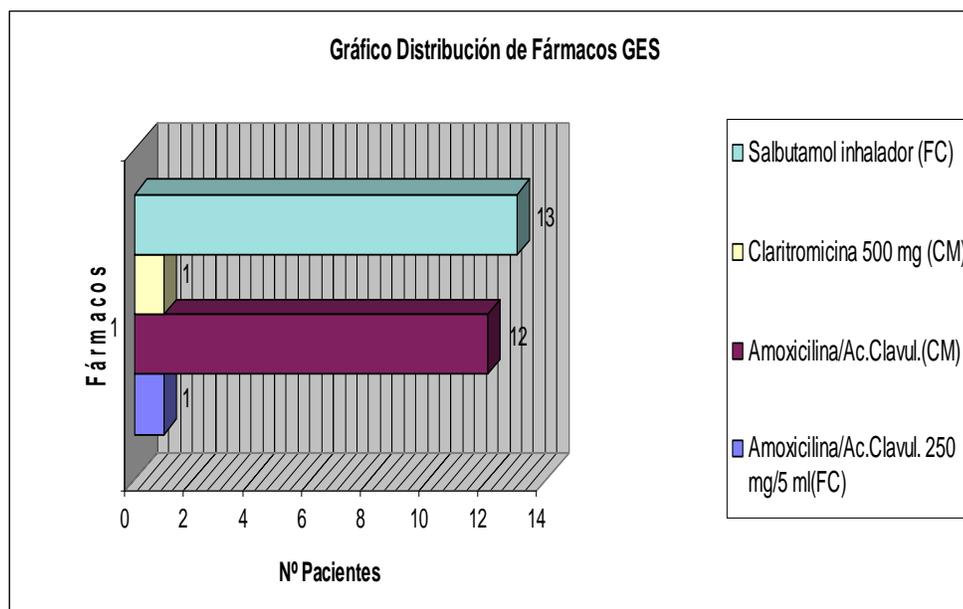
El Gemfibrozilo 300mg, no ha sido muy utilizado por los pacientes del CEV, pero es un fármaco que reduce las concentraciones plasmáticas de los triglicéridos (lipoproteínas de muy baja densidad-VLDL) y también en forma leve las de colesterol (lipoproteínas de baja densidad-LDL). Acelera el recambio de colesterol y su eliminación del hígado y se aumenta la excreción

de colesterol en las heces. La vida media en dosis única es de 1,5 horas y en dosis múltiples, 1,3 horas. La reducción de las concentraciones de VLDL en plasma se evidencia en 2 a 5 días. (Goodman & Gilman, 1996).

El AAS de 100 mg es otro de los fármacos que aparece como altamente utilizado en este grupo de pacientes, a bajas dosis diarias para prevenir eventos cardiovasculares.

7.7.2. DISTRIBUCIÓN DE LA PRESCRIPCIÓN DE FÁRMACOS EN NEUMONÍA.

Gráfico 8. Distribución de Fármacos GES en Neumonía.

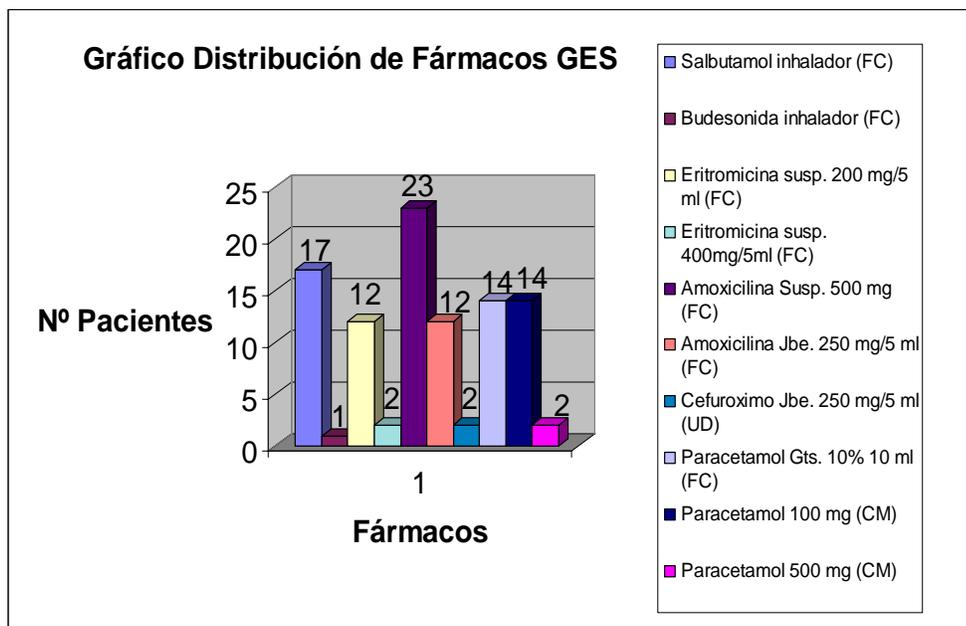


La terapia farmacológica consta de Amoxicilina con Ácido Clavulánico por 8 días y Salbutamol inhalador según la indicación médica. El Salbutamol es un agonista β_2 adrenérgico, de acción rápida, que ejerce su efecto directo en el músculo liso de los bronquios, dilatándolos.

Por producir un rápido alivio de los síntomas en enfermedades obstructivas, es ampliamente recetado a los pacientes que las padecen, entre éstos los mayores de 65 años con Neumonía. La terapia de Amoxicilina con Ácido Clavulánico, se aplica a los pacientes que no son alérgicos a la penicilina y derivados; en caso contrario se les receta Claritromicina. (Barros, M., 2002). Según lo analizado, el fármaco mayormente prescrito en los pacientes mayores de 65 años con Neumonía es el Salbutamol inhalador y la Amoxicilina/Ácido Clavulánico comprimidos, quedando atrás la Claritromicina 500 mg y la Amoxicilina/Ácido Clavulánico suspensión. (MINSAL, 2005).

7.7.3. DISTRIBUCIÓN DE LA PRESCRIPCIÓN DE FÁRMACOS EN IRA.

Gráfico 9. Distribución de Fármacos GES en IRA.

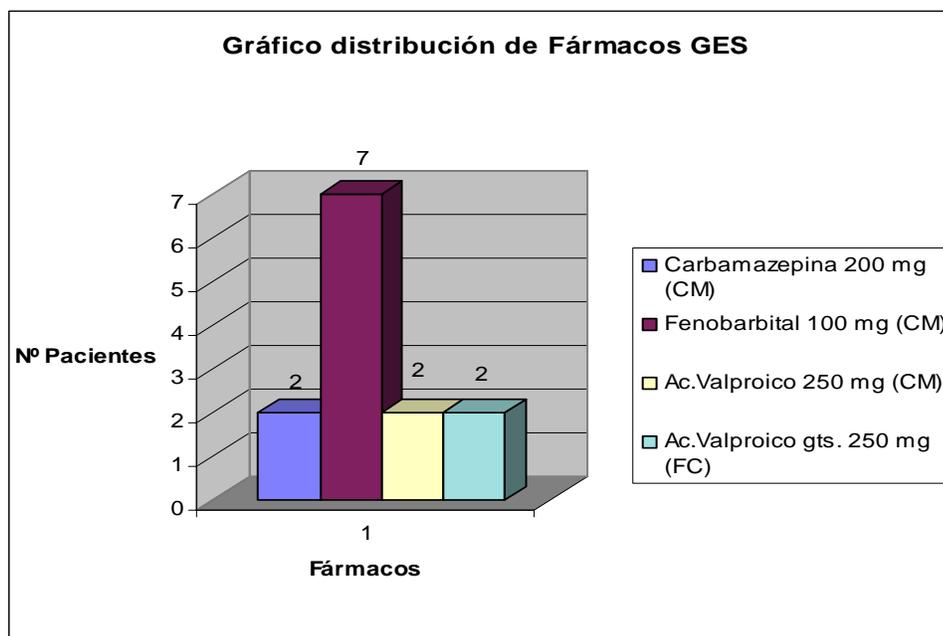


En la patología IRA, a la mayoría de los pacientes se les recetó la Amoxicilina en suspensión, siguiéndole el Salbutamol inhalador, y el menos prescrito fue la Budesonida inhalador.

Por ser la Amoxicilina un antibiótico amino-penicilínico de amplio espectro, que actúa contra microorganismos Gram(+) y Gram(-), es ampliamente utilizada en los pacientes con IRA baja, al igual que el Salbutamol, el cual revierte los síntomas de broncoespasmo producidos en la Neumonía y Bronqueolitis. En el caso de la Budesonida, la cual es un corticoide, no es muy utilizada, sólo en casos más severos de la enfermedad, esto debido a los múltiples efectos adversos que produce a largo plazo.(Revista Chilena de Pediatría, 2001).

7.7.4. DISTRIBUCIÓN DE LA PRESCRIPCIÓN DE FÁRMACOS EN EPILEPSIA.

Gráfico 10. Distribución de Fármacos GES en Epilepsia.



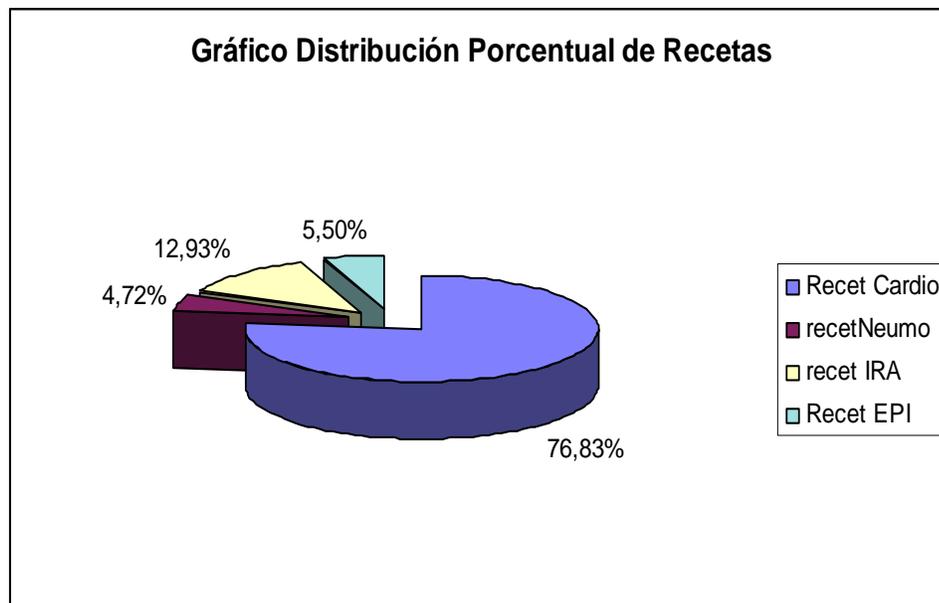
En la Epilepsia, el fármaco más recetado fue el Fenobarbital 100mg.

El tratamiento de fármacos antiepilépticos debe corresponder a 1 (monoterapia) ó 2 (biterapia) de los fármacos siguientes: fenobarbital, fenitoína, ácido valproico, y/o carbamazepina. (MINSAL, 2005.)

El Fenobarbital, es un agente antiepiléptico muy utilizado, en el tratamiento de las crisis tónico-clónicas parciales y generalizadas. Su estrecho rango terapéutico y su elevada capacidad depresora del sistema nervioso central junto con su capacidad de producir autoinducción enzimática, hace que sea uno de los fármacos más frecuentemente utilizados en el tratamiento de la epilepsia. (Revista de Diagnóstico Biológico, 2001).

7.8. DISTRIBUCIÓN DE RECETAS EMITIDAS SEGÚN PATOLOGÍA.

Gráfico 11. Distribución de Recetas emitidas según Patología.



De un total de 1036 recetas emitidas en el CEV, durante el 2º semestre de 2006, a los pacientes estudiados, 796 de ellas son de pacientes con enfermedades cardiovasculares, correspondiendo al 76,83%, 49 pertenecen a pacientes con Neumonía 4,72%, 134 recetas fueron emitidas a pacientes con IRA, correspondiéndole un 12,93%, y 57 recetas se emitieron a pacientes epilépticos, correspondiéndoles un 5,50%.

Como se puede apreciar según los datos entregados, la gran mayoría de las recetas son emitidas a pacientes con enfermedades cardiovasculares, siguiéndole, aunque en mucha menor cantidad, recetas emitidas a pacientes con IRA baja.

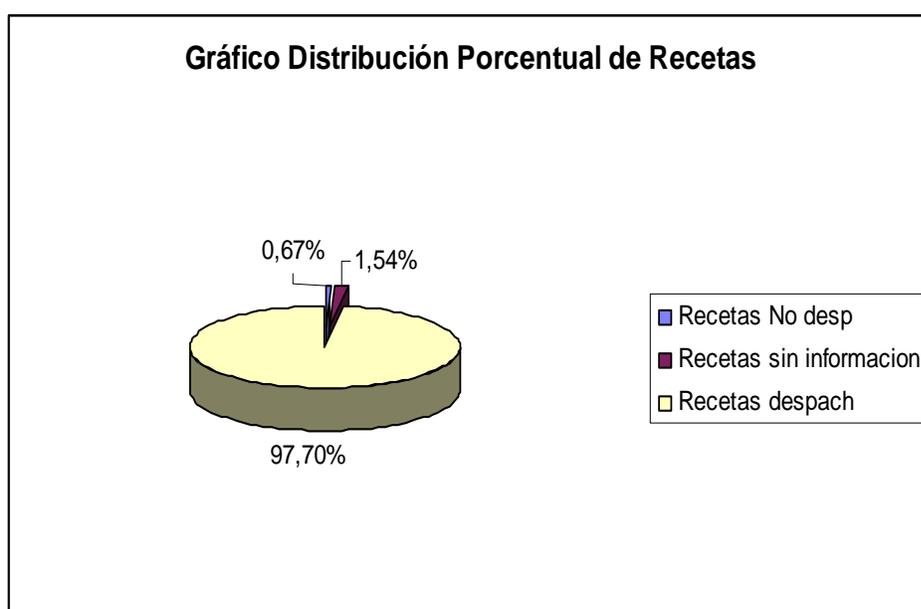
7.9. DISTRIBUCIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LA PRESCRIPCIÓN DE ACUERDO AL DESPACHO REAL DE MEDICAMENTOS.

De un total de 1036 recetas emitidas a los pacientes estudiados, según las estadísticas del CEV durante el periodo estudiado, 7 de ellas no fueron despachadas a los pacientes, correspondiente a un 0,67%, 16 se encuentran sin información, correspondiendo al 1,54%, y 1013 fueron despachadas, según los datos analizados, llevándose el 97,70% restante.

El no despacho de las recetas a los pacientes, o la falta de información, probablemente se debe, a que éstos no acudieron a buscar sus medicamentos, o tal vez, a que los fármacos no se encontraban disponibles en el establecimiento en esos momentos. Como no existe un sistema de traspaso de información eficiente entre la unidad de farmacia y el Departamento de Estadística

del CEV, se crea uno de los problemas claves, como es el de la inclusión en la estadística, de recetas que no fueron despachadas.

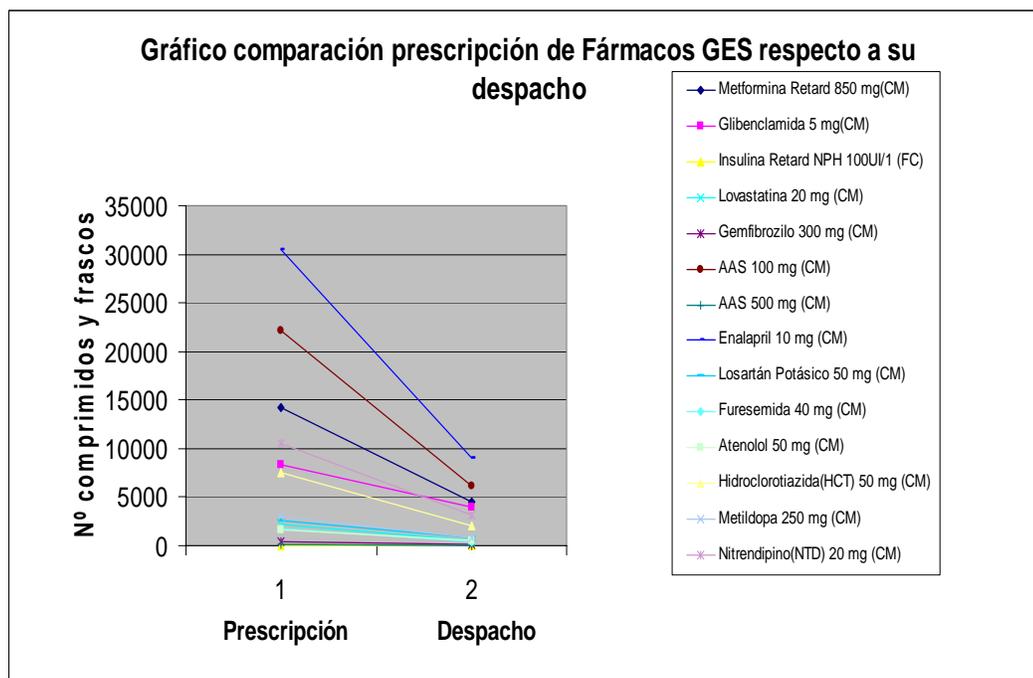
Gráfico 12. Distribución Porcentual de Recetas emitidas despachadas, no despachadas y sin información.



7.9.1. DISTRIBUCIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LA PRESCRIPCIÓN DE ACUERDO AL REAL DESPACHO EN PATOLOGÍA CARDIOVASCULAR.

Al hacer una comparación entre la prescripción de fármacos GES en las patologías cardiovasculares y su real despacho, nos damos cuenta de que la mayor diferencia ocurre en el Enalapril 10 mg y la menor diferencia, en la entrega de la Insulina Retard NPH.

Gráfico 13. Comparación de la Prescripción de Fármacos GES en enfermos Cardiovasculares, respecto a su Despacho.

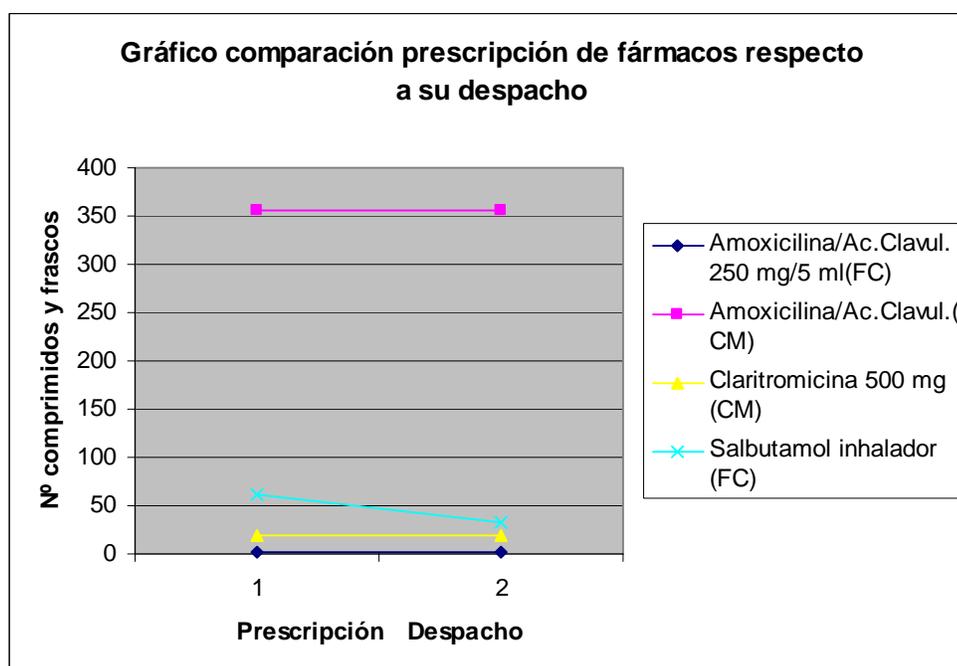


La diferencia en el despacho del Enalapril, podría explicarse por no retiro de la receta por parte del paciente, pero puede deberse principalmente al sistema de recepción de recetas y su despacho, el cual no discrimina ni anula las recetas que no fueron despachadas o que sólo fueron despachadas parcialmente, por lo que éstas quedan de igual forma incorporadas en el sistema computacional del consultorio, con lo que la suma final de comprimidos recetados no tiene un valor real. Otra de las razones de esta diferencia, puede ser, que aunque este fármaco es de primera línea, de no contar con él en la unidad de farmacia al momento del retiro por parte de los pacientes, éstos pueden adquirirlo en las farmacias privadas, ya que su valor comercial es muy bajo.

En el caso de la poca diferencia existente entre las prescripciones y despachos de la Insulina, se debe seguramente a que este fármaco es de vital importancia en el tratamiento de la diabetes *mellitus*, por lo que los pacientes lo retiran rigurosamente todos los meses, ya que su valor en el mercado es alto y es imprescindible para los pacientes.

7.9.2. DISTRIBUCIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LA PRESCRIPCIÓN DE ACUERDO AL REAL DESPACHO EN NEUMONÍA

Gráfico 14. Comparación en la Prescripción de Fármacos GES en Neumonía, respecto a su Despacho.

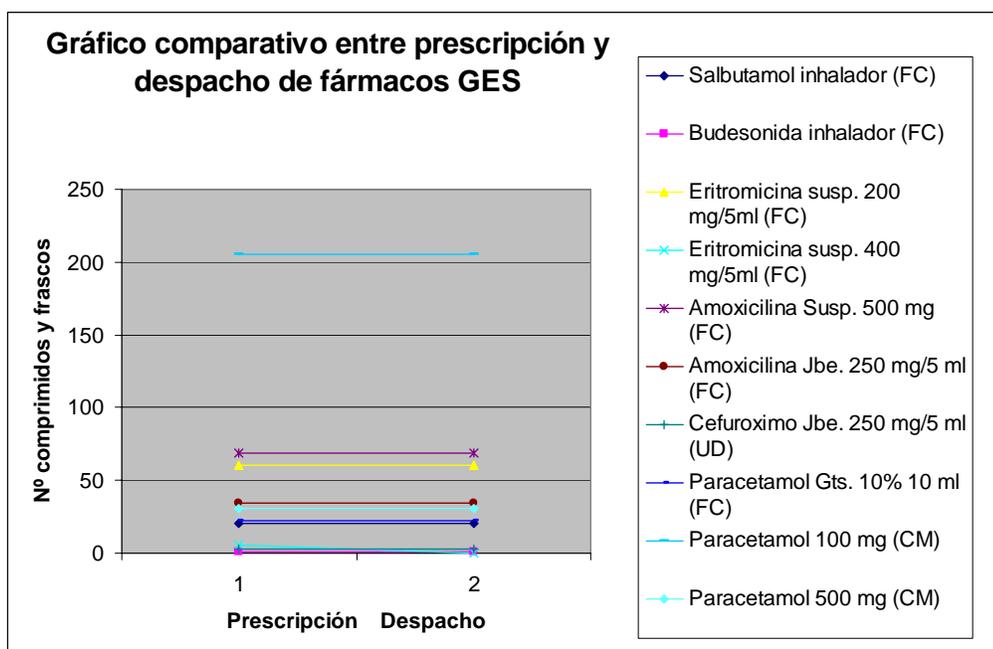


Al analizar los datos de los fármacos utilizados en pacientes mayores de 65 años con Neumonía, podemos ver, que sólo se registró una diferencia en la entrega del Salbutamol inhalador. Los demás fármacos se entregaron de manera normal.

La razón de que esto ocurra, seguramente es similar al caso del Enalapril, es decir, a que se incluyen de igual forma en los datos estadísticos, recetas que no fueron despachadas o lo fueron sólo parcialmente.

7.9.3. DISTRIBUCIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LA PRESCRIPCIÓN DE ACUERDO AL REAL DESPACHO EN IRA.

Gráfico 15. Comparación entre Prescripción y Despacho de Fármacos GES en IRA.

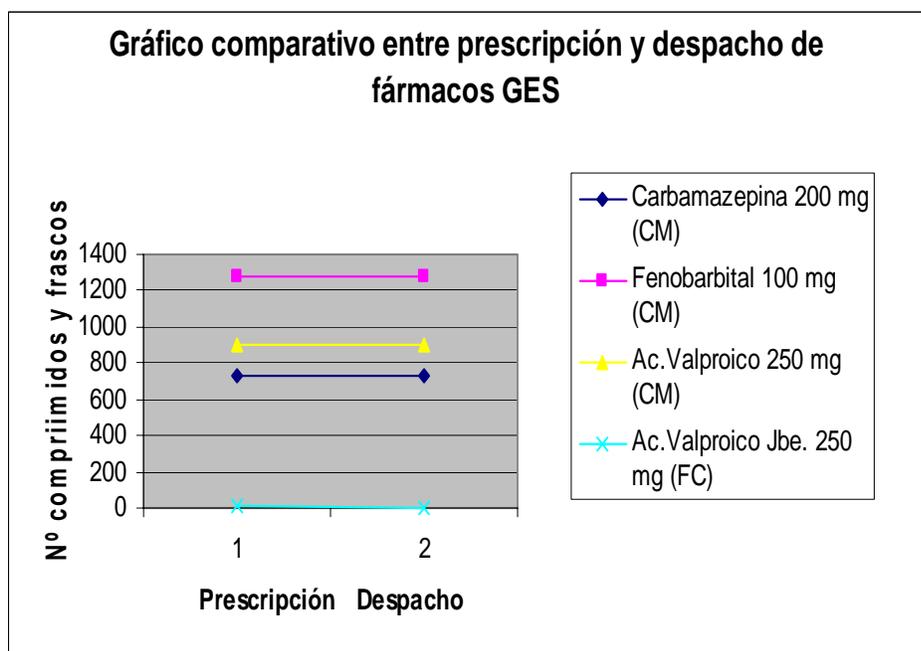


En la entrega de fármacos para pacientes de IRA, sólo se registró una pequeña diferencia en el despacho de Eritromicina suspensión 400 mg/5 ml; el resto de los fármacos se entregó normalmente.

La causa más probable de esta diferencia, es que no haya habido stock de este fármaco al momento de su retiro por parte del paciente.

7.9.4. DISTRIBUCIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LA PRESCRIPCIÓN DE ACUERDO AL REAL DESPACHO EN EPILEPSIA.

Gráfico 16. Comparación entre Prescripción y Despacho de Fármacos GES en Epilepsia.



La única diferencia que se registró en la entrega de fármacos para los pacientes con Epilepsia, fue en el Ac.Valproico gotas orales 250 mg, aunque fue casi imperceptible. El resto de los medicamentos, se encontraron en iguales cantidades en demanda y en oferta.

Esta mínima diferencia encontrada, pudo producirse por la falta de stock del fármaco al momento del despacho al paciente, el que seguramente fue sustituido por Ac.Valproico en comprimidos, ya que los pacientes con esta enfermedad no pueden ni deben prescindir de sus medicamentos.

7.10. PROGRAMACIÓN SEMESTRAL CENABAST.

La tabla que se presenta a continuación, contiene los datos de la programación semestral del Consultorio Externo Valdivia, realizada a través de la Unidad de Abastecimiento del Servicio de Salud Valdivia, a la Central Nacional de Abastecimiento (CENABAST).

El medicamento que se programó en mayor cantidad durante todo el semestre, fue el Enalapril 10 mg. con 720.000 comprimidos, siguiéndole el Nitrendipino 20 mg. con 240.000 comprimidos, la Glibenclamida 5 mg. con 156.000 y la Metformina Clorhidrato 850 mg. con 100.000 comprimidos.

Estos grandes volúmenes de fármacos programados, se deben a que son los más prescritos, debido a que son medicamentos GES, los cuales deben ser despachados de manera oportuna al paciente.

PROGRAMA CENABAST SEGUNDO SEMESTRE DE 2006

FÀRMACO	JULIO	AGOSTO	SEPTIE MBRE	OCTUBR E	NOVIEM BRE	DICIEM BRE	TOTAL
Amoxicilina/Ac.Clavulánico susp. 250 mg/62,5/5 ml 60 ml Fc.	150	150	150	150	150	0	750
Amoxicilina/Ac.Clavulánico 500mg/125 mg CM	2000	2000	1000	1000	0	0	6000
Amoxicilina 500 mg CM o CP	4000	5000	4000	2000	2000	2000	19000
Amoxicilina susp.500mg/5 ml 60 ml Fc.	400	200	200	200	200	200	1400
Amoxicilina susp 250 mg/5 ml 60 ml Fc.	500	500	300	300	300	300	2000
Atenolol 50 mg CM	4000	4000	4000	4000	4000	4000	24000
Captopril 25 mg CM	0	400	400	600	600	600	2600
Enalapril ranurado 10 mg CM	120000	120000	120000	120000	120000	120000	720000
Eritromicina Etilsuccinato 500 mg CM	1000	2000	2000	1000	1000	1000	8000
Eritromicina Etilsuccinato susp oral 200 mg/5 ml 60 ml Fc	200	200	200	100	100	100	900
Eritromicina Etilsuccinato susp oral 400 mg/5 ml 45 ml Fc	50	50	50	50	50	50	300
Fenitoína Sod. Liberación Rápida 100 mg CM	3000	4000	3000	4000	3000	4000	21000
Fenobarbital 100 mg CM	4000	4000	4000	4000	4000	4000	24000
Fenobarbital 15 mg CM	0	0	0	1000	0	0	1000
Furosemda 40 mg CM	2000	4000	4000	4000	4000	4000	18000
Glibenclamida 5 mg CM	26000	26000	26000	26000	26000	26000	156000
HCT 50 mg CM	16000	16000	16000	16000	16000	16000	96000
Metformina Clorhidrato 850 mg CM	15000	20000	15000	15000	15000	20000	100000
Metildopa 250 mg CM	3000	3000	2000	2000	2000	2000	14000
Nifedipino 10 mg CM	0	2000	0	2000	0	2000	6000
Nitrendipino 20 mg CM	40000	40000	40000	40000	40000	40000	240000
Paracetamol 80 mg y 100 mg CM	1000	1000	1000	1000	1000	1000	6000
Paracetamol Gts Ped. 10% 15-20 ml Fc.	200	200	200	200	200	200	1200
Salbutamol inhalador Pres.100 mcg/1 Fc 200-300 Do.	450	450	350	350	350	550	2500

7.11. RESUMEN SEMESTRAL DICIEMBRE 2006 CONSULTORIO EXTERNO

VALDIVIA.

Según el Resumen Estado Mensual (REM) a Diciembre 2006, entregado por el Departamento de Estadística del CEV, durante el segundo semestre existían 2952 pacientes con enfermedades cardiovasculares en control, descontando los egresos y abandonos. De ese número,

604 eran mujeres de más de 70 años. Se produjeron 674 ingresos y 743 egresos. Una existencia de 3735 pacientes Cardiovasculares, de los cuales 2371 son Hipertensos, 611 Dislipidémicos y 753 Diabéticos, de los cuales sólo 74 están con tratamiento de Insulina. Existían a ese momento, 343 pacientes menores de 5 años con IRA baja, 11 con Epilepsia y 26 pacientes mayores de 65 años con Neumonía.

REM Semestral Diciembre 2006(CEV)

ESTADO	TOTAL	15 a 19 años		20 a 34 años		35 a 44 años		45 a 54 años		55 a 64 años		65 a 69 años		70 años y más	
		H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
Ingresos	674	S/I	S/I	1	25	16	39	46	112	65	111	43	90	1	125
Reingresos	63	S/I	S/I	S/I	1	S/I	1	1	1	2	2	2	2	1	50
Abandonos	1215	S/I	S/I	8	24	37	13	61	219	18	205	24	4	97	376
Egresos	743	2	4	7	30	22	55	58	113	40	167	66	17	41	121
Hipertensos	2371	S/I	S/I	2	10	26	86	109	206	150	380	113	400	275	614
Diabéticos	753	S/I	S/I	1	7	9	32	50	100	62	132	35	123	61	141
Dislipidémicos	611	S/I	S/I	1	3	5	22	32	99	57	119	23	75	44	131
Nº Pac. En control	2952	--	--	3	17	35	117	153	368	200	540	139	436	340	604
Diabéticos en tratamiento con Insulina		S/I	S/I	1	S/I	2	1	4	9	10	15	5	10	4	13
IRA baja	343	S/I	S/I	S/I	S/I	S/I	S/I	S/I	S/I	S/I	S/I	S/I	S/I	S/I	S/I
Epilepsia	11	S/I	S/I	S/I	S/I	S/I	S/I	S/I	S/I	S/I	S/I	S/I	S/I	S/I	S/I
Neumonía >65 años	26	S/I	S/I	S/I	S/I	S/I	S/I	S/I	S/I	S/I	S/I	S/I	S/I	S/I	S/I

S/I: Sin información

7.12. CARACTERIZACIÓN DEL CONSUMO SEMESTRAL DE FÁRMACOS.

FÁRMACO	CONSUMO	RECEPCIÓN	SALDO AL 30 DE JUNIO	SALDO AL 31 DE DICIEMBRE
Ac. Valproico 250 mg CM	1800	0	3960	2160
Ac. Valproico Jbe. 250 mg CM	4	0	4	0
Ac. Valproico Gts Fc	0	2	9	11
ASS 500 mg CM	4563	12000	29309	36746
ASS 100 mg CM	241756	307000	76194	135438
Amox/Clav Susp 250 mg/62,5/5 ml 60 ml Fc	13740	28200	131460	145920
Amox/Clav 500mg/125 mg CM	6581	4750	12540	10709
Amoxicilina 500 mg CM o CP	23262	23652	3866	4256
Amoxicilina Susp.500mg/5 ml 60 ml Fc	1682	900	782	0
Amoxicilina Susp 250 mg/5 ml 60 ml Fc	948	400	4114	3566
Atenolol 50 mg CM	25430	17000	13467	5037
Budesonida 200 mcg Fc	274	210	64	0
Carbamazepina 200 mg CM	2158	2600	442	884
Cefuroximo 250 mg CM	44	50	8	14
Cefuroximo 500 mg CM	61	42	42	23
Cefuroximo Jbe 250mg/5 ml UD	28	79	24	75

Claritromicina 250 mg CM	20	0	20	0
Claritromicina 500 mg CM	1579	3366	482	2269
Claritromicina Susp 250mg/5 ml Fc	3	20	8	25
Enalapril ranurado 10 mg CM	314800	36000	1135921	857121
Eritromicina Etinilsuccinato 500 mg CM	10380	10000	399	19
Eritromicina Etinilsuccinato Susp oral 200 mg/5 ml 60 ml Fc	875	875	820	820
Eritromicina Etinilsuccinato Susp oral 400 mg/5 ml 45 ml Fc	526	690	13	177
Fenitoína Sod. Liberación Rápida 100 mg CM	21045	18000	10099	7054
Fenobarbital 100 mg CM	14387	8000	16688	10301
Fenobarbital 15 mg CM	0	0	3072	3072
Furosemida 40 mg CM	15942	38500	14455	37013
Gemfibrozilo 300 mg CM	6905	5060	1860	20
Gemfibrozilo 600 mg CM	0	7000	0	7000
Glibenclamida 5 mg CM	96747	176760	124085	204098
HCT 50 mg CM	83426	121000	76756	114330
Insulina Cristalina Fc	19	0	20	1
Insulina Retard NPH 100 UI/1	505	570	142	207
Losartán Potásico 50 mg CM	43246	47820	10306	14880
Lovastatina 20 mg CM	23780	24974	9588	10782
Metformina Clorhidrato 850 mg CM	127243	200000	104685	177442
Metildopa 250 mg CM	30619	62000	7500	38881

Nifedipino 10 mg CM	7305	6000	6296	4991
Nifedipino 20 mg CM	150	6000	9880	15730
Nifedipino 10 mg CP S/L	120	0	371	251
Nitrendipino 20 mg CM	150261	195000	189463	234202
Paracetamol 80 mg y 100 mg CM	3336	8000	11661	16325
Paracetamol 500 mg CM	55857	37000	65824	46967
Paracetamol Gts Ped. 10% 15-20 ml Fc	522	1350	2500	3328
Salbutamol inh.Pres.100 mcg/1 Fc 200-300 Do.	1636	2837	3621	4822

Al analizar los datos del consumo, recepción y saldos de los medicamentos utilizados para las patologías GES en el CEV, vemos que el fármaco más consumido y que queda con mayor saldo a fines del 2006, es nuevamente el Enalapril 10 mg, siguiéndole en consumo el AAS 100 mg.

Esto se debe principalmente, como se explicó anteriormente, a que el Enalapril es altamente utilizado en la hipertensión por ser un medicamento de primera línea y el ASS 100mg, altamente prescrito a personas con diabetes para la prevención de eventos cardiovasculares y a que también es utilizado en las patologías cardiovasculares. En el caso del Ac. Valproico gotas orales 250 mg CM, Amoxicilina susp.500mg/5 ml, Budesonida inhalador 200 mcg y Claritromicina 250 mg CM, podemos observar que no aparecen con saldo al 31 de diciembre.

Al referirnos al Ac. Valproico gotas orales 250 mg CM y la Claritromicina 250 mg CM, podemos decir según la tabla, que se consumió todo el stock disponible a junio de 2006 y no hubo recepción de productos durante el semestre, por ello no contamos con saldo al 31 de diciembre de 2006.

Respecto a la oferta de fármacos, se puede observar en la tabla, que los fármacos más solicitados a la CENABAST durante el año 2006, en orden decreciente, fueron el AAS 100 mg CM, Enalapril ranurado 10 mg CM, Furosemida 40 mg CM, Glibenclamida 5 mg CM, HCT 50 mg CM, Losartán Potásico 50 mg CM, Lovastatina 20 mg CM, Metformina Clorhidrato 850 mg CM y el Nitrendipino 20 mg CM., esto debido al alto consumo de ellos durante el año.

7.13. PROCESO DE ABASTECIMIENTO DE FÁRMACOS EN EL CEV.

Como se explicó en párrafos anteriores, el abastecimiento de fármacos del CEV, se realiza a través de la Central Nacional de Abastecimiento (CENABAST). La programación de medicamentos en la unidad de farmacia del Consultorio Externo Valdivia, se realiza 1 vez al año, la cual puede reprogramarse 3 veces al año, según necesidad, por lo que abarca 4 meses de programación. Esta reprogramación, se basa en la información que aparece indicada en cada tarjeta BINCARD, las cuales están junto a cada producto en la bodega de farmacia. En ella, se registra el movimiento de cada fármaco, tanto los ingresos por abastecimiento, como los egresos por salida del fármaco a los dispensadores de la oficina de farmacia, verificando que el saldo de la tarjeta coincida con lo restante en la bodega, por lo que muestran un consumo más o menos real de los medicamentos.

Si la demanda de medicamentos fuera tan alta que el Consultorio se quedara sin alguno de estos productos antes que corresponda una nueva entrega mensual desde la Central, se puede recurrir al Servicio de Salud Valdivia para conseguir un préstamo.

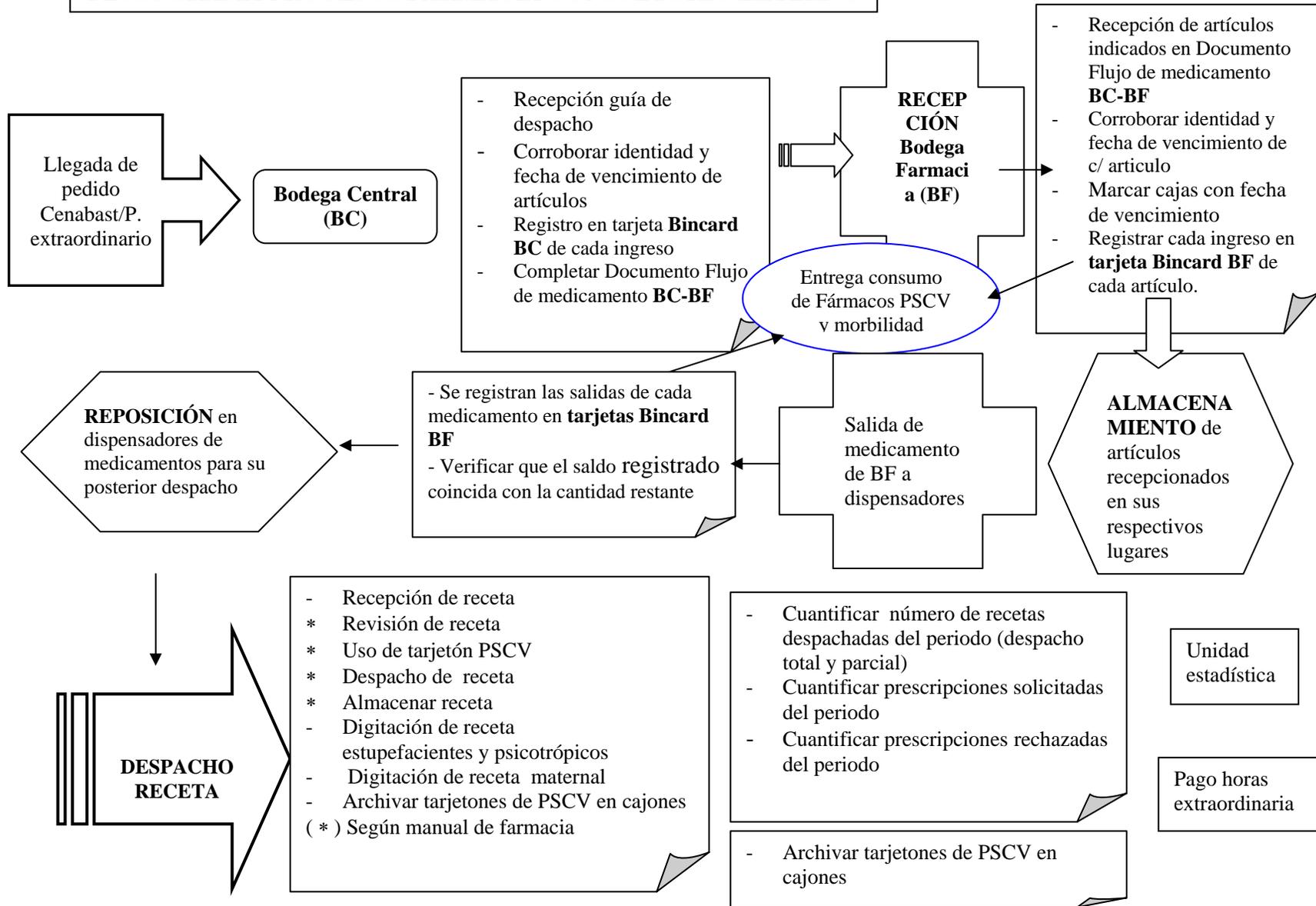
El Servicio de Salud Valdivia mantiene un pequeño stock de estos medicamentos en su bodega, y cuando el CEV necesita abastecerse por alguna urgencia, de algún medicamento GES, el Servicio le presta lo necesario, con el compromiso que cuando el Consultorio reciba nuevamente los medicamentos, los devuelva al Servicio, para la disponibilidad de ellos mismos, en otra ocasión, o de otros establecimientos que pudieran necesitarlo.

Una vez que los medicamentos llegan a la unidad de farmacia, se revisan sus vencimientos y se reponen en sus respectivos dispensadores. Cuando se presenta una receta, ésta se revisa y se anotan los medicamentos a despachar en un tarjetón que tiene cada paciente crónico, luego, la receta se almacena, para ser traspasada al final del día, a un cuaderno, donde quedan anotados todos los despachos. Toda esta información es luego digitada por el personal del Departamento de Estadística del Consultorio.

Como se puede observar, si bien el sistema de abastecimiento, desde que llegan los medicamentos a la bodega de farmacia, es ordenado, pues debe quedar todo registrado en las tarjetas BINCARD, sería aun mejor si este proceso se realizara mediante un sistema computacional. Al igual que el registro de las recetas despachadas en la unidad de farmacia, el cual es llevado en tarjetones y registro manual, lo cual puede llevar a errores en la escritura y posterior lectura y traspaso al sistema computacional del Departamento de Estadística.

El proceso de abastecimiento y recepción de fármacos aparece detallado en el siguiente flujograma obtenido de la unidad de farmacia del CEV.

FLUJOGRAMA PROCESOS FARMACIA CONSULTORIO EXTERNO



8. CONCLUSIÓN

Para lograr el objetivo de este trabajo, se revisaron los datos estadísticos de 183 pacientes seleccionados, con patologías Cardiovasculares, IRA baja, Neumonía y Epilepsia, lo cual ha permitido llegar a las siguientes conclusiones:

- De un total de 3.332 pacientes atendidos el segundo semestre del año 2006 por patologías GES, los 183 pacientes estudiados corresponden a un 5,5% y de un total de 25.848 pacientes beneficiarios de FONASA, y validados, atendidos en dicho año, el 14,36% pertenece a la población infantil, un 18,94% a la población adolescente y un 66,68% se ubica en la población adulta.
- Un 23,18% de la población beneficiaria de FONASA de la comuna de Valdivia, se atiende en el Consultorio Externo de Valdivia.
- Respecto al sexo, del total de pacientes estudiados (183 pacientes), el 60,65% corresponde a pacientes de sexo femenino y un 39,34% al sexo masculino, acercándose a la realidad nacional.
- Del total de pacientes estudiados, el mayor porcentaje corresponde a los pacientes con enfermedades cardiovasculares, con un 55,19%, de los cuales el 36,61% son mujeres y el 18,57% son hombres.
- Los fármacos con más stock son precisamente los más consumidos por los pacientes del Consultorio, pero de igual forma hay medicamentos con que no se cuenta a final de año, y esto debido a que se consumieron completamente durante el semestre, lo que claramente indica que debería hacerse un pedido un poco mayor, por posible aumento en la demanda.

- Los fármacos más prescritos a los pacientes estudiados fueron el AAS 100 mg y el Enalapril 10 mg, ambos utilizados en enfermedades cardiovasculares. Los menos recetados fueron el Gemfibrozilo, Claritromicina, Budesonida Inhalador y Cefuroximo.
- El fármaco más recetado en los pacientes cardiovasculares fue nuevamente el Enalapril 10 mg. En pacientes con Neumonía fue el Salbutamol inhalador y la Amoxicilina/Ac.Clavulánico comprimidos. En IRA fue también el Salbutamol inhalador y en la Epilepsia fue el Fenobarbital de 100 mg.
- De un total de 1036 recetas emitidas a los pacientes estudiados, el 76,83% corresponde a recetas emitidas a pacientes cardiovasculares, el 4,72% a pacientes con Neumonía mayores de 65 años, el 12,93% a pacientes con IRA baja menores de 5 años y un 5,50% a menores de 15 años con Epilepsia.
- De este total, un 97,70% de las recetas fueron efectivamente despachadas a los pacientes y un 2,21% corresponde a recetas que no fueron despachadas o aparecen simplemente sin información.
- En los pacientes con enfermedades cardiovasculares, la mayor diferencia entre la prescripción y el despacho ocurre en el Enalapril 10 mg. En la Neumonía, sólo hay una pequeña diferencia en el despacho del Salbutamol inhalador y en las otras 2 patologías casi no existe diferencia entre prescripción y despacho de medicamentos.
- El sistema de abastecimiento del CEV, consta de una programación anual de pedido de medicamentos a la CENABAST, la cual puede ser reprogramada cada 4 meses, según sus necesidades, las cuales quedan informadas en las tarjetas BINCARD con que cuenta cada fármaco en la unidad de farmacia.

- El CEV, no cuenta con un profesional Químico Farmacéutico a cargo de la unidad de farmacia, lo que produce cierto desorden en la recepción y despacho de medicamentos, ya que el sistema con que cuentan es muy antiguo, todo registrado en tarjetones y cuadernos, cuyos datos luego van al Departamento de Estadística del Consultorio. Además, las revisiones de vencimientos de los productos no siempre se hacen a tiempo, por lo que se producen muchas mermas de medicamentos, por lo tanto pérdidas monetarias y posibles errores de despacho, como la entrega de fármacos en mal estado o vencidos.
- Al analizar el cumplimiento del despacho de recetas, podemos observar las diferencias que se producen entre la prescripción y el despacho de medicamentos. Como se explicó anteriormente, esto se debe principalmente, a que el sistema no anula las recetas que no fueron despachadas o que no aparecen con información, por lo que aumenta el volumen de fármacos recetados respecto a lo que realmente fue despachado.
- Estas diferencias se evitarían si el sistema funcionara correctamente, o simplemente fuera cambiado por uno más moderno, es decir, si en la misma unidad de farmacia se ingresaran computacionalmente las recetas despachadas, y esos datos llegaran procesados al Departamento de Estadística.
- Es por todo esto, que la presencia de un profesional Químico Farmacéutico es tan importante en las unidades de farmacia de los consultorios, porque las actividades que ellos pueden desarrollar en la Atención Primaria, ayudarían a que el sistema de despacho se cumpla correctamente, a capacitar a sus auxiliares de farmacia para un correcto despacho y cuidado de los medicamentos en bodega, con lo que disminuirían las mermas por vencimiento, y mejoraría el buen uso de los fármacos por parte de los pacientes al entregar una eficiente educación.

9. BIBLIOGRAFÍA

1. Arrau C., Fernando, Abril de 2002. "Conceptualización del Plan de Acceso Universal con Garantías Explícitas (AUGE), Eje de la actual Reforma a la Salud". Biblioteca del Congreso Nacional de Chile, Estudios de Anticipación/CEA/BCN, año 1, N° 1. 28 de abril de 2006. <<http://www.bcn.cl>>.
2. Barros, M., 2002. "Eficacia del tratamiento broncodilatador en la enfermedad pulmonar obstructiva crónica avanzada". Rev. Chil. Enferm. Resp., Vol 18 no.3 Santiago.
3. Bayer Health Care, Comunicado de Prensa, 12 de Mayo de 2004. "Nuevas recomendaciones del grupo de trabajo de "Diabetes mellitus y enfermedad cardiovascular" de la Sociedad Española de Diabetes". Septiembre 2008. <<http://www.prensabayer.com>>.
4. Colegio Médico, Documento UNEDI, Diciembre de 1998. "Las Reformas del Sector Salud En Chile". Colegio Médico. 25 de abril 2006. <<http://www.colegiomedico.cl>>.
5. Colegio de Químicos Farmacéuticos, Abril de 2004. "Posición del Colegio de Q.F. en la Política Nacional de Medicamentos". Colegio de Químicos Farmacéuticos. 26 de abril 2006. <<http://www.colegionfarmaceutico.cl>>.
6. Departamento de Estadística de Consultorio Externo Valdivia, Diciembre 2006. "REM semestral Diciembre 2006". Abril 2007.
7. FONASA (Fondo Nacional de Salud), 2006. "¿Qué es AUGE?". Abril de 2006. <<http://www.fonasa.cl>>.
8. Goodman & Gilman, 1996. "Las Bases Farmacológicas de la Terapéutica". Novena Edición, 1996, Vol. I y II. Octubre 2007.

9. Hogerzeil, Hans, 2001. “La OMS publica la primera guía mundial de referencia para un uso eficaz y sin riesgo”. Organización Mundial de la Salud. 20 de abril 2006. <<http://www.who.int/es/>>.
10. Miembros de la Unidad de Estudios, Documentación e Investigación (UNEDI) del Colegio Médico, Santiago Diciembre 1998. “Política de Salud para Chile: Nuestra visión”. Colegio Médico. 25 de abril 2006. <<http://www.colegiomedico.cl>>.
11. MINSAL, Santiago 2005. “Garantías Explícitas en Salud, Guía Clínica, 1st Ed”. 28 de abril de 2006. <<http://www.minsal.cl>>.
12. MINSAL, Junio 2006. “Guía Clínica Hipertensión Arterial Primaria o Esencial en personas de 15 años y más”. Noviembre 2007. <<http://www.minsal.cl/ici/guiasclinicas>>.
13. MINSAL, Junio 2006. “Guía Clínica Diabetes Mellitus tipo II”. Noviembre 2007. <<http://www.minsal.cl/ici/guiasclinicas>>.
14. MINSAL, 2005. “Guía Clínica Neumonía Adquirida en la Comunidad de Manejo Ambulatorio En personas de 65 años y más”. Noviembre 2007. <<http://www.minsal.cl/ici/guiasclinicas>>.
15. MINSAL, 2005. “Guía Clínica Infección Respiratoria Aguda Baja de Manejo Ambulatorio en Menores de 5 Años”. Noviembre 2007. <<http://www.minsal.cl/ici/guiasclinicas>>.
16. MINSAL, 2005. “Guía Clínica Epilepsia No Refractaria en Personas desde 1 año y menores de 15 años de edad”. Noviembre 2007. <<http://www.minsal.cl/ici/guiasclinicas>>.
17. OMS/OPS Chile, Noviembre 2002. “Género, equidad y reforma de la salud en Chile”. Serie Género y Reforma de Salud N° 4 Primera Edición. Isis Internacional. 27 de abril de 2006. <<http://www.isis.cl>>.

18. Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 2002. “Cómo desarrollar y aplicar una política farmacéutica nacional, Segunda edición”. Organización Mundial de la Salud. 20 de abril 2006. <<http://www.who.int/es/>>.
19. Revista de Diagnóstico Biológico, Madrid Ene.-Mar. 2001. “REVISIÓN Fenobarbital: farmacocinética, toxicología y monitorización por el Laboratorio”. Vol.50 n.1. 15 de noviembre de 2007. <<http://www.scielo.cl>>.
20. Revista Saúde Pública, 2002. “Estrategia de atención de niños hospitalizados por infecciones respiratorias agudas bajas”. Vol. 36:292-300. 15 de noviembre de 2007. <<http://www.scielo.cl>>.
21. Revista Panamericana de Salud Pública, Julio 1997. “Política sobre Medicamentos”. Scielosp. Vol.2 n.1. 20 de abril 2006. <<http://www.scielosp.org>>.
22. Servicio de Salud Valdivia, 2005. “Cuenta Pública 2005, Consultorio Externo valdivia“. 29 de abril de 2006. <<http://www.ssvvaldivia.cl>>.
23. Servicio de Salud de Valdivia, Subdirección Médica DPP-Epidemiología, Julio de 2004. “Registro Poblacional del Cáncer. Provincia de Valdivia. Informe Quinquenio 1998-2002“. Ministerio de Salud. 28 de abril de 2006. <<http://www.minsal.cl>>.
24. Soto Paredes, Yasna, 2006. “Medicamentos incluidos en las Patologías GES, 2005”. Unidad de Farmacia, Subdpto. Operaciones de la Red Servicio de Salud Valdivia.