





PRESENTACIÓN

¿Por qué este trabajo?

Desde los comienzos de la década de los '90 una gran cantidad de organizaciones de la sociedad civil salieron a hacerle frente a la crisis socioeconómica que se avecinaba, implementando propuestas sociales innovadoras que llevaron alivio a miles de personas.

Este es el caso de la **Fundación Tzedaká**, que puso en práctica una serie de programas sociales que, producto de la emergencia del “hacer”, quedaron en el campo de la acción a través de la cual dimos respuestas a miles de familias empobrecidas sin ocuparnos de la difusión de nuestra tarea, de su registro y análisis. Hoy, superada la emergencia, y cuando comenzamos a trabajar más con la mira puesta en el futuro que en el presente, nos es posible repasar con mirada crítica la tarea desplegada para extraer conclusiones y aprendizajes.

La experiencia desarrollada tanto en el área social de la **Fundación Tzedaká** como en el campo de la recaudación nos permite recoger re-

DONÁ MEDICAMENTOS. HACE BIEN A LA SALUD.

3ª Campaña Nacional de Recaudación de Medicamentos
11 al 17 de junio de 2007

Por hacer más eficiente el uso de los recursos del país, en diversas partes del país, nos vamos a reunir con un voluntariado y juntos vamos a ayudar a quienes más lo necesitan. Contamos con vos!

DONÁ AHORA. DONÁ SIEMPRE.

www.tzedaka.org.ar

JOINT Tzedaká

sultados fructíferos y valiosos que deseamos compartir con otros para quienes resulte de interés la posibilidad de repensar la tarea y aprender de ella. Creemos firmemente que el intercambio de experiencias es una forma de cooperación que lleva al enriquecimiento de toda la sociedad al abrir la puerta a la replicabilidad de proyectos innovadores.

En esta línea de trabajo nos hemos propuesto el diseño y realización de una serie de publicaciones que da cuenta de las producciones teóricas realizadas por investigadores, docentes y colegas en torno a diversas cuestiones vinculadas a la gestión cotidiana de los diversos programas desarrollados por la Fundación, logrando la tan ansiada articulación entre la experiencia práctica y la interpretación teórica.

Pretendemos que esta iniciativa apunte a generar un espacio de encuentro con otras organizaciones y profesionales del campo social y con especialistas en cada una de las temáticas que abordan nuestros

programas, abriéndonos el camino hacia la reflexión con otros, contribuyendo a través del conocimiento, documentación, sistematización y difusión de la tarea, al fortalecimiento de las organizaciones de la sociedad civil de nuestro país.

En esta primera edición, compartimos la experiencia del Banco Comunitario de Medicamentos Refuot de nuestra Fundación, que configura un abordaje desde el tercer sector a la problemática del acceso de la población empobrecida a los medicamentos. La investigación realizada por el Dr. Federico Tobar y la Farm. Betina Rosental, Directora del Banco, evalúa el impacto del Banco desde diferentes perspectivas y configura un interesante análisis de una experiencia inédita en Argentina.

social, así como todos los recursos disponibles en la comunidad garantizando su máximo aprovechamiento; por el otro, no superponer ni duplicar las acciones y esfuerzos de protección social desplegados desde el Estado y la Seguridad Social del país.

El acceso a medicamentos constituye una de las necesidades más apremiantes de los sectores empobrecidos de la Argentina, entre ellos la población beneficiaria de Tzedaká. Pero garantizar una respuesta adecuada a este problema involucra, además, otros desafíos específicos como asegurar la calidad y continuidad de los tratamientos, organizar el trabajo voluntario, procesar las donaciones y hacer todo esto con transparencia y eficiencia.

El Banco Comunitario de Medicamentos Refuot surge en 1999 motivado por la detección de un creciente agravamiento del problema del acceso de la población a los medicamentos. La crisis económica, política y social que a partir de entonces se desplegó en el país repercutió sobre tres fenómenos centrales:

- Por un lado, se retrajo la respuesta del Estado. En los años 2000 y 2001 se llegó a discontinuar la provisión de vacunas para el Programa Ampliado de Inmunizaciones. Este hecho es inédito en la Argentina.
- En segundo lugar, el aumento del desempleo, que retrajo la cobertura poblacional de las instituciones de seguridad social. Por otro lado, también se vieron afectados quienes aún contaban con cobertura, puesto que la crisis financiera de las instituciones motivó la suspensión de prestaciones.
- En tercer lugar, luego de una abrupta devaluación que puso fin a una década de estabilidad macroeconómica, en el 2002 se registró un incremento de más del 70% en el precio medio de los medicamentos. Como en tantas otras oportunidades, ante la falta de respuestas del

Estado o su demora en implementarlas, fue de las organizaciones representativas de la sociedad civil de donde surgieron innovaciones sociales. Refuot brindó respuesta a unos 12.000 miembros de la comunidad judía en la Argentina con severos problemas de acceso para iniciar o dar continuidad a sus tratamientos médicos.

Superado el pico de la crisis, y cuando el Estado incorporó políticas para promover el acceso a medicamentos, lejos de disolverse, Refuot se consolidó centrándose en la provisión de medicamentos para enfermedades crónicas complementando las respuestas públicas. El modelo de gestión de suministros implementado incorporó un conjunto de soluciones creativas movilizándolo de forma progresiva los recursos de la comunidad. Así, no sólo captó donaciones de medicamentos por parte de la comunidad sino que logró procesar y dispensar los fármacos de forma adecuada sin disminuir ningún criterio de calidad y gestión clínica. Refuot estableció canales de cooperación con otras instituciones de la sociedad a las cuales beneficia de forma periódica transfiriéndoles los medicamentos recolectados que no se corresponden con su propio *vadémecum* farmacológico. De este modo extiende su tarea sobre sectores vulnerables de todo el país beneficiando así a la sociedad argentina en su conjunto.

Este informe analiza y evalúa el Banco Comunitario de Medicamentos Refuot. Para ello se plantea tres interrogantes centrales. En primer lugar, se pregunta acerca de la pertinencia de la creación y existencia de un programa de provisión gratuita de medicamentos. En segundo lugar se pregunta acerca de la coherencia y consistencia en el diseño e implementación del Banco Comunitario de Medicamentos como respuesta al problema del acceso a medicamentos. Por último se interroga respecto del impacto de su acción sobre la calidad de vida de los beneficiarios.

PRÓLOGO

Dr. Ginés González García
Ministro de Salud de la Nación

Este trabajo refleja muchas de las preocupaciones que he tenido durante el desarrollo e implementación de la política de medicamentos y a lo largo del intenso quehacer conjunto para mejorar la salud colectiva.

El análisis y evaluación del Banco Comunitario de Medicamentos Refuot de la Fundación Tzedaká señalan la importancia del acceso a los medicamentos en el contexto social que vivimos y la constante lucha que esto requiere. Luego de la crisis de fines de 2001 en Argentina, muchos hogares cayeron bajo la línea de pobreza y sus posibilidades de acceso a muchos bienes y servicios se vieron restringidas, entre ellos los medicamentos. Colosal debió ser el esfuerzo por parte del Estado y la sociedad para recomponer esta situación y en gran medida pudo lograrse a través de la implementación de la Política Nacional de Medicamentos.

He leído esta investigación con agrado y siento que representa un gran aporte a la discusión, siempre abierta aunque siempre inconclusa, acerca del modo en que es posible mejorar la calidad de vida de los distintos grupos de nuestra sociedad.

Betina Rosental y Federico Tobar, quienes poseen un largo y fecundo compromiso con la mejora de la salud, han elaborado el presente documento donde se muestra un análisis profundo sobre una acción concreta a la hora de salvaguardar y mejorar la calidad de vida de un grupo particular de la sociedad. Es una evaluación concisa sobre el programa creado en 1999 por la Fundación Tzedaká de distribución gratuita de medicamentos entre los miembros de la comunidad judía argentina que se encuentran en situación de pobreza, tanto a nivel personal como a nivel comunitario.

El informe plantea la pertinencia de la creación y existencia del programa de provisión gratuita, la coherencia y consistencia en el diseño e implementación y el impacto de su acción sobre la calidad de vida.

Realiza una excelente descripción de las diferentes causas del problema de acceso a medicamentos y de la forma en que el Programa contribuyó a solucionarlas, dando cobertura a 12.000 beneficiarios.

Este tipo de acciones y las investigaciones como ésta, realizadas con inteligencia y profundidad, ayudan a mejorar la forma en que se toman las decisiones en las instituciones que velan por la calidad de vida de los distintos grupos de la sociedad.

PRÓLOGO

Dr. Gabriel Berger
Director Posgrado Especialización en Organizaciones
sin Fines de Lucro. Universidad de San Andrés

La experiencia del Banco Comunitario de Medicamentos Refuot gestionado por la Fundación Tzedaká demuestra de qué manera organizaciones sociales pueden diseñar, organizar e implementar soluciones creativas para enfrentar problemas sociales.

Iniciado como una respuesta a la emergencia social que comenzó a expresarse en nuestro país a partir de la recesión económica que comenzó en 1998, el Banco Comunitario de Medicamentos Refuot ha demostrado capacidad de repensarse a sí mismo y mejorar su diseño en varias ocasiones para ajustarse a las demandas comunitarias y a los requerimientos para una gestión eficiente y efectiva.

El Banco Comunitario de Medicamentos logra brindar una respuesta eficiente –en la medida en que permite un ahorro significativo–, efectiva –en la medida en que entrega medicamentos para enfermedades crónicas a quienes lo requieren y no pueden obtenerlos– y eficaz

–en la medida en que resuelve el problema de acceso a ciertos medicamentos para personas en situación de pobreza– dentro del sistema de protección social establecido por la comunidad judía. Para lograrlo, ha sido necesario poner en práctica un modelo organizativo, procesos de gestión interna y de logística que permitieran comprar, recolectar, clasificar, seleccionar, almacenar, recibir y evaluar los pedidos, controlar y distribuir medicamentos a lo largo del país.

El Banco Comunitario de Medicamentos resulta una experiencia exitosa desde varias perspectivas, que se presentan con solidez en este documento. Vale la pena considerar dos dimensiones adicionales de análisis, complementarias a las que considera este documento, y que expresan algunos de los aportes particulares que realizan las organizaciones de la sociedad civil involucradas en la gestión de programas orientados a reducir el impacto de la exclusión económica y social: a) la movilización eficiente de recursos, y b) los procesos de organización comunitaria que hacen viable la iniciativa.

La movilización eficiente de recursos se expresa por un lado en la capacidad para adquirir medicamentos en condiciones económicas ventajosas, ya sea por la capacidad de negociación, la compra por volumen, el acceso a los laboratorios farmacéuticos eliminando el costo de intermediación, o el aprovechamiento de vínculos y relaciones para obtener descuentos y bonificaciones adicionales. Este último aspecto es una de las claves para comprender el efecto multiplicador que tienen las organizaciones de la sociedad civil. La utilización de vínculos laborales, profesionales y empresariales, y de contactos personales apelando a las redes sociales de los integrantes y colaboradores de la Fundación para obtener términos de compra favorables es un elemento importante a considerar.



Por otro lado, la movilización eficiente de recursos se expresa en acciones de recaudación de donaciones de medicamentos en sus distintas variantes. La Fundación ha organizado campañas y actividades recaudatorias a través de los años con resultados notables, y esto debe ser reconocido como factor de éxito en esta experiencia. Por un lado, las donaciones de medicamentos recibidas de empresas y de organizaciones locales y del exterior han contribuido a la eficiencia de su gestión. Para generar estas donaciones se ha apelado a las redes sociales mencionadas previamente, pero también a un entramado institucional que ha mostrado su capacidad de colaboración y alineamiento frente a la emergencia.

Al mismo tiempo las donaciones de medicamentos en desuso por particulares lograda a través de acciones coordinadas con el conjunto de instituciones que colaboran y trabajan en red con la Fundación Tzedaká han servido tanto para disminuir los costos del Banco como para darle visibilidad y reconocimiento a esta iniciativa dentro de la comunidad judía. Esta operatoria de recolección de medicamentos en desuso constituye un aspecto innovador que debe ser valorado en esta experiencia. Una lectura posible de esta innovación es la comprensión de un mecanismo creativo para crear valor económico y social a partir de un elemento que no tiene utilidad privada para su poseedor. Esta operación permite aprovechar un elemento sin utilidad y por lo tanto sin valor privado en un elemento que tiene valor social y valor económico para los beneficiarios y para las organizaciones a cargo de este emprendimiento.

Una segunda dimensión de análisis para comprender el éxito de esta iniciativa se refiere a la capacidad de organizar y gestionar procesos de organización comunitaria que trascienden a la entidad que

opera el Banco Comunitario de Medicamentos e involucran a otros actores institucionales. Como se desprende de los párrafos previos, la movilización eficiente de recursos requiere contar con personas y organizaciones con relaciones sociales e institucionales que permitan acceder a condiciones de compra favorables, lograr donaciones de medicamentos y promover la colecta de medicamentos en desuso de particulares.

La organización de colectas de medicamentos en desuso requiere disponer de la colaboración y la confianza de una red de organizaciones que toman este proyecto como propio y que movilizan a sus propios grupos de miembros y voluntarios para potenciar los aportes. Esta tarea, que puede ser considerada sencilla porque involucra elementos sin utilidad o valor económico para el que lo entrega, requiere de un esfuerzo de comunicación, persuasión e incentivo porque implica inducir una tarea no habitual diferente a la donación tradicional –buscar medicamentos en el hogar, separar, transportar, entregar al centro de recolección–.

Al mismo tiempo, la operación del Banco Comunitario de Medicamentos es posible a partir del reclutamiento, selección y gestión de un grupo de voluntarios particulares, algunos de ellos con calificaciones profesionales específicas y otros con capacidades que deben ser desarrolladas. La gestión efectiva de este tipo de estructura de recursos humanos integrada por personal profesional contratado y equipos voluntarios representa un desafío que no todas las organizaciones de la sociedad civil logran superar exitosamente. Detrás de esta gestión, nuevamente encontramos procesos de organización comunitaria que hacen posible convocar e identificar a las personas adecuadas para los distintos puestos en forma voluntaria.



Finalmente, para hacer posible la solución de las necesidades de medicamentos para enfermedades crónicas de beneficiarios provenientes de 60 centros de atención localizados en todo el país, es necesario organizar procesos de trabajo para atender a miles de personas, distribuir medicamentos y controlar su entrega. Esta tarea se sostiene sobre una estructura preexistente y se construye aprovechando procesos de atención desarrollados para atender otras necesidades complementarias de la población asistida.

Los mecanismos y operaciones que implica un Banco de Medicamentos sólo son posibles en la medida en que existan organizaciones de la sociedad civil con legitimidad, credibilidad y capacidad de gestión para operarlos. La Fundación Tzedaká ha sido capaz de organizar, sostener y adaptar este emprendimiento durante ya casi diez años, construyendo un modelo replicable para resolver necesidades de medicamentos a miles de personas.



CAPÍTULO

1

¿Por qué un Banco Comunitario de Medicamentos?

El acceso de la población a los medicamentos esenciales constituye uno de los mayores problemas sociales del siglo XXI. Según estimaciones de la Organización Mundial de la Salud, aunque entre 1997 y 2003 el número de personas con acceso a medicamentos esenciales en el mundo aumentó de 2.100 a 4.000 millones, todavía no tienen acceso a ellos unos 2.000 millones de personas. Esto representa un tercio de la población mundial¹. De ellos, el 80% vive en países en desarrollo.

Este problema ha sido definido como el desajuste entre los recursos farmacéuticos disponibles y las necesidades de salud de la población². Se puede, por lo tanto, distinguir dos pies de la cuestión. Por un lado, las necesidades de salud se concentran en las regiones y sectores más vulnerables. Aunque crece la oferta de medicamentos en el mundo, así como su calidad y efectividad, estos no resultan disponibles de igual manera entre ricos y pobres. En conclusión, el acceso a medicamentos esenciales no configura sólo un problema en términos absolutos

sino, en especial, en relación con las crecientes brechas en los niveles de acceso de la población a los medicamentos esenciales, que se registran tanto entre países como al interior de cada país. Esto requiere de respuestas inmediatas tanto desde el Estado como desde la sociedad. De no haberlas se prevé que en un futuro mediato la carga global de enfermedad estará fuertemente concentrada debajo del Ecuador³. Dicho de otra forma, casi el noventa por ciento de los casos graves de enfermedad y muerte ocurrirán en países en desarrollo.

En síntesis, el acceso a los medicamentos configura un problema de relevancia creciente que tanto en magnitud como en complejidad ya supera a otras cuestiones como el acceso de la población a los servicios médicos y puede ser comparable con el problema del acceso a los alimentos. Por estos motivos ha sido incluido por las Naciones Unidas entre los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM número 17) convocando para ello a la conformación de una alianza mundial para garantizar el acceso a los medicamentos esenciales.

Entre los factores que influyen en ese desajuste entre disponibilidad y necesidades merecen destacarse; a) la pauperización de determinados sectores de la población, b) su envejecimiento relativo (avance en la transición demográfica) y c) la innovación tecnológica y el incremento en los precios de los productos.

1. Organización Panamericana de la Salud, 2004. 45º Consejo Directivo; 56ª Sesión del Comité regional. Acceso a los medicamentos (documento CD45/10). Washington, D.C.27 de septiembre a 1 de octubre de 2004.

2. Para una revisión del concepto de acceso ver: LUIZA, Vera Lúcia & BERMÚDEZ, Jorge. "Acceso a medicamentos: conceitos e polémicas". In: BERMÚDEZ, Jorge, OLIVEIRA, Maria Auxiliadora & ESHER, Angela. Acceso a medicamentos: Derecho fundamental, papel del Estado. Rio de Janeiro, ENSP. 2004. Páginas 45 a 67.

EL ACCESO A MEDICAMENTOS EN LA ARGENTINA

En la Argentina todos los factores mencionados confluyeron precipitando una situación de grave crisis entre 2001 y 2002. Entonces el país descendió varios peldaños, de estar entre aquellos donde una mayor proporción de población podía acceder a los medicamentos hacia las peores posiciones de la región. Estudios de la Organización Mundial de la Salud de mediados de la década del noventa permitieron construir el mapa mundial de acceso a medicamentos. En esa estimación se consideraba que en la Argentina un 75% de las personas podía adquirir los remedios para completar sus tratamientos médicos. En contrapartida, una encuesta de situación social encargada por el Banco Mundial da testimonio empírico de cómo la crisis repercutió sobre el acceso a medicamentos⁴. Aproximadamente un 12% de los argentinos experimentó algún cambio en su cobertura de salud. Más del 60% directamente perdió su cobertura de seguro de salud, lo cual representa la pérdida de la cofinanciación de medicamentos (descuentos en farmacia). Casi el 23% de los hogares informó que al menos un miembro había enfrentado barreras de acceso a los bienes y servicios de salud. De ellos, un 44% afirmó que la razón era "falta de dinero" para pagar los medicamentos.

El país ha superado su crisis económica y varias de las condiciones críticas de entonces se han revertido aunque continúa vigente el alerta

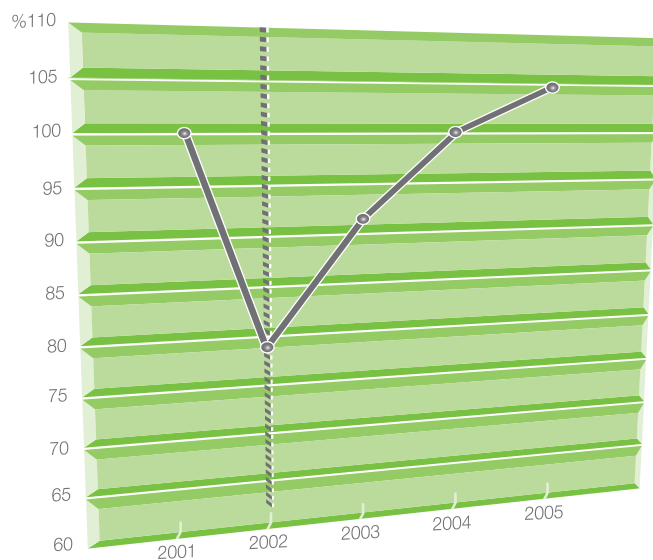
3. MURRAY. C.J.L & LOPEZ, A.D. The global burden of disease. Boston. Harvard School of Public Health –WHO- World Bank. 1996.

4. Se trata de una muestra nacional de 2800 hogares ejecutada por la empresa IBO-PE entre junio y julio de 2002. Ver: Fiszbein, Ariel; Giovagnoli, Paula & Adúriz, Isidro. La crisis Argentina y su Impacto sobre los hogares. Oficina del Banco Mundial para Argentina, Chile, Paraguay y Uruguay. Documento de trabajo Nº 1/02. Buenos Aires. Noviembre de 2002. Disponible en www.bancomundial.org.ar

social. En particular merece destacarse el rol activo asumido por el Gobierno con respecto a la política de medicamentos que incluye tanto la provisión pública (a través del programa Remediar) como la regulación del mercado de fármacos (a través de la Ley Nacional 25.649 y sus correspondientes provinciales). El Gráfico 1 refleja el impacto de la crisis sobre el acceso a medicamentos ya que ilustra la evolución del volumen de medicamentos de venta bajo receta comercializados en el país. También permite apreciar la notable recuperación del mercado de medicamentos a partir de la segunda mitad de 2002.

Gráfico 1

ARGENTINA: Evolución de la comercialización de unidades de medicamentos de venta bajo receta(*). 2001=100%



(* Nota: Incluye sólo medicamentos de venta bajo receta y a través de farmacias. Fuente: Elaboración propia en base a IMS Health.

Sin embargo, persisten en la Argentina al menos tres fenómenos estructurales que hacen del problema del acceso a medicamentos una cuestión central que perdurará por varios años. En primer lugar, la pauperización o empobrecimiento de determinados sectores de la población. En segundo lugar, la limitada expansión de la seguridad social y, por último, la dinámica de la oferta de remedios que encarece los tratamientos. A continuación se analizan en detalle cada uno de estos fenómenos.

A) El fenómeno del empobrecimiento en la Argentina

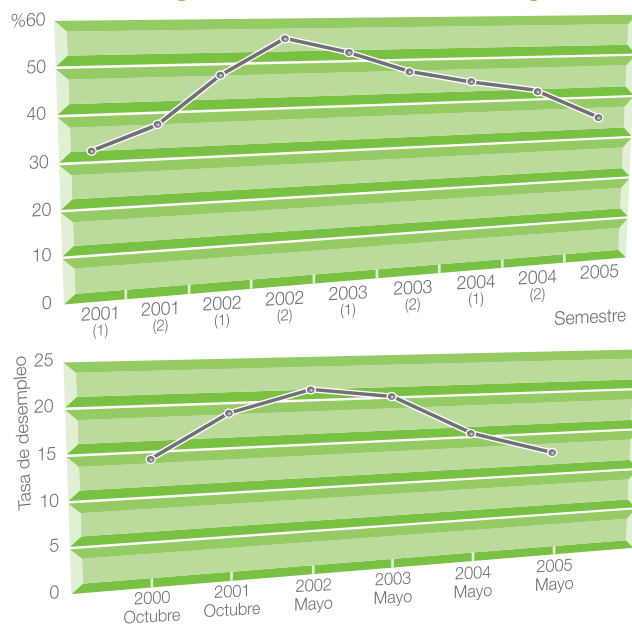
Durante los últimos treinta años se registró una profunda transformación de la estructura social argentina que se puede resumir en una inédita ampliación de las brechas de ingresos junto a la pauperización de amplios sectores poblacionales. Un creciente desempleo y precarización laboral impulsaron el empobrecimiento sostenido de sectores medios. Esta dinámica alcanzó su punto crítico a mediados de 2002, cuando el porcentaje de población viviendo debajo de la línea de pobreza registró su punto más alto y la tasa de empleo el umbral más bajo conocido (gráficos 2 y 3).

Gráfico 2 y 3

Evolución % de la población

viviendo bajo línea de pobreza y de la tasa de desempleo.

28 Conglomerados urbanos. 2000 a 2005.



Fuente: Encuesta Permanente de Hogares. INDEC.

Tanto los indicadores sociales como los macroeconómicos indican que esta situación se encuentra hoy controlada y la economía vive un crecimiento significativo. Sin embargo, se puede afirmar que la Argentina nunca más volvió a ser el país que era. En efecto, ya no existe aquel país que presentaba la mayor clase media de la región, con altas tasas de escolarización, un mercado laboral incluyente con perspectivas de ascenso social para los sectores populares y buenos indicadores de salud. La estructura social del país se polarizó, el potencial distributivo de su

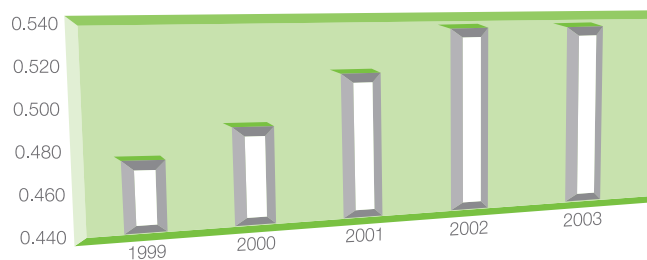
economía se aproximó muy rápidamente al resto de América Latina. En otras palabras, en la Argentina ahora los ricos son más ricos y los pobres son más pobres. En 1974 la distancia entre los que más y menos ganaban era de cinco veces; en 1994, de 18, y en 2005, de 31⁵. En la actualidad el 20% de las personas que perciben ingresos se queda con el 53,6% del total, mientras que, del otro lado, el 40% más pobre recibe solo el 11,7% del total de ingresos.

A finales del 2005 el 10% de las personas ubicadas en la franja más elevada ganaba, en promedio, \$ 3.268 (alrededor de U\$S 1.070), mientras que el 10% más pobre percibía \$ 106 (alrededor de U\$S 35). Aunque los niveles de pobreza y desempleo se recuperan, la brecha entre ricos y pobres se mantiene igual que en el peor momento de la crisis. Esto se puede apreciar a través del Gráfico 4 en el cual se representa la evolución del Coeficiente de Gini que mide la concentración de los ingresos laborales de las familias.

Gráfico 4

Distribución del ingreso laboral familiar equivalente.

Coeficiente de Gini. Período 1999-2003



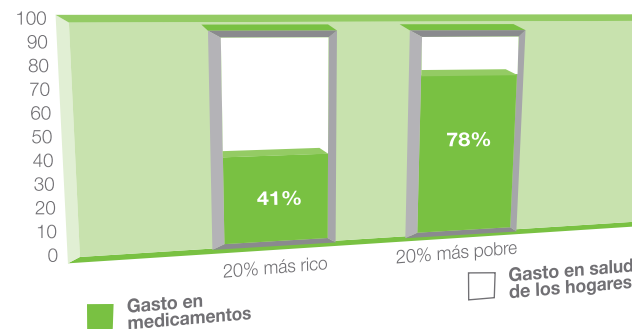
Fuente: Depecon, en base a EPH-INDEC. Disponible en: www.depeco.econo.unlp.edu.ar/cedlas

5. Datos de la 3ª sonda de la Encuesta Permanente de Hogares (EPH) correspondientes a 28 conglomerados urbanos del país. Buenos Aires. Instituto de Estadísticas y Censo -INDEC. 2006.

Entre 1980 y 1990 los asalariados perdieron alrededor de un 40% del valor de sus ingresos, que luego de una cierta recuperación producto de la estabilidad del año 1991, vuelven a sufrir pérdidas de alrededor del 20% desde 1998 al 2001 y desde entonces hasta el presente las pérdidas han sido aún mayores. Como resultado, si en 1993 la masa conformada por el total de los salarios pagados en la Argentina equivalía al 37,3% del Producto Interno Bruto del país, en el 2005 apenas alcanzaba el 26,4%. Todas las políticas macroeconómicas asumidas en el país, desde las más ortodoxas hasta las más heterodoxas, repercutieron negativamente sobre la matriz de distribución del ingreso, y el empleo, como mecanismo de inclusión social, se hace cada vez más vulnerable.

La pauperización afecta mucho el acceso a medicamentos porque en la Argentina este depende mucho del ingreso de los hogares. Un estudio sobre el financiamiento de los medicamentos en la Argentina determinó que el 65% del gasto total en medicamentos en el país es cubierto por los hogares. Además, se ha registrado que cuando se le prescribe medicamentos a la población bajo la línea de pobreza, en el 45% de los casos los medicamentos los adquieren con sus propios recursos. El 20% de los hogares más pobres (primer quintil de ingresos) emplea el 78% de los ingresos que destina a salud en la compra de medicamentos, mientras el 20% de los hogares⁶ más ricos (quinto quintil de ingresos) gasta el 41%⁷ (Gráfico 5).

Gráfico 5
Gasto directo de los hogares en medicamentos
como porcentaje del gasto total en salud.
Primero y quinto quintil de ingreso del hogar.
Argentina, 1997.



Fuente: En base a EGH-INDEC.

Llevado al contexto de la comunidad judía, si bien no se cuenta con datos estadísticos adecuados, nada permite suponer que sea menor que para el total de la clase media argentina, a la que la comunidad en su mayoría pertenece o pertenecía. Se ha estimado que sólo en el 2002 se incrementó en más del 27% el número de judíos pobres en Argentina pasando de 38.800 a 49.555, cifra que representa el 25% de su población. Un trabajo de Investigación realizado por Gabriel Kessler y Nora Blaistein permite una aproximación al impacto social de la crisis sobre la comunidad judía de la Argentina. Allá se analizó lo que ocurrió

6. Cf. FALBO, Rodrigo. "Estudio sobre el gasto en medicamentos en Argentina". Buenos Aires. CONAPRIS. Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación. Febrero de 2003.

7. Cf. TOBAR, Federico. "Acceso a los medicamentos en Argentina: diagnóstico y alternativas". Boletín Fármacos. Volumen 5, número 4, Septiembre 2002.

con el comercio y la industria, dos ramas de la actividad donde hay una importante proporción de miembros de la Comunidad. Los autores señalan que según la CAME, “el 70% de los negocios minoristas han cerrado sus puertas. Esto es significativo ya que datos de la Red Escolar Judía de hace algunos años señalaban que alrededor del 50% de los padres eran comerciantes”.⁸

El Cuadro 1 muestra la evolución de ingresos entre 1995-2000 de grupos con alta presencia en la comunidad. En el grupo de servicios seleccionados se incluyen negocios minoristas y profesionales de la salud como psicólogos.

Cuadro 1
Impacto social de la crisis de 2001 y 2002
sobre la comunidad judía en Argentina.
Indicadores seleccionados.

Comerciantes	70%	Cerraron sus puertas (95'/00')
	36%	Menos de ventas en indumentaria (95'/00')
	43%	Menos de ventas en electrónica (95'/00')
Industria Textil	51,3%	Menos de 95'/00'
Cuentapropistas	30%	Menos de ingresos (98'/00')
Servicios	32%	Menos de ingresos (98'/00')

Fuente: Kessler & Blaistein, 2002.

En conclusión, la estructura social de la Argentina ha sufrido una mutación. Más allá de los ciclos macroeconómicos de expansión y recesión, las brechas entre ricos y pobres se consolidan y acentúan. No hay evidencias que permitan suponer que el crecimiento de la

economía nacional, ni siquiera de forma sostenida a mediano plazo, pueda revertir por sí solo esta brecha. El Estado ha reaccionado y extiende sus inversiones en protección social, sin embargo su impacto resulta insuficiente para sustentar el capital humano y social acumulado durante las décadas anteriores.

Esta situación hace imprescindible la reacción de la sociedad civil a través de sus organizaciones. Por un lado, desplegando respuestas de intervención que refuercen las acciones sociales y complementen al Estado. Pero fundamentalmente, las organizaciones de la sociedad civil tienen una función clave en la innovación para mejorar la calidad de las intervenciones, su impacto y la captación de la energía solidaria disponible.

La comunidad judía en la Argentina también se ha escindido como el resto de la sociedad. Mientras algunos sectores consiguieron posiciones importantes en lo que respecta a prestigio y recursos, otros han sido excluidos o permanecen en un equilibrio precario e inestable. En ese contexto Fundación Tzedaká asume como visión movilizar la solidaridad de la comunidad judía nacional e internacional para evitar que haya judíos en el país viviendo en la exclusión. Como su nombre lo indica, Tzedaká es la restitución del derecho de un semejante a vivir con dignidad.

B) Protección social y cobertura de salud en la Argentina

La protección social en salud en la Argentina está muy vinculada al empleo formal. Si bien los servicios públicos de salud son de carácter

8. KESSLER, Gabriel y BLAISTEIN, Nora: “Pobreza de la Comunidad Judía en Argentina en Crisis” 2001. Disponible en www.tzedaka.org.ar

universal, la expansión del acceso a bienes y servicios de salud en el país se ha desarrollado bajo esquemas de aseguramiento a través de seguros obligatorios, denominados obras sociales, que brindan cobertura a los trabajadores asalariados (en relación de dependencia) y sus grupos familiares, y de seguros privados voluntarios, denominados empresas de medicina prepaga.

El acceso de los argentinos a los medicamentos también dependió en gran medida de los seguros de salud y en particular de las obras sociales. Estos seguros son obligados por ley a brindar cobertura integral para medicamentos en internación y financiar el 40% del precio de los medicamentos ambulatorios. De esta forma, permitieron históricamente a su población beneficiaria adquirir los medicamentos que le eran prescritos directamente en farmacias comerciales a través de un desembolso inferior. Sin embargo, a medida que se incrementaba el desempleo y el empleo informal, también lo hacían las barreras de acceso. Cada vez son menos los argentinos que disponen de este descuento. Durante la última década del siglo XX se retrajo drásticamente la proporción de población que contaba con cobertura de seguros de salud, pasando de 63,1% según el Censo Nacional de Población y Vivienda de 1991 a 51,9% en el Censo del 2001.

La brecha entre ocupados y desocupados en cuanto al acceso a medicamentos es alta. A partir de la Encuesta de Condiciones de Vida desarrollada por el SIEMPRO en 1997, se ha detectado que de cada 100 desocupados que perciben problemas de salud alrededor de 65 consultan al médico. A 50 les prescriben medicamentos y sólo 42 los consiguen. Mientras que entre los ocupados, 73 consultan, a 59 les prescriben y 56 los consiguen⁹.

Por un lado, la recuperación del crecimiento económico no repercute con la misma intensidad sobre los niveles de empleo. Por otro lado, la recuperación del empleo no siempre involucra que el trabajador y su grupo familiar cuenten con cobertura de obras sociales¹⁰. Un estudio prospectivo que identificó diferentes escenarios de crecimiento económico para la Argentina durante la primera década del siglo XXI concluyó que existe una fuerte inelasticidad entre la evolución del empleo y la cobertura de seguros de salud, principalmente a través de las obras sociales.

La investigación determinó que aun en el escenario de crecimiento económico sostenido más favorable la cobertura de población con seguros de salud no superaría el 60% a finales del año 2010. Se cuenta entonces, con otro indicador más que da testimonio de la mutación social atravesada por la Argentina, si se contrasta con la cobertura del orden del 80% que el país registró a principios de la década de 1970.

En conclusión, si el Estado y la sociedad argentina no despliegan respuestas para recuperar el acceso a medicamentos alternativos a las obras sociales, un contingente muy grande de la población quedará al margen de los mismos. Por estos motivos Tzedaká no puede esperar que la reactivación económica del país conlleve una mejora automática en la cobertura de salud de su población objetivo ni tampoco en medicamentos.

9. TOBAR, Federico. "Acceso a los medicamentos en Argentina: diagnóstico y alternativas". *Boletín Fármacos*. Volumen 5, número 4, Septiembre 2002.

10. FALBO, Rodrigo. "La cobertura de Salud en Argentina: proyecciones". en CONAPRIS. *El futuro del acceso a medicamentos en Argentina. Estudio colaborativo Multicéntrico*. Buenos Aires. Ministerio de Salud y Ambiente. 2004. Páginas 100 a 103.



C) Evolución del mercado de medicamentos

La industria productora de medicamentos configura uno de los segmentos más dinámicos de la actividad industrial en todo el mundo. Uno de sus rasgos distintivos es su dinámica innovativa. Los laboratorios están permanentemente lanzando nuevos productos al mercado. Un poderoso aparato de propaganda y marketing hace que estos nuevos productos tiendan a sustituir en el consumo y utilización a los que ya existían. Pero los precios de los nuevos productos suelen ser significativamente mayores que los de los productos viejos. Como los nuevos productos representan una parte significativa de las recetas, el nivel de utilización de medicamentos varía poco mientras que los gastos de farmacia siempre suben. En la Argentina el gasto en medicamentos pasó de representar el 25% del gasto total en salud del país en 1997¹¹ al 30% del mismo en 2004¹².

En conclusión, si no se realizan intervenciones bien diseñadas para contener el gasto en farmacia sin perjudicar la efectividad y calidad de la atención, cada vez harán falta más recursos para atender a las mismas personas. El problema del acceso a medicamentos es mayor aún que el del acceso a los servicios de salud porque estos resultan cada vez más caros.

EL ACCESO A MEDICAMENTOS DE LA COMUNIDAD JUDÍA COMO PROBLEMA SOCIAL RELEVANTE

Del análisis anterior se desprende que aunque la situación de crisis económica, política y social atravesada por el país se ha superado, persisten importantes desafíos. La estructura social del país ha mutado y hoy se caracteriza por un notable incremento de las brechas sociales.

Amplios contingentes de la población, entre los cuales hay miembros de la comunidad judía, se han empobrecido. Algunos resultaron excluidos de las actividades de producción y consumo, mientras que otros se encuentran en situaciones de alta vulnerabilidad y enfrentan dificultades estructurales para subsistir.

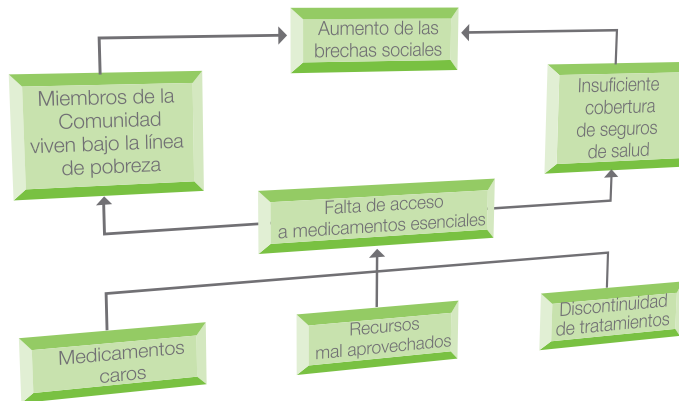
Entre las consecuencias de ese empobrecimiento merece destacarse la inequidad en los resultados de salud. Los sectores pobres se enferman más y con mayor gravedad. Durante la última década los indicadores epidemiológicos han mejorado, sin embargo las diferencias entre regiones ricas y pobres se han duplicado y triplicado. Y lo mismo ocurre al interior de cada localidad y comunidad. Sin embargo, en lo que respecta a los cuidados de salud los argentinos registran más acceso a los servicios médicos que a los medicamentos necesarios para enfrentar y dar continuidad a los tratamientos.

Esta situación llegó a un pico importante a partir de la crisis, cuando el acceso tanto a la salud como a los medicamentos se vio seriamente limitado, marco en el cual tiene su origen el Banco Comunitario de Medicamentos. En la actualidad, las acciones del Gobierno han permitido contener y reducir este problema del acceso a medicamentos, en especial a través del programa Remediar que provee medicamentos gratuitos para Atención Primaria de la Salud. Sin embargo, esta respuesta tampoco alcanza para resolver todos los problemas de salud, como queda en evidencia analizando la tarea que realiza Refuot.

11. Cf. GONZALEZ GARCIA, Ginés & TOBAR, Federico. *Más salud por el mismo dinero*. Buenos Aires. Ediciones Isalud. 1997.

12. Cf. GONZALEZ GARCIA, Ginés & TOBAR, Federico. *Salud para los Argentinos*. Buenos Aires. Ediciones Isalud. 2004.

Diagrama 1
Árbol de problemas



Cómo se expresa en el diagrama anterior, hay un árbol de problemas que configura el desafío del acceso a medicamentos. Sus causas más concretas son:

1) Los medicamentos resultan caros. Aunque los precios medios se hayan mantenido bastante estables desde 2003, persisten dificultades de los sectores empobrecidos de la Argentina para adquirir los medicamentos por sus propios medios. Ya sea porque sus ingresos resultan insuficientes para afrontar los costos de la medicación, ya sea porque no cuentan con la cobertura de los seguros de salud que les permita adquirirlos con descuento, ya sea porque no saben o no pueden optar por comprar las alternativas más económicas de cada producto.

2) El aumento del desempleo. Miles de personas perdieron sus empleos y su consiguiente cobertura médica.

3) La crisis de los sistemas de salud. La crisis económica y social de la Argentina trajo aparejada una natural situación de crisis de la salud en general. La caída en los ingresos llevó a muchos ciudadanos a pasar de los sistemas prepagos de salud a la utilización de la red pública de salud, colapsada por la creciente demanda y por la falta de recursos e insumos.

4) Existen recursos desaprovechados. Si la pobreza en su conjunto es un problema de organización, el acceso a medicamentos lo es más aún. La respuesta al problema social que configura el acceso a los medicamentos requiere de dosis adecuadas de organización comunitaria y trabajo voluntario. De la misión institucional de Tzedaká, de su propio nombre, se desprende el imperativo de movilizar los recursos disponibles en la comunidad judía en la Argentina de forma solidaria para reducir inequidades y promover el bienestar general.

5) Discontinuidad de tratamientos. El nombre griego Pharmakon involucra el doble significado de cura y veneno. Un medicamento no es un bien más. Ni siquiera es un bien social más, como puede ser la comida o la vestimenta. Si los medicamentos no son suministrados y utilizados en la medida justa dejan de ser cura para convertirse en veneno. Cuando las personas adquieren los medicamentos por su cuenta y los utilizan sin asesoramiento ni control, obtienen como resultado menos salud. Uno de los mayores problemas en este sentido es la discontinuidad de los tratamientos en las enfermedades crónicas degenerativas. Pueden ocasionar un agravamiento de la enfermedad o el surgimiento de otras enfermedades (comorbilidades) cuyo tratamiento en general es más caro. De manera que cuando no se garantiza la provisión adecuada y continua, el problema del acceso tiende a incrementarse de forma progresiva.







CAPÍTULO

2

¿Es adecuada la respuesta del Banco Comunitario de Medicamentos Refuot?

Para avanzar hacia una respuesta a este interrogante se partirá primero de identificar y analizar las decisiones asumidas por Tzedaká en la implementación del Banco Comunitario de Medicamentos Refuot. Luego, la evaluación es planteada en términos de un modelo aceptado y validado para examinar los sistemas de provisión de medicamentos.

¿QUÉ HACE EL BANCO COMUNITARIO DE MEDICAMENTOS?

El problema social

- Fundación Tzedaká creó en el año 1999 su Banco Comunitario de Medicamentos Refuot, como respuesta al emergente que configura el acceso a medicamentos esenciales dentro de la comunidad judía en la Argentina.

Misión

• Garantizar la provisión gratuita de medicamentos esenciales a los miembros de la comunidad judía en la Argentina que viven bajo la línea de pobreza y sufren enfermedades crónicas.

Población objetivo

• La población beneficiaria es aquella que recibe asistencia en Centros de Atención Social Solidaria (CASS) de la Fundación Tzedaká o de otras redes en todo el país, y presenta la receta médica correspondiente. La prestación involucra acceso gratuito e integral a los medicamentos incluidos en el Programa.

• Son más de 12.000 personas de la comunidad que no tienen ingresos suficientes para cubrir sus necesidades básicas y sufren enfermedades crónicas¹³.

Beneficios

• Medicamentos esenciales para el tratamiento de enfermedades crónicas.

• Pañales.

Modalidad de provisión

• Se trata de un modelo inédito, basado en la labor profesional combinada con el trabajo voluntario.

• El Banco Comunitario provee medicación para patologías crónicas obtenidas como donación o adquiridas. Dado que su red de distribución abarca más de 60 centros desde Neuquén hasta Tucumán, las distancias impiden poder resolver urgencias. Además, la decisión de sostener la ayuda a enfermos crónicos redundaba en un beneficio mucho mayor al beneficiario por la reducción sostenida del gasto de bolsillo.

¿CÓMO ALCANZA EL BANCO COMUNITARIO DE MEDICAMENTOS SU MISIÓN?

Buscando garantizar acceso a medicamentos esenciales para tratamiento de patologías crónicas a los miembros de la comunidad judía de la Argentina por debajo de la línea de pobreza, Refuot organiza su respuesta asumiendo objetivos específicos. Ellos son:

- Promover una respuesta solidaria, de calidad y eficiente en el uso de los recursos disponibles.
- Garantizar la continuidad del tratamiento indicado.
- Mejorar la calidad de vida de la población atendida.
- Evitar los efectos de la enfermedad crónica no tratada, con su consiguiente impacto económico para la comunidad.

Siguiendo la lógica del árbol de problemas antes planteado (diagrama 1), los desafíos de Refuot se pueden resumir en tres (diagrama 2),:

- 1) Proveer los medicamentos en forma adecuada.
- 2) Aprovechar los recursos disponibles en la comunidad.
- 3) Comprar bien.

Para ello, el Banco cuenta con un equipo de 28 personas, 20 de ellas voluntarias incluyendo 9 farmacéuticos; está dividido en 4 secciones o áreas de trabajo.

La primera consiste en la **preparación de los pedidos**, en la que trabajan sólo profesionales farmacéuticos. Una vez que las recetas de los Centros llegan al Banco Comunitario el equipo de profesionales

13. Extraído de Rosental, Betina: El acceso a los Medicamentos desde el Tercer Sector. El caso de la Comunidad Judía en la Argentina. Tesis en elaboración para ser presentada ante el Master en Sistemas de Salud y Seguridad Social. Instituto Universitario Isalud.

farmacéuticos se ocupa de su preparación verificando las recetas y colocando en bolsas individuales los requerimientos de cada uno de los beneficiarios.

La segunda fase involucra el **Control** de los pedidos, en el cual un segundo equipo de farmacéuticos chequea el trabajo realizado por el primer grupo. Si falta una medicación que debió comprarse, se agrega, y se registra la entrega total en un sistema de información comunitaria creado específicamente y envía al centro nuevamente el pedido armado.

Para apoyar este control, en la tercera fase, la de **Informática y Control de Gestión**, el Banco cuenta con un sistema informático especialmente desarrollado, Sistema de Información Comunitaria (SIC). Fue creado con el objeto de proporcionar un riguroso control de gestión y garantizar la eficiencia y transparencia en el uso de los recursos tanto por la información que proporciona como por permitir el control on line de lo que los beneficiarios llevan, no permitiendo que un mismo beneficiario retire por dos Centros de Atención Comunitaria diferentes ni tampoco que duplique medicación en un mismo mes. A modo de ejemplo, si un beneficiario pidió un medicamento en el transcurso de un mes, teniendo en cuenta que se entrega la medicación para un mes completo de tratamiento, no permite entregar el mismo medicamento en el mismo mes.

La última fase es la de **Clasificación de las donaciones recibidas**, que es una de las principales funciones que asume el voluntariado bajo la orientación y supervisión del equipo profesional. Las donaciones se clasifican, preparando registros que incluyen cantidades, formas farmacéuticas y vencimientos. Si los productos están venci-

dos o abiertos, se descartan. Para evitar los riesgos que involucra el mantenimiento de la cadena de frío, tampoco se reciben ni entregan productos que necesiten conservarse en heladera.

Es frecuente recibir donaciones de productos no utilizables por la población del Banco. Ejemplo de ello son los anticonceptivos, teniendo en cuenta que el 75% de los beneficiarios del Banco son mayores de 60 años. El Banco estableció contactos con diferentes hospitales, ONGs, médicos voluntarios en barrios carenciados, entre otros, y los voluntarios de esta última fase preparan las donaciones con los diferentes destinos, entre ellos el Hospital Sagrado Corazón de Jesús de Basavilbaso, la Fundación SOS Aborigen de Chaco, Cáritas Buenos Aires, Cáritas San Isidro y otros. De este modo, el Banco cubre las necesidades en materia de medicamentos de una población mucho más amplia que sus propios beneficiarios, alcanzando al conjunto de la sociedad argentina.

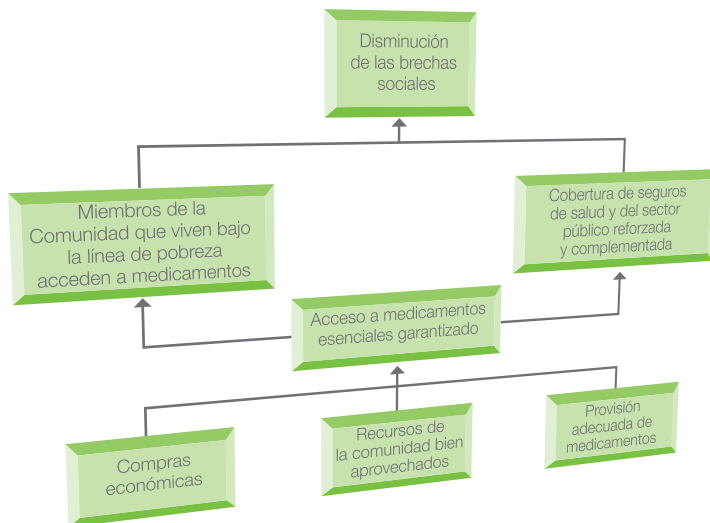
Un equipo de voluntarias específicamente creado está abocado a la recaudación de medicamentos, especialmente aquellos incluidos en el vademécum del Banco. Trabajan con listados de médicos y laboratorios, realizando llamados telefónicos, explicando la misión y la tarea del Banco Comunitario, y haciendo el pedido de los medicamentos que se necesitan. Para cerrar el circuito, un voluntario del grupo retira del consultorio médico y/o laboratorio la donación correspondiente.

En resumen, el ciclo del medicamento en el Banco Comunitario de Medicamentos Refuot comienza con la identificación de necesidades, la provisión a esas necesidades, su control y la retroalimentación a través de las donaciones, de las que surge parte de la medicación que se distribuye.



Evaluar el diseño y funcionamiento del Banco Comunitario de Medicamentos Refuot implica, entonces, medir y analizar en qué medida son alcanzados los objetivos y la eficiencia del proceso.

Diagrama 2
Árbol de objetivos



¿ES ADECUADO EL BANCO COMUNITARIO DE MEDICAMENTOS?

A continuación se examina la coherencia y consistencia técnica de las decisiones asumidas por la Fundación Tzedaká para la implementación del Banco Comunitario de Medicamentos Refuot. Siguiendo el esquema lógico anterior, el examen se plantea bajo la forma de tres interrogantes:

- A** ¿Resultan económicas las adquisiciones del Banco Comunitario de Medicamentos?
- B** ¿Son bien aprovechados los recursos de la comunidad?
- C** ¿Resulta adecuada la provisión de medicamentos?

A Los principios básicos que garantizan un aprovisionamiento económico de productos farmacéuticos son cinco¹⁴:

1. Adquisición por Denominación Común Internacional.
2. Limitación de las compras a la lista de medicamentos esenciales.
3. Compras al por mayor y competitivas.
4. Definición de criterios de elegibilidad y control de su cumplimiento por los proveedores.
5. Pedidos de cantidades basadas en estimaciones fiables de necesidades reales.

1. Adquisición por Denominación Común Internacional

Refuot realiza sus adquisiciones de medicamentos utilizando la Denominación Común Internacional o nombre genérico de los productos. Esto le permite evitar precios monopólicos ya que en lugar de haber sólo un producto posible para cada prescripción, se incorporan varios productos (genéricos o similares) y múltiples proveedores.

14. MSH (MANAGEMENT SCIENCES FOR HEALTH). *Managing Drug Supply: The selection, Procurement, Distribution, and use of Pharmaceuticals*. Boston. MSH.Inc. 1997. Página 192.

De esta manera Refuot obtiene ahorros importantes. A modo de ejemplo, uno de los antihipertensivos más solicitados, según marca comercial cuesta en el mercado alrededor de \$ 70, y el mismo principio activo de la marca de menor valor del mercado aprobada por la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología ANMAT, cuesta \$ 5. Este mismo procedimiento trasladado a todas las recetas que se reciben, sumado a los volúmenes de compra, permite economías importantes.

2. Limitación de las compras a la lista de medicamentos esenciales

Dado que el gasto en medicamentos se había incrementado significativamente, y que paralelamente se detectaba que no siempre el medicamento solicitado resultaba el más adecuado para la patología y que no necesariamente debía financiarse la totalidad de lo que se solicitaba, se decidió trabajar sobre el eje de la financiación selectiva de los medicamentos, partiendo de un listado que enumerara cuáles estarían incluidos en la provisión gratuita y cuáles no.

Dicho listado fue confeccionado teniendo en cuenta las patologías crónicas prevalentes, la accesibilidad y el costo de los medicamentos y con criterios de medicina basada sobre la evidencia clínica. Es decir, se seleccionaron aquellos con probada seguridad y eficacia, apuntando a obtener una mejor relación costo, efectividad en base a la mejor evidencia clínica disponible.

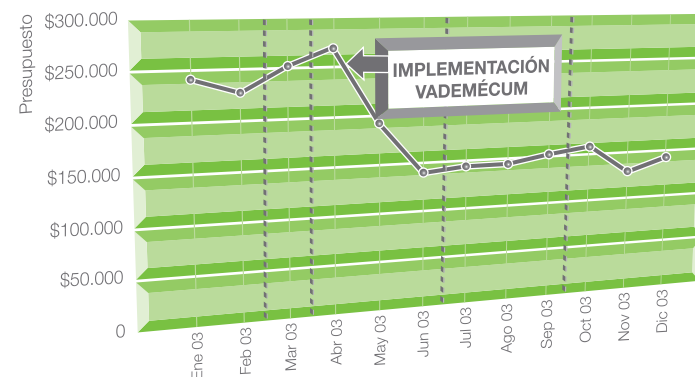
En la elaboración del vademécum intervino un grupo de expertos: médicos farmacólogos, farmacéuticos; abarca más de 20 patologías crónicas y 138 especialidades medicinales diferentes. Con ello se aspiraba a disminuir el gasto en medicamentos y mejorar la calidad de

la prescripción. En el Anexo 1 se incluye el listado de medicamentos adoptado por el Banco Comunitario de Medicamentos Refuot.

Para ello fue necesario un trabajo minucioso con los beneficiarios, quienes presentaban algunos reparos al cambio de medicación por genérico, para asegurarles la calidad de la medicación, y con los profesionales médicos para reorientar sus prescripciones hacia el listado. Con la sanción de la Ley de Genéricos el tema quedó definitivamente morigerado.

En el Gráfico 6 se observa la drástica reducción en el gasto (50%) a partir de la implementación del vademécum, todo ello sin disminuir la cantidad de beneficiarios, ni el radio de cobertura, ni la eficacia de los tratamientos.

Gráfico 6
Ahorro generado por implementación del vademécum



Fuente: Banco Comunitario de Medicamentos, Fundación Tzedaká

3. Compras al por mayor y competitivas

Si se toma como base la cantidad de medicamentos entregados y el valor que se pagó por ellos, el Banco Comunitario sólo en el año 2003 transfirió a los 10.505 beneficiarios atendidos en ese año algo más de \$ 2.000.000.

Pero si se parte del precio de esos medicamentos en las farmacias minoristas (comerciales), es decir el monto que los beneficiarios del Programa hubieran debido pagar por ellos de no existir el Banco Comunitario de Medicamentos, la transferencia asciende a algo más de \$ 5.000.000.

En el Gráfico 7 queda reflejada la eficiencia del programa, obtenida gracias a la gestión de compras y donaciones utilizadas en las entregas y el traslado directo de este beneficio a la gente, en el 2004. La inversión en ese año fue equivalente a \$ 2.132.766, pero cuando es valorizada a montos de precio de venta al público se calcula que el beneficio transferido equivale a \$ 5.481.723

El Gráfico 8 ilustra esta dinámica para el año 2005. En este caso la inversión fue de \$ 1.043.859 y el monto transferido a los beneficiarios fue equivalente a \$ 3.802.152.

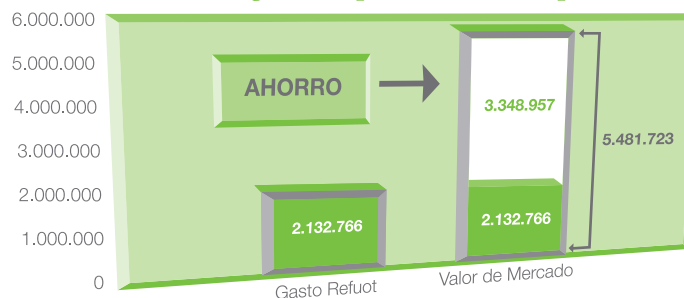
En el año 2006, como se aprecia en el gráfico 9, la inversión fue de \$ 626.822 y el monto transferido a los beneficiarios de \$ 4.451.848.

Como se puede apreciar, el volumen de medicamentos adquiridos disminuye, pero la eficiencia de la transferencia se mantiene. En efecto, en 2003 por cada peso invertido a través de Tzedaká, se transfirió en beneficios un equivalente a \$ 1,9. Al año siguiente, por cada peso

invertido se concretó una transferencia que a valores de mercado equivalió a \$ 2,57. Y en el año 2005 la eficiencia del sistema permitió concretar una transferencia a los beneficiarios que multiplica por 3,64 cada peso invertido.

Gráfico 7

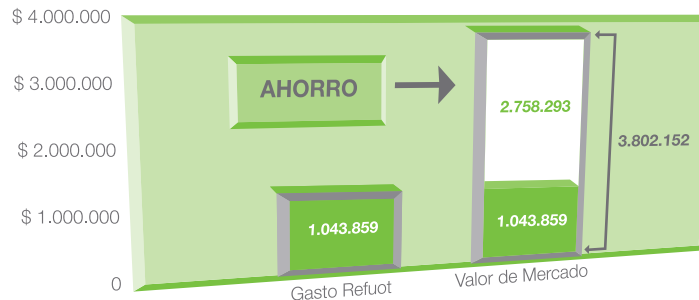
Ahorro generado por eficiencia 2004



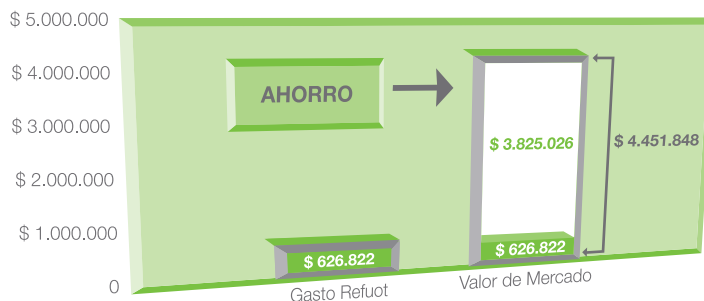
Fuente: Banco Comunitario de Medicamentos, Fundación Tzedaká

Gráfico 8

Ahorro generado por eficiencia 2005



Fuente: Banco Comunitario de Medicamentos, Fundación Tzedaká

Gráfico 9**Ahorro generado por eficiencia 2006**

Fuente: Banco Comunitario de Medicamentos, Fundación Tzedaká

4. Definición de criterios de elegibilidad y control de su cumplimiento por los proveedores

La promoción del acceso a medicamentos como desafío puede presentar una tensión con la garantía de calidad de los tratamientos. En efecto, sin una cuidadosa gestión del cuidado farmacéutico se podría acabar privilegiando la provisión de medicamentos de calidad dudosa. Otro riesgo consiste en dispensar productos que aún siendo de calidad no responden de forma adecuada a la prescripción médica. En ambos casos, además de los riesgos que se incorporan para la salud de los beneficiarios, se generarían gastos en tratamientos adicionales haciendo que el costo de la enfermedad resulte más elevado.

El Banco Comunitario de Medicamentos Refuot hace especial énfasis en estos aspectos. Los medicamentos que el Banco distribuye provienen de dos fuentes diferentes: a) Donaciones y b) Compras. Las primeras pueden provenir de laboratorios, empresas farmacéuticas, o donantes particulares. Por otro lado, las compras de Refuot

se hacen en forma centralizada, lo que permite obtener importantes economías de escala y al mismo tiempo controlar las especificaciones técnicas en términos de requisitos de calidad (como las Buenas Prácticas de Manufactura y si es necesario los estudios de bioequivalencia), de dosaje y tamaño de la presentación.

5. Pedidos de cantidades basadas en estimaciones fiables de necesidades reales

Si bien el proyecto del Banco se inicia en 1999, su concepción fue cambiando adecuándose a nuevas necesidades y posibilidades hasta alcanzar su desarrollo actual, en el que brinda cobertura al 100% de las patologías crónicas de beneficiarios atendidos en más de 60 Centros de Atención Social Solidaria de todo el país.

A través del Banco Comunitario, la Fundación Tzedaká se propuso sistematizar por un lado la recolección de medicamentos y por el otro la demanda, para conocer las reales necesidades de la población, y la entrega de los medicamentos a los solicitantes. En este sentido, uno de los principales aspectos en discusión para el diseño del proyecto era la necesidad de conocer cabalmente la demanda en cantidad y diversidad para avanzar en el análisis de la posibilidad real de dar respuesta. Por ello la primera tarea encarada fue un registro de la demanda a partir del cual se creó un mecanismo que incluía la compra de medicamentos genéricos.

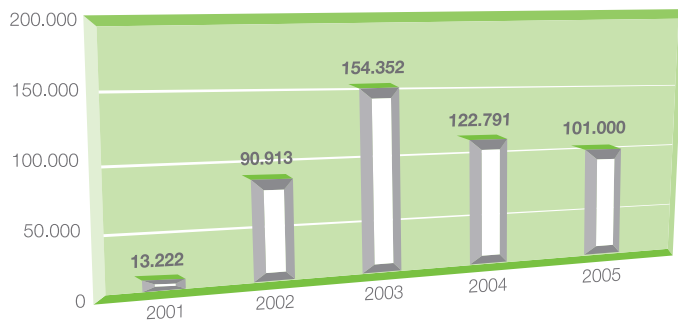
Inicialmente la logística fue diseñada gracias a la intervención de una red de grupos voluntarios de diversas comunidades, situación que facilitó la puesta en funcionamiento del proyecto al igual que la posibilidad de contar con recursos económicos (aunque limitados originariamente) para hacer frente a las compras. Las principales dificultades halladas

fueron la ya comentada falta de registro de la demanda y la imposibilidad de contar con un stock que permitiera dar respuesta inmediata. Una dificultad impensada al inicio fue la renuencia de los beneficiarios a aceptar el medicamento genérico en lugar del recetado por el médico, que hizo necesaria una campaña de concientización a beneficiarios y a médicos.

Para el crecimiento del proyecto fue clave la posibilidad de contar con el financiamiento del American Joint Distribution Committee, que aseguró la continuidad del mismo.

Avanzado el proyecto, y a partir del enorme crecimiento en la demanda registrado a partir de la crisis de 2002, que tiene su pico en abril de 2003 cuando se entregaron más de 16.000 medicamentos (Gráficos 10 y 12), se inicia una nueva etapa en el Banco con la implementación de un vademécum, como una política de racionalización de la demanda para hacer más eficientes los recursos disponibles.

Gráfico 10
Evolución de la cantidad de medicamentos entregados a beneficiarios



Fuente: Banco Comunitario de Medicamentos, Fundación Tzedaká.

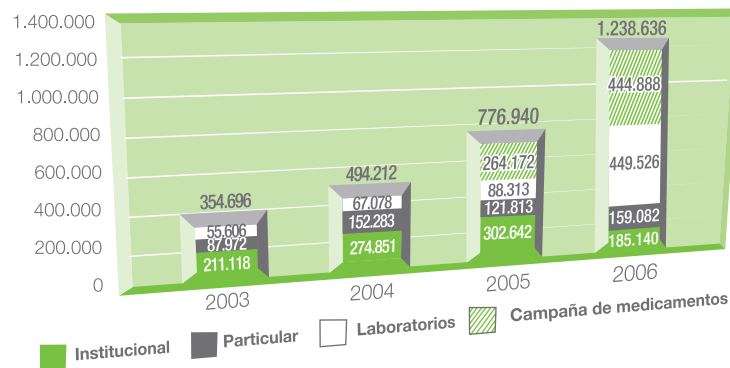
B ¿Son bien aprovechados los recursos de la comunidad?

Una dimensión de la relación con la comunidad está relacionada con la captación de medicamentos. La Argentina es un país productor de medicamentos y está entre los países de la región con mayor capacidad de autoabastecerse de estos productos (sólo un 30% del consumo es de origen importado). Esto involucra un desafío particular para Tzedaká: el de utilizar su red institucional y social para captar medicamentos en la comunidad, procesarlos y luego distribuirlos de forma adecuada.

El Gráfico 11 muestra la evolución y el origen de los medicamentos que Refuot obtuvo como donación. Como puede apreciarse, esta captación ha ido creciendo año a año. Pero no sólo crece el volumen total de productos captados sino que crecen en términos absolutos todos los mecanismos o fuentes para captación de donaciones. A partir de 2005 se implementaron campañas anuales de fomento a las donaciones de medicamentos que permiten incrementar no sólo la captación de productos medicinales sino también la movilización de recursos humanos voluntarios.

Gráfico 11

Recaudación de medicamentos según fuentes



Fuente: Banco Comunitario de Medicamentos, Fundación Tzedaká.

C ¿Resulta adecuada la provisión de medicamentos?

Al referirnos a la provisión involucramos la llegada concreta al beneficiario de forma adecuada y oportuna. De nada sirve una buena selección de qué medicamentos deben ser adquiridos ni una compra eficiente, si estos nunca llegarán a manos de los beneficiarios que los necesitan. Sin embargo, los criterios de provisión involucran al menos dos definiciones centrales, tales como ¿por qué unos medicamentos sí y otros no? ¿Por qué unos beneficiarios sí y otros no?

¿POR QUÉ UNOS MEDICAMENTOS SÍ Y OTROS NO?

Como ya se mencionara, inicialmente por razones de cobertura geográfica, se decidió concentrar las prestaciones del Banco Comunitario

de Medicamentos Refuot en la atención de enfermedades crónicas. Además, y en refuerzo de esta decisión evitando duplicar esfuerzos, se buscó sincronizar las acciones de Tzedaká, como organización de la sociedad civil, con las del Estado, que a través del Ministerio de Salud y Ambiente de la Argentina implementó desde 2002 el Programa Remediar, que provee gratuitamente medicamentos en todos los Centros de Atención Primaria de la Salud. Por su carácter universal se trata del mayor programa de provisión pública y gratuita de medicamentos del mundo¹⁵. Sin embargo, el listado de productos provistos por el mismo resulta limitado en el caso de las enfermedades crónicas. Por su carácter de programa público de Atención Primaria de la Salud, Remediar prioriza la distribución de antibióticos y otros medicamentos para tratamientos materno-infantiles, aunque incluye también algunos productos para tratamiento de la diabetes y la hipertensión arterial.

Con frecuencia, los pacientes crónicos deben realizar controles con especialistas. Es decir, resultan derivados desde el primer nivel de atención al segundo y tercero. El énfasis del Banco Comunitario de Medicamentos Refuot está puesto en esos casos. Por eso se han seleccionado un conjunto de patologías de alta prevalencia entre la población beneficiaria para luego avanzar en la definición del listado de productos seleccionados (vademécum). El Cuadro 2 muestra las 8 principales patologías por cantidad de pacientes.

15. Cf.: TOBAR, Federico. "Políticas para promoción del acceso a medicamentos: El caso del Programa Remediar de Argentina". Nota técnica de discusión de salud 002/2004. Banco Interamericano de Desarrollo. Departamento de Desarrollo Sostenible. División de Programas Sociales. Washington D.C. Enero 2004.

Cuadro 2

Principales 8 patologías que atiende el Banco Comunitario de Medicamentos Refuot. Año 2006.

PATOLOGÍA	BENEFICIARIOS ATENDIDOS		GASTO	
	Cantidad	%	Monto	%
Hipertensión arterial	2.563	24%	\$ 149.982	21%
Hipercolesterolemia	1.347	13%	\$ 94.293	14%
Reuma /patología del dolor	1.292	12%		
Gastritis/úlceras	1.274	12%		
Cardiopatías/Angina de pecho	938	9%	\$ 115.942	17%
Osteoporosis	733	7%	\$ 85.845	12%
Diabetes	612	6%	\$ 74.337	11%
Enf. Trombo Embolítica	590	6%	\$ 46.874	7%
Otras	1.035	10%	\$ 129.967	18%
TOTAL	10.474	100%	\$ 697.240	100%

Fuente: Banco Comunitario de Medicamentos - Fundación Tzedaká.

¿POR QUÉ UNOS BENEFICIARIOS SÍ Y OTROS NO?

Aunque la visión asumida es lograr que todos los miembros de la comunidad judía en la Argentina cuenten con acceso pleno a medicamentos esenciales, la mecánica de provisión debe plantearse prioridades claras. Para ello se han seleccionado los siguientes criterios de inclusión al programa:

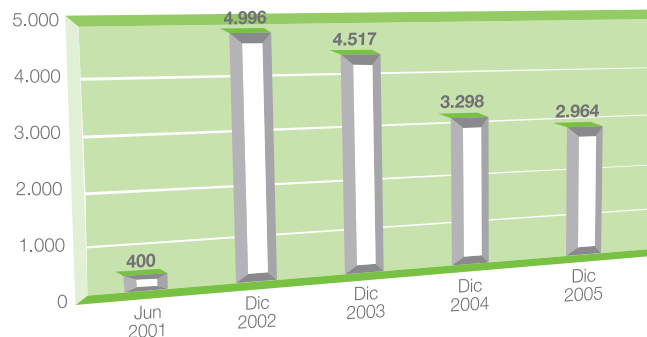
- Ser beneficiario de algún centro asistencial de la comunidad judía.
- Padecer enfermedades crónicas.
- No tener cobertura social.
- Presentar receta médica.

Por otro lado, aunque no se haya definido como criterio, la población beneficiaria está mayormente conformada por adultos mayores. Esto

se debe a que son los principales portadores de enfermedades crónicas degenerativas. El Gráfico 13 presenta la composición según edad de la población beneficiaria. Los mayores de 50 años constituyen el mayor porcentaje de beneficiarios. La composición por género muestra que el 61,3% son mujeres y el 38,7% hombres.

Gráfico 12

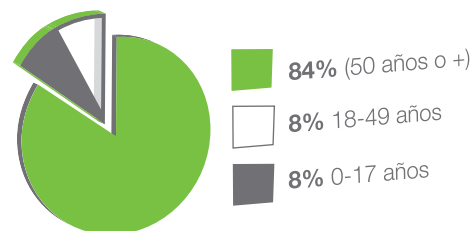
Evolución de la cantidad de beneficiarios atendidos por el Banco Comunitario de Medicamentos Refuot



Fuente: Banco Comunitario de Medicamentos - Fundación Tzedaká.

Gráfico 13

Población atendida por el Banco por edad, en porcentaje



Fuente: Banco Comunitario de Medicamentos - Fundación Tzedaká.



CAPÍTULO

3

¿Cuál es el impacto del Banco Comunitario de Medicamentos Refuot?

Medir el impacto del Banco Comunitario de Medicamentos involucra consideraciones que van más allá del número de población cubierta o de la cantidad de medicamentos adquiridos y provistos. Se trata fundamentalmente de examinar el impacto que las acciones del Banco pueden llegar a registrar sobre la calidad de vida de la población beneficiaria.

La pertinencia del problema en sí ha sido demostrada en el Capítulo 1, de modo que la evaluación debería centrarse aquí en la hipótesis de intervención implementada, que ha sido analizada en el Capítulo 2.

El Banco Comunitario de Medicamentos brinda cobertura a todas las personas de la comunidad judía que viven bajo la línea de pobreza y son identificadas a través de la red asistencial de Tzedaká. Como se ha analizado en el capítulo anterior, sus prestaciones no son arbitrarias y se rigen por criterios razonables y consistentes de inclusión, tanto de beneficiarios como de patologías y productos cubiertos. Por lo tanto, la

cuestión a ser evaluada debería ser si como hipótesis de intervención la respuesta brindada por el Banco Comunitario de Medicamentos Refuot genera mayor impacto social que otras alternativas de acción.

¿POR QUÉ ES MEJOR EL BANCO COMUNITARIO DE MEDICAMENTOS REFUOT QUE REEMBOLSAR EL DINERO DE LOS MEDICAMENTOS ADQUIRIDOS POR LOS BENEFICIARIOS?

La principal hipótesis de intervención alternativa consistiría en brindar subsidios monetarios a la población objetivo para que adquiriera los medicamentos por sus propios medios. Cabe resaltar que como modalidad asistencial, los programas de transferencia de dinero (*cash transfer*) han adquirido creciente importancia entre las modalidades de combate a la pobreza. La mayoría de los países de América Latina cuenta con programas que en general son financiados a través de préstamos del Banco Mundial y del Banco Interamericano de Desarrollo.

Los medicamentos constituyen bienes de consumo masivo con características diferentes a otros bienes. Por este motivo la eficiencia en su adquisición individual es muy inferior a la de su adquisición colectiva.

Además de los motivos vinculados con el uso racional del producto, resultan relevantes los niveles de economía de escala logrados. En otros términos, el dinero transferido a los beneficiarios rendiría mucho menos.

Cuadro 3
Evaluación del impacto del Banco Comunitario de Medicamentos Refuot - Año 2005.

MEDICAMENTOS ENTREGADOS	VALOR TOTAL ANUAL	MONTO POR PACIENTE CUBIERTO
(A) Costo Refuot	\$ 1.345.334	\$ 275
(B) Costo al público	\$ 3.802.153	\$ 777

Fuente. Elaboración propia en base a Banco Comunitario de Medicamentos Refuot y Manual Farmacéutico.

Para verificar esta última afirmación se elaboró el Cuadro 3 en el cual se comparan los resultados de la hipótesis de intervención implementada por el Banco Comunitario de Medicamentos Refuot (A) con la hipótesis alternativa (B) que supone la compra directa por parte del público a través de subsidios. En los montos que representa la cobertura por parte de Refuot no se consideraron sólo las adquisiciones directas, que se restringen a \$ 1.043.859 ó 77,6% del total, sino que se incluyó la valorización de las donaciones obtenidas. Para este cálculo, así como para la estimación de los montos que representaría la adquisición directa por parte de los beneficiarios, se procedió a estimar el precio de los productos a los valores vigentes en el mercado minorista. La diferencia es notable. Los tratamientos brindados por el Banco Comunitario de Medicamentos Refuot, cuya media equivalen a la entrega de 21 medicamentos por beneficiario al año, tienen un costo de \$ 275, pero si se optara por reintegrar el dinero a los pacientes contra entrega de un comprobante de compra los mismos costarían \$ 777.

En otras palabras, el dinero empleado en la provisión de medicamentos a través del Banco Comunitario de Medicamentos Refuot rinde casi tres veces más.

¿CUÁNTO SE AHORRA EN SALUD POR CUBRIR ESTAS ENFERMEDADES?

La provisión adecuada y oportuna de medicamentos para el tratamiento de enfermedades crónicas permite evitar complicaciones, lesiones, muertes, discapacidades y eventos médicos de alto costo. A continuación el análisis se detiene en la enfermedad más relevante (tanto en términos epidemiológicos como económicos) cubierta por el programa: la hipertensión arterial (HTA).

Se trata de uno de los factores de riesgo más importantes para las principales enfermedades cardiovasculares, tales como la enfermedad cerebrovascular y la enfermedad isquémica del corazón. Estas constituyen las primeras causas de muerte prematura en adultos en la Región de las Américas, particularmente en mujeres¹⁶. En la Argentina provocaron en 2001 una tasa de 250 muertes cada cien mil habitantes¹⁷.

La magnitud de la HTA se registra no sólo en su alta prevalencia (se estima que a nivel mundial hay cerca de 1.000 millones de personas afectadas). Sino también por su creciente incidencia que crece casi a un 4% anual esperando que para el año 2025 el 29,2% de la población mundial tendrá HTA¹⁸.

16. OPS. "Enfermedades Cardiovasculares, en Especial la Hipertensión Arterial" 126.a SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO. Washington, D.C., 26 al 30 de junio de 2000. Punto 4.6 del orden del día provisional CE126/13 (Esp.)

17. TOBAR, Federico. "La hipertensión como metáfora". Atención Primaria de la Salud Boletín Proaps Remediar (I) 2. Agosto de 2003. Página 1.

18. En 1994 se estimaba que habían 50 millones de personas con HTA en los Estados Unidos. Sin embargo, de acuerdo a datos del (NHANES III) para el año 2002 ahora son 65 millones de personas, un aumento en la prevalencia de un 31.3%. Cf.: FIELDS LE, BURT VL, CUTLER JA, HUGHES J, ROCELLA E, SORLIE P. "The Burden of Adult Hypertension in the United States 1999 to 2000. A Rising Tide". Hypertension 2004; 44: 398 - 404

Cuando no es tratada, la HTA puede presentar las siguientes complicaciones: encefalopatía hipertensiva, accidente cerebrovascular, angina de pecho, infarto de miocardio, insuficiencia cardiaca congestiva, manifestaciones vasculares periféricas oculares, como edema de papilas, trombosis venosa y obstrucción venosa central, e Insuficiencia renal.

En un análisis de 6.859 sujetos no hipertensos (3.892 mujeres y 2.967 hombres) catalogados como portadores de presión normal alta, Vasan y colaboradores establecen que la incidencia acumulada de enfermedad cardiovascular a los 10 años en todas las personas de 35 a 64 años es de 4,0% para las mujeres y de 8,0% para los hombres y para los sujetos mayores (aquellos de 65 a 90 años) es de 18,0% para las mujeres y 25,0% para los hombres¹⁹. Tales resultados son compatibles con los alcanzados por el Cardiovascular Health Study según el cual se detectaron por medio de resonancias magnéticas infartos silentes mayores a 3 mm de diámetro en el 28% de la población de riesgo²⁰. A su vez, otro estudio, el Framingham Heart ha demostrado que los varones con presión arterial normal alta tienen una incidencia de enfermedad cardiovascular en 10 años de un 10%²¹.

Una reciente publicación que se basa en 3.128 adultos seguidos durante casi 28 años ha demostrado que el impacto de la hipertensión sobre

19. VASAN RS, LARSON MG, LEIP EP, EVANS JC, O'DONNELL CJ, KANNEL WB, LEVY D. "Impact of high-normal blood pressure on the risk of cardiovascular disease". New England Journal of Medicine 2001; 345: 1291-7.

20. LIAO D, COOPER L, CAI J, TOOLE JF, BRYAN NR, RICHARD G, et al. "Presence and severity of cerebral white matter lesions and hypertension, its treatment, and its control: The ARIC Study". Stroke 1996; 27: 2262-2270.

21. FRANKLIN S, KHAN SA, WONG DA, LARSON MG, LEVY D. "Is pulse pressure useful in predicting risk for coronary heart disease? The Framingham Heart Study". Circulation 1999; 100:354-360.

la expectativa de vida es mayor del que se suponía²². Una alta presión arterial a la edad de 50 años supone una pérdida media de 5 años de vida tanto en varones como en mujeres, así como 7 años más de enfermedad cardiovascular, en comparación con personas de la misma edad sin hipertensión.

Bajar las cifras de presión arterial, ya sea por medio de drogas anti-hipertensivas o por cambios en el estilo de la vida, disminuye significativamente la mortalidad y la morbilidad de origen cardiovascular. Para analizar la hipertensión y el uso racional de medicamentos en la Argentina, Ricardo Bernztein partió de una revisión bibliográfica de ensayos clínicos²³. Según este autor, la investigación rdbdomizada más grande conducida hasta el momento fue el denominado estudio ALLHAT (*Antihypertensive and Lipid-Lowering Treatment to Heart Attack Trial*) que siguió un total de 33.357 pacientes mayores de 55 años con hipertensión y por lo menos otro factor de riesgo de enfermedad cardiovascular en 623 centros de salud de Estados Unidos de Norteamérica durante 4,9 años. El objetivo era verificar la efectividad de diferentes tratamientos farmacológicos (clortalidona, amlodipina y lisinopril). Los resultados fueron bastante similares entre las drogas, esto permitió establecer criterios basados en evidencia clínica para uso racional de los medicamentos. Pero la información que nos interesa aquí es que el estudio registró una probabilidad de media de ocurrencia de enfermedad coronaria (EC) entre los pacientes bajo tratamiento del orden del 8,9% y una probabilidad de accidente cerebrovascular (ACV) del orden del 6,3%.

22. FRANCO, Oscar H.; PEETERS, Anna; BONNEUX, Luc; DE LAET, Chris. "Pressure in Adulthood and Life Expectancy With Cardiovascular Disease in Men and Women: Life Course Analysis". *Hypertension*. 46(2):280-286, August 2005.

23. BERNZTEIN, Ricardo. "La hipertensión y el uso racional en Remediar". *Atención Primaria de la Salud Boletín Proaps Remediar (I)* 2. Agosto de 2003. Páginas 4-6.

Considerando la población beneficiaria del Banco Comunitario de Medicamentos Refuot de la Fundación Tzedaká, se detecta que la hipertensión arterial configura la principal patología cubierta con un total de 2.670 beneficiarios, lo cual representa el 28% del total de asistidos. Considerando los niveles de incidencia registrados por Vasan de los principales eventos (*outcomes*) sin tratamiento y los pisos de efectividad de los tratamientos de la hipertensión registrados por el estudio ALLHAT, se puede estimar la cantidad de casos de enfermedad coronaria y de accidentes cerebrovasculares que se evitan a través de la provisión gratuita de medicamentos para esta enfermedad crónica (cuadro 4).

Cuadro 4
Estimación de los eventos evitados a través del tratamiento de la hipertensión entre los beneficiarios del Banco Comunitario de Medicamentos Refuot

Edad	Total	MUJERES		HOMBRES		EVENTOS EVITADOS	
		Cant.	Incid.	Cant.	Incid.	EC	ACV
35-64	559	317	0,04	242	0,08	29,2	32,0
> de 65	2.111	1.258	0,18	853	0,25	400,7	439,7
TOTAL	2.670	1.575		1.095		429,9	471,7

Fuente: Elaboración propia en base a datos de Tzedaká, Vasan et al. (2001) y Bernztein (2003)

El costo promedio del tratamiento de la enfermedad coronaria considerando una intervención como un by pass, a los valores que los seguros de salud (obras sociales y prepagas) pagan en la Argentina a sus prestadores, equivale a unos 15.000 pesos (U\$S 5.000). Mien-

tras que en el tratamiento del ACV se pueden considerar desde intervenciones moderadas (sólo farmacológicas) hasta cirugía cerebral a cielo abierto o, más probablemente, por cateterismo. Para arribar a una estimación del costo medio por ACV, se consideró que un tercio de los casos tienen costos bajos (\$ 9.000) ya que sólo requieren internación, estudios de diagnóstico por imagen, farmacoterapia con anticoagulantes y/o antiagregantes y rehabilitación kinisiológica *post stroke*; otro tercio de los casos requiere intervenciones con mayor tiempo de internación e involucra angiografías digitales a un costo medio de \$ 12.000, y por último, otro tercio involucra cirugías a cielo abierto o por cateterismo aun costo medio de \$ 18.000. Esto involucra un costo medio estimado de alrededor de \$ 12.987 por ACV.

Cabe observar que se están considerando aquí sólo costos directos de los eventos y en un sentido restringido. Es decir, no se consideran los costos vinculados a la sobrevivida con discapacidad ni se han valorizado en términos monetarios las pérdidas de vidas humanas.

Si se multiplican estos costos por la cantidad de eventos evitados estimados en el Cuadro 4, se consigue una estimación de los gastos totales que la sociedad en su conjunto se evita. Estos ascienden a casi 6,5 millones de pesos en enfermedad coronaria y a 6,1 millones en Accidentes Cerebrovasculares y suman \$ 12,6 millones (cuadro 5).

Cuadro 5

Ahorros generados para la sociedad por el tratamiento de la hipertensión arterial provisto por Tzedaká a sus beneficiarios

	COSTOS \$	GASTOS \$
Tratamiento HTA	275	734.471
Tratamiento EC	15.000	6.448.900
Tratamiento ACV	12.987	6.126.358
Gastos evitados total		12.575.258
Razón Costo beneficio		17,1

Fuente: Elaboración propia en base a cuadro 4 y a datos provistos por la Asociación de Empresas de Medicina Prepaga.

Pero como el tratamiento del hipertensión arterial dispensado por el Banco Comunitario de Medicamentos Refuot también tiene un costo, lo correcto para estimar el ahorro es calcular la razón costo, beneficio entre ambos costos (el del tratamiento de la hipertensión –afrontado por Refuot versus el de los eventos evitados –que serían afrontados por diversos financiadores–). Para ello se consideró el gasto anual en medicación antihipertensiva, que asciende a \$ 149.892, el cual dividido por la cantidad de beneficiarios atendidos representa un costo anual por paciente tratado de sólo 56 pesos. Sin embargo, como los datos de efectividad considerados provienen de un estudio que consideró un período de 4,9 años, fue necesario multiplicar estos valores por ese valor. Esto significó un costo total de \$ 734.471. La razón entre este valor y el costo de los eventos evitados es de 17,1.

En conclusión, cada peso invertido por Tzedaká en el tratamiento de la hipertensión arterial de sus beneficiarios equivale a 17,1 pesos que éstos, el Estado y los aseguradores deberían afrontar sin tratamiento.





CAPÍTULO

4

Conclusiones

¿ES ADECUADO MANTENER UN PROGRAMA DE PROVISIÓN GRATUITA DE MEDICAMENTOS?

Sí, lo es. El acceso a medicamentos esenciales para el tratamiento de enfermedades crónicas constituye un problema social relevante en la Argentina. La crisis social, económica y sanitaria fue superada y el Estado implementó políticas nacionales imprescindibles para el problema del acceso a medicamentos. Sin embargo, el aumento de las brechas sociales, el consecuente empobrecimiento y exclusión de determinados sectores y el aumento de los costos que generan a largo plazo las enfermedades crónicas configuran una encrucijada para la cual las respuestas del Gobierno y de la seguridad social no resultan suficientes. Es en ese contexto que se encuadra la misión del **Banco Comunitario de Medicamentos Refuot**, apuntando a garantizar el acceso a medicamentos esenciales para la comunidad judía en la Argentina, pero concentrándose en personas viviendo por debajo de la línea de pobreza y con enfermedades crónicas.

¿ES COHERENTE EL DISEÑO E IMPLEMENTACIÓN DEL BANCO COMUNITARIO DE MEDICAMENTOS?

Si lo es. Además de la consistencia técnica en las decisiones que lo fundamentan, en el diseño e implementación del **Banco Comunitario de Medicamentos Refuot** se han asumido cuatro compromisos básicos:

- a) Compromiso con la calidad de la prestación.
- b) Compromiso con la eficiencia en el uso de los recursos.
- c) Compromiso con la movilización adecuada de los recursos comunitarios disponibles.
- d) Compromiso con la transparencia de las acciones.

¿CUÁL ES EL IMPACTO DE REFUOT SOBRE LA CALIDAD DE VIDA DE LOS BENEFICIARIOS?

El impacto del **Banco Comunitario de Medicamentos Refuot** sobre la calidad de vida de sus beneficiarios se puede registrar sobre dos dimensiones:

a) Contribuye a mejorar la salud de sus beneficiarios y b) alivia la pobreza.

a) Garantizar el acceso a través de un esquema adecuado de gestión de suministros y una dispensación oportuna de medicamentos permite reducir la incidencia de enfermedades y fundamentalmente evitar su agravamiento. Solamente en el caso de la hipertensión arterial, la más importante de las enfermedades combatidas por Refuot tanto en términos epidemiológicos como económicos, las acciones de Refuot consiguen evitar alrededor de 430 casos de enfermedad coronaria y 472 accidentes cerebro vasculares al año. En otras pala-

bras, Refuot reduce la enfermedad y la muerte y prolonga la expectativa de vida de sus beneficiarios.

b) Los beneficios generados por Refuot también pueden ser medidos en términos de la transferencia de recursos que realiza en favor de la población beneficiaria. La eficiencia en su funcionamiento permite que por cada peso (o dólar) destinado al programa, se consiga una transferencia equivalente a casi tres pesos (o dólares) a los beneficiarios.

¿CONSTITUYE REFUOT UNA RESPUESTA EFICIENTE FRENTE A LAS NECESIDADES DE SUS BENEFICIARIOS?

Refuot no sólo constituye una respuesta eficaz sino también eficiente. En otras palabras, no sólo reduce la enfermedad y combate la pobreza sino que lo hace a bajo costo.

Un análisis centrado en la principal patología cubierta por el programa demuestra que por cada peso (o dólar) destinado al programa se ahorran poco más de 17 pesos (o dólares) en medicamentos y prestaciones que hubieran sido necesarios para tratar las complicaciones de dicha enfermedad.

¿ES REPLICABLE EL MODELO DE REFUOT?

Sí, lo es. Porque su éxito se basa, en gran medida, en el desarrollo técnico de un modelo de gestión de suministros. Pero al mismo tiempo, porque la gestión profesional complementa pero no sustituye al trabajo voluntario y a los aportes legítimos de la comunidad comprometida con la salud de los más vulnerables.



ANEXO

1

Vademécum que rige la actividad del Banco Comunitario de Medicamentos de la Fundación Tzedaká

ACCION TERAPÉUTICA	MONODROGA
Antihipertensivo	Atenolol (1) Candesartan Cilexetilo (2) Enalapril (1) Hidroclorotiazida (1) Losartan (2) Metildopa (3) Metoprolol (2) Telmisartan (2) Amlodipina (2)
Diurético	Furosemida (1) Hidroclorotiazida (1)
Antianginoso Antiarrítmico Betabloqueante Vasodilatador Coronario	Verapamilo (1) Amiodarona (1) Diltiazem 60 (1) Diltiazem Ap/Cd (1) Isosorbide 5-Mononitrato (1) Molsidomina(2) Nadolol (1) Propranolol (1) Flecainida (1) Propafenona (1) Bisoprolol (1) Carvedilol (2) Isorbide Dinitrato (1)
Anticonvulsivo Antiepiléptico	Carbamazepina (1) Carbamazepina Lc (1) Difenilhidantoína (1)

ACCIÓN TERAPÉUTICA	MONODROGA	ACCIÓN TERAPÉUTICA	MONODROGA	ACCIÓN TERAPÉUTICA	MONODROGA
	Divalproato Sodico (1) Etosuximida (2) Gabapentin (2) Lamotrigina (2) Oxcarbazepina (1) Valproato Mg (1) Valproico Acido (1)		L.Dopa+Benseraz (1) L.Dopa+Carbidopa (1) L.Dopa+Carbidopa Ap (1) Pergolide (2) Pramipexol (2) Selegilina (2) Bromocriptina (1)	Tiroidismo	Levotiroxina (1) Triyodotironina (1) Triyodotironina+Levotiroxina (1) Metimazol (1)
				Leches Medicamentosas	Ensure Plus Líquido / Polvo (1)
Hipoglucemiante Oral Diag. Glucemia Diag. Glucosuria Prosecretor de Insulina	Clorpropamida (2) Glibenclamida (1) Glicazida (2) Glipizida (2) Metformina (1) Pioglitazona (2) Roziglitazona (2) Tiras React.Colorimétricas Glucemia (1) Tiras React.Colorimétricas Glucosuria (1) Nateglinida (2) Glimepirida (2) Repaglinida (2)	Antiprostático Descong Prostático	Doxazosin (2) Finasteride (1) Terazosin (1) Serenoa Repens (1)	Antibiótico	Penicilina Amoxicilina (Sólo Cuando Está Indicado Para Trat. Crónico)
		Calcioterápico Antiosteoporótico Regenerador Oseo	Calcio (1) Calcio Carb. + Vit. D (2) Calcio Carb. + Fluor (2) Alendronato 10 (1) Glucosamina Sulfato (Sobres) (2)	Antimicótico	Metronidazol Compr./Óvulos (2) FLUCONAZOL 150 (2)
		Antiulceroso	Omeprazol 20 Mg (1) Ranitidina 300 (1) Susp.Antiácida (1) Sucralfato (1)	Antimicótico Tópico	Clotrimazol (1)
		Antivertiginoso	Dimenhidrinato (1)	Crema Antiinflamatoria	Betametasona+Gentamina+Asoc. (1)
Anticoagulante Antiagreg.Plaquetario Antiagreg. Plaq/Antitrom	Acenocumarol (1) Warfarina (1) Ticlopidina (2) Aspirina 0,1 (1) Trifusal (2) Clopidogrel (2)	Hipolipemiante	Lovastatin (1) Atorvastatina (1) Gemfibrozil (2)	Antidiarreico	Loperamida (1)
		Antigotoso	Allopurinol 300 (1) Colchicina (1)	Antihistamínico	Loratadina (1)
Antiasmático Broncodilatador	Budesonida (1) Montelukast (2) Salbutamol+Beclometasona (1) Salmeterol (1) Budesonida+Formoterol (2) Fenoterol (1) Ipratropio Br. (1) Salbutamol (1)	Antigotoso	Allopurinol 300 (1) Colchicina (1)	Antiemético	Ondasetron (2) Metoclopramida Comp./Gotas (1)
		Antigotoso	Allopurinol 300 (1) Colchicina (1)	Antihemorroidal	Lidocaina+Fenilefrina+ Betametasona Crema (1)
		Inhibidor de Prolactina	Cabergolina 0,5 Mg (1)	Antiinf./Antipirético/ Analgésico	Diclofenac 50-75 / Gel (1) Paracetamol (1) Ibuprofeno 400 / Susp. (1)
Antiparkinsoniano Antipark./Inhib.Prolactina	Biperideno (1) Entacapona (2)	Antigotoso	Allopurinol 300 (1) Colchicina (1)	Antianémico	Fumaratode Hierro + Asoc./ Sulfato De Hierro (1) Hierro Ampollas (2) Sulfato Hierro Sol. (1)
		Inhibidor de Prolactina	Cabergolina 0,5 Mg (1)	Polivitamínico	Asociación de Vitaminas (1) Vit.A + C + D Gotas (1)
				Antipsoriático	Acido Salicílico + Coaltar + Betametasona Loción (1)

Requisitos: (1) Receta común, según las normativas establecidas. (2) Las recetas deben ser acompañadas de historia clínica que justifique el pedido indicado. (3) Sólo en caso de embarazo.



Si querés conocer más acerca de nuestros Programas Sociales ingresá a:
www.tzedaka.org.ar

El **Banco Comunitario de Medicamentos** es un programa de la **Fundación Tzedaká** con financiamiento parcial del American Joint Distribution Committee y el apoyo del Club Náutico Hacoaj, en cuya sede funciona el Banco. El apoyo de un importante número de voluntarios que trabaja en forma conjunta con el equipo profesional, y de cientos de donantes particulares, laboratorios, médicos y personas sensibles resulta fundamental para la tarea de llevar alivio a miles de enfermos crónicos en todo el país.

Para contactarse con el Banco:

refuot@tzedaka.org.ar

Estado de Israel 4.156, 3º piso.

Tel.: 4863-2121 Int: 130.

Tzedaká significa

Justicia y Solidaridad.

Es la restitución a un semejante de su derecho a vivir con dignidad.



Impreso: septiembre de 2007. Edición: Fundación Tzedaká.



Tzedaká

Fundación de la Comunidad
Judeo Argentina

Av. Santa Fe 1821, piso 3, C1123AAA, Buenos Aires, Argentina.
info@tzedaka.org.ar - www.tzedaka.org.ar