



PRESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS NO INCLUIDOS EN EL ARSENAL
TERAPÉUTICO DE UN HOSPITAL DE LA REGIÓN DE VALPARAÍSO: ¿QUÉ
OPINAN LOS MÉDICOS ACERCA DEL ARSENAL?

Tesis para optar al Título de Químico Farmacéutico

LESLIE ANDREA AEDO JIMÉNEZ

Director de Tesis: Juan Francisco Collao.

Co-Director de Tesis: Paulina Ibaceta.

2013

Agradecimientos

Agradezco a mi familia que desde el inicio de esta carrera estuvieron a mi lado apoyándome siempre incluso en los tropiezos, A mi mamá por siempre estar a mi lado y tenerme la paciencia más grande del mundo!, a mi papá por enseñarme que siempre se pueden lograr nuestros objetivos con esfuerzo y sobretodo sacrificio y a mi hermanita linda por aguantar mis largas noches de estudio y a veces echarla de la pieza para poder hacerlo.

A mis profesores Juan y Paulina por estar presentes y ayudarme a que esta tesis llegara a su término.

Le doy gracias a todas aquellas personas que estuvieron y que hasta el día de hoy están en mi vida porque de cada uno he aprendido algo que me ha ayudado a crecer día a día como persona. A mis amigos universitarios Joshy, Vale, Cinthya, Carla, Fabi, Marcelo, Moralito, Juan y sobretodo Koni y Diego por hacer de esta etapa una de las mejores experiencias de vida. A mis futboleras Pancha, Carito, Lore, Nico, Feña, Gi, Chopi sin duda alguna lejos la mejor experiencia universitaria. A todos ustedes los quiero demasiado!! Y como olvidar a mis incondicionales aquellos que estuvieron desde el principio de los tiempos a mi lado sin importar cómo ni por qué Vale y Panshou infinitas gracias los amo! Y a ti Dani por ser mi más mejor y regalarme los mejores momentos cada día.

¡¡A TODOS ENORMES E INFINITAS GRACIAS!!

INDICE

Resumen	5
Summary	6
1 Introducción	7
1.1 Uso Racional de Medicamentos	7
1.1.1 Selección de Medicamentos	7
1.1.2 Selección Racional	8
1.2 Sistema Formulario	9
1.3 El Comité de Farmacia y Terapéutica	11
1.4 Prescripción Médica	12
1.5 Sistema de Salud Chileno	13
1.5.1 El Hospital Chileno	14
1.5.2 Políticas Farmacéuticas	15
1.5.3 Arsenal Terapéutico	16
1.5.4 Medicamentos GES	17
1.5.5 Selección de medicamentos en Chile	18
1.5.6 Antecedentes a Nivel Nacional	18
2 Hipótesis	22
3 Objetivos	23
3.1 Objetivo General	23
3.2 Objetivos Específicos	23
4 Métodos	24
4.1 Introducción	24
4.1.1 Investigación Cualitativa	24
4.1.2 Definición del Alcance de la Investigación a Realizar	25
4.1.3 Técnicas de Investigación Cualitativa	26
4.2 Selección del Método	28
4.3 Enfoque	30
4.4 Hospital bajo estudio	30
4.5 Aprobación ética	31
4.6 Instrumentos	31
4.6.1 Cuantificación de recetas	31
4.6.2 Grupo focal	32

4.7	Reclutamiento de los participantes	33
4.8	Recolección de datos	34
4.8.1	Recetas	34
4.8.2	Grupo Focal	34
4.9	Procesamiento y análisis de los datos	37
5	Resultados	39
5.1	Estudio de Documentos	39
5.1.1	Identificación de Recetas	39
5.1.1.1	Recetas Compra Privada	39
5.1.1.2	Recetas Compra Excepcional	40
5.1.1.3	Prescripción por marca	40
5.2	Grupo Focal	41
5.2.1	Análisis grupo focal	43
5.2.2	Descripción del Recinto	43
5.2.3	Percepción de los médicos en relación a los Medicamentos	43
5.2.3.1	Medicamentos de última generación	44
5.2.3.2	Medicamentos Genéricos	45
5.2.3.3	Medicamentos de Marca	46
5.2.3.4	Medicamentos Bioequivalentes	47
5.2.4	Políticas de Adquisición	47
5.2.4.1	Protocolo GES	48
5.2.4.2	Comité de Farmacia	49
5.2.5	Arsenal Terapéutico	49
5.2.5.1	Manejo de Patologías	50
5.2.5.2	Actualización Arsenal Terapéutico	51
5.2.6	Vías de Prescripción	51
5.2.6.1	Receta Privada	52
5.2.6.2	Compra Excepcional	52
5.2.6.3	Muestras Médicas	53
5.2.7	Indicadores de Gestión	53
6	Discusión	56
6.1	Limitaciones del estudio	56
6.2	Percepción de los médicos en relación a los medicamentos	58
6.3	Políticas de Adquisición	60
6.4	Arsenal Terapéutico	61
6.5	Tipo de Prescripción	63
7	Comentario Final	64

7.1	Investigaciones Futuras	65
8	<i>Bibliografía</i>	66
9	<i>ANEXOS</i>	69
9.1	Anexo 1: Aprobación Ética.	70
9.2	Anexo 2: Cuadro Medicamentos fuera del Arsenal Terapéutico.	71
9.3	Anexo 3: Correos Electrónicos.	72
9.4	Anexo 4: Arsenal Terapéutico.	77

Resumen

La política nacional para la selección de medicamentos en los hospitales públicos, expone posicionar al Comité de Farmacia y Terapéutica como el encargado del diseño y actualización de los arsenales terapéuticos los cuales deben regir toda la farmacoterapia requerida por los establecimientos pertenecientes a los Servicios de Salud. A pesar de contar con este apoyo farmacoterapéutico, existen ocasiones, las cuales se desconocen las razones de prescripción, en las cuales se recetan medicamentos que no están incluidos en el arsenal.

Para estudiar esta realidad, se decidió explorar cual es la impresión de un grupo médico respecto al Arsenal Terapéutico de un hospital perteneciente a un servicio de salud de la región de Valparaíso e identificar las vías de prescripción utilizadas por este grupo médico, para la prescripción de medicamentos no incluidos en el arsenal. Para esto, se emplearon metodologías cuantitativas y cualitativas, donde se cuantificaron e identificaron el total recetas emitidas por el servicio de medicina, entre ellas recetas de compra excepcional, compra privada y recetas para medicamentos del arsenal terapéutico desde el Servicio de Medicina durante un mes calendario. Posteriormente, de modo cualitativo se identificaron las percepciones del personal médico respecto de la pertinencia del arsenal existente en el hospital, por medio de un grupo focal. Mediante esto, se obtuvieron grandes hallazgos en cuanto a la percepción en la calidad de los medicamentos, políticas de adquisición de medicamentos y vías de prescripción dentro del servicio de medicina del hospital bajo estudio.

Summary

National policy for the selection of drugs in public hospitals exposes to positioning the Pharmacy and Therapeutics Committee as responsible for the design and updating of Therapeutic Arsenals which should govern all the pharmacotherapy required by the Health Services establishment. Despite having this pharmacotherapy support, there are times, which are not known the reasons of prescription, and some medications not included in the arsenal are prescribed.

To study this situation, we decided to explore which is the impression of a medical group regarding a hospital's Therapeutic Arsenal belonging to a health service in the region of Valparaiso, and identify pathways used by this medical group, for prescription of drugs not included in the arsenal. For this, we used quantitative and qualitative methodologies, which were quantified and identified all prescriptions issued by the medical service, including exceptional shopping recipes, recipes for private purchase and recipes for drugs from the therapeutic arsenal from the Medical service during a month calendar. Subsequently, perceptions of the medical staff regarding of the relevance of the existing arsenal, were identified in a qualitative way, through a focus group.

Through this, great findings were obtained regarding the perception on the quality of drugs, drug acquisition policies, and prescription ways within the hospital's health service under study.

1 Introducción

1.1 Uso Racional de Medicamentos

El concepto de uso racional de medicamentos es muy amplio y para su definición podemos distinguir dos áreas bien definidas: el componente operativo y el componente científico-técnico. El componente operativo se refiere a la racionalidad en la planificación, presupuesto, adquisición, almacenamiento y distribución de los medicamentos. Y el componente científico-técnico se refiere a la racionalidad en la selección, prescripción y uso de los medicamentos¹. Ambos componentes deben estar estrechamente relacionado por medio de un flujo constante de información. Básicamente este documento va orientado hacia el enfoque científico-técnico dando a conocer los aspectos relacionado a la selección y prescripción de medicamentos en un hospital público.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), entiende que para que haya un uso racional, el paciente tiene que recibir el medicamento adecuado y la dosis debida durante un periodo de tiempo suficiente, al menor costo para él y para la comunidad. Sin embargo advierte que más del 50% de los medicamentos se prescriben o dispensan de forma inapropiada, y la mitad de los pacientes no los toman correctamente. Adicionalmente, la OMS denuncia que más del 50% de los países no aplican políticas básicas para fomentar el uso racional de los medicamentos, y como resultado de esto, la proporción de pacientes tratados de conformidad con directrices clínicas es inferior al 40% en el sector público y del 30% en el sector privado².

1.1.1 Selección de Medicamentos

El aumento constante en la oferta farmacéutica mundial establece un gran desafío para los sistemas de salud, ya que continuamente son lanzados al mercado nuevos medicamentos, la mayoría de ellos ofreciendo beneficios sobre los tratamientos existentes, pero casi siempre a un mayor precio. Por lo tanto, este aumento de la oferta

tiene implicancias económicas que se traducen en un constante aumento del gasto farmacéutico tanto para el sector público como para el privado³.

En este contexto, efectuar una prescripción racional es esencial para asegurar que los pacientes reciban los medicamentos adecuados al menor costo posible para la comunidad, y para ello los servicios de salud deben utilizar de la mejor manera posible los recursos que siempre serán escasos, puesto que el mal uso de éstos afecta el acceso a medicamentos de la población bajo su jurisdicción.

Para ello la selección de medicamentos se realiza en cuatro niveles fundamentales. A nivel central o nacional por la agencia reguladora de cada país la cual debe proceder a seleccionar los medicamentos necesarios para resolver las principales causas de enfermedad y mortalidad que afecta al país, esta responsabilidad debe ser asumida por un Comité constituido por profesionales de diferentes disciplinas del área de la salud, a nivel de servicio de salud en caso de que exista un formulario nacional o regional, a nivel local como hospitales o centros de atención médica donde la selección de medicamentos está bajo la responsabilidad del Comité de Farmacia y Terapéutica, y finalmente a nivel individual se da cuando el médico ha atendido a su paciente y realiza la prescripción¹⁻³.

Por este motivo, la selección y uso de los medicamentos debe hacerse de manera racional, es decir, usando información objetiva fundamentada tanto en criterios técnicos como de bienestar social y considerando los puntos de vista de todos los profesionales envueltos en el proceso del uso de medicamentos dentro de un hospital⁴.

1.1.2 Selección Racional

El uso racional de medicamentos se inicia con los procesos de selección, que se constituyen en la base de partida para el desarrollo de todas las actividades que conforman el uso racional de los medicamentos.

Por lo tanto, una selección racional supone cada uno de los escalones antes nombrados en relación a la selección de medicamentos, donde se considera que uno de los aspectos fundamentales en el uso racional es la prescripción. Acción la cual supone que el individuo que toma la decisión de prescribir cierto medicamento, ha sopesado la mayor cantidad de información posible, buscando la maximización de los beneficios obtenidos para un paciente individual, pero al menor costo para la sociedad³⁻⁵⁻⁶.

Para hacer posible esto, la OMS promueve la creación de organismos nacionales que coordinen las políticas sobre el uso de los medicamentos y hagan un seguimiento de sus repercusiones, como también, la formulación de directrices clínicas basadas en datos probatorios destinadas a la capacitación, supervisión y apoyo a la toma de decisiones relacionadas con los medicamentos. Además de la elaboración de listas de medicamentos esenciales para ser utilizadas en la adquisición de medicamentos y la creación de comités distritales y hospitalarios de medicamentos para mejorar el uso de los medicamentos y efectúen un seguimiento de sus efectos².

1.2 Sistema Formulario

Con el objetivo de apoyar a los médicos y de esta manera apegarse a un uso más racional de los medicamentos, la OMS recomienda el uso de Sistemas de Formulario. La American Society of Health-System Pharmacists (ASHP) define un Sistema de Formulario como *“El proceso continuo por el cual una institución de salud establece políticas para el uso de drogas o productos relacionados, identificando los más apropiados y costo efectivos para satisfacer de mejor manera las expectativas de salud de una determinada población”*. A su vez con el propósito de mantener los formularios de los hospitales actualizados, la OMS recomienda el uso de comités multidisciplinarios, como es el caso del Comité de Farmacia y Terapéutica para el diseño, control y actualización de los formularios de medicamentos, teniendo una participación activa en todas las etapas del ciclo de gestión de los medicamentos en el área asistencial⁴⁻⁷.

En este sistema se distinguen etapas como la selección de medicamentos en la cual se debe evaluar y seleccionar, de entre los numerosos agentes medicinales disponibles, los que se consideran más útiles terapéuticamente tomando en cuenta evidencia científica certificada en cuanto a resultados en tratamientos, normas de calidad, costo, cantidad, formas de dosificación, etcétera. Una vez seleccionados los medicamentos se realiza la adquisición de estos por medio de la oficina de farmacia a través del sistema de convenios y compras con la que cuenta el hospital o el servicio de salud al cual se adhiere, una vez realizada esta acción e implementados los medicamentos, el personal médico cuenta con un respaldo farmacológico, y es por medio de sus conocimientos, guías médicas y políticas establecidas en cuanto al uso de los medicamentos, es que orientan su prescripción identificando aquellos que son médicamente más adecuados y rentables para servir mejor los intereses de la salud de un paciente realizado esto, el individuo debe adquirir su medicación esto es a través de la farmacia ubicada en el hospital cuya función es la dispensación de los medicamentos apuntados en las indicaciones médicas, posteriormente se realiza la administración del fármaco siguiendo las indicaciones descritas en los protocolos para el manejo de las enfermedades en cuanto a las formas de dosificación en las que se pueden administrar más eficazmente el medicamento. Finalmente, una vez realizado el tratamiento se obtienen resultados los cuales deben contribuir al mejoramiento del sistema ya que indican si fue o no efectivo el medicamento utilizado para el tratamiento de la enfermedad.

En resumen, cada una de las etapas debiera informar al Comité de Farmacia y Terapéutica, sobre los inconvenientes y errores observados en los procesos del sistema con la finalidad de ir reestableciendo y mejorando la tecnología utilizada. Por esta razón, es que este sistema formulario responde a un proceso continuo el cual genera una instancia de retroalimentación destinado a garantizar un uso seguro, adecuado y rentable de productos farmacéuticos en la atención al paciente, por medio de políticas sobre el uso de medicamentos, terapias y productos relacionados con los fármacos.

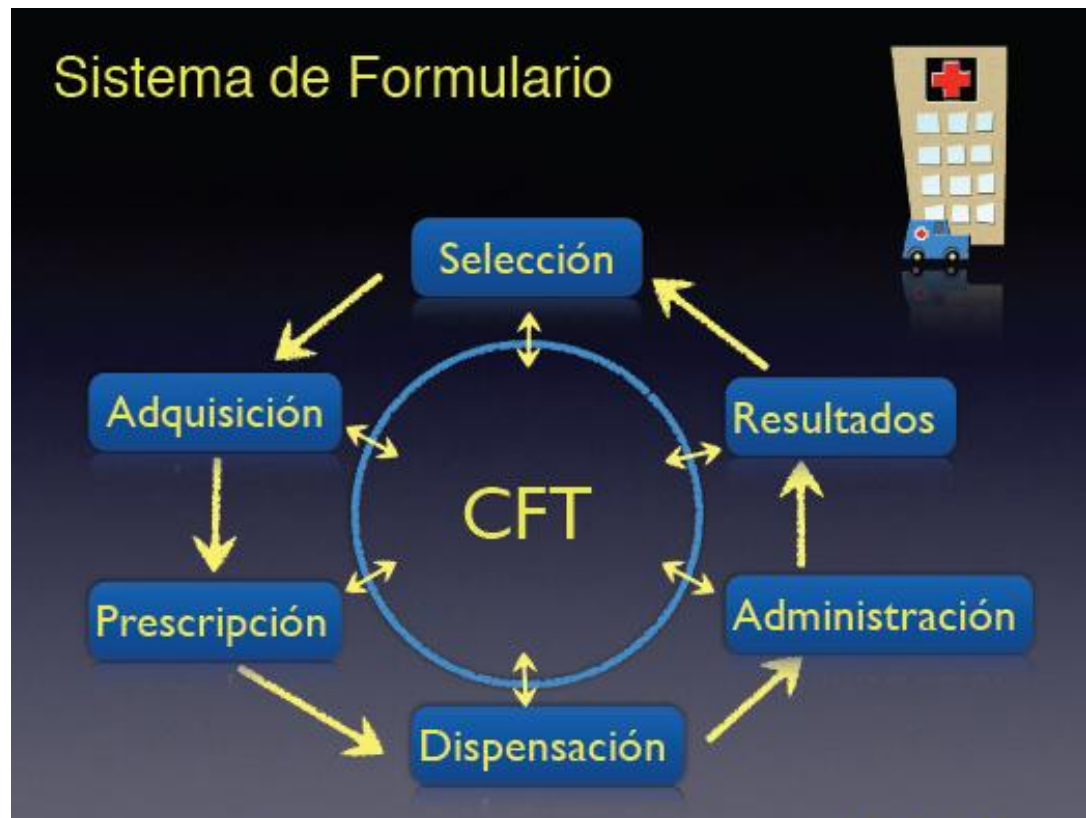


Figura 1: Diagrama del Sistema Formulario y su interacción con el Comité de Farmacia y Terapéutica. Diagrama extraído desde Collao JF, Smith F, Barber N. *Selection of medicines in Chilean public hospitals: an exploratory study*.

1.3 El Comité de Farmacia y Terapéutica

El Comité de Farmacia y Terapéutica (CFT) es el encargado del diseño y actualización constante del formulario, el cual además debe diseñar y supervisar el cumplimiento de las políticas internas y los procedimientos relacionados con el uso de medicamentos dentro de una institución. Este comité, debe influir en cómo se usan los medicamentos bajo su jurisdicción, por medio del desarrollo de guías clínicas que sirvan de apoyo al personal médico del hospital, cuyo diseño debe estar basado en la mejor evidencia científica disponible en el uso de un determinado medicamento⁴⁻⁸.

Según lo indica la OMS en la Guía Práctica sobre Comités de Farmacoterapia, un comité de farmacoterapia (CFT) constituye un foro que reúne a todas las personas implicadas para que colaboren en la mejora de la prestación de servicios de salud. En este sentido, un CFT puede considerarse como un instrumento para fomentar un uso más eficaz y racional de los medicamentos⁹.

En muchos países desarrollados, se ha comprobado que un CFT que funcione correctamente constituye uno de los instrumentos de los hospitales más eficaces para abordar los problemas de uso de medicamentos. Sin embargo, en muchos países en desarrollo no hay CFT y en otros no funcionan eficazmente¹⁰⁻¹¹.

1.4 Prescripción Médica

En una mirada moderna el acto médico implica varias decisiones que se adoptan con otras personas lo cual incluye a otros profesionales de la salud y la activa participación del paciente, quien opta, previa información suministrada por el médico acerca de las intervenciones clínicas a realizar¹². A nivel nacional, aún persiste la mirada en que el médico es el único que tiene opinión acerca de la prescripción.

La prescripción de medicamentos es un acto en el cual el médico debe ajustarse a dos principios (científico y ético) y tiene límites que responden a criterios legales, de especialidad médica y de orden administrativo, los cuales se justifican en razones de interés público y de protección de bienes jurídicamente superiores, cuales son la vida y la salud. Los médicos son los ejecutores finales del uso del medicamento cuya prescripción se basa en los conocimientos adquiridos durante su formación, actualizaciones de conocimientos médicos y la relación con el equipo de salud, por lo tanto, la prescripción de medicamentos tiene un rol fundamental, ya que concreta la acción de salud después de un diagnóstico y evaluación, entregando las medidas farmacológicas y no farmacológicas acordes a las necesidades del paciente¹²⁻¹³.

Por lo tanto, una prescripción racional refiere que la decisión del médico es tomada considerando y relacionando todos los conocimientos que se tiene respecto la patología y como tratarla, y esto podría ser efectivo contando con el apoyo de guías clínicas que orientaran la decisión del médico hacia la prescripción del medicamento o tratamiento más adecuado conforme al contexto en que se desarrolle.

1.5 Sistema de Salud Chileno

El sistema de salud chileno comenzó su desarrollo a mediados de siglo XVI, como parte de las medidas de salubridad e iniciativas de atención caritativa hospitalaria de enfermos y menesterosos. El desarrollo del sistema de salud ha sido paulatino, cotidiano y multidimensional y es posible identificar cuatro períodos históricos en el desarrollo del sistema de salud.

a).- Período de servicios locales de salud, 1552 - 1917

Entre 1552 y 1886 se desarrollaron hospitales y servicios sanitarios de responsabilidad de autoridades locales. En 1886 se promulgó el Reglamento Orgánico de la Junta de Beneficencia, que permitió ordenar las organizaciones locales y los hospitales generales existentes. El año siguiente se creó la Junta Nacional de Salubridad, cuya misión era asesorar al gobierno en materias de salubridad y organizar nacionalmente los desarrollos locales. En 1892 estas funciones fueron asumidas por el Consejo de Higiene Pública (actualmente Instituto de Salud Pública).

b).- Período de maduración del desarrollo social y del sistema de salud, 1917 - 1952

En 1924 se creó el Ministerio de Higiene, Asistencia y Previsión Social y se estableció el Seguro Obrero Obligatorio (ley 4.054). La Caja de Seguro Obrero fue destinada a cubrir los riesgos de enfermedad invalidez, vejez y muerte. En 1938 se dictó la Ley de Medicina Preventiva, pionera en su género a nivel internacional.

En 1942 se creó el Servicio Médico Nacional de Empleados (SERMENA), que cubría al sector de empleados públicos y particulares.

El Colegio Médico de Chile se constituyó por Ley en el año 1948, destacando por su gravitación histórica en la formulación de las políticas de salud.

c).- Período del Servicio Nacional de Salud y predominio de planificación central 1952 - 1973.

El Servicio Nacional de Salud (SNS) fue creado en 1952, unificando a diversos organismos públicos que prestaban servicios de salud, alcanzando una importante cobertura del sector.

Entre los años 1965 y 1970 desarrolló el primer formulario Nacional de Medicamentos el cual posteriormente fue adoptado por la OMS en 1977.

d).- Período del Gobierno Militar y reformas neoliberales, 1973 - 1990

Las reformas del sistema global de salud, ocurridas en este lapso, reflejaron las políticas generales económicas y sociales del gobierno militar.

Entre 1973 y 1980 hubo una disminución significativa del gasto social y del financiamiento al SNS. A partir de 1979 se reestructuró el sector estatal de salud. Se reorganizó al Ministerio de Salud y sus instituciones relacionadas y se creó el Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS) que rige actualmente (DL 2.763/1979)

Entre 1981 y 1986 se adoptaron iniciativas legales para la creación de las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE) y se concretó el traspaso de la administración de la mayoría de establecimientos de nivel primario a las municipalidades¹⁴.

1.5.1 El Hospital Chileno

En Chile cuenta con un total de 184 hospitales públicos, subdivididos en hospitales de baja complejidad que corresponden a aquellos establecimientos dependientes de las municipalidades y que entregan atención primaria, los hospitales de mediana complejidad

los cuales prestan atenciones de especialidades básicas y subespecialidades, y los hospitales de alta complejidad son responsable de la provisión de atenciones médicas y cuidados de enfermería básicos, intermedios e intensivos a su población usuaria.

En la Reforma de Salud del año 2000, se nombra por primera vez lo que se llama autogestión hospitalaria, y es así como en el año 2004 con la Ley 19.937 de “Autoridad Sanitaria y Gestión” se define a los Establecimientos de Autogestión en Red, como aquellos hospitales dependientes de los servicios de salud que tengan mayor complejidad técnica, desarrollo de especialidades, organización administrativa y número de prestaciones. Organizacionalmente, deberán cumplir con procedimientos de medición de costos, de calidad de la atención, de la satisfacción de los usuarios y deberán fijar la dotación máxima de personal en su presupuesto. Esto quiere decir que las unidades hospitalarias se encuentran sujetas a las decisiones de la red asistencial, pero con cierto grado de autonomía administrativa, por ejemplo, en el manejo de los recursos¹⁵.

1.5.2 Políticas Farmacéuticas

A pesar de haber sido el país pionero en lo que a políticas farmacéuticas se refiere, a partir de la creación del Formulario Nacional de Medicamentos entre los años 1965-70 el cual se define en el Art. 100° del Código Sanitario como *“la lista de los productos indispensables en el país para una correcta terapéutica y se le permite arbitrar las medidas que sean necesarias para que la población y los servicios que prestan atención de salud o alguna relacionada se encuentren debidamente abastecidos de los mismos”*⁸. Modelo que fue posteriormente adoptado por la OMS en el año 77 como base para la selección de medicamentos.

Sin embargo, en la década de los 70’ y 80’ hubo un impactante desfinanciamiento en los servicios hospitalarios que impactó fuertemente en la calidad y en el financiamiento de los recursos humanos¹⁶, es así como lamentablemente no es hasta el año 2004 donde el país trata de surgir nuevamente en el ámbito de la salud pública implementando una nueva

Política Nacional de Medicamentos que rige hasta el día de hoy, donde expone su principal estrategia para mejorar el uso racional y acceso al medicamento, que consiste en *“Posicionar al Comité de Farmacia y Terapéutica de hospitales, centros de atención ambulatoria especializada y primaria, como único órgano responsable de la definición y actualización de la lista de los medicamentos que constituyen los Arsenales Farmacológicos que rigen para toda la farmacoterapia requerida en los establecimientos...”*¹⁷.

También en el año 2004, con el objeto de velar por la actualización del Formulario Nacional, es que por medio del Decreto N° 86 del Reglamento del Formulario Nacional de Medicamentos es que se establece la creación de la “Comisión Asesora Permanente de Actualización del Formulario Nacional de Medicamentos”. Comisión que debe proponer cada dos años una actualización completa del formulario por medio de las monografías correspondientes a los medicamentos y asesorar a las unidades técnicas del Ministerio encargadas de analizar la reglamentación farmacéutica, para tener un mejor control y conocimiento por parte de las autoridades, de las existencias y carencias en el mercado farmacéutico, de acuerdo a las necesidades epidemiológicas, asistenciales y sanitarias del país¹⁸.

1.5.3 Arsenal Terapéutico

El Arsenal Terapéutico (AT) o Arsenal Farmacológico (AF), es un listado de medicamentos, basado en el Formulario Nacional de Medicamentos, con el que deben contar los hospitales públicos chilenos para el manejo de pacientes que concurren al establecimiento con el fin de atenuar, curar o tratar sus necesidades clínicas^{19, 20, 21} y deben regir para toda la farmacoterapia requerida por los establecimientos que pertenecen a los Servicios de Salud. Este arsenal están bajo la responsabilidad de los Comité de Farmacia y Terapéutica de cada establecimiento, y que además por ley el hospital está obligado a mantener un stock de estos medicamentos²².

En relación al uso de guías clínicas que respalden estos arsenales, en un estudio realizado en el país dio a conocer que además de contar con el respaldo de las guías GES sólo uno de los hospitales estudiados había diseñado guías clínicas para el tratamiento de sus pacientes siendo escritas por los departamentos clínicos y no por el CFT²³ que es el encargado de supervisar el uso y cumplimiento de las prácticas en relación a los medicamentos en el hospital.

A diferencia del Sistema de Formulario, el cual es un proceso continuo donde se realizan controles en cada una de las etapas asociadas al ciclo de gestión del medicamento (Fig.1) con el fin de obtener una retroalimentación para así evaluar e ir mejorando el sistema, este Arsenal Terapéutico no se define más que como una lista de medicamentos con la cual deben contar los hospitales públicos con el fin de tratar las patologías con que llegan los pacientes, siendo un proceso más bien lineal que no cuenta con una participación constante del comité de farmacia o del personal médico para una retroalimentación del proceso para su mejoramiento y actualización.

1.5.4 Medicamentos GES

La reforma en salud denominada en sus inicios como Plan AUGE, en la actualidad conocida como Plan GES consiste en una reglamentación sanitaria que garantiza el acceso a las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud cuyos beneficiarios son aquellas personas pertenecientes a FONASA o ISAPREs. Programa que hasta la fecha julio 2013 comprende un total de 80 patologías.

La política de prescripción existente bajo este sistema es totalmente distinta a la descrita en relación a los medicamentos del arsenal terapéutico, puesto que estos medicamentos se encuentran dentro de un programa de salud y existen guías de prácticas clínicas para cada una de las enfermedades adheridas al programa en las cuales se describen los tratamientos correspondientes por tanto los médicos orientan su prescripción por medio de éstas.

Sin embargo, el sistema de cobertura FONASA, en el caso del servicio público, sólo reembolsa los medicamentos que son mencionados en estas guías clínicas, por lo que la inclusión de estos medicamentos al arsenal es obligatorio²¹, ya que por ley el hospital debe contar con esta dotación terapéutica y por tanto el médico prescribe lo que se indica.

1.5.5 Selección de medicamentos en Chile

Este Formulario Nacional de Medicamentos a pesar de ser un medio para mejorar y orientar la prescripción, al parecer no cuenta con guías clínicas que respalden los tratamientos de las diversas patologías que son tratadas en el recinto asistencial por lo que solamente corresponde a un listado de medicamentos con los que cuenta el hospital, de esta manera se deja en manos del médico la elección de los medicamentos a utilizar. En base a esto, como un apoyo hacia los médicos en la práctica de la prescripción es que el Ministerio de Salud creó la “Guía para las Buenas Prácticas de Prescripción” donde describe cómo el médico debiera realizar una correcta prescripción utilizando como base el sentido común y la prudencia, la educación e información calificadas, el compromiso en la prescripción, la elaboración del formulario nacional de medicamentos o arsenales terapéuticos locales o de formularios personales y/o el diseño de guías terapéuticas³.

En los hospitales chilenos, se cuenta con un listado de medicamentos llamado “Arsenal Terapéutico” cuyo encargado es el Comité de Farmacia y Terapéutica (CFT) en relación al diseño y actualización de este, acorde a las necesidades clínicas del hospital por medio de guías clínicas que orienten al médico hacia una prescripción más racional.

1.5.6 Antecedentes a Nivel Nacional

En un estudio publicado en enero del año 2013, se exploran las políticas y procesos para la selección y uso de medicamentos en un grupo de hospitales en Chile²¹.

Como bien se sabe la política nacional respecto al uso de un CFT es clara y reconocida por los hospitales. Sin embargo, en este estudio se dieron a conocer las realidades respecto al

Comité de Farmacia y Terapéutica dando conocer la existencia de esta comisión donde todos los hospitales de alta complejidad y el 89% de los hospitales de baja complejidad tenían un CFT. Sin embargo, cuando se analiza el tiempo de funcionamiento de estos comités, el 83% de los hospitales de alta complejidad contaban con un comité trabajando activamente durante 5 o más años, mientras que estas cifras alcanzaron sólo el 39% de los hospitales de baja complejidad. Lo que demuestra, que en vez de utilizar este comité como una herramienta útil para mejorar la racionalidad de las decisiones, en base a las políticas sobre el uso de los medicamentos, no se presenta en la práctica, con ausencia de directrices clínicas para apoyar las decisiones de los doctores para prescribir medicamentos incluidos en el formulario, los hospitales solo lo ven como una obligación impuesta por una política que solo produce cambios administrativos en la organización del hospital.

En relación al Arsenal Terapéutico de los hospitales, este listado solo se describió como una lista de medicamentos de la cual, el hospital, debe contar con un stock básico y no incluye lineamientos clínicos para orientar a los médicos en el uso de medicamentos dentro del hospital. También se identificaron tres vías de prescripción por las cuales los médicos de hospitales públicos pueden acceder a medicamentos no incluidos en el Arsenal Terapéutico, como la postulación del medicamento al comité, la compra excepcional de medicamentos por parte del hospital, y la compra privada por parte del paciente (Ver figura 2).

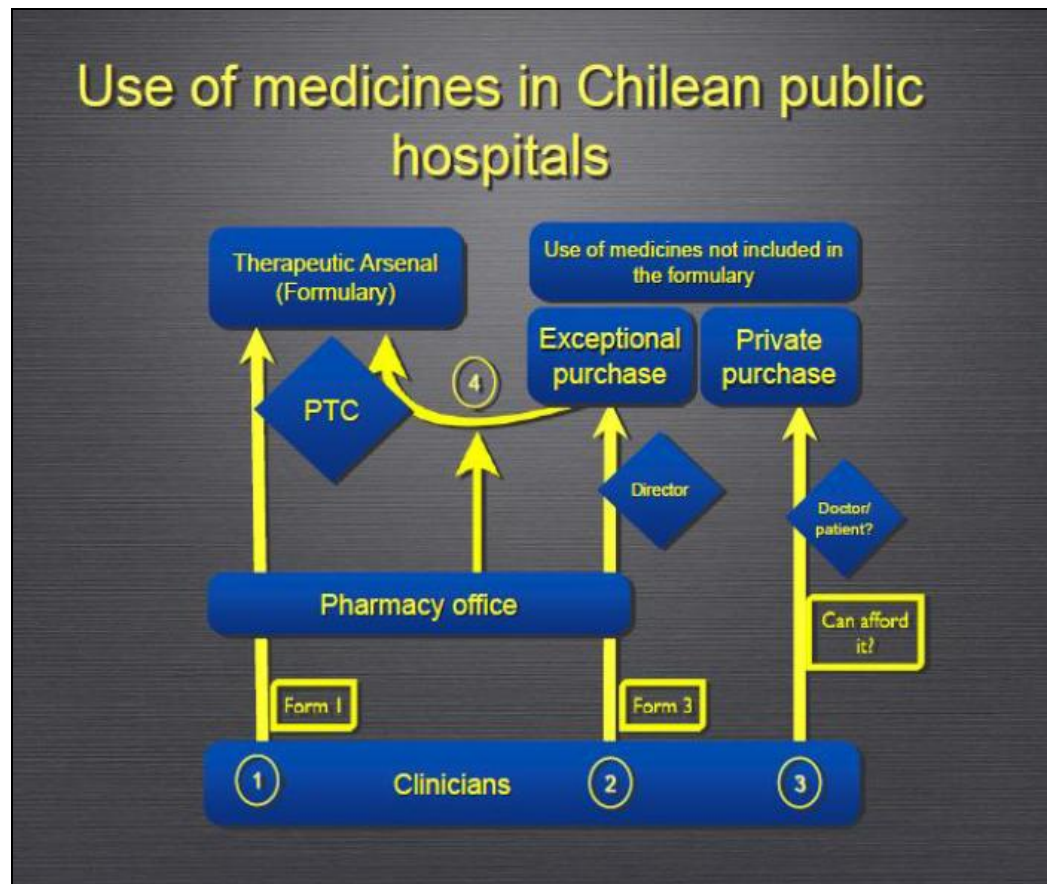


Figura 2: Rutas para incluir un medicamento en la práctica clínica de los hospitales públicos chilenos.

Se dispone de tres rutas para los médicos para prescribir un medicamento no incluido en el formulario de los hospitales chilenos. (1) Los médicos pueden solicitar a la PTC de un medicamento a través de la oficina de farmacia. (2) Se puede solicitar la compra excepcional de un medicamento. (3) Si creen que el paciente puede pagar la droga, pueden preguntarles a comprar la droga en privado para ser utilizado en el hospital. El número de solicitudes de compras excepcionales creció gradualmente con el tiempo para algunos fármacos; para evitar el papeleo asociado con el procesamiento de demasiadas peticiones, la oficina de farmacia pide al PTC para la inclusión de este fármaco en el formulario (4). Diagrama extraído desde Collao JF, Smith F, Barber N. *Selection of medicines in Chilean public hospitals: an exploratory study*.

En relación a los antecedentes expuestos y en vista que los estudios realizados en este ámbito son mayoritariamente europeos y a nivel nacional, solo se cuenta con un estudio vigente abocado al tema de políticas de medicamentos en hospitales públicos, es que resulta oportuno explorar la realidad de los hospitales chilenos en cuanto al uso de los

medicamentos, debido a que la información acerca de esto es escasa, por lo que sería apropiado preguntarse cuál es la realidad nacional en relación al uso de medicamentos.

Por esta razón, es que a través de este estudio se busca identificar las vías de prescripción utilizada por los médicos y sus apreciaciones acerca de los arsenales terapéuticos. Permitiendo de esta forma, tener una primera visión acerca de las razones, por las cuales los médicos podrían recetar medicamentos que no están incluidos en el arsenal terapéutico. Y de esta manera dar pie para el desarrollo de más investigaciones que pudieran contribuir al diseño de políticas que apoyaran el uso racional de medicamentos en Chile.

2 Hipótesis

Al ser un estudio de tipo exploratorio, no es posible enunciar una hipótesis a comprobar puesto que no hay antecedentes previos que permitan la definición de esta. En cambio, se utilizan preguntas de investigación las que se enuncian a continuación:

- Preguntas de Investigación:

1. ¿Cuál es la opinión de los médicos, del servicio de medicina, sobre el arsenal terapéutico del hospital bajo estudio?
2. ¿Cuáles son las vías de prescripción utilizadas para recetar medicamentos no incluidos en el arsenal terapéutico, por parte de este servicio?

3 Objetivos

3.1 Objetivo General

Explorar la opinión de un grupo de médicos, acerca del arsenal terapéutico de un hospital público de la región de Valparaíso.

3.2 Objetivos Específicos

1. Identificar y cuantificar las vías de prescripción utilizadas por los médicos del servicio de medicina
2. Analizar las opiniones de los médicos, del servicio de medicina, acerca del arsenal terapéutico.

4 Métodos

4.1 Introducción

Al momento de realizar una investigación como requisito esencial es la formulación de un protocolo bien estructurado, el cual debe presentar de forma idónea y justificada el método de investigación elegido para la realización de dicha propuesta. Ahora bien, escoger un método depende de lo que quiera realizar el investigador en cuestión, ya que el modo en que este vea la sociedad será determinante en la decisión del cómo realizar el estudio, en estos casos, el investigador puede comenzar con una idea general y desarrollar una teoría o hipótesis para ser probado por los datos (deductivo), o iniciar con la recolección de datos y la creación de las observaciones o hipótesis para la prueba de ellos (inductivo)²⁴⁻²⁵.

Referente a esto se a vistan dos tipos de razonamientos metodológicos que conllevan sus propias modalidades de investigación como son el razonamiento deductivo el cual comienza con las observaciones de campo con la finalidad de recoger datos para la formulación de hipótesis, y en contraste el razonamiento inductivo que consiste en inferir principios o reglas generales de hechos específicos permitiendo, de esta manera, formular una teoría en base a las conclusiones derivadas de la investigación²⁴.

A partir de estos fundamentos se desprenden dos marcados modelos de metodología de la investigación, como son la metodología del tipo cualitativa y la del tipo cuantitativa.

4.1.1 Investigación Cualitativa

La investigación cualitativa es un método de investigación usado principalmente en las ciencias sociales que se basa en cortes metodológicos basados en principios teóricos tales como la fenomenología, la hermenéutica, la interacción social empleando métodos de recolección de datos que son no cuantitativos, con el propósito de explorar las relaciones sociales y describir la realidad tal como la experimentan sus correspondientes

protagonistas, buscando explicar las razones de los diferentes aspectos de tal comportamiento. Para ello utiliza diferentes formas o diseños como la *Fenomenología*, *Etnografía*, *Teoría Fundamentada*, *Etnometodología*, *Investigación-Acción*, *Método Biográfico*²⁶.

En otras palabras, la metodología cualitativa investiga el por qué y el cómo se tomó una decisión, en contraste con la investigación cuantitativa que es aquella que permite examinar los datos de manera científica o más específicamente, generalmente con herramientas estadísticas siendo más analítica, descriptiva y explicativa cuya base es generar una teoría para ser probada por los datos o resultados y que busca responder preguntas tales como cuál, dónde, cuándo, cuánto.

La diferencia fundamental entre ambas metodologías es, que la cuantitativa estudia la asociación o relación de variables cuantificadas y la cualitativa lo hace en contextos estructurales y situacionales. Aunque son modalidades diferentes, éstas no se anulan entre sí, se complementan logrando que lo cualitativo dirija lo cuantitativo, y lo cuantitativo retroalimentarse de lo cualitativo en un proceso circular pero a la vez evolutivo, donde cada método contribuye en la forma en que puede hacerlo.

4.1.2 Definición del Alcance de la Investigación a Realizar

Los alcances en el proceso de investigación resultan de la revisión de la literatura y de la perspectiva del estudio, dependen de los objetivos del investigador para combinar los elementos en el estudio. Dentro de estos alcances encontramos los estudios de tipo exploratorio, correlacionales, explicativos y descriptivos²⁷.

Estudios Exploratorios: se utilizan con el fin de buscar hechos sin el objeto de predecir las relaciones existentes entre las variables, es decir, se realizan cuando el objetivo es examinar un tema o problema de investigación poco estudiado, del cual se tienen muchas dudas o no se ha abordado antes. Este tipo de estudio sirve para familiarizarnos con fenómenos relativamente desconocidos, obtener información sobre la posibilidad de llevar a cabo una investigación más completa

respecto de un contexto particular, investigar nuevos problemas, identificar conceptos o variables promisorias, establecer prioridades para investigaciones futuras, o sugerir afirmaciones y postulados. La finalidad del estudio generalmente es determinar tendencias, identificar áreas, ambientes, contextos y situaciones de estudio.

Los estudios exploratorios son el antecedente de la investigación descriptiva, correlacional y explicativa.

Estudios Descriptivos: son el precedente de la investigación correlacional y tiene como fin la descripción de eventos, situaciones representativas de un fenómeno o unidad de análisis específica. Busca especificar propiedades, características y rasgos importantes de cualquier fenómeno que se analice.

Estudios Correlacionales: Este tipo de estudio tiene como finalidad conocer la relación que exista entre dos o más conceptos, categorías o variables en un contexto en particular. El propósito de estos estudios es saber cómo se puede comportar una variable al conocer el comportamiento de otras variables vinculadas.

Estudios Explicativos: Pretende establecer las causas de los eventos, sucesos o fenómenos que se estudian, es decir, establecer relaciones de causalidad entre dos o más variables.

Para definir como iniciar una investigación (exploratorio, descriptivo, correlacional y explicativo) es esencial tener presente el conocimiento actual del tema de investigación que nos revele la revisión de la literatura; la perspectiva que el investigador pretenda dar a su estudio²⁷.

4.1.3 Técnicas de Investigación Cualitativa

El fin del estudio cualitativo es mostrarnos una nueva mirada en la investigación y tiende a realizarse con un número reducido de sujetos experimentales, ya que el elemento de

estudio no son los hechos sino los discursos basados en el contexto en el cual se desenvuelven los participantes, evitando la cuantificación ya que su propósito no es medir variables para llevar a cabo inferencias y análisis estadístico. Su principal propósito es el análisis, la interpretación del lenguaje y registros narrativos de los sujetos en su contexto.

1. **La Observación u Observación Participante**, es una técnica de recogida de información que consiste en observar a la vez que participamos en las actividades del grupo que se está investigando. Existen diferentes roles del observador participante en las cuales se distinguen el participante total, participante como observador, observador como participante y el observador total.
2. **La entrevista**, técnica que consiste en una conversación entre la persona que solicita información (entrevistador) y otra (entrevistado) o de un grupo (entrevistados), para obtener datos sobre un tema determinado. Existen diferentes tipos de entrevistas como la entrevista estructurada, semi-estructurada y no estructurada o abierta.

Tipos de Entrevistas	Estructurada	Son aquellas entrevistas en las que a todos los entrevistados se les hacen las mismas preguntas con la misma formulación y en el mismo orden.
	Semi-Estructurada	Basados en un guión que recoge los temas que se trataran a lo largo de la entrevista. Sin embargo, el orden en el que se abordan los temas y el modo de formular las preguntas se dejan a libre decisión y valoración del entrevistador.
	No Estructurada o Abierta	Dirigida hacia la comprensión de las perspectivas que tienen los entrevistados respecto de sus vidas, experiencias o situaciones, tal como las expresan con sus propias palabras por lo que el contenido de las preguntas no está preestablecido, y puede variar en función del sujeto.

3. **Grupo Focal.**

El grupo focal, es una discusión de tipo “focal” porque focaliza su atención e interés en un tema específico de estudio e investigación; y es de “discusión” porque realiza su

principal trabajo de búsqueda por medio de la interacción verbal y el contraste de las opiniones de sus miembros. El grupo focal es un método de investigación colectivista, y se centra en la pluralidad y variedad de las actitudes, experiencias y creencias de los participantes, y lo hace en un espacio de tiempo relativamente corto²⁹.

4. **El cuestionario**, es una técnica que se elabora para sondear las opiniones de un grupo relativamente numeroso de sujetos, invirtiendo cada uno de ellos un tiempo mínimo. Importante servicio en la recogida de datos.

5. **El grupo de discusión**, se puede describir como una reunión de personas las cuales son animadas sobre un tema bajo la dirección o control de un moderador.

A modo de resumen, la investigación cualitativa podría entenderse como una categoría de diseños de investigación que utiliza variadas herramientas para extraer descripciones a partir de observaciones que adoptan la forma de entrevistas, narraciones, notas de campo, grabaciones, transcripciones de audio y video, registros escritos de todo tipo, fotografías o películas.

4.2 Selección del Método

En base a lo descrito anteriormente, el diseño metodológico de este estudio, presenta como base la metodología empleada en el estudio de Collao J y col²¹. donde utilizando de manera complementaria instrumentos cuantitativos y cualitativos de investigación, nos hacen entrever la realidad en relación a las políticas utilizadas en la selección de medicamentos dentro de los hospitales públicos chilenos. A partir de esto se desprende la metodología para la realización de este estudio exploratorio cuyo objetivo es explorar un tema poco estudiado o que no se ha abordado anteriormente como son las percepciones y motivaciones médicas en la prescripción, y buscando familiarizarse con él, y es aquí donde el razonamiento metodológico inductivo cuyo propósito es la construcción de hipótesis, es el que se apega a las demandas del estudio. Ofreciendo de esta manera la oportunidad de formular una teoría o hipótesis en base a los resultados obtenidos por medio de la recopilación de datos a través de las metodologías cuantitativas y cualitativas.

Los datos cuantitativos se obtuvieron a partir de la cuantificación del número de recetas emitidas durante un mes calendario correspondiente al mes de Diciembre 2012 desde la oficina de farmacia del hospital, el número de recetas de compra excepcional y compra privada emitidas desde el servicio de medicina. El objetivo de cuantificar las recetas se orienta en poder identificar las vías de prescripción utilizadas por los médicos de medicamentos que no se encuentran en el arsenal en relación a los medicamentos que si se encuentran para posteriormente sugerir si el AT cubre o no el espectro clínico del servicio de medicina del hospital bajo estudio. Finalmente, de modo cualitativo se exploraron las percepciones del personal médico respecto de la pertinencia del arsenal existente en el hospital, por medio de grupos focales.

Se consideró que esta metodología era la más adecuada para este tipo de estudio, porque deja entrever paralelamente la realidad basada en datos numéricos y la realidad basada en opiniones y percepciones en relación a un mismo tema, presentando de esta manera un contraste en la información basada en los hechos y datos recopilados. En este caso en particular, los datos cuantitativos fueron los que se lograron recolectar en el periodo de tiempo establecido y donde también se dispuso con la oportunidad de contar con una contraparte cualitativa, esto se debió a que el intento de contar con una mayor cantidad de datos cuantitativos por medio de otro hospital perteneciente a la red de salud no se obtuvo ninguna respuesta de aprobación o rechazo para la realización del grupo focal, por lo tanto el estudio se adaptó a la información y datos que se tenían en el momento priorizando el tiempo dispuesto para la realización del trabajo además del poco sentido que tenía sumar datos cuantitativos sin su contraparte cualitativa lo cual demandaba tiempo que por las condiciones de una tesis no se pudo realizar.

En cuanto a los datos de tipo cualitativo, éstos responden a las preguntas de investigación de este estudio, lo cual fue explorar y tener un primer acercamiento a las razones y motivaciones en la prescripción realizada por los médicos en un hospital público y a su vez identificar sus percepciones en relación al arsenal terapéutico, donde una

metodología cualitativa que implicara la discusión dentro de un grupo focal se consideró lo más adecuado²⁵. Sin embargo, se necesitarán más estudios en distintos hospitales (complejidad) para poder identificar factores que luego puedan ser cuantificados de ser necesario o de interés.

Con lo expresado anteriormente, el grupo focal fue la mejor alternativa dentro de las modalidades de investigación cualitativa ya que focaliza su atención e interés en un tema en específico de estudio en el cual los entrevistados pueden interactuar según las opiniones vertidas de acuerdo al tema; puesto que el objetivo principal es que los participantes puedan expresar libremente su opinión sobre diferentes aspectos de interés en un ambiente abierto para el intercambio de ideas, que a través de entrevistas individuales o de preguntas cerradas pueden pasar desapercibidos, ya que el entrevistado está limitado en sus respuestas.

4.3 Enfoque

Basados en un enfoque cualitativo se busca explorar las opiniones de los médicos respecto al arsenal terapéutico e identificar las vías de prescripción para medicamentos no incluidos en éste. Para ello se utilizará un diseño exploratorio el cual nos permitirá realizar un primer acercamiento a este tema que no ha sido estudiado.

4.4 Hospital bajo estudio

El hospital bajo estudio, es un recinto de la V región catalogado por el servicio de salud correspondiente a su jurisdicción como un hospital de mediana complejidad cuya población asignada corresponde a 118.857 habitantes con una dotación de 215 camas.

Cuenta con cuatro especialidades básicas como son Medicina Interna, Cirugía, Ginecología y Pediatría y Neonatología, asimismo paulatinamente se han incorporado por medio del Consultorio Adosado de Especialidades (CAE) subespecialidades como Cardiología, Neurología, Gastroenterología, Psiquiatría Adulto e Infantil, Cirugía Infantil, Urología,

Dermatología, Kinesiología y Servicio Dental. También se han desarrollado unidades de apoyo como Farmacia, Laboratorio y Banco de Sangre, Esterilización, Radiología, Anatomía Patológica y Pabellón³⁰.

4.5 Aprobación ética

Se redactó una carta hacia el Comité de Bioética Asistencial del hospital, la cual incluía un resumen del proyecto a realizar, los objetivos claramente definidos y los métodos a utilizar para la recolección de datos como la cuantificación de recetas y posteriormente la realización del grupo focal a modo de finalizar el estudio. Esta redacción fue enviada en formato virtual vía correo electrónico. La respuesta fue recibida por medio de una carta impresa expresando la aprobación del proyecto (Anexo 1).

4.6 Instrumentos

4.6.1 Cuantificación de recetas

Para responder al objetivo uno, la cuantificación de las recetas de medicamentos contenidos en el arsenal terapéutico, se contabilizaron todas las recetas emitidas durante un mes calendario (diciembre 2012) desde el sistema computacional de la oficina de farmacia del hospital una vez realizado el cierre mensual del sistema de farmacia.

Para aquellos medicamentos que no pertenecen al arsenal terapéutico, se contabilizaron el total de solicitudes de compra excepcional aprobadas por la dirección del hospital, utilizando el indicador de recetas de compra excepcional que los hospitales deben reportar a la oficina de farmacia de la SEREMI de Salud, esto fue a través de correo electrónico enviado por el Jefe de Farmacia del hospital en estudio. Y además, para contabilizar las recetas para compra privada de medicamentos, con previa impresión del listado de camas del servicio de medicina a través del sistema web de gestión de camas, se realizó la revisión de la tarjeta de tratamiento y la hoja de indicaciones médicas

presentes en las curvas de enfermería en el caso que las recetas no pudieran ser visualizadas, y se llevó un registro de los medicamentos comprados en forma privada.

Para este registro se diseñó un cuadro Excel dividido en 8 columnas donde se anotaron las fechas de ingreso y egreso, número de días hospitalizado, nombre del medicamento, número de recetas, total de prescripciones, alternativa en el AT y observaciones pertinentes. (Anexo 2)

Cabe destacar que en ninguno de los casos anteriores se registraron los datos personales de los pacientes a quienes se extienden las recetas mencionadas.

4.6.2 Grupo focal

Para responder el objetivo dos, se realizó un grupo focal una vez identificadas y cuantificadas las recetas prescritas e identificados los médicos partícipes de aquellas, los cuales se contactaron e invitaron a participar por medio del Jefe de Servicio y el coordinador de juntas médicas.

Para esto se informó al Jefe de departamento (o servicio) el objetivo del grupo focal el cual es conocer la percepción acerca del arsenal terapéutico, se estableció el grupo en estudio, en este caso el equipo médico del servicio de medicina del hospital –bajo estudio que cuenta con un total de 7 médicos, y por medio del coordinador de juntas médicas se estableció fecha y horario para la realización del grupo focal y se determinó la duración de la reunión de 45 minutos. Todo esto se coordinó por medio de correos electrónicos entre el coordinador de las juntas médicas y el director de tesis.

Idealmente para obtener la mayor cantidad de información y sacar el mayor provecho posible al grupo focal se recomienda su registro en audio y video, para el análisis del lenguaje no verbal y la transcripción literal de las opiniones vertidas en la discusión, pero por requisito del grupo con el cuál se llevó a cabo la reunión no fue posible el registro audiovisual y se tomaron notas escritas por ambos investigadores de las opiniones

vertidas por cada integrante del grupo que conforma el servicio de medicina del hospital en estudio

4.7 Reclutamiento de los participantes

Una vez identificadas las recetas, se realizó un grupo focal con el equipo médico del servicio de medicina del hospital bajo estudio, el cual contaba con un total de 7 médicos.

Para reclutar a los participantes en primer lugar, se contactó con el Jefe de Medicina por medio de correo electrónico (Correo n°1 y 2, anexo 3) con el fin de coordinar una reunión en la cual se dio a conocer la temática en estudio, posteriormente bajo recomendación del Jefe de Servicio, se tomó contacto con el coordinador de las juntas médicas con el cuál se acordó lugar y fecha de realización del grupo focal por medio de correos electrónicos (Anexo 3). Por medio de estos correos se intentó contar con el permiso de los participantes para poder grabar en audio la entrevista, pero en primera instancia la respuesta recibida por parte del coordinador de juntas médicas fue *“Referente a registros de audio y video si bien son entendibles, no es nuestra costumbre grabar conversaciones de ninguna naturaleza en el hospital.”* (Correo n° 3, anexo 3), en una segunda instancia apelando por la aprobación de este registro de audio abogando a la garantía de confiabilidad por parte de los entrevistadores se reenvió un nuevo correo electrónico (Correo n° 4, anexo 3), donde cuya respuesta nuevamente fue negativa respecto a esta petición *“Compartimos el interés en el tema y entendemos su punto de vista pero no concordamos la idea del registro audiovisual del encuentro.”* (Correo n° 5, anexo 3), pero agotando las oportunidades el día del grupo focal se consultó abiertamente la posibilidad del registro en audio donde sólo un participante (Jefe de Servicio) se opuso por lo que sólo se tomaron notas escritas, abarcando en lo posible, cada idea descrita y propuesta por cada uno de los participantes con la finalidad de poder analizar y utilizar como ejemplo alguna cita declarada por los médicos.

Cabe mencionar que no se registró ningún dato de los profesionales que participaron de la intervención manteniendo así un voto de confidencialidad en la investigación.

4.8 Recolección de datos

4.8.1 Recetas

Para la recolección de recetas emitidas desde el servicio de medicina, se obtuvo por medio del sistema computacional de la oficina de farmacia del hospital la cantidad total de recetas emitidas en el mes de diciembre una vez hecho el cierre mensual del sistema.

Para aquellos medicamentos que no pertenecen al arsenal terapéutico, se contabilizó el total de solicitudes de compra excepcional aprobadas por la dirección del hospital, por medio del reporte oficial del indicador de recetas de compra excepcional que los hospitales deben reportar a la oficina de farmacia de la SEREMI de Salud conocido como compromiso de gestión N° 9 de farmacia “Solicitudes al Comité de Farmacoterapéutica” esta información fue provista por el Jefe de Farmacia por medio de correo electrónico. Y además, en el caso de recetas privadas, se consultó en lo posible a la enfermera supervisora del Servicio de Medicina del hospital como también la realización de rondas diarias por las salas del Servicio, con previa impresión del listado de camas de dicho servicio a través del sistema de gestión de camas, de igual manera se revisó la tarjeta de tratamiento y la hoja de indicaciones médicas presente en las curvas de enfermería en caso que las recetas no pudieran ser visualizadas, y se llevó un registro de los medicamentos comprados en forma privada, los que son guardados en los carros de farmacia en casetas individualizadas por paciente. Estos datos fueron registrados en el cuadro Excel (Anexo 2) descrito en el ítem 4.4.1.

4.8.2 Grupo Focal

Una vez identificadas las recetas, se realizó un grupo focal con el equipo médico del servicio de medicina del hospital. Para esto se formalizó el contacto con el jefe del servicio de medicina vía correo electrónico (correo n° 1, anexo 3) de forma tal de esclarecer los

objetivos del grupo focal y contar con su aprobación para la realización de éste, una vez aprobada la realización del grupo focal, por medio del coordinador de juntas médicas se acordó la fecha, horario y lugar de la realización del grupo focal (ver anexo 3) y además del catering correspondiente para dicha reunión en la cual se sirvió café, jugos, sándwiches, galletas para amenizar la instancia. Se contó con un grupo de 13 personas de las cuales 7 correspondían a médicos permanentes del servicio y 6 a internos de medicina los cuales participaron en modo de oyentes sin tener intervenciones en el curso de la discusión cuya duración fue de 45 minutos, tiempo que corresponde a las reuniones clínicas que realiza la junta médica según lo referido por el coordinador de estas reuniones en el mail adjunto (correo n° 3, anexo 3) *“El tiempo disponible que tenemos para reuniones en el Servicio es de 30 minutos para la exposición y de 15 minutos para la discusión”*. A modo de resumen en la tabla 2 se describen los participantes y las actitudes desprendidas a lo largo de la reunión.

Una vez iniciada la sesión puntualmente a las 8:30 horas, se tomaron notas escritas de las opiniones vertidas a lo largo de la discusión, cabe destacar que en este caso los moderadores o guías de la actividad, investigadores, fueron externos durante todo el proceso, y las intervenciones realizadas sólo consistieron en dar la palabra, guiar la conversación en caso que se desviara el tema, la idea principal es que haya una conversación fluida entre los participantes. Una vez acabada la sesión del grupo focal a las 9:15 horas horario establecido en los correos electrónicos, los investigadores compararon las notas escritas, cotejaron sus impresiones y comentaron el grupo focal grabando las impresiones en audio las que posteriormente se transcribieron de manera literal. Esto se hizo con el fin de rescatar y al momento de analizar posteriormente la información revivir el momento para así sacar el mayor provecho posible a los datos puesto que en el momento no fue permitido grabar y a medida que pasa el tiempo se olvidan ciertos detalles.

Tabla 1: Descripción de Participantes

Participantes	Observaciones
Jefe de Servicio	Hombre alrededor de 50 años, especialista en Cardiología, bastantes años de experiencia con estudios en el extranjero. Mostró una actitud desconfiada y cautelosa al momento del grupo focal.
Médico 1	Hombre alrededor de 50 años, especialista en Cardiología, alrededor de 20 años de experiencia en el hospital, realizó estudios en el extranjero y es el encargado de las juntas médicas. Se mostró bastante entusiasta y muy crítico en cuanto a sus comentarios.
Médico 2	Hombre alrededor de 40-50 años, encargado del área de urgencia, contaba con experiencia en los estudios de tipo cualitativos.
Médico 3	Mujer alrededor de 30 años, recientemente integrada al servicio hace no más de un mes. Durante sus intervenciones buscaba de forma no verbal como el tono de voz, gestos y miradas la aprobación del jefe de servicio, debido a su poco tiempo trabajando en el lugar.
Médico 4	Hombre extranjero alrededor de 30 años, llevaba un año de trabajo en el hospital. Bastante participativo mostrando una actitud la cual avalaba los comentarios emitidos por el jefe de servicio asegurando estar conforme con lo que tenían en el arsenal.
Médico 5	Hombre alrededor de 50 años, no fue un participante activo su única intervención fue al finalizar el grupo focal.
Médico 6	Hombre alrededor de 50 años, no participó de manera activa en el grupo focal más bien se dedicó sólo a escuchar los comentarios.

Dentro de los participantes se encontraban el Jefe de Servicio de Medicina (Ver tabla 1), el cual durante el desarrollo del grupo focal mostró una actitud cautelosa y desconfiada puesto que nunca criticó el arsenal y procuró bajar el perfil a las críticas provenientes de los demás médicos como también una clara autoridad para la mayoría de los otros médicos, él intentó entregar una visión oficial del departamento de medicina en línea con el discurso del Minsal; el Médico 1 (Ver tabla 2) se mostró extrovertido, entusiasta en compartir su experiencia en el hospital y crítico al momento de dar a conocer su disconformidad con ciertos medicamentos del arsenal; Médico 2 fue más introvertido pero a la vez crítico en sus comentarios siempre manteniendo un ambiente de buena discusión y de bajo perfil; Médico 3 se estaba integrando recientemente al

establecimiento sólo contaba con un mes de experiencia en el hospital, pero tuvo intervenciones concretas en ciertos temas de la discusión manteniendo un bajo perfil en cuanto a criticar el arsenal buscando la aprobación del Jefe de Servicio puesto que sus comentarios se basaban en interrogantes más que en afirmaciones; Médico 4 llevaba un año trabajando en el hospital fue dinámico y en ciertos tópicos mostró un poco de contradicción tenía experiencia en otro establecimiento de la red de salud; Médico 5 no fue un participante activo de la discusión; Médico 6 al igual que el médico 5 no fue un participante activo frente al diálogo formado.

Cabe destacar una marcada jerarquización entre los médicos, puesto que los más participativos fueron aquellos que contaban con años de experiencia y de servicio dentro del hospital y los más nuevos se mostraban cautos al dar opiniones, buscando aprobación de los más antiguos (mediante un lenguaje no verbal tal como gesticulaciones, asentir con la cabeza, tono de voz) al dar sus opiniones.

4.9 Procesamiento y análisis de los datos

Los datos recogidos por medio de notas escritas durante el grupo focal fueron transcritos en forma textual en archivos de texto para facilitar de esta forma su posterior análisis, cabe destacar que al ser notas escritas sólo se plasmó la información dada por el participante por medio del puño y letra del investigador, por lo que no corresponden a las opiniones vertidas de forma literal sino a una interpretación de éstas, también se transcribieron las apreciaciones de los investigadores grabadas en audios una vez finalizada la sesión del grupo focal. Posteriormente, se realizó un análisis de texto usando un enfoque preferentemente basado en la teoría fundada, es decir, se analizaron los textos en forma iterativa buscando declaraciones significativas para los objetivos del estudio, estableciendo categorías en modo de hallazgos aquellos temas de interés que pudieran dar respuestas o enunciados que se iban repitiendo a lo largo de la discusión que apuntaran hacia los objetivos propuestos en el estudio, facilitando de esta manera el análisis crítico y la interpretación de las opiniones de los médicos ya que se iba realizando

tema por tema de manera parcelada y no con una gran cantidad de información lo que pudiera conllevar a la pérdida de información relevante.

5 Resultados

5.1 Estudio de Documentos

5.1.1 Identificación de Recetas

5.1.1.1 Recetas Compra Privada

Durante el mes de diciembre del año 2012 en el Servicio de Medicina se realizaron un total de 3.788 prescripciones de medicamentos e insumos los cuales corresponden a 798 recetas emitidas. De éstas, 173 prescripciones (26 recetas) eran para compra privada de medicamentos no considerados en el arsenal terapéutico (Tabla 2) entre estos se identificaron medicamentos como Abrilar, Ac. Desursodesoxicólico, Perenteryl, Artesol®, Bephantol®, Genfibrozilo, entre otros como muestra la tabla 3.

Tabla 1: Identificación de Recetas

SERVICIO MEDICINA	Total
Recetas Dosis Unitaria	737
Recetas Insumos	35
Recetas Compra Privada	26

Tabla 2: Medicamentos que no se encuentran en el Arsenal Terapéutico

MEDICAMENTOS NO CONSIDERADOS EN EL ARSENAL TERAPÉUTICO	
Abrilar	Celebra 200
Ácido Desursodesoxicólico	Artrotin (leflunomida)
Perenteryl	Etaconil (flutamida)
Artesol (cilostazol)	Bephantol®

5.1.1.2 Recetas Compra Excepcional

A través del Jefe de Farmacia se obtuvo acceso al comunicado oficial que emite el hospital hacia el Servicio de Salud de medicamentos obtenidos por compra excepcional, siendo un total de 3 medicamentos como LEVEMIR, SOMATOSTATINA y ANASTROZOL los cuales se obtuvieron por esta vía durante el mes de diciembre. El patrón determinante de estas solicitudes fue la derivación de pacientes desde otros hospitales pertenecientes al servicio hacia el hospital en estudio para recibir el tratamiento.

5.1.1.3 Prescripción por marca

Se detectó que algunos de los medicamentos prescritos por compra privada presentaban dentro del arsenal terapéutico un medicamento similar que podía ser utilizado en el tratamiento aquí se encontraron prescripciones de Actipram, Neuryl, Claribay las cuales corresponden a Citalopram, Clonazepam y Claritromicina fármacos que se encuentran dentro del arsenal terapéutico (Ver tabla 2); también se observó que algunas prescripciones correspondían a medicamentos que el paciente retiraba en otro hospital perteneciente a la red de salud como medicamentos para el tratamiento de artritis reumatoide entre los cuales se encontraban Artrotin y Celebra 200, dónde los familiares concurrían a retirar dichos medicamentos y en algunos casos especiales se trataba de donaciones de una fundación que presentaba un convenio con el recinto por el tipo de patología que presentaba como en el caso del Coplavix.

Tabla 2: Medicamentos que presentan alternativa terapéutica en arsenal.

Medicamento	Principio Activo	Alternativa en Arsenal
Actipram®	Citalopram	Citalopram
Neuryl®	Clonazepam	Clonazepam
Claribay®	Claritromicina	Claritromicina
Cumadin®	Warfarina	Neosintrom
Carvedilol	Carvedilol	Propranolol - Atenolol

Concor® o Eucor®	Bisoprolol	Propranolol - Atenolol
Coplavix®	Combinación Aspirina + Clopidogrel	Aspirina y Clopidogrel
Lovastatina	Lovastatina	Atorvastatina
Prolopa	-	Trihexifenidilo

Observaciones de Campo

Cabe mencionar que en el proceso de registrar las recetas de compra privada de todas las prescripciones realizadas, proceso que consistían en anotar en un cuadro Excel (anexo 1) fecha de ingreso y egreso, nombre del medicamento, número de recetas, total de prescripciones, alternativa en el AT y observaciones pertinentes. Solo algunas prescripciones contaban con una receta adjunta, ya que la prescripción en algunas ocasiones se realizaba por medio de muestras médicas o al momento de la visita por las salas los familiares habían recogido la receta, por lo que, sólo se contaba con el registro escrito presente en la ficha de tratamiento y en la curva de enfermería correspondiente al paciente.

A la vez en el caso de los medicamentos prescritos como marcas, la auxiliar encargada de los recambios de casetas de los carros de farmacia, afirmó la compra de medicamentos por parte de los pacientes en este caso particularmente mostró las cajas de los medicamentos comprobando la compra de dichos medicamentos, cabe mencionar que el médico prescriptor no fue participe del grupo focal.

5.2 Grupo Focal

El grupo focal se desarrolló durante los primeros días de abril del año 2013, en el cual se contó con la presencia de siete médicos pertenecientes al servicio de medicina como participantes activos de la discusión, y a modo de oyentes, seis internos de la carrera de

medicina. Dos personas tomaron notas escritas las que luego se compararon. Posterior al grupo focal los dos investigadores cotejaron sus impresiones y comentaron el grupo focal grabando las impresiones en audio una vez finalizado.

De este grupo focal, se desprendieron seis tópicos principales los cuales se analizaron en profundidad infiriendo subtemas relevantes dentro del estudio y que ayudaron a responder las preguntas de investigación planteadas al inicio de este estudio exploratorio (figura 2).

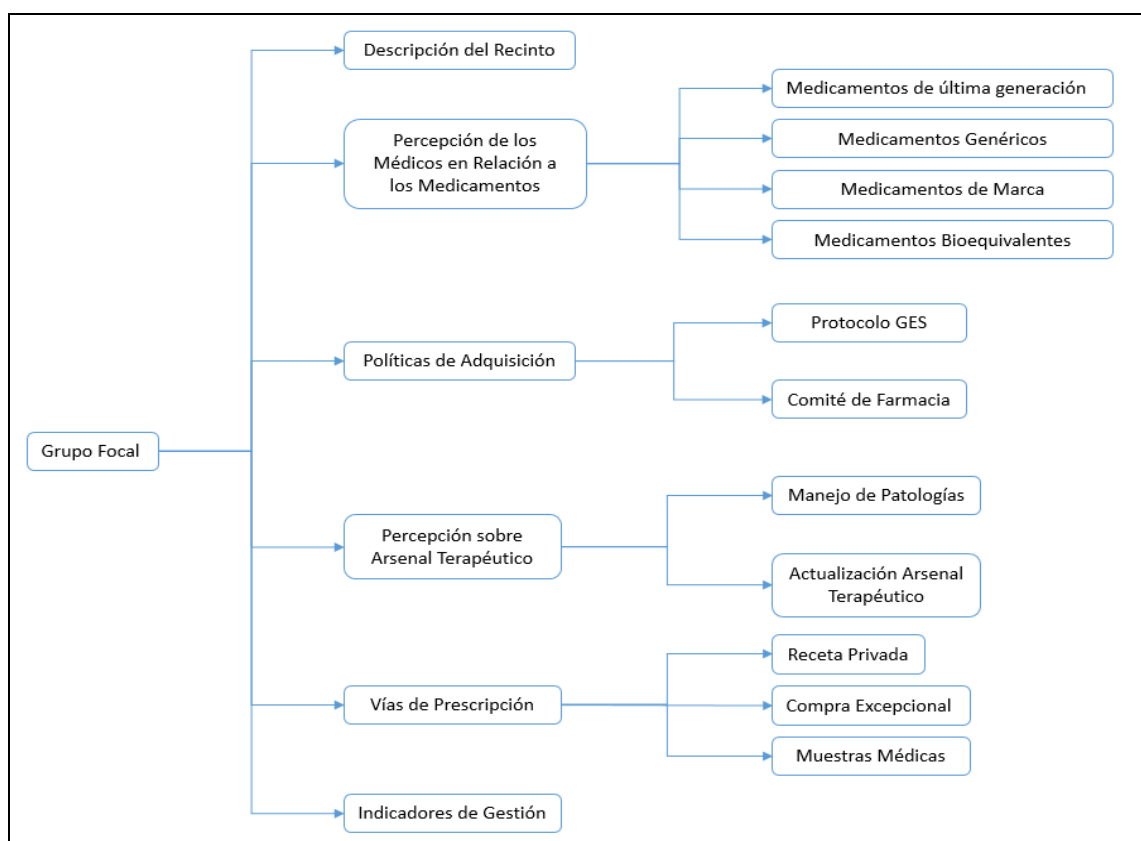


Figura 2: Cuadro resume tópicos desprendidos del análisis del grupo focal.

5.2.1 Análisis grupo focal

A continuación se describen los resultados obtenidos a partir del análisis de las notas tomadas en el desarrollo del grupo focal, cabe mencionar que las citas adjuntadas no corresponden a la frase literal dicha por el expositor si no que a la interpretación dado por los investigadores.

5.2.2 Descripción del Recinto

Los entrevistados dieron una descripción del establecimiento asistencial considerándolo de alta complejidad. A su vez reconocieron que el hospital no contaba con todas sus especialidades completamente operativas por falta de especialistas. Enumerando también las patologías con mayor demanda en el hospital como las patologías cardiovasculares (ACV, IAM), EPOC, Insuficiencias Respiratorias, descompensación diabética.

5.2.3 Percepción de los médicos en relación a los Medicamentos

Según lo expresado por los Médicos 1y 2, la alta presión asistencial existente en el hospital se traduce en una alta rotación de camas denominada como “cama caliente” por parte del Médico 1, por lo que menciona lo recurrente que es otorgar de alta precoz a los pacientes, lo cual advierte a la vez la necesidad de tratar de manera oportuna y adecuada a los mismos, y es en base a esta situación es que mencionan que: si la calidad del medicamento fuera óptima, el tratamiento sería eventualmente más efectivo. Pero hay ocasiones, en las cuales, no se cuenta con esta demanda en relación a los medicamentos y se utilizan aquellos con los que cuenta el hospital, teniendo en cuenta que el periodo de hospitalización pueda aplazarse.

En el fondo, los médicos argumentan que el uso de estos medicamentos catalogados como de “mala calidad” retrasan el alta médica, dando como ejemplo el uso de un betabloqueador no selectivo como es el propranolol el cual es catalogado como “pésimo” y a raíz de esto, se buscan nuevas alternativas en los tratamientos resguardando de esta

manera la recuperación del paciente. Sin embargo, todo esto basado en la opinión y experiencia de los médicos en relación al uso de los medicamentos del arsenal.

En cuanto al concepto de calidad, ellos definieron este término ejemplificando que el medicamento debía ser óptimo, de acción temprana y oportuna, pero la realidad en que se desenvuelven es otra y se deben adaptar al sistema.

Aun así el jefe de servicio se empeñó en matizar las opiniones describiendo enfáticamente que la calidad dentro de un hospital no se basa en los medicamentos si son o no de última generación o de una calidad óptima si no que hay otros parámetros más relevantes en el proceso de dispensación que pueden llevar a cometer errores. Aquí el médico se refiere que a ellos no los evalúan por si dan un medicamento de buena o de mala calidad, sino que de forma intrahospitalaria cuentan con indicadores de gestión los cuales usan como parámetros para evaluar si lo que hacen está bien o no, además agregó que los pacientes no preguntan por si el medicamento es bueno o malo donde se interpreta que el paciente no tiene una participación activa en su tratamiento y solo acata lo que el médico dice.

5.2.3.1 Medicamentos de última generación

De manera reiterativa los participantes 1 y 2, indicaron que hacían falta medicamentos de última generación y de óptima calidad, como antibióticos de cuarta generación y betabloqueadores cardioselectivos como Concor® o Eucor® que son las marcas registradas de Bisoprolol, medicamentos que según sus conocimientos han demostrado un mejor manejo en el paciente. No se describió si estos conocimientos, en cuanto a los tratamientos, se basan en estudios serios o bien, en la información dada por parte de los visitantes médicos pertenecientes a los diversos laboratorios farmacéuticos.

En relación a los antibióticos, el Médico 2 indicó que son medicamentos relevantes en el tratamiento de las infecciones respiratorias siendo ideal contar con aquellos de ultima generación, ya que se ha demostrado en a resultados (no se mostraron datos escritos, sólo de forma verbal) que los periodos de recuperación son más cortos debido a que los

efectos aparecen de forma más inmediata. En este contexto, el Médico 3, advierte que en el último tiempo las quinolonas respiratorias son los de mayor uso y mejores resultados en el tratamiento de las infecciones respiratorias, pero el Jefe de Servicio respondió a esto, que ellos no los utilizaban y se manejaban con las tradicionales penicilinas y combinaciones medicamentosas como amoxi-clavulánico. De esta manera, se da cuenta que los tratamientos se ajustan a los fármacos disponibles en el hospital.

En relación a las cardiopatías, el médico 2 mencionó que ocurría algo similar que con las infecciones respiratorias, en cuanto a la necesidad de medicamentos de última generación como coplavix o el plavix original y no el medicamento bioequivalente que entregan desde la farmacia, o como pasa con los betabloqueadores donde el hospital solo cuenta con drogas no cardioselectivas como el propanolol en vez de contar con betabloqueadores cardioselectivos como el bisoprolol, haciendo énfasis en que estas patologías son las que presentan mayor demanda de tratamiento en el hospital en estudio y necesitan medicamentos que aseguren el éxito de los tratamientos.

Por tanto, en el fondo el médico argumenta que resultaría contraproducente utilizar un medicamento, que en vez de beneficiar al paciente lo perjudicara por su mala calidad arriesgando su salud y bienestar.

5.2.3.2 Medicamentos Genéricos

En relación a los medicamentos genéricos el Médico 1 al igual que el jefe de servicio, indicaron que desconocían la procedencia de la droga que el paciente recibe para su tratamiento, y que no tenían conocimiento de si existía algún tipo de rotación en el fabricante ¹ que pudiera, de tal forma, afectar los resultados en los exámenes de laboratorio.

Esto podría desarrollar una cierta incertidumbre y desconfianza en el uso de este tipo de medicamentos, puesto que los resultados en los tratamientos no son los deseados ni los

¹ Rotación de fabricante: Corresponde al cambio de proveedor o laboratorio de un medicamento determinado.

esperados por los médicos, cultivando de esta manera el deseo o necesidad de medicamentos mejores y que demuestren efectividad en el tratamiento.

5.2.3.3 Medicamentos de Marca

En relación a los medicamentos de marca, el Médico 1 indicó que sería ideal contar con este tipo de fármacos que, según su opinión, han demostrado ser más efectivos en los tratamientos, pero ésta no es su realidad y se deben adaptar al arsenal que tiene el hospital. En sí, el médico indica que si bien cuentan con medicamentos en el arsenal para el tratamiento de las patologías, éstos no son de la calidad que ellos esperan y por esto sus preferencias de tratamiento recaen en los medicamentos de marca avalando sus argumentos sólo en opiniones y defendiéndose en base a la presión asistencial que se presentan en el servicio de medicina.

Incisivamente los Médicos 1 y 2 manifestaron su preferencia por los medicamentos de marca y de buena calidad, indicando que otorgan mayor confiabilidad basada en la evidencia de resultados obtenidos en los tratamientos de patologías, esto sin especificar si esta evidencia se basa en estudios serios y certificados o simplemente en los dichos por parte de los representantes de los laboratorios farmacéuticos. En base a esto, el Médico 1 destacó su preferencia por los medicamento de marca, ya que los resultados han favorecido a este tipo de medicamento donde los efectos deseados en pro al tratamiento aparecen en un periodo de tiempo menor, por lo tanto el estado de recuperación e ingesta medicamentosa es menor. Como argumento de esto, el Médico 1 hizo referencia al recuerdo de un estudio, donde se hacía una comparación entre la Gentamicina genérica y la de marca (Gentalyn®), y el Cloranfenicol de marca versus su genérico, en el cual se demuestra que al ser utilizados en enfermedades específicas como la fiebre tifoidea o una infección urinaria, los tiempos de respuesta en la aparición del efecto deseado, en estos casos, la desaparición de la fiebre como parámetro medible, el estudio da a conocer que en el producto de marca la aparición del efecto se produce en un tiempo más corto en comparación con el medicamento genérico.

De esta manera, se refleja la confianza que depositan los médicos en estos medicamentos avalados por estudios de diferente procedencia, pero que han demostrado su efectividad y seguridad en los tratamientos, convirtiéndose en la preferencia de prescripción de algunos médicos.

5.2.3.4 Medicamentos Bioequivalentes

En cuanto a los medicamentos bioequivalentes, la inquietud demostrada se centraliza en lo manifestado por el Médico 1 el cual enunció que, para que un medicamento sea catalogado como *bioequivalente* debe pasar sólo por pruebas físico-químicas que sólo demuestran similitud en cantidad y velocidad de fármaco absorbido al ser administrado por vía oral.

Esta disconformidad con aquellos medicamentos indicó el Médico 1, se basan en el fracaso en el tratamiento de ciertas intervenciones como angioplastias, denunciando que existen drogas las cuales han demostrado su eficacia y seguridad en el tratamiento como el Clopidogrel de marca registrada Plavix®. Donde el medicamento bioequivalente entregado no cumple de forma exitosa su efecto en la persona, provocando el fracaso de la intervención, en este caso el taponamiento de los sten y a raíz de esto, se reciben reclamos por parte del hospital regional

De esta manera, se desprende la inseguridad y desconfianza que se tiene a estos medicamentos, que a pesar de contar con estudios farmacocinéticos en laboratorios certificados, no logran convencer a los médicos por los resultados arrojados, en este caso particular como es cardiología. Sería bueno explorar si en otra especialidad ocurre algo similar lo que ayudaría a concebir una idea más acabada en relación a estos medicamentos.

5.2.4 Políticas de Adquisición

La adquisición de medicamentos modernos o de última generación generó alto revuelo en las opiniones, puesto que gran parte de los participantes como fue lo manifestado por el

Médico 2, quién demostró anhelo en poder contar con estos nuevos elementos los que han demostrado tener buenos resultados en el tratamiento de patologías, mas no se especificó en los tipos de estudios con los cuales se avalan al momento de referirse en la obtención de *“buenos resultados en los tratamientos”*.

En el fondo los médicos presentan conocimientos sobre los nuevos tratamientos farmacológicos, pero el hospital en estudio no ha ido avanzando en torno a estos avances, por lo que se sugiere que, sería oportuno que el hospital avanzara de la mano con estos avances, teniendo en cuenta actualizaciones en cuanto a tecnología y farmacoterapia.

5.2.4.1 Protocolo GES

Gran parte de las patologías tratadas en el servicio de medicina son aquellas patologías cubiertas por el sistema GES, el Jefe de Servicio indicó que estas guías se utilizan como verdaderos marcos regulatorios, en los cuales se describen los tratamientos con sus respectivos medicamentos a utilizar y aquellos que no aparecen simplemente no se utilizan. Por lo que, se infiere que el hospital cuenta con un stock de estos medicamentos ligados a los protocolos GES, los cuales debieran formar parte del arsenal terapéutico del hospital bajo estudio.

El Médico 1 afirmó lo dicho por el jefe de servicio, asegurando que se rigen bajo los protocolos descritos en las guías de manejo de las patologías que cubre este sistema y como cardiólogo enfatizó en la exclusividad que se tiene en el uso del Coplavix® en relación al tratamiento de las cardiopatías.

Con esto se da a conocer que el arsenal se encuentra ligado a guías clínicas, pero estas son establecidas bajo el marco regulatorio del sistema de salud actual, en este caso, el sistema GES que sugiere un mejor acceso al medicamento, por lo que el establecimiento se ve en la obligación de contar con un stock de estos medicamentos para cumplir con la ley.

5.2.4.2 Comité de Farmacia

Una vez al mes se reúne el Comité de Farmacia para discutir y evaluar tratamientos y requerimientos por parte de los jefes de los diferentes servicios del hospital, a juicio del Jefe del Servicio de Medicina es una instancia en la cual es posible pedir cambios en el arsenal, como agregar un nuevo medicamento a partir de “*evidencia científica certificada*” que avale la efectividad de la droga en el tratamiento de alguna patología. Para ello, mencionó cambios realizados por medio de este comité de manera de apoyar lo dicho, dando como ejemplo la inclusión de losartán al arsenal, al percatar que los pacientes manifestaban reacciones adversas hacia los inhibidores de la ECA, por lo que, se necesitó contar otro antihipertensivo como alternativa para estos pacientes.

Sin duda, al contar con esta instancia de discusión se vela por una mejora en los tratamientos y en la adquisición de medicamentos que son valiosos desde el punto de vista del tratamiento y que a la vez benefician a los pacientes, tal como ocurre cuando se presenta algún tipo de reacción adversa con un determinado medicamento, pero aun así no se describió que tan provechoso es que exista esta instancia interdisciplinaria con el CFT, ya que solo se mencionaron ejemplos en relación a reacciones adversas que habían sido tratados en las sesiones del comité y no se incurrió en más detalles en relación al desempeño del CFT dentro del hospital y sobre todo en lo que apunta hacia la selección de medicamentos.

5.2.5 Arsenal Terapéutico

A juicio del Jefe de Servicio, se cuenta con el arsenal terapéutico básico, existen ciertas excepciones como son el caso de antibióticos de última generación y algunos betabloqueadores cardioselectivos esta fue la opinión al momento de preguntar su opinión acerca del arsenal terapéutico del hospital, aun así esta opinión no es compartida por todos los integrantes del grupo focal como el Médico 1 y 2 ya que en varias intervenciones apelaron a la creencia de contar con nuevos medicamentos y de esta forma actualizar el arsenal.

Sin embargo, en el transcurso de la discusión el Médico 4 demostró su conformidad con los medicamentos presentes en el arsenal terapéutico del hospital declarando que con lo que tenían era suficiente para tratar las demandas clínicas del servicio, compartiendo de esta manera la visión manifestada por el Jefe de Servicio que también indicó que los medicamentos no limitaban su labor clínica, sin embargo, el Médico 1 y 2 criticaron la poca actualización del arsenal terapéutico indicando que se podría contar con medicamentos más modernos, siendo el Médico 1 el más enfático en demostrar su disconformidad con algunos medicamentos pertenecientes al arsenal indicando la necesidad de contar con drogas más modernas.

De esta forma, se da cuenta que como grupo médico existe esta contradicción entre querer medicamentos nuevos y de última generación, pero que de igual forma con lo que se tiene en el hospital es suficiente, es aquí donde surge la duda de si la opinión del médico 4 fue con la intención de simpatizar con el jefe de servicio o en realidad lo mencionado es la interpretación de su percepción hacia el arsenal.

5.2.5.1 Manejo de Patologías

Bajo el concepto de manejar una patología el jefe de servicio describió que el personal está capacitado para restablecer la salud del paciente, ya sea con una intervención directa como una cirugía, o bien, con los medicamentos que están a su alcance, es decir, con los medicamentos considerados en el arsenal terapéutico y no está latente la necesidad de recurrir a medicamentos que no se encuentren en el arsenal. Sin embargo, las opiniones son diversas en este punto, ya que si bien se lograban manejar las patologías de manera eficaz, se tenía el recelo por parte de los Médicos 1 y 2 de que si se contara con medicamentos de última generación o de una mejor calidad se podrían tratar las demandas clínicas de una mejor forma.

Sin embargo, el Médico 4 considera que para ser más oportunos y efectivos en el tratamiento de las patologías el hospital debiese avanzar en conjunto con la tecnología, pero de igual manera resalta que con los medicamentos que se tiene están bien.

A simple vista manejar una patología para los médicos no es un problema determinante, ya que son capaces de utilizar los recursos con los que se cuenta para resolverlos, aun así, a pesar de contar con los medicamentos para cubrir los tratamientos de las enfermedades éstos muchas veces no son del gusto del médico y prefieren otro medicamento, es aquí el supuesto de querer avanzar de la mano con la tecnología para que de esta forma haya una actualización en la farmacoterapia.

5.2.5.2 Actualización Arsenal Terapéutico

El consenso común fue la falta de medicamentos de última generación idea manifestada por los Médicos 1 y 2, los cuales indicaron que sin duda estos medicamentos muestran una mayor efectividad en el tratamiento de patologías y por esta misma razón el deseo de tener a disposición nuevas drogas, que vayan en pro y en beneficio tanto en el mejoramiento de la labor clínica como en la recuperación del paciente.

En el fondo, lo que quiere decir es que, a pesar de que el medicamento no interfiere en su labor como médico, puesto que cuentan con las herramientas básicas para tratar la enfermedad, es innegable la necesidad de actualizar el arsenal terapéutico, para contar con drogas nuevas con el fin de ir mejorando la farmacoterapéutica del hospital en estudio.

5.2.6 Vías de Prescripción

El tipo de prescripción realizada por los médicos se orienta según la patología a tratar, en base a esto se distinguieron tres formas o vías para acceder a los medicamentos no considerados en el arsenal terapéutico del hospital, medicamentos de los cuales no dispone el Servicio de Farmacia para su entrega.

Bajo este contexto, en el análisis del grupo focal se describieron tres tipos de prescripción las cuales son (1) Receta Privada, (2) Compra Excepcional y (3) Muestra Médica.

5.2.6.1 Receta Privada

En el proceso de prescripción es fundamental la búsqueda del tratamiento más idóneo y efectivo para atacar la patología, bajo esta premisa surgió como vía de prescripción la compra privada de medicamentos, en la cual el Médico 1, 2, 4 coincidieron que en algunas ocasiones el medicamento con el que se cuenta es de mala calidad, o simplemente, no se encuentra en el arsenal terapéutico y en esas circunstancias es necesario buscar una alternativa fuera de éste para el tratamiento.

Siendo así la forma más común de prescripción, la entrega al paciente de una receta de puño y letra por parte del médico para conseguir el medicamento fuera del hospital, ya que también se manifestó que en salud no se deben escatimar en costos, pero aun así se busca la opción más económica de modo que el paciente tenga acceso al medicamento sin tener un gran gasto económico y para ello se les pregunta si existe la posibilidad de poder comprarlo. De no ser así y recibir una respuesta negativa, se busca otra alternativa o simplemente se utiliza lo que se tiene a mano.

5.2.6.2 Compra Excepcional

El Jefe de Servicio describió que el proceso de compra excepcional se fundamenta en la existencia de medicamentos de excepción, donde hay protocolos especiales que se deben seguir. Uno de los procedimientos descrito por el Médico 4 es la autorización por parte del jefe del servicio correspondiente, el cual puede aceptar o rechazar una petición de compra, y de esta forma poder adquirir este tipo de medicamento de excepción los que son de un alto costo monetario y que en algunas oportunidades son de necesidad para el tratamiento de algún paciente.

Aun así no se mencionó si estos tipos de compras pasaban por el Comité de Farmacia ya que como se describió anteriormente es dónde se discute la incorporación de algún medicamento o bien, pasa de forma directa al jefe de servicio y posteriormente a la oficina de farmacia.

5.2.6.3 Muestras Médicas

Del mismo modo, en el análisis de la entrevista se dio cuenta de la práctica del uso de muestras médicas, en este caso el Médico 2 indicó que el uso de muestras médicas se basa en el hecho de buscar una solución rápida al tratamiento, ya que buscan que la respuesta al tratamiento sea la más idónea, efectiva y segura. Según lo descrito el factor predominante manifestado por el Médico 1 y 3 es la presión asistencial que existe debido al alto recambio de camas que se realiza dentro del hospital, en dónde al paciente se le debe dar de alta precoz y para ello la decisión del médico es utilizar, en algunas ocasiones, como alternativa la entrega de muestras médicas para su pronta recuperación o para seguir el tratamiento en su hogar o bien, al buscar una opción de tratamiento con la cual el hospital no cuenta y/o el paciente no cuenta con los recursos necesarios para acceder a dicho medicamento, se les proporcionan estas muestras aportadas por los laboratorios farmacéuticos a los médicos.

En relación a esto, los médicos argumentan que al verse en una situación de presión como es el alto índice de recambio de camas, buscan una manera rápida de tratar a su paciente y esto es a través de las muestras médicas, en casos específicos como en problemas cardíacos en vez de entregar propanolol, descrito como un medicamento de mala calidad, optan por la entrega de bisoprolol o al momento de dar el alta médica le entregan muestras médicas al paciente por un periodo de tiempo hasta su próximo control.

5.2.7 Indicadores de Gestión

En el ámbito asistencial el Jefe de Servicio indicó que la calidad de un hospital se basa en la medición de diferentes indicadores intrahospitalarios, los cuales se comparan entre los recintos que conforman la red de salud, teniendo así un parámetro con el cual medirse y poder calificar si lo que se está haciendo está bien o no en variables cuantificables.

En cuanto al concepto de calidad, el Jefe de Servicio indicó, que se ven involucrados diferentes parámetros o variables con las cuales es posible medir y comparar si lo que se

está haciendo está bien o no, y qué es lo que se debe mejorar o qué es lo que se debe seguir haciendo porque da buenos resultados, más allá de si se da un medicamento de buena calidad o no, en este aspecto la evaluación se basa en la comparación de parámetros o estándares a nivel nacional que guían los procesos de acreditación en cuanto a calidad. También manifestó que se les pide ser eficientes, eficaces y como se encuentran en proceso de acreditación la medición de calidad como hospital se basa en indicadores tales como infecciones intrahospitalarias, rotación de cama, bienestar, entre otras las cuales no fueron nombradas.

De esta manera se da cuenta que más allá de dar un medicamento de buena calidad o no, mientras se logre la recuperación del paciente es porque se está logrando el objetivo principal que es el recobro de la salud. Además mencionó, que aun cuando el servicio de farmacia es responsable de la dispensación del medicamento, no recae en ellos el éxito o fracaso del tratamiento, o bien de la estabilización de resultados, ya que ellos son los encargados de entregar los medicamentos prescritos, pero como manifestó el Médico 1 el paciente es el responsable en su hogar, por lo que en un gran porcentaje el éxito del tratamiento depende de la adherencia del paciente al medicamento como ejemplo de esto, el Medico 1 mencionó la vivencia de algunas enfermeras las cuales se han encontrado con veladores llenos de medicamentos cuando realizan visitas a domicilios.

En el fondo lo que el médico argumenta es, que a ellos no se les califica o cuestiona por el medicamento dado en un tratamiento, sino por parámetros que se miden a nivel hospitalarios, regional y nacional con los cuales deben cumplir por ley y su preocupación se aferra a esa realidad sobre todo cuando se encuentran en vías de acreditación.

También mencionan que el trato a los pacientes es una labor muy importante en el área de la salud, ya que con ello se da pie a que la persona beneficiada con el tratamiento sea responsable y se adhiera al proceso de recuperación tomando conciencia de lo que se hace y contando con apoyo de su médico de cabecera. El Jefe de Servicio indicó que un

trato cordial es bien recibido y por ese lado el servicio ha mejorado constantemente, teniendo una buena acogida por parte de los usuarios.

En cuanto a la insatisfacción del paciente o en este caso llamado usuario, el Jefe de Servicio declaró que tiene que ver más allá de recibir un tratamiento si no, en el hecho de que el médico prescriba una buena receta, la farmacia dispense correctamente los medicamentos, las indicaciones sean adecuadas y que el paciente las entienda más que criticar si un tratamiento está bien o no, en este aspecto el Médico 4 indicó que el usuario siente el respaldo que el médico busca la mejor alternativa y soluciones para el manejo de su dolencia.

En el fondo, más allá de realizar una buena prescripción lo que se defiende es el hecho de realizar una buena labor social en cuanto al trato con el paciente, dejando de lado un poco la labor científica y humanizándose en relación a la realidad del paciente.

6 Discusión

6.1 Limitaciones del estudio

En relación a las limitaciones del estudio, en primer lugar se visualizó que al contabilizar las recetas por compra privada no se visualizaron todos los documentos originales y para ello, se contó con el apoyo de la información proporcionada en las hojas de tratamiento y curvas de enfermería en las cuales se especifican los horarios de administración de los medicamentos; de igual forma ocurrió con las recetas de compra excepcional, ya que no se tuvo acceso al documento original, sino al documento oficial que se envía al Servicio de Salud, al sólo tener acceso a este archivo original no se pudo comprobar de forma sustancial si lo propuesto correspondía con la verdadera cantidad de recetas emitidas para compra excepcional, produciendo de esta forma un posible sesgo en la información en el cual se puede sub o sobre valorar este indicador de compromiso de gestión debido a que los hospitales deben cumplir con metas establecidas por los servicios de salud para poder acceder a la autogestión hospitalaria.

En segundo lugar, en la intervención realizada mediante un grupo focal se observó una marcada jerarquía por parte de los médicos con mayor experiencia y cargo lo cual limitó los comentarios de los participantes más jóvenes, los cuales cada vez que intervenían buscaban de forma no verbal la aprobación de los superiores ya sea por medio del tono, énfasis al momento de hablar o bien gesticulaciones como movimiento de cejas, ojos entre los que se pudieron notar, sumado a esto nos encontramos con la respuesta negativa de poder documentar la información por medio de grabaciones audiovisuales y así contar con toda la información entregada, sin embargo, debimos acotarnos a la toma de notas escritas abogando a nuestras capacidades de memoria, retención de información y capacidad de resumen. Esta situación probablemente limitó la información entregada lo que nos hace pensar que tal vez, para un estudio a futuro, un método diferente al grupo focal sería de mayor utilidad respecto a la obtención de información como la entrevista

personal, es decir, médico a médico rescatando de esta forma las críticas y opiniones de cada uno sin algún tipo de censura, sin embargo, para esta ocasión el grupo focal fue la técnica adecuada ya que se adaptaba de mayor forma a las pretensiones de los participantes en cuanto al tiempo requerido para la intervención.

En tercer lugar, el hecho de sólo haber estudiado un solo servicio de hospital no nos otorga un gran rango de datos para poder ser concluyentes y formular teorías las cuales podrían ser evaluadas en un estudio a futuro, ni mucho menos comparar los datos con otros hospitales puesto no hay más que un estudio relacionado con el tema. Por lo que, se sugiere que se siga investigando e indagando acerca del tema para poder llegar a observaciones más concluyentes al respecto.

Este estudio presenta información sobre el manejo que se tiene en cuanto al uso de medicamentos que no se encuentran dentro del “Arsenal Terapéutico” y cuál es la opinión de los médicos respecto a esta situación en un hospital público perteneciente a un Servicio de Salud de la V región.

El estudio de documentos, en este caso recetas, mostró que a pesar de contar con un arsenal terapéutico (anexo 2), existen medicamentos que son prescritos por los médicos los cuales no están incluidos en el AT o que la prescripción se refiere a un medicamento de marca aún cuando el principio activo corresponde a un medicamento que pertenece al arsenal. Para conocer las razones y/o motivos de este tipo de prescripciones, los resultados obtenidos por medio del estudio cualitativo nos dan un primer indicio para familiarizarnos acerca de cómo y por qué se toman dichas decisiones en cuanto a la prescripción y manejo de medicamentos en el servicio de medicina de un hospital público. No obstante, como todo estudio se observaron ciertas dificultades en la aplicación del método, a pesar de estos conflictos, el uso de los métodos cualitativos es el adecuado

para responder las preguntas de investigación planteadas en este estudio en lugar de un instrumento el cual pudiera limitar las perspectivas en estudio.

Basados en los datos obtenidos, en primera instancia, en el estudio de documentos en el cual como se indicó en el párrafo anterior se vio la existencia de prescripción de medicamentos que no pertenecen al arsenal terapéutico ya sea por receta para compra privada o excepcional, las cuales corresponden a 29 de 798 recetas (3,6% de las recetas) del total que fueron emitidas por el servicio de medicina en un mes calendario. Esto nos da cuenta que a pesar de contar con un amplio arsenal terapéutico es posible que existan limitaciones al acceso de algunos medicamentos los cuales no están disponibles en el arsenal y de esta manera los médicos recurren a alguna alternativa para acceder a ellos como es la entrega de muestras médicas, recetas para compra privada de medicamentos o la compra excepcional de medicamentos por la oficina de farmacia. Por lo tanto, cabe la posibilidad de que el arsenal terapéutico no logre cubrir todas las necesidades clínicas del servicio de medicina del hospital en cuestión, puesto que hay circunstancias en las cuales se debe recurrir a medicamentos no contemplados en este AT, ocasiones las cuales ocurren en un porcentaje minoritario en relación al uso de los medicamentos del propio hospital, lo que da cuenta de un buen manejo de las patologías con el arsenal existente pero podría ser mejor con la actualización de este.

6.2 Percepción de los médicos en relación a los medicamentos

Todos los hospitales públicos deben contar con un arsenal terapéutico cuyo fin es ser el respaldo farmacoterapéutico de los médicos al momento de tratar una enfermedad. En relación a estos medicamentos es que se dió cuenta que la percepción por parte de los médicos hacia los medicamentos de este AT no es del todo buena, ya que catalogaron como de “mala calidad” aquellos medicamentos que utilizan en el tratamiento de las patologías. Este caso se plasma en los medicamentos genéricos y bioequivalentes, donde repercuten de manera más evidente en la especialidad de cardiología ejemplificando el fracaso de intervenciones realizadas por el uso de estos medicamentos. Tal es la

desconfianza por parte de los médicos que optan por prescripciones de medicamentos fuera del arsenal terapéutico por medio de diferentes vías de prescripción.

En el caso de los medicamentos bioequivalentes, medicamentos que poseen diferentes orígenes de fabricación, contienen igual principio activo y cantidad y son similares en cantidad y velocidad de fármaco absorbido, al ser administrados por la vía oral, dentro de límites razonables, establecidos por procedimientos estadísticos, según la definición entregada en la página oficial del Instituto de Salud de Pública (ISP). La desconfianza de los médicos, se basa en que estos medicamentos solo aseguran similitudes farmacocinéticas con su medicamento referente, pero estos estudios han sido cuestionados diversas veces y podría deberse a que los laboratorios en los cuales se realizaban los estudios de bioequivalencia muchos de ellos no contarían con la certificación GMP (Good Manufacturing Practices = Buenas Prácticas de Manufactura) como se describió en una publicación denominada “Bioequivalencia: fracaso de una política pública” donde muestran que de un total de 9 laboratorios los cuales han logrado certificar equivalencia terapéutica, 4 lo han logrado sin contar con la certificación de Buenas prácticas de manufactura (GMP) ³¹. A partir de esto, se podría entender la desconfianza por parte de los médicos hacia este tipo de droga y sugiere una potente crítica a la política de bioequivalencia la que se forma espacio en la salud pública con el objetivo de acercar la medicina de mejor calidad a la gente, y convertirse en una herramienta que valida la calidad de los medicamentos en Chile. Sin embargo, podría no ser el único motivo que tienen los médicos para no elegir medicamentos bioequivalentes, genéricos o los medicamentos del arsenal terapéutico, otro punto de vista, podría ser la influencia por parte de los laboratorios en cuanto a la promoción de sus productos influiría en las decisiones del médico, lo que puede restringir la libertad de éste en la toma de decisiones acerca de qué es lo mejor para el paciente, o la institución de salud, a través de sus representantes legales los cuales se dirigen al hospital a ofrecer nuevos productos asegurando una mejor terapia para las patologías³¹⁻³³, tal situación podría relacionarse con

el uso de muestras médicas por parte de los médicos las que son entregadas por la industria farmacéutica a través de sus intermediarios.

Respecto a los medicamentos genéricos, drogas nombradas a lo largo del grupo focal, cuya percepción por parte de los médicos los cuales también catalogan como de mala calidad, en este tema se especifica claramente los medicamentos utilizados en los problemas cardíacos como el propranolol betabloqueador no selectivo y que a juicio de los médicos del servicio de medicina es de “pésima calidad” y para el tratamiento de estas patologías buscan alternativas farmacológicas. Además, en el tratamiento con anticoagulantes el cardiólogo enfatizó la dificultad que se tienen para normalizar los exámenes referentes al INR (International Normalized Ratio = Razón Normalizada Internacional), en este caso en particular es posible la existencia de una rotación del fabricante del medicamento por parte de la empresa abastecedora de los medicamentos o bien a la licitación a la que se adhiera la compra del medicamento. La posible existencia de una rotación en el fabricante podría sugerir que la calidad en los medicamentos no es la misma y por ello el tratamiento podría no ser efectivo.

Debido a lo presentado anteriormente es que los médicos, a pesar de contar con un espectro de medicamentos (Anexo 4), por motivos tales como la calidad podrían optar por aquellos medicamentos que no se encuentran en el arsenal por medio de tres prácticas de prescripción que se hicieron entrever en el grupo focal.

6.3 Políticas de Adquisición

A pesar que la Política Nacional de Medicamentos del año 2004 es enfática en posicionar al Comité de Farmacia como el ente regulador para el diseño y la actualización de los arsenales farmacéuticos de los hospitales públicos, según los resultados existe una percepción positiva en el trabajo realizado por parte de los miembros del comité puesto que se han realizado cambios en beneficio de los pacientes, aun así se desprende la poca participación que tiene este comité en la toma de decisiones en cuanto al manejo de

medicamentos comenzando por la selección, adquisición, prescripción, dispensación, administración y resultados, proceso que se ve más bien lineal en este estudio pero que debiera ser cíclico demandando así la retroalimentación de los resultados obtenidos en el tratamiento para así evaluar cada uno de los procesos comprometidos, como se muestra en la figura 1 en la cual se ve un diagrama de flujo de procesos en los cuales el CFT interviene activamente. En vista de esto se sugiere que el CFT debiera posicionarse en el hospital tal cual dice la Política del año 2004 y de esta manera poder priorizar discusiones relevantes acerca de la inclusión de medicamentos y a la vez crear guías de prácticas clínicas las cuales orienten al médico en la toma de decisiones de acuerdo a directrices acordadas por el comité.

En relación al programa GES y sus guías clínicas asociadas, prácticamente el servicio de medicina del hospital bajo estudio basaba sus tratamientos farmacoterapéuticos en ellos, siendo estos medicamentos los seleccionados para llevar la farmacoterapéutica del recinto puesto que como se desprendió de las apreciaciones el AT del hospital bajo estudio se basaba en las guías GES. Situación que contradice lo propuesto en relación al rol en la selección de medicamentos por parte del CFT. Además, la cobertura de estas patologías solo reembolsa los medicamentos incluidos en la farmacoterapia GES, por lo que es probable que el hospital incluyera estos medicamentos en el AT como cumplimiento de la ley y sin altos costos. Por lo tanto, la obligación de los hospitales de incluir medicamentos GES podría de algún modo abrir una ventana hacia medicamentos más innovadores en los hospitales por medio de las actualizaciones en farmacoterapias.

6.4 Arsenal Terapéutico

El Arsenal Terapéutico, consiste en una lista de medicamentos con la cual cuentan los hospitales para responder a las demandas clínicas de la circunscripción que abarca el recinto asistencial, siendo de esta manera el respaldo farmacoterapéutico de los médicos al momento de responder en el tratamiento del paciente. Según nuestros resultados, este arsenal utilizado por el hospital al parecer no es más que una lista de medicamentos de los

cuales el hospital debe contar con un stock, como bien se describió en los resultados este AT se basa en los tratamientos indicados en las guías clínicas del sistema GES, los cuales se usan como verdaderos marcos regulatorios en el manejo de las patologías, sin embargo, no se incluyen guías clínicas adicionales a estas, que pudieran guiar al médico al uso de medicamentos dentro del hospital.

También es posible que el arsenal no cubra en su totalidad las necesidades clínicas del servicio de medicina como se muestra en la tabla 2 y 3, donde se presentan medicamentos los cuales no se consideran en el arsenal terapéutico o bien se tiene una alternativa farmacoterapéutica, donde el médico por motivos los cuales aún faltan por esclarecer, pero aun así, podemos dar una primera aproximación a uno de esos motivos el cual hace relación a la percepción que se tiene sobre la mala calidad de los medicamentos genéricos y/o bioequivalentes, en que los médicos muestran desconfianza hacia este tipo de medicamentos lo que es un problema importante lo cual nos sugiere un motivo por el cual los médicos del servicio de medicina recetan medicamentos no incluidos en el AT del hospital estudiado.

En relación a la percepción por parte del equipo médico, del servicio de medicina, en relación al arsenal fue positiva, pero se distinguió cierta contradicción lo que sugiere que como equipo médico tal vez exista cierto conformismo por parte de los médicos, ya que con los medicamentos presentes han obtenido buenos resultados con el paso del tiempo, y por otra parte existe el anhelo de contar con nuevas drogas para avanzar de la mano con los avances tecnológicos en la salud. Pero como se mencionó en las limitaciones del estudio, podría ser la presencia del jefe de servicio el cual provocara esta contradicción ya que cada vez que un médico intervenía, él trataba de guiar la discusión dando a entender que lo que tenían era suficiente y no se necesitaba de más medicamentos respecto al arsenal.

6.5 Tipo de Prescripción

En un estudio realizado en el país se distinguieron 3 formas de prescripción de medicamentos las cuales consisten en la postulación del medicamento al CFT, la compra excepcional de medicamentos por parte del hospital, y la compra privada por parte del paciente. En el presente estudio se vislumbraron 2 de las 3 formas descritas en aquel estudio las que corresponden a la compra excepcional de medicamentos por parte del hospital y la compra privada por parte del paciente, y se dio cuenta de una tercera forma de prescripción la cual consiste en la entrega de muestras médicas por parte de los médicos a los pacientes. El hecho de que existan estas formas alternativas de prescripción por parte de los médicos del servicio de medicina del hospital bajo estudio, sugieren la posibilidad de que el arsenal terapéutico no logre cubrir todo el espectro de patologías con las cuales se deben enfrentar los médicos a diario, como ya se ha visto en los puntos anteriores en cuanto a la calidad del medicamento.

7 Comentario Final

Claramente existe la necesidad de contar con una orientación en el uso de medicamentos, esto puede ser posible en la medida que el Comité de Farmacia, como bien expone la política nacional para la selección de medicamentos, se vaya posicionando como un ente regulador de las políticas de medicamentos en los hospitales públicos, esto se puede lograr por ejemplo con la creación de guías las cuales siguiendo el formato de las guías GES clarifiquen de qué forma enfrentar una determinada patología y sus respectivos tratamientos farmacológicos como también sus diferentes alternativas, como también promover el uso de políticas internas, en cuanto a los procesos del medicamento dentro del hospital denominado “gestión del medicamento”, basándose en lo que es un sistema de formulario, el cual consisten en un proceso cíclico, que otorga la oportunidad de retroalimentar el sistema por la información entregada en cada uno de los procesos del medicamento, este ejemplo debiera ser tomado y puesto en práctica, ya que potencia el accionar del CFT dentro de la toma de decisiones respecto a los medicamentos, permitiendo de esta manera la promoción de un uso más racional de los mismos. En relación a esto, por medio de la gestión y elaboración de lineamiento clínicos podría permitir a los médicos contar con medicamentos más modernos y no abusar de las vías de prescripción mencionadas en el estudio, y de esta manera promover un mejor acceso a los tratamientos, sin depender de terceros para conseguir los fármacos.

Sin duda la importancia de este estudio se centra en poder contribuir, con estas aproximaciones, al uso racional de medicamentos desde una perspectiva basada en la visión del profesional de la salud encargado de la prescripción, como también conocer la opinión del personal médico respecto a los medicamentos con los cuales cuenta para el tratamiento de diversas enfermedades y así estar al tanto de sus percepciones individuales y colectivas, las cuales aportan nuevos conocimientos en el uso y manejo de medicamentos en los servicios públicos de salud, como en el desarrollo de políticas de uso

de medicamentos. Igualmente, cabe destacar que aún hay interrogantes en relación a las razones de los médicos para prescribir medicamentos fuera de los arsenales terapéuticos las cuales se deben explorar tal vez en un próximo estudio, puesto que esta investigación sólo permite un primer acercamiento a cuales podrían ser los motivos de estas prescripciones.

Por otra parte, se da a conocer un nuevo enfoque en lo que es la investigación en el ámbito de salud pública, como es el uso de la metodología cualitativa la cual puede contribuir con información enriquecedora a estudios de todo ámbito, permitiéndonos un enfoque más generalizado.

7.1 Investigaciones Futuras

De acuerdo a lo percibido en este estudio, aún se vislumbran dudas en relación a las razones de prescripción y los motivos de los médicos en relación a recetar medicamentos fuera del arsenal terapéutico, ya que este estudio fue solo de exploración otorgándonos un primer acercamiento a lo que piensan los médicos en hospitales públicos, en este caso solo el servicio de medicina del hospital bajo estudio, por lo que los hallazgos no pueden ser concluyentes debido a que se necesitan más datos y estudios para realizar comparaciones acerca del tema. Por lo que, sería provechoso realizar nuevas investigaciones respecto al tema, en distintos hospitales y servicios, para poder identificar factores que luego puedan ser cuantificados posteriormente si fuesen necesarios o de interés. Y así poder conocer cuál es la realidad en los hospitales públicos en relación al uso de medicamentos.

8 Bibliografía

1. Chaves A. **Uso Racional de Medicamentos**. *Farmacos* 1996; 9(1): 1-5.
2. OMS.2010. Medicamentos: Uso Racional de los Medicamentos. Organización Mundial de la Salud. <http://www.who.int> (página visitada viernes 19 de julio 2013)
3. MINSAL. **Guía para las buenas Prácticas de Prescripción**. Ministerio de Salud Chile. 2010.
4. Tyler LS CS, May JR, Millares M, Valentino MA, Vermeulen LC Jr, Wilson AL; **ASHP Expert Panel on Formulary Management. ASHP Guidelines on the Pharmacy and Therapeutics Committee and the formulary system**. *AM J Health-Syst Pharm* 2008; 65:1272-83.
5. Gonzalo Ramos N. GOJ. **Manual de Selección de Medicamentos**. In: *Médicas PFyP*, editor: Ministerio de Salud, 2010.
6. Baos V. **La calidad en la prescripción de medicamentos**. *Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud* 1999, 23(2):45-50.
7. ASHP Council in Clinical Affairs: **ASHP statement on the formulary system**. *Am J Hosp Pharm* 1986, 43:2839-41.
8. Mannebach MA AF, Gaither CA, Bagozzi RP, Cohen IA, Ryan ML. **Activities, functions, and structure of pharmacy and therapeutics committees in large teaching hospitals**. *AM J Health-Syst Pharm* 1999; 56(7): 622-8.
9. WHO. Comités de Farmacoterapia: Guía Práctica. WHO/EDM/PAR/2004.1, Geneva: World Health Organization. 2004.
10. Weekes LM, Brooks C. **Drugs and therapeutics committees in Australia: expected and actual performance**. *Br J Clin Pharmacol* 1996, 42:551–557.
11. Green T. Beith A. Chalker J. **Comités sobre medicamentos y terapéutica: Vehículos para mejorar el uso racional de los medicamentos**. Boletín de medicamentos esenciales No. 32. 2003.

12. Valerio C. **Limitaciones a la libertad de prescripción de medicamentos: Derechos Humanos y Salud Pública.** *Rev. Latinoam.de Derecho Medico y Medicina Legal* 2002; 7(2).
13. Manzani JL. **Ética de la Prescripción Médica en un país pauperizado.** *Acta Bioethica* 2005; 11(2).
14. El sistema de Salud Chileno: Colegio Médico de Chile; 1996.
15. BCN. Historia de la Ley N° 19.937. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. 2004.
16. Méndez C, Torres MC. **Autonomía en la gestión hospitalaria en Chile: los desafíos para el recurso humano en salud.** *Rev Saúde Pública* 2010;44(2):366-71.
17. Anonymous. **Politica Nacional de Medicamentos (National Policy of Medicines).** In: Chile HMo, editor. Santiago, 2004.
18. Ley Chile. 2008. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. <http://www.leychile.cl/> (página visitada miércoles 17 de Julio del 2013)
19. Frank A. Sloan GSG, Douglas L. Cocks. **Hospital Drug Formularies and Use of Hospital Services.** *Medical Care*, 1993:851-867.
20. Amau JM. **Estudios de utilización de medicamentos y política de formularios hospitalarios y extrahospitalarios.** *Rev Farmacol Clín Exp* 1985; 2: 91-4.
21. Collao JF. **Access to non-essential medicines in Chilean Public Hospitals: Building access to more innovative medicines.** *The School of Pharmacy, University of London*, 2011.
22. Collao JF, Smith F, Barber N. **Selection of medicines in Chilean public hospitals: an exploratory study.** *Bmc Health Services Research* 2013; 13.
23. Arnau JM, JR Laporte. Principios de epidemiología del medicamento. **Promoción de medicamentos y preparación de guías farmacológicas** 1993, 3:49-64.
24. Bowling A. Research methods in health: Investigating health and health services. McGraw-Hill International, 2009. 496 pp.
25. Murphy E *et al.* **Qualitative research methods in health technology assessment: a review of the literature.** *Health Technol Assess* 1998; 2: 1–13.

26. Rodríguez G., Gil J., García E. Metodología de la Investigación Cualitativa. 2° Edición. Aljibe S.L. 1996.
27. Hernández R., Fernández C., Baptista P., Metodología de la Investigación, 5° Edición. Capítulo 5: Definición del alcance de la investigación a realizar: exploratoria, descriptiva, correlacional o explicativa. 2010. 76-88 pp.
28. Peña B. Métodos Científicos de Observación en Educación. Visión Libros. España. 2011. 139 pp.
29. Balcázar P, Gurrola G, Moysén A. Investigación Cualitativa. 1° Edición. Universidad Autónoma del Estado de México. 2005. 129-130 pp.
30. SSVIQUI. 2012. Servicio de Salud Viña del Mar – Quillota. <http://ssviqui.redsalud.gob.cl> (página visitada miércoles 17 julio del 2013)
31. Políticas Farmacéuticas. 2012. Bioequivalencia en Chile: el fracaso de una política pública. <http://www.politicafarmacaceuticas.cl> (página visitada miércoles 17 de Julio del 2013)
32. Conflictos de intereses en la práctica médica: Colegio Médico de Chile; 2006.
33. Sturm H, Austvoll-Dahlgren A, Aaserud M, Oxman AD, Ramsay C, Vernby A, Kösters JP. **Pharmaceutical policies: effects of financial incentives for prescribers.** *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2007.

9 ANEXOS

9.1 Anexo 1: Aprobación Ética.

MINISTERIO DE SALUD
SERVICIO DE SALUD VIÑA DEL MAR QUILLOTA
HOSPITAL DE QUILPUE
COMITÉ ETICA ASISTENCIAL

PARA: Ph. Juan Francisco Collao

DE: Comité de Bioética Asistencial, Hospital de Quilpué.

Ref.: Solicitud de autorización para realizar investigación

Junto con saludarlos informo a Uds que el comité de ética asistencial autorizo realizar el trabajo de investigación "Estudio exploratorio sobre las razones de prescripción médica de medicamentos no considerados en el arsenal terapéutico perteneciente al Hospital de Quilpué",


Dr. Rubén Balic Norambuena
Presidente Comité Ética Asistencial


Esteban Vera Mutizabal
Director Hospital Quilpué

Diciembre 2012

9.2 Anexo 2: Cuadro Medicamentos fuera del Arsenal Terapéutico.

Ingreso	Egreso	Indicación	Alternativa en AT?	n° días	n° de recetas	n° prescripciones	Observaciones
03-12-2012	20-12-2012	Perenteryl	NO	18	3	16	No se obtiene mayor información paciente aislado
03-12-2012	06-12-2012	Concor 2,5	Propranolol - Atenolol	4	0	4	Medicamento entrega como muestra médica
03-12-2012	04-12-2012	Prolopa 250 mg	Trihexifenidilo - Bromocriptina	1	0	2	No obtuve información
03-12-2012	04-12-2012	Rasagilina 1 mg	Trihexifenidilo - Bromocriptina	1	1	2	Hija del paciente indicó que tuvo que comprar este medicamento
03-12-2012	04-12-2012	Ac. Desursodesositol	NO	1	1	1	Paciente compró el medicamento
04-12-2012	04-12-2012	Carvedilol	Propranolol - Atenolol	1	1	2	Paciente compró el medicamento
04-12-2012	05-12-2012	Varfarina	Acenocumarol	2	0	2	Toma el medicamento de "siempre"
04-12-2012	05-12-2012	Abrilar	NO	2	1	2	Paciente compró el medicamento
04-12-2012	06-12-2012	Bisoprolol 1,25	Propranolol - Atenolol	3	0	3	No se obtiene mayor información
04-12-2012	06-12-2012	Abrilar	NO	3	1	3	Paciente compró el medicamento
03-12-2012	10-12-2012	Artesol 100 mg	NO	11	2	10	No se obtiene mayor información paciente aislado
05-12-2012	06-12-2012	Coplavix	Aspirina + Clopidrogel	2	1	1	Esta prescrito pero el paciente recibe aspirina + plavix
03-12-2012	10-12-2012	Perenteryl	NO	11	2	10	No se obtiene mayor información paciente aislado
06-12-2012	07-12-2012	Bisoprolol 1,25	Propranolol - Atenolol	1	0	1	Medicamento entrega como muestra médica
06-12-2012	10-12-2012	Bepantol	NO	5	1	4	Se le dijo al paciente que debió comprarlo
06-12-2012	07-12-2012	Genfibrozil	NO	2	1	2	Paciente indicó que debió comprar el medicamento
06-12-2012	08-12-2012	Carvedilol	Propranolol - Atenolol	3	1	3	Paciente indicó que debió comprar el medicamento
06-12-2012	13-12-2012	Claribay	Clarithromicina	8	1	8	No se obtiene mayor información
10-12-2012	18-12-2012	Concor 1,25	Propranolol - Atenolol	9	0	9	Muestras medicas
11-12-2012	15-12-2012	Bisoprolol 1,25 (eucor)	Propranolol - Atenolol	5	0	5	Medicamento entrega como muestra médica
11-12-2012	15-12-2012	Artesol 100 mg	NO	5	0	5	No se obtiene mayor información
12-12-2012	16-12-2012	Artesol 100 mg	NO	5	1	5	No se obtiene mayor información
13-12-2012	16-12-2012	Lovastatina	Acorvastatina	4	1	3	No se obtiene mayor información
14-12-2012	21-12-2012	Zaviana	Midazolam	7	0	7	Paciente tomaba el medicamento
14-12-2012	18-12-2012	Tritico	NO	5	0	5	Paciente tomaba el medicamento
18-12-2012	03-01-2013	Prolopa 250 mg	Trihexifenidilo - Bromocriptina	22	0	17	De este paciente no se obtiene información, dormido y sin visitas
20-12-2012	21-12-2012	Mirtazapina	Venlafaxina	2	0	2	Paciente tomaba el medicamento
26-12-2012	30-12-2012	Celebra 200	NO	5	0	5	Paciente retira medicamento en Hospital Gustavo Fricke
26-12-2012	31-12-2012	Levofloxacino	Penicillas, Amoxi-clavulánico	7	0	7	No observé receta
24-12-2012	03-01-2013	Avella®	Penicillas, Amoxi-clavulánico	7	1	7	No observé receta
28-12-2012	03-01-2013	Spiriva	Ipatorpio bromuro	7	1	7	Receta aun se encuentra en carpeta del paciente
31-12-2012	03-12-2012	Perenteryl	NO	4	1	4	Receta como dosis unitaria [arsenal no cuenta con este medicamento]
02-01-2013	03-01-2013	Concor 1,25	Propranolol - Atenolol	2	0	2	Medicamento entrega como muestra médica
03-01-2013	03-01-2013	Coumadin	Acenocumarol	1	1	1	Toma el medicamento de "siempre"
03-01-2013	03-01-2013	Jalra M	Metformina	1	0	1	Toma el medicamento hace dos años;
03-01-2013	03-01-2013	Celebra 200	NO	1	0	1	Paciente retira medicamento en Hospital Gustavo Fricke
03-01-2013	03-01-2013	Artrotin	NO	1	0	1	Paciente retira medicamento en Hospital Gustavo Fricke
03-01-2013	03-01-2013	Neuryl 2 mg	Clonazepam	1	1	1	Paciente no lo tiene escrito en ficha.
03-01-2013	03-01-2013	Actipram 40 mg	Citalopram	1	1	1	Paciente no lo tiene escrito en ficha.
03-01-2013	03-01-2013	Coplavix	Aspirina + Clopidrogel	1	1	1	Donación
03-01-2013	03-01-2013	Etaconil (Flutamida)	NO	1	1	1	Receta como dosis unitaria [arsenal no cuenta con este medicamento]

9.3 Anexo 3: Correos Electrónicos.

Correo Electrónico N° 1:

De: [REDACTED]@alumnos.uv.cl

Fecha: 11-03-2013 19:10

Para: Jefe de Servicio

Asunto: Coordinar Reunión

Estimado Jefe de Servicio:

Junto con saludarlo y esperando que haya empezado una buena semana, me presento soy Leslie Aedo Jiménez estudiante de la carrera de Química y Farmacia de la Universidad de Valparaíso y estoy realizando mi tesis en base a datos obtenidos en el Hospital de Quilpué durante mi periodo de práctica profesional, proyecto llamado " Estudio Exploratorio sobre las motivaciones de prescripción médica de medicamentos no considerados en el Arsenal Terapéutico perteneciente al Hospital de Quilpué" que fue aceptado por el comité de ética del recinto.

El motivo de este mail es para comentarle que el siguiente paso en la recolección de datos es realizar entrevistas a los médicos pertenecientes al Servicio de Medicina del Hospital y es por esto que necesito, si es posible, coordinar una reunión con Ud. en conjunto a mi director de tesis QF. Juan Francisco Collao, para barajar la posibilidad de informar a los médicos acerca de esto y cómo realizar las entrevistas; y así también poder explicarle con más detalles el estudio que estoy realizando.

Esperando su pronta respuesta, de antemano muchas gracias, se despide Atte.

Estudiante Química y Farmacia

Universidad de Valparaíso

Correo Electrónico N° 2:

De: Jefe de Servicio

Enviado el: 11-03-2013

Para: [REDACTED]@alumnos.uv.cl

Asunto: Re: Coordinar Reunión

Doña Leslie Aedo J. Le respondo que no tendría inconveniente cualquier martes entre 08:15 y 08.30. En éste momento estamos abocados a obtener la acreditación, de modo que el máximo de tiempo está empleado con ese fin. Saluda atte. JQ

Correo Electrónico N° 3

De: Médico 1

Enviado el: Jueves, 14 de Marzo de 2013 22:58

Para: [REDACTED]@uv.cl

Asunto: Re: RV: Grupo focal en reunión clínica

Estimado: Nos ha parecido de real interés participar en esta experiencia de focus group de la tesista Leslie Aedo. Las próximas dos semanas están ya agendadas pero podríamos coordinar la presentación de Leslie para el viernes 29 de marzo a las 8.30 horas.

El tiempo disponible que tenemos para reuniones en el Servicio es de 30 minutos para la exposición y de 15 minutos para la discusión. Es tradición en Medicina que el presentador al terminar ofrezca café y galletitas a los concurrentes. Referente a registros de audio y video si bien son entendibles, no es nuestra costumbre grabar conversaciones de ninguna naturaleza en el hospital.

Atento a sus comentarios le saluda Atte.

Correo Electrónico N° 4:

El 15 de marzo de 2013 10:58, [REDACTED] > escribió:

Estimado Médico 1:

Le agradezco infinitamente su disponibilidad, pero creo que no se entiende bien lo que queremos hacer en la reunión clínica. Se trata de un focus group, que es una técnica de investigación cualitativa la que consiste en una entrevista grupal. Específicamente, el proyecto de investigación que estamos realizando con la tesista, busca averiguar lo que los médicos piensan acerca del Arsenal Terapéutico del hospital, en términos de hasta qué punto éste suple las necesidades clínicas del servicio.

Por otra parte, la metodología de focus group pierde toda su fuerza metodológica al no poder registrarse, ya que el tomar notas sólo permite captar un número muy limitado de las ideas que se expresan durante la sesión. Por lo mismo, y con todo respeto, debo insistir en la idea de registrar la entrevista, no sin antes insistir en mi garantía de confidencialidad. En ese respecto, tengo amplia experiencia investigando grupos de médicos, jefes de servicio y directores de hospital tanto en Chile como en Londres, Inglaterra, donde realicé mis estudios de doctorado. Si necesita referencias más al respecto le ruego se comunique con la directora del hospital El Salvador de Santiago quien le podrá ratificar mi seriedad, o bien con el director de la Royal Society of Pharmacy de Inglaterra, Professor Nick quien también podrá garantizar lo que le expreso.

Para mayor seguridad de ustedes, no me resulta ningún problema firmar un documento notarial con el cuál puedan ustedes iniciar acciones legales en caso de violación de confidencialidad. En caso de que podamos realizar esta entrevista grupal, será todo un placer para mí el proveer del catering que tan selecto grupo merece.

Agradecido de su tiempo y esperando tener su confianza, me despido.

Correo Electrónico N° 5

De: Médico 1

Enviado el: Jueves, 21 de Marzo de 2013 11:00

Para: [REDACTED]@uv.cl

Asunto: Re: RV: Grupo focal en reunión clínica

Estimado Dr. Collao:

Muchas gracias por invitarnos a participar en su proyecto.

Lamento el retraso en responderle pero he privilegiado disponer de tiempo para analizar con el jefe de servicio y el staff de Medicina su propuesta de entrevista grupal.

Compartimos el interés en el tema y entendemos su punto de vista pero no concordamos la idea del registro audiovisual del encuentro.

En su experiencia al entrevistar médicos, jefes de servicio y directores probablemente compartirá la idea de que los participantes debieran sentir que prima la espontaneidad, la confianza, la libertad de expresión y algo no menos importante esa sensación tan especial que es la de sentirse a gusto.

Siempre a su disposición.

Correo Electrónico N° 6

El 21 de marzo de 2013 11:20, [REDACTED]@uv.cl> escribió:

Estimado Doctor Médico 1:

Entiendo y respeto su punto de vista respecto al registro del grupo focal, y si no queda otra alternativa tendremos que hacerlo sin un registro de la entrevista. Le agradezco su disposición para realizar esta actividad de investigación y quedo atento a la confirmación de la fecha en que podríamos realizarlo (ya que la propuesta por usted, el viernes 29, es feriado). Le ruego me confirme el número de asistentes para preparar el catering para ese día.

Cordialmente

Juan Francisco Collao

Correo Electrónico N° 7**De:** Médico 1**Fecha:** 24 de marzo de 2013 20:45:25 GMT-03:00**Para:** [REDACTED]@uv.cl**Asunto: Re: RV: Grupo focal en reunión clínica**

Estimado Dr. Collao:

El próximo viernes hábil es el 5 de Abril y Leslie podrá realizar la entrevista a los médicos del Servicio ese día a las 8.30 horas.

La reunión se efectuará en la Sala de Biblioteca del hospital.

Hay disponible proyectora pero es recomendable, si tiene imágenes en PowerPoint, que ella se acerque previamente a Biblioteca y se contacte con la encargada para ver compatibilidad de los equipos.

Si viene el día anterior con mucho gusto la contactaré para que no tenga problemas técnicos de última hora.

A nuestras reuniones concurren regularmente entre 10 y 15 personas (médicos del servicio e internos de medicina)

9.4 Anexo 4: Arsenal Terapéutico.

ARSENAL DEL HOSPITAL DE QUILPUE

GRUPO 1: MEDICAMENTOS UTILIZADOS PARA MODIFICAR LAS FUNCIONES DE SISTEMA NERVIOSO Y DEL MUSCULO ESTRIADO.

Anestésicos Generales y Oxígeno

Inhalatorios

- Isoflurano, frasco 100 ml
- Sevoflurano, frasco 250 ml.
- Óxido nitroso Tu x 36 Kg
- Oxígeno: med, Tu x 9 M3

Inyectables

- Ketamina Fa 500 mg/10 ml
- Propofol 1 y 2%, FA de 20 y 50 ml.
- Tiopental sódico FA 500 mg

Anestésicos Locales

- Bupivacaina 0,5 % am 10 ml
- Bupivacaina hiperbárica 0.75%, am 2 ml.
- Lidocaína clorhidrato: am 2%, 5 y 10 ml
- Am hiperbárica 5%, 2 ml
- Gel uso tópico 4%
- Spray 10%
- Carpule con o sin vasoconstrictor al 2% y 3%, uso odontológico.
- Proparacaina: solución oftálmica

Premedicación Anestésica

- Atropina am 1mg/1ml
- Diazepam am 10mg/2 ml
- Midazolam am 5 mg/3 ml

Ansiolíticos e Hipnóticos

Benzodiazepinas:

- Alprazolam cm 0,25 y 0,5 mg
- Clonazepam cm 2 mg
- Clordiazepoxido cm 10 mg
- Diazepam cm 10 mg, am 10 mg/ 2 ml
- Lorazepam am 4 mg.

Hipnóticos

- Midazolam cm 7,5 mg, am 5, 15 y 50 mg.

Neurolépticos antipsicóticos

1.6.1 Fenotiazinas:

- Clorpromazina cm 25 y 100, am 50 mg/2ml
- Flufenazina am 250 mg/10ml
- Tioridazina cm 10, 25 y 100 mg

1.6.2 Butirofenonas:

- Droperidol am 5 mg/2 ml
- Haloperidol cm 1 y 5 mg, am 5 mg/1 ml.
- Clozapina cm.100 mg.
- Olanzapina cm 10 mg, am 10 mg
- Quetiapina cm 100 mg

- Risperidona cm. 1 y 3 mg.

Anticonvulsivantes:

- Acido Valproico cm 200 mg y 250 mg.

- Acido Valproico solución oral 10 mg/gota

- Carbamazepina cm 200 mg

- Clonazepam cm 2 mg

- Diazepam am 10mg/2ml

- Fenitoina sodica cm 100 mg, am 250 mg/5 ml

- Fenobarbital cm 15 y 100 mg am 200 mg/1 ml

- Gabapentina cm.400 mg.

- Lamotrigina cm.50 mg.

Antiparkinsonianos:

- Bromocriptina cm 2,5 mg

- Trihexifenidilo cm 2 mg

Analgésicos Narcóticos y Antagonistas

Analgésicos Narcóticos:

- Codeína solución oral 6%

- Fentanilo am 0,1 mg/2 ml y 0,5 mg/10 ml

- Fentanilo parche transdérmico 50 ug.

- Morfina am 10 mg/1 ml, 20mg/1ml, solución oral 2%.

- Petidina am 100 mg/2ml

- Tramadol gotas orales 100 mg/ml, fc 10 ml

- Remifentanilo am 1 y 2 mg.

- Buprenorfina parche transdermico 35 ug

Antagonistas:

- Naloxona am 0.4 mg/1 ml.

Antidepresivos:

- Tricíclicos: Imipramina cm 25 mg
- Amitriptilina cm 25 mg
- Bupropión cm 150 mg.
- Citalopram 20 mg.
- Fluoxetina cm 20 mg.
- Litio Carbonato cm 300 mg.
- Paroxetina cm.20 mg.
- Sertralina cm.50 mg.
- Venlafaxina cm.75 mg.

Antieméticos Centrales

- Domperidona cm o cp. 10 mg
- Metoclopramida am 10 mg/2 ml.
- Tietilperazina am 6.5 mg/1 ml, supositorio 6.5 mg

Curarizantes:

- Atracurio Besilato: 25 mg/2.5 ml
- Rocuronio bromuro am 50 mg (esmeron)
- Succinilcolina am 100 mg.

Relajadores del músculo esquelético

- Dantroleno sódico FA 20 mg.

Medicamentos utilizados en el tratamiento del alcoholismo**Estimulantes del S.N.C.**

- Anfetamina cm 10 mg
- Metilfenidato cm.10 mg.

GRUPO 2: ANALGESICOS - ANTIPIRETICOS - ANTIINFLAMATORIO NO ESTEROIDALES.

Antiinflamatorios no esteroideos.

- Ácido Acetil Salicílico: cm 100 y 500 mg
- Diclofenaco sódico cm 25 mg, cm.50 mg., am 75 mg/3 ml,
- Ibuprofeno cm 400 mg
- Ketoprofeno am 100 mg, cm 50 y 100 mg,
- Ketorolaco cm 10 mg, am 30 mg.
- Metamizol sódico cm 300 mg, am 1 gr/2ml, supositorio 250 mg
- Meloxicam cm.15 mg.
- Paracetamol: cm 500 mg y solución gotas orales 100 mg/ml

Medicamentos para el tratamiento de la gota

Analgésicos Opiáceos

- Codeína fosfato solución oral 6%
- Morfina am 10 mg/1 ml, 20 mg /1 ml, solución oral 4%.
- Petidina am 100 mg/2 ml
- Tramadol gotas orales 100 mg/ml, fc 10 ml

GRUPO 3: MEDICAMENTOS ANTIALERGICOS Y UTILIZADOS EN EL TRATAMIENTO DE LA ANAFILAXIA.

Antihistamínicos H1.

- Clorfenamina cm 4 mg, am 10 mg/1ml

- Loratadina cm 10 mg, jarabe 10 mg/5 ml.

Adrenérgicos

- Epinefrina am 1mg/1ml

Glucocorticoides

- Betametasona am 4 mg/1ml, crema 0,1%
- Betametasona acetato, betametasona fosfato disodico 3 ml
- Dexametasona am 4 mg/1 ml
- Hidrocortisona cm.20 mg.
- Hidrocortisona succinato Fa 100 y 500 mg
- Prednisona 5 mg.

GRUPO 4: ANTIDOTOS Y OTRAS SUSTANCIAS UTILIZADAS EN TRATAMIENTOS DE INTOXICACIONES.

- Carbón Activado: Bs x 20 gr
- Flumazenil am 0,5 mg / 5ml

GRUPO 5: ANTIINFECCIOSOS

Grupo Aminoglicósidos

- Amikacina sulfato FA. 100 y 500 mg
- Estreptomina Sulfato, FA 1 gr.
- Gentamicina am 20 mg/2 ml, 80 mg/2 ml
- Neomicina cm 500 mg

Macrólidos

- Claritromicina cm 500 mg.

- Eritromicina cm 500 mg, Suspensión oral 200mg/5ml

Penicilinas

- Amoxicilina cm 500 mg, Suspensión 250 y 500 mg/5 ml

- Amoxicilina + Acido clavulánico: cm.875/125 mg y suspensión 400/57 mg en 5cc.

- Ampicilina: FA. 500 mg

- Cloxacilina sódica: cm.500 mg, FA 500 mg

- Flucloxacilina Jarabe 250 mg/5 ml

- Penicilina Benzatina FA: 1.200.000 UI

- Penicilina Sódica FA. 2.000.000 UI.

Otros Antibióticos

- Clindamicina am.300 y 600 mg, cm.300 mg. (alternativa lincomicina)

- Imipenem FA 500 mg. (Casos excepcionales previa autorización)

- Nitrofuranos: Furazolidona: Suspensión oral 50 mg/5 ml

Nitrofurantoina: CM. 100 mg

- Tetraciclina clorhidrato cp.250 mg

- Vancomicina Fa 1 gr (alternativa Fa 500 mg).

Sulfonamidas

- Cotrimoxazol Forte (trimetoprim 160 mg+sulfametoxazol 80 mg)

- Suspensión oral: sulfametoxazol 200 mg/5 ml + Trimetoprim 40 mg/5 ml

Amebicidas y Tricomonicidas

-Metronidazol: cm 250 mg, ovulo vaginal 500 mg, solución inyectable 500 mg/100 ml

-Tinidazol cm 500 mg mg/100 ml.

Cloranfenicol: CP 500 mg,

- Jarabe 125 mg /5ml (palmitato)

- Solución oftálmica 0.5 % frasco 10 ml
- Ungüento oftálmico 10 mg/g Tu x 3.5 gr

Cefalosporinas

- Cefadroxilo cm.500 mg, suspensión 250 mg/5 ml.
- Cefazolina FA.1 gr.
- Cefotaxima FA 1 gr.
- Ceftazidima FA 1 gr.
- Ceftriaxone FA 1 gr.

Rifampicina: cápsulas.150 mg, suspensión oral 100 mg/ 5 ml (Solicitud a DSSVQ)

Quinolonas

- Ciprofloxacino: CM 500 mg.

Antivirales

- Combivir cp. (Lamivudina 150 mg + zidovudina 300 mg)

Antifungicos

- Clotrimazol crema 1 %, óvulos 100 mg.
- Griseofulvina cm 500 mg

GRUPO 6: MEDICAMENTOS UTILIZADOS EN EL APARATO DIGESTIVO.

Antiácidos, inhibidores de la Secreción Acida, Antiulcerosos.

- Famotidina cm 40 mg
- Omeprazol cm 20 mg, am IV.40 mg (Restringido)
- Ranitidina am 50 mg/ 5 ml

Antieméticos

- Clorpromazina cm 25 y 100 mg, am 25 mg/ 2 ml

- Domperidona cm 10 mg
- Metoclopramida 10 mg/ 2 ml
- Ondasentron am 4 y 8 mg.
- Tietilperazina am 6.5 mg/1 ml, supositorio 6.5 mg

Antiespasmódicos

- Atropina am 1mg / 1 ml
- Escopolamina N-Butilbromuro (Buscapina "R") am 20 mg / 1 ml
- Propinoxato: Simple: Propinoxato Am.5 mg, gotas 5 mg/ml, fc 15 ml.
- Compuesto: Propinoxato 5 mg+metamizol 2 gr/ 4 ml
- Supositorios antiespasmódicos: Adulto: Propifenazona 440 mg

Adifenina 50 mg

Infantil: Propifenazona 220 mg

Adifenina 25 mg

Estimulantes de la Evacuación Intestinal y Catárticos.

- Colait (polvo para preparar solución para cirugía de colon).PQ para 4 lt. (Como alternativa Laxogeno)
- Enema de fosfato
- Lactulosa 65 %, fc 200 ml
- Picosulfato de Sodio gotas 7,5 mg/ml, fc 10 ml.
- Vaselina líquida

Medicamentos Utilizados en la Diarrea

- Sales para rehidratación oral: sobre para 250 ml 60 meq. de sodio (Alternativa 90 meq de sodio para 1 Lt)
- Loperamida comprimido 2 mg

Diuréticos de uso en gastroenterología

- Espironolactona cm.25 mg
- Furosemida cm.40 mg. am.20 mg/1 ml.
- Hidroclorotiazida cm.50 mg.

Hormonas de la hipófisis posterior

Antibióticos y quimioterápicos

- Furazolidona suspensión oral 50 mg / 5 ml
- Neomicina cm.500 mg.

Antimetabolitos

Colinérgicos

- Neostigmina am 0,5 mg / 1 ml

Antiparasitarios

- Metronidazol: cm 250 mg, ovulo vaginal 500 mg, solución inyectable 500 mg/100 ml.
- Tinidazol cm 500 mg mg/100 ml.

Otros

GRUPO 7: ANTINEOPLASICOS E INMUNODEPRESORES

Agentes Alquilantes.

Antimetabolitos

- Metotrexato cm 2.5 mg.

Antibióticos y Antineoplásicos.

Hormonas y Antihormonas

- Leuprolide Acetato am 11.25 mg (alternativa triptorelina am 11.25 mg)
- Tamoxifeno Citrato cm.20 mg.
- Letrozol comprimido 2.5 mg.

- Undecanoato de testosterona 100 mg

Antídoto de Antifólicos.

Otros.

GRUPO 8: MEDICAMENTOS UTILIZADOS EN TRASTORNOS SANGUINEOS.

Medicamentos Antianémicos

- Ácido Fólico cm 1 mg.
- Cianocobalamina: am 0,1 mg / 1 ml.
- Ferroso sulfato cm 200 mg.

Anticoagulantes y Antagonistas

- Acenocumarol cm 4 mg
- Acido tranexámico am 1 gr.
- Clopidrogel cm 75 mg. Y 300 mg.
- Enoxaparina jeringa precargada 20, 40 y 60 mg.
- Estreptoquinasa 1.500.000 UI.
- Fitoquinona am 10 mg / 1 ml, 1 mg / 1 ml
- Heparina sódica am 25.000 UI / 5 ml

Sustituto del Plasma

- Solución almidón 6 %, matraz 500 ml.
- Solución coloidal al 3,0% fc x 500 ml
- Albúmina solución al 20% fc 50 ml (Restringido)

GRUPO 9: MEDICAMENTOS QUE ACTUAN EN EL APARATO CARDIOVASCULAR.**Antianginosos**

- Isosorbide Dinitrato cm sublinguales 5 mg, cm 10 mg
- Nifedipino cm. o cp. 10 mg
- Nitroglicerina cm 0,6 mg, FA 50 mg/10 ml, am 0.5 mg/10 ml.

Antiarritmicos

- Amiodarona clorhidrato cm 150 mg, am 150 mg / 3 ml
- Atenolol cm.50 mg.
- Lidocaína clorhidrato: solución inyectable 2%, am 5 y 10 ml
- Propanolol clorhidrato cm 40 mg, am 1 mg/1ml
- Verapamilo clorhidrato am 5 mg /2 ml

Antihipertensivos

- Captopril cm.25 mg
- Enalapril maleato cm. 10 mg
- Furosemida cm 40 mg, am 20 mg/1 ml
- Hidralazina clorhidrato cm 50 mg
- Hidroclorotiazida cm 50 mg.
- Losartan cm.50 mg.
- Metildopa cm 250 mg
- Nifedipino Cm o Cp. 10 mg.
- Nitrendipino cm.20 mg.
- Propanolol cm 40 mg

Glucósidos Cardiacos

- Digoxina cm 0,25 mg

- Lanatosidos C am 0,4 mg / 2 ml

Otros Inótropos

- Dopamina am 200 mg / 5 ml
- Dobutamina am 250 mg / 5 ml
- Efedrina Am 6%
- Epinefrina am 1 mg / 1 ml
- Isoprenalina am 1 mg / 1 ml

Diuréticos

- Acetazolamida cm 250 mg
- Espinolactona cm 25 mg
- Furosemida cm 40 mg, am 20 mg / 1 ml
- Hidroclorotiazida cm 50 mg

GRUPO 10: MEDICAMENTOS DERMATOLÓGICOS

Antivirales

Antiinfecciosos

Antimicóticos

- Clotrimazol crema al 1%
- Griseofulvina cm 500 mg.

Antiinflamatorios

- Betametasona crema al 0.1 %
- Hidrocortisona acetato crema al 1%

Escabicidas y Pediculicidas.

- Vaselina Azufrada sólida 5 y 10 %.

GRUPO 11: MEDICAMENTOS UTILIZADOS EN DIAGNOSTICOS

Medicamentos Utilizados como medio de contraste de uso radiológico

- Azul de Metileno am 1%,10 cc.
- Azul Patente, Isosulfam ampolla 1%,5 ml.
- Bario sulfato: polvo para suspensión
- Diatrizoato de Meglumina: Solución inyectable 60% Fc 30 ml
- Iohexol 300 mg/ml, fc 50 ml.

GRUPO 12: DESINFECTANTES Y ANTISEPTICOS

- Alcohol etílico 70° (desnaturalizado), gel 70°,50°.
- Clorhexidina Gluconato: Solución tópica al 2%, frasco 500 ml
Jabón al 2%, frasco 1000 ml.
- Cloro: Dicloroisocianurato de sodio (62% de cloro disponible) en polvo
- Glutaraldehido: Solución al 2% ,14 días
- Povidona yodada: solución acuosa 10%, fc 250 ml.
- Triclosan jabón 1%
- Yodo: Solución acuosa (Iugol)
Solución alcohólica 0.5 %
Jabón yodado liquido 8000 ppm. (Alternativa povidona yodada jabonosa)

GRUPO 13: MEDICAMENTOS HORMONALES

Utilizados en el tratamiento de enfermedades de la Tiroides

- Levotiroxina sódica cm 100 mcg
 - Propiltiouracilo cm 50 mg
- Hormonas de la hipófisis posterior

Medicamentos utilizados en alteraciones de las gónadas.

- Estrógenos: Etinilestradiol cm 0,02 mg (20 mcg)
- Progestinas: Medroxiprogesterona acetato cm 5 mg
Progesterona am 50 mg / 2 ml
- Anovulatorios: levonorgestrel cm 0.75 mg. (postinor).
- Andrógenos: Testosterona enantato am 250 mg/ml, 1 ml.

Medicamentos que modifican las funciones de la corteza suprarrenal

- Glucocorticoides: Betametasona am 4 mg/1ml, crema 0,1%

- Dexametasona am 4 mg/1 ml
- Hidrocortisona cm.20 mg.
- Hidrocortisona succinato FA 100 y 500 mg
- Hidrocortisona acetato crema 1%
- Prednisona 5 mg

Medicamentos Utilizados en el tratamiento de la Diabetes

Hipoglucemiantes Orales

- Biguanidas: Metformina clorhidrato cm 850 mg
- Sulfonilureas: Glibenclamida cm 5 mg
- Glucagón: ampolla 1 mg/ml.

Insulinas

- Insulina aspartato recombinante 100 UI/ml, FA 10 ml y FlexPen 3 mL (alternativa insulina glulisina 100 UI/ml, FA 10 ml y FlexPen 3 mL).
- Insulina cristalina humana: Fa 100 UI /ml Fa 10 ml
- Insulina glargina recombinante 100 UI/ml, FA 10 ml.
- Insulina retardada NPH humana: Fa 100 UI /ml Fa 10 ml

GRUPO 14: MEDICAMENTOS QUE ACTUAN EN EL SISTEMA NEUROVEGETATIVO Y MUSCULO LISO.

Simpaticomiméticos o Adrenérgicos

- Dopamina am 200 mg / 5 ml
- Dobutamina am 250 mg / 5 ml
- Efedrina am 6%
- Epinefrina am 1 mg /1 ml
- Fenoterol: Solución para nebulización: fenoterol 0,5 mg/ml + Bromuro ipatropio 0,25 mg / ml
- Isoprenalina am 1 mg / 1ml
- Salbutamol: - Aerosol 100 mg dosis (pulsación)

Simpaticolíticos o Antiadrenérgicos

- Metildopa cm 250 mg
- Propanolol cm 40 mg, am 1 mg/1 ml

Parasimpaticomimético o colinérgico

- Neostigmina metilsulfato am 0,5 mg / 1ml.

- Piridosdtigmina cm.60 mg.

Parasimpaticolítico o anticolinérgico

- Atropina sulfato am 1 mg /ml
- Escopolamina N-Butilbromuro (Buscapina "R") am 20 mg / 1 ml

Medicamentos que actúen en el Músculo Liso:

Relajadores del Músculo Liso

- Adifenina: en supositorios antiespasmódicos
 - Escopolamina (Buscapina) am 20 mg / 15 ml
 - Propinoxato: am 5 mg / 4 ml (simple y compuesto)
- Medicamentos que actúan en el músculo uterino

14.5.2.1 Oxitócicos

- Metilergometrina maleato, am 0,2 mg / 1 ml
- Oxitocina am 5 UI / 1ml
- Misoprostol cm 200 mcg. (Alternativa Misoprostol 25 mcg)

14.5.2.2 Tocolíticos (antiocitoxicos)

GRUPO 15: PRODUCTOS UTILIZADOS EN OFTALMOLOGIA

Fármacos utilizados en diagnóstico

Antiinfecciosos

- Cloranfenicol: Solución oftálmica 0.5%, frasco 10 ml.
Ungüento oftálmico 10 mg/g, pomo 3.5 g.

Antivirales

Antiinflamatorios

Anestésicos locales

- Proparacaína solución oftálmica al 0.5 %.

Adrenérgicos.

Antiglaucomatosos

- Timolol solución oftálmica 0.5 %, frasco 10 ml.
- Latanoprost solución oftálmica 0.005% frasco 2.5 ml

Lagrimas Artificiales

Midriáticos y ciclopéjicos.

- Ciclopentolato solución oftálmica 1%.
- Tropicamide solución oftálmica 1%.

GRUPO 16: VITAMINAS Y MINERALES

- Ácido fólico cm.1 mg.
- Calcio Carbonato cm.1250 mg.
- Cianocobalamina (Vit B12): am 0, 1 mg / 1 ml.
- Ferroso Sulfato. - Cm 200 mg.
- Fitoquinona (Vit K): am 1 mg/ 1ml, am 10 mg/1 ml
- Oligoelementos: am 2 ml (Cada am contiene: Zinc cloruro 4,1 mg, Cobre cloruro 2,5 mg, Manganeso x 4 H₂O 1,48 mg, Cromo cloruro x 6 H₂O 0,05 mg)
- Piridoxina (Vit B6) Am 100 mg / 1ml
- Tiamina (Vit B1) Am 100 mg / 1 ml
- Vitaminas + Minerales inyect (MVI 12) contiene 2 Fa de 5 ml
- FA nº 1:
 - Ac. Ascórbico 100 mg
 - Vitamina A 3300 UI (equivalente a 0,99 mg retinol)
 - Vitamina D 200 UI (equivalente a 5 mg ergocalciferol)
 - Tiamina 3 mg
 - Riboflavina (B2) 3,6 mg
 - Piridoxina 4 mg
 - Niacinamida 40 mg
 - Ac Pantoténico 15 mg (pantotenato de calcio)
 - Vit E 10 UI (equivalente a 10 mg)
- FA nº 2: Biotina 60 mcg
 - Ac. Fólico 400 mcg
 - Vit B12 5 mcg

GRUPO 17: MEDICAMENTOS QUE ACTUAN EN EL APARATO RESPIRATORIO.

Fármacos Utilizados en la Obstrucción Bronquial

No Agonistas

- Fenoterol + Ipatropio Bromuro (Berodual "R"): Solución para nebulización: fenoterol 0,5 mg/ml + bromuro ipatropio 0,25 mg / ml Fc x 20 ml.
- Ipatropio bromuro inhalador 20 mcg.

- Salbutamol Aerosol 100 mcg dosis (pulsación).
- Salmeterol aerosol 25 mcg dosis

Corticoides

- Budesonido aerosol 200 mcg .
- Fluticasona aerosol 125 y 250 ug y nasal 50 ug.
- Fluticasona + Salmeterol aerosol 125 y 250/ 25 ug.

Utilizados en el asma bronquial

- Aminofilina Am 250 mg / 10 ml
- Epinefrina Am 1 mg / 1 ml

Antitusígenos

Antituberculosos

- Estreptomina Fa 1 gr
- Etambutol cm 200 mg
- Isoniazida cm 100 mg
- Pirazinamida cm 500 mg
- Rifampicina Cp. 150 mg, suspensión oral 100 mg/5 ml.

GRUPO 18: MEDICAMENTOS UTILIZADOS PARA CORREGIR PERTURBACIONES DE LA COMPOSICION DEL MEDIO INTERNO.

Sustituto del plasma

- Solución Almidón 6 %, Fc x 500 ml.
- Solución Coloidal 3% Fc x 500 ml

Azúcares

- Glucosa: Solución inyectable al 5% en 500 ml
Solución inyectable al 10% en 500 ml
Solución inyectable al 30% en 20 y 500 ml
- Glucosa y sodio cloruro: Solución isotónica en 500 y 1000 ml (cada 1000 ml contiene glucosa 25 gr y sodio cloruro 4,5 gr)
- Manitol: Solución inyectable al 15% en 500 ml

Electrolitos

- Calcio gluconato: Solución inyectable al 10% am 10 ml
- Fosfato Monopotásico: Solución inyectable al 15% am 10 ml
- Magnesio Sulfato: Solución inyectable al 25% am 5 ml
- Potasio Cloruro: Solución inyectable al 10% am 10 ml
Comprimido 600 mg. Liberación sostenida.
- Sales rehidratación oral: Sobres para 250 ml con 60 meq de sodio
- Sodio Bicarbonato: Polvo en papelillos.
Solución inyectable al 8,4% am 10 ml y 500 ml.
- Sodio Cloruro: Polvo, en papelillos
Solución inyectable al 0,9% en 5, 20, 100, 500 y 1000 ml.
Solución inyectable al 10% am 20 ml.
- Solución Poliónica: Cada 1000 ml de solución contiene:
 - Sodio lactato 4 gr
 - Sodio cloruro 2,05 gr
 - Potasio cloruro 1,5 gr
 - Magnesio cloruro 0,24 gr
 - Calcio Gluconato 2,2 gr
 - Glucosa 50 gr
- Envase de 500 ml para uso IV.
- Solución Ringer Lactato: Cada 1000 ml de solución contiene:
 - Sodio cloruro: 6 gr.
 - Potasio cloruro: 0.3 gr.
 - Calcio cloruro: 0.20 gr.
 - Lactato: 3.10 gr.
- Envase de 500 ml. Para uso IV.
- Zinc sulfato: am 0,88% 10 ml

Aminoácidos

- Glicina 1.5%, bolsa 3000 ml.

Solución de aminoácidos + glucosa premezclada (48/150), 2000 ml (Restringido)

Solución de aminoácidos + glucosa + lípidos premezclada, 1400 ml (Restringido)

OTROS MEDICAMENTOS SIN CLASIFICAR EN F.N.

USO DERMATOLOGICO

- Ácido Acético diluido 3 y 5 %.
- Acido Tricloroacetico 25, 50,75 y 100 %
- Pasta Lassar cj 30 gr.
- Podofilina soluc. 20%
- Vaselina salicilada sólida y líquida al 5 %
- Urea pasta al 20,30 y 40 %

PRODUCTOS BIOLÓGICOS

- Gammaglobulina anti Rh am 250 ug.
- Inmunoglobulina tetánica fa.250 UI.
- PPD: Fa 2 U.T. /0.1 ml, fc 1.5 ml.
- Toxoide tetánico: cada dosis de 0.5 ml contiene: toxoide diftérico purificado mayor o igual a 30 UI. Y toxoide tetánico purificado mayor o igual a 40 UI. Frasco 5 ml con 10 dosis.
- Vacuna Antirrábica: cada 0.5 ml de vacuna reconstituida contiene vacuna antirrábica con poder mayor o igual a 2.5 UI.
- Vacuna BCG: cada 1 ml de vacuna reconstituida contiene 0,75 mg de cepa danesa de mycobacterium Boris (BCG) .Fax 10 dosis.

OTROS

- Agua bidestilada, am 5 y 10 cc, matraz 500 y 1000 ml.
- Atorvastatina cm.20 mg.
- Monoetanolamina am. 5%, 5 cc.
- Vaselina líquida: am 10 ml
- Vaselina sólida: a granel.

INHIBIDOR DE LA RESORCIÓN ÓSEA

- Pamidronato disódico 90 mg FA.