

BRECHAS ENTRE LA PRESCRIPCIÓN DE ANTIHIPERTENSIVOS Y EL CONTROL DE LA HIPERTENSIÓN EN ADULTOS MAYORES DE LOS CAPS DEL CONURBANO BONAERENSE.
GAPS BETWEEN PRESCRIPTION OF ANTI-HYPERTENSIVE AND HYPERTENSION CONTROL IN OLDER ADULTS OF BUENOS AIRES SUBURBS.

Enrique R. Soriano, Adriana R. Dawidowski, Natalia Pereiro, Valeria I. Aliperti, Soledad Aragone, Isabel Abramovich, Silvana B. Figar.

Resumen:

Antecedentes El programa Remediar cubre el 80% de las patologías más prevalentes con medicación que se entrega en los centros de atención primaria del país (CAPS) en donde la prevalencia de hipertensión arterial es de 77% en mayores de 65 años.

Objetivo Describir el tratamiento farmacológico, evaluar su adecuación y comprender las necesidades y barreras, en pacientes hipertensos beneficiarios del programa Remediar.

Materiales y Métodos Triangulación cuali-cuantitativa: se realizó un estudio de corte transversal con revisión de Historias Clínicas (HC) y entrevistas en profundidad (entre diciembre/2008 y febrero/2009) en pacientes hipertensos mayores a 65 años y personal en CAPS del Gran Buenos Aires. Se evaluó la prevalencia de: tratamiento adecuado (TTA), Indicación Adecuada según Guías (IAG), y Control Óptimo (CO)

Resultados CAPS seleccionados: Moreno, Tigre, Lomas de Zamora, Lanús y San Isidro. Se registraron las prevalencias de: TTA 10,2% (IC 95% 6,7-15,1), IAG 84,8% (IC 95% 80-89), CO 11,6% (IC 95% 7-16) (todos los pacientes) y CO 35,71% (IC 95% 24,9-48,1) (pacientes con TA registrada en el último año). La prescripción registrada de Enalapril fue de 82%. Se identificó falta de registro en HC.

En el estudio cualitativo, los entrevistados manifestaron dificultades para acceder al tratamiento, falta de medicamentos y existencia de circuitos alternativos para conseguirlos. Tanto personal como pacientes enfrentan barreras generadas por Remediar y los CAPS.

Conclusiones Se observó bajo grado de control de TA, aún con prescripción adecuada; registro deficitario en las HC y dificultades para acceder y sostener el tratamiento, explicados por una problemática multifactorial.

Palabras claves: tratamiento antihipertensivo, programa remediar, hipertensión, barreras al tratamiento antihipertensivo.

Abstract:

Background Medications delivered to primary care centers (PCC) all over the country through the Remediar program (RP) covers 80% of the most prevalent diseases. Among them, the prevalence of hypertension is 77% of 65 years or older .

Objective To describe the pharmacological treatment and its appropriateness, and to understand needs and barriers among hypertensive beneficiaries of RP at Buenos Aires suburbs.

Hospital Italiano de Buenos Aires. Sección de Reumatología. Sección de Epidemiología. Servicio de Clínica Médica. Departamento de Medicina.

Juan D. Perón 4190, (C1181ACH) Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Argentina.

Teléfono: 49590200 int. 5398

e-mail: enrique.soriano@hospitalitaliano.org.ar

Method Qualitative-quantitative triangulation: cross-sectional study with revision of medical records (MR) and in-depth interviews between December/2008 and February/2009 to hypertensive patients of 65 years or older and CAPS's staff. Prevalence of correct treatment (CT); appropriate Indication (AI); Optimal control (OC) were analyzed

Results The following PCCs were selected: Moreno, Tigre, Lomas de Zamora, Lanus and San Isidro. Prevalence of: CT: (10.2%; 95%CI 6,7-15,1); AI: (84.8%; 95% CI 80-89), and OC: 11,6% (95%CI 7-16) and OC among patients with good registry: 35.7% (95%CI 24,9-48,1). Eighty two % of patients received a prescription for enalapril. Deficient registry was detected in MR.

Interviewees expressed difficulties in accessing treatment, lack of medication and use of alternative circuits to get them. Both, staff and patients were exposed to barriers generated by CAPSs and RP. Conclusions A low degree of blood pressure control was observed, even with adequate prescription. Multifactorial problems explain several barriers to access and maintain hypertension treatment.

Key word: hypertension treatment, RemediAR Program, hypertension, complications to accessing hypertension treatment

Introducción

El Ministerio de Salud de la Nación desde el año 2002 implementó el Programa de Atención Primaria de la Salud - PROAPS/RemediAR a través de los establecimientos correspondientes a los Centros de Atención Primaria para la Salud (CAPS).

El principal objetivo de este programa es aumentar la cobertura, promover la equidad y mejorar las condiciones de salud de la población a través de la provisión de medicamentos, cubriendo el 80% de las patologías más prevalentes con medicación que se entrega en todos los CAPS del país. [1]

RemediAR considera el uso racional de medicamentos como parte esencial de la calidad de la atención de salud brindada a la comunidad. [1] El uso racional implica la prescripción adecuada o racional, incluye la educación en farmacología por parte del profesional de la salud, la dispensación del medicamento correcto en relación al prescripto y la adhesión del paciente a la medicación. [1]

En Argentina la prevalencia de hipertensión arterial (HTA) estimada es de 77% en mayores de 65 años [2], y los análisis realizados a partir de las bases de datos de RemediAR indican que el 9% de los diagnósticos corresponden a esta patología, ubicándose en 2° lugar entre todos los diagnósticos realizados [3-4]. Para tratar esta patología el botiquín de medicamentos de Re-

mediAR incluye Enalapril, Atenolol, Furosemida e Hidroclorotiazida, siendo el primero de ellos el que se encuentra en el 5° lugar entre los fármacos entregados por RemediAR [5].

En la presente investigación se evaluó la adecuada utilización de los medicamentos provistos por RemediAR en el tratamiento de la hipertensión arterial en adultos mayores y los posibles determinantes que dificultan el mismo. Este estudio se enmarca dentro del concepto de monitoreo como parte de la estrategia planteada para lograr el uso racional de medicamentos [6].

Objetivos

Describir el tratamiento farmacológico que reciben los pacientes hipertensos iguales o mayores de 65 años beneficiarios del programa RemediAR que acuden a los CAPS; determinar el grado de control de la hipertensión, la adecuación de este tratamiento según las guías de práctica clínica y comprender las necesidades y barreras relacionadas con la atención médica.

Materiales y Métodos

Se realizó un estudio por triangulación de datos cuantitativos y cualitativos. La recolección de datos se realizó entre Diciembre del 2008 y Febrero del 2009, en CAPS del Gran Buenos Aires (GBA) Población de estudio: pacientes hipertensos iguales o mayores a 65 años de edad que concurren a los CAPS. Definición hipertenso: diagnóstico de hipertensión arterial, indicación de tratamiento antihipertensivo, y/o al menos un valor de tensión arterial (TA) mayor a 140/90 mmHg.

registrado en la Historia Clínica (HC). Médicos de atención primaria; personal de enfermería y administrativos que atienden en los CAPS. Se dividieron en quintiles los partidos del GBA de acuerdo al porcentaje de los hogares con necesidades básicas insatisfechas (NBI) [7]. Se seleccionó por conveniencia un CAPS por cada quintil de NBI, bajo el supuesto que los diferentes estratos de NBI se corresponden con diferentes niveles de servicios de salud.[8]. Por confidencialidad no se menciona el CAPS analizado de cada quintil. Para caracterizar los CAPS se utilizó una Ficha de relevamiento estructurada.

Análisis cuantitativo: Revisión manual de HC: Se registraron como variables clínicas: edad; sexo; último registro de TA en el último año y previos al último año; registro de indicación médica de Enalapril, Atenolol, Hidroclorotiazida, Furosemida, Aspirina y comorbilidades. Para analizar si la prescripción era adecuada se construyeron las siguientes variables dicotómicas: Control Óptimo (CO): presentar entre todos los controles de TA del último año al menos uno menor de 140-90 mmHg, o tener una disminución de más del 20% entre dos controles [TA del año del estudio y del año previo]. Se consideró no óptimo (peor escenario) la ausencia de registro en el año de estudio.

Indicación Aceptada por las Guías (IAG): definida por expertos, se ajustó según guías, patología y botiquín de Remediar [9] [10]. **Tratamiento Adecuado (TTA):** presentar tanto CO como IAG. El tamaño muestral de HC fue 250 considerando una prevalencia de tratamiento farmacológico adecuado del 25% y una precisión del 8%. En cada CAPS se seleccionaron al azar las primeras 50 HC que cumplían los requisitos. Para el análisis estadístico se analizó la prevalencia con su IC 95% de CO, IAG y TTA. Se expresaron las variables continuas como media y desvío estándar y se compararon por ANOVA. Las variables categóricas se expresaron como proporciones e intervalos de confianza del 95% y se compararon por test de Chi cuadrado mediante STATA versión 8.0.

Análisis cualitativo: Se realizaron entrevistas en profundidad a la población de estudio presente en el CAPS, fueron audio-grabadas y realizadas por 4 entrevistadores. Se definió al paciente hipertenso a aquel que se auto-definiera como tal,

que refiera tomar medicación para la presión arterial o haber tenido presión alta. Se indagó en las necesidades y barreras percibidas al tratamiento de la hipertensión: solicitud, prescripción, retiro y entrega de la medicación; creencias del tratamiento farmacológico y la experiencia con Remediar. Se entrevistó a médicos, enfermeros, administrativos y empleados de farmacia. Se indagó en la gestión de Remediar; disponibilidad de medicamentos para la hipertensión, características de los beneficiarios y adherencia al tratamiento. Se resguarda la confidencialidad de los entrevistados. Para caracterizar a los CAPS se realizó una observación y se completó una ficha de relevamiento estructurada.

Se segmentaron las desgrabaciones según dimensiones predefinidas y emergentes. Para la interpretación de los resultados se triangularon las categorías cualitativas con el resto de los datos.[11].

Resultados

En el muestreo se seleccionaron los CAPS de Moreno, Tigre, Lomas de Zamora, Lanús y San Isidro (Quintil 1 a 5 respectivamente, siendo 1 el nivel más alto de NBI). Los mismos presentaron gran diversidad en cuanto a infraestructura, recursos humanos y servicios que prestan (Tabla I). Todos, excepto un CAPS, tienen estacionamiento y están cercados con rejas. Cuatro CAPS brindan atención durante la mañana y la tarde, uno atiende sólo de mañana y 2 tienen además guardia las 24 hs.

Revisión manual cuantitativa de HC

En los CAPS correspondientes a los quintiles 1°, 2° y 3° se pudo acceder a las HC libremente. En el CAPS del 4° quintil se revisaron todas las HC del servicio de medicina general, encontrándose solo 25 pacientes hipertensos y no se tuvo acceso a las HC de los otros servicios. En el CAPS del 5° quintil no se pudo acceder libremente a las HC, éstas fueron preseleccionadas por el personal del centro.

Características de la población y del registro de la HC: La edad media fue de 70.8 años (DS 5.5), 75.6% sexo femenino, encontrándose diferencias entre los CAPS (Tabla II). Es evidente la falta de registro en las HC en los CAPS del 1° y 3° quintil. Se observaron diferencias significativas entre los CAPS en cuanto al registro de diabetes (prevalencia total 24,4%), dislipidemia

Tabla I. Características de Infraestructura, servicios y recursos humanos de los CAPS

CAPS según Quintil de NBI	1	2	3	4	5
Infraestructura					
Estado edilicio	Malo	M. Bueno	Malo	Regular	M. Bueno
Aspecto de la sala de espera	Malo	M. Bueno	No posee	Malo	M. Bueno
Cantidad de consultorios	6	8	2	5	16
Guardia	si	si	No	no	no
Ambulancia	si	si	No	si	no
Farmacia	no	si	No	si	si
Area administrativa independiente	si	si	No	si	si
Nº de baños publico y privados	4	12	2	2	17
Personal (n)					
Médicos clínicos	3	4	1	3	7
Nº de especialidades médicas	5	4	1	4	3
Personal administrativo	5	5	1	1	7
Personal de limpieza	si (3)	si	-	si	si (4)

Datos provenientes de ficha de relevamiento. Malo: ambiente sin luz, ventilación, bancos inapropiados, falta de limpieza. M. Bueno: ambiente iluminado, con ventilación, bancos apropiados, limpieza adecuada. No posee: ambiente multifuncional.

(prevalencia total 40,6%), vasculopatía periférica, sobrepeso, hipertrofia y disfunción ventricular y disfunción renal. Solo en el CAPS del 5° quintil se registraron resultados de rastreo (screening) para enfermedad de Chagas.

Tratamiento adecuado (TTA): se resumen los resultados de CO e IAG en la tabla III. Solo el 10,2% (IC 95% 6,72-15,12) de los pacientes evaluados presentó tanto CO como IAG. Las prevalencias de IAG son altas y superan en todos los casos el 75%, sin embargo la prevalencia de CO no llegó al 20% al considerar a los pacientes que no tienen registros de TA en la HC como tratamiento no óptimo (peor escenario). La prevalencia de CO asciende a 35,71% (IC 95%: 24,87-48,13) considerando solamente los pacientes

con registro en la HC de TA en el último año (n = 70; 31%). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los CAPS en cuanto al CO y a la IAG. Teniendo en cuenta todos los CAPS la prevalencia de registro de TA en la HC es de 47,8%.

En todos los centros más del 70% de los pacientes tienen registro de prescripción de Enalapril. En el CAPS del 3° quintil las prescripciones de Enalapril y de Atenolol fueron significativamente más bajas y no hubo ningún registro de prescripción de Aspirina (Tabla III).

Los pacientes con registro en la HC de combinación de clases de drogas antihipertensivas no se relacionó con registro de TA en el último año (p 0,659) ni en años previos (p 0,748). Tampoco se

Tabla II Registro de las características basales de los pacientes de los CAPS

Características basales	CAPS correspondiente a cada quintil según NBI					p valor
	1	2	3	4	5	
Sexo masculino n (%)	23(46)	10(20)	21(42)	5(20)	252 (44)	0,013
Edad media (ds)	72,3 (6,1)	0,7 (5,4)	72,1(6)	71,8 (4,8)	67,2 (1,9)	
Variables registradas *	27%	63%	4,50%	50%	72%	0,00

**Diabetes, vasculopatía periférica, sobrepeso, dislipidemia, hipertrofia ventricular, disfunción ventricular, disfunción renal, enfermedad de Chaga, infarto de miocardio, angina de pecho, arterosclerosis asintomática, tabaquismo, insuficiencia cardiaca, accidente cerebro vascular, proteinuria, insuficiencia renal crónica, fibrilación auricular, angioplastia y cirugía de revascularización

Tabla III: Control óptimo e indicación adecuada por las guías y drogas indicadas en los CAPS

Variables % (IC95%)	CAPS correspondiente a cada quintil de NBI					total	P Valor
	1	2	3	4	5		
CO	14(6-27)	14(6-27)	2(0,1-12)	16(5-37)	12(5-25)	11(7-16)	0,223
CO en pacientes con TA registrada	53,8 (26-79)	43,7 (20-61)	20 (1-70)	44,4 (15-77)	22,2 (9-42)	35,7 (25-48)	0,259
IAG	88(75-95)	87(72-93)	76(61-68)	80(58-92)	94(82-98)	85(80-89)	0,118
Registro en la HC de tensión arteria % (IC95)							
Durante el último año	26(15-40)	32(20-49)	10(4-22)	36(18-57)	54(39-68)	31,6(18-41)	0,00
Previa al último año	74(59-85)	56(41-69)	52(37-66)	92(72-98)	56(41-69)	66(57-72)	0,003
Registro en HC de tratamiento % (IC95)							
Enalapril	92(80-97)	92(80-97)	70(55-80)	72(50-87)	82(68-91)	81,6(68-95)	0,008
Atenolol	24(13-28)	44(30-58)	6(1,5-17)	24(10-45)	18(9-32)	23,2(10-40)	0,00
Hidroclorotiazida	16(7-29)	20(10-34)	20(10-34)	52(31-71)	20(10-34)	25,6(20-40)	0,007
Furosemida	12(5-25)	18(9-32)	12(5-25)	4(0,2-22)	8(2,6-20)	10,8(6-16)	0,397
Aspirina	8(2,6-20)	12(5-25)	0/0	52(31-71)	14(6-23)	17,2(5-40)	0,00

CO: control óptimo, IAG: indicación adecuada por las guías, TA: tensión arterial; HC: historia clínica

relacionó con el CO de la TA (p 0,553). Se pudo observar una asociación entre el número total de drogas que consume cada paciente y la IAG (p 0,000). No se observó diferencia entre ambos sexos en lo que respecta a la combinación de drogas para la hipertensión (p 0,877).

Análisis cualitativo

Se entrevistaron 19 pacientes (edad media 64,5 SD 5,5; 58% femenino). Se encontraron pocos pacientes elegibles por lo que se entrevistaron a mayores de 60 años, en un CAPS no hubo pacientes elegibles. Se entrevistaron 6 médicos (3 clínicos, 1 residente, 2 de guardia), 83% femenino, 83% con menos de 2 años de antigüedad en el CAPS, ninguno reside en el área del CAPS. Del personal no médico 5 (2 enfermeros, 1 administrativo, 1 personal de farmacia, todos viven en el área del CAPS, también se entrevistó 1 trabajador social).

Se identificó que cada persona, tanto personal como pacientes, que interviene en el circuito de la medicación en el CAPS enfrenta diferentes barreras para acceder al tratamiento antihipertensivo generadas tanto por el programa Remediar como por los CAPS.

En lo que respecta a las necesidades percibidas se identificaron en los pacientes diferencias en las creencias sobre la hipertensión y su tratamiento, observándose una baja percepción de la

gravedad de la enfermedad (Tabla IV). La mayoría de los pacientes asimilan el concepto de hipertensión solo a haber presentado presión alta, no conocen la medicación que toman y ante la falta de la misma en el CAPS dejan de tomarla. Otros pocos pacientes se conciben hipertensos, reconocen su riesgo y conocen su tratamiento y ante la falta de medicación buscan activamente la medicación generando circuitos alternativos (Cáritas, PAMI, hospitales, otros CAPS) y en última instancia la compran.

Los médicos desarrollan diferentes estrategias para sostener el tratamiento de los pacientes: implementan acciones pedagógicas utilizando dibujos, adaptan el vocabulario al dar las indicaciones médicas para lograr mejor adherencia y complementan la falta de medicamentos en el CAPS trayendo muestras médicas de otras instituciones: "si uno está rotando en un hospital trae alguna muestra, es como de inercia. Traemos todo lo que podemos acá, y se lo damos a los pacientes". Expresaron que en los CAPS brindan cuidados de atención inferiores a los primarios, un médico manifestó "acá nuestra atención es hasta un punto". Comentaron que la HTA es un problema de segundo orden frente a las condiciones de vida, refiriendo que "los pacientes acá son hipertensos, diabéticos [...] los cuidas para la presión pero se quedan sin Metformina [...] y

ni hablar en las condiciones en las que viven". La mayoría de los médicos consideraron al Enalapril como una droga adecuada para tratar a esta población. Según los entrevistados todos los hipertensos estarían medicados solo con Enalapril. Un médico explicó las dificultades que ocasiona que el botiquín de Remediar sea acotado, por ejemplo en "hipertensos que no responden a esas drogas". Dos médicos, bajo estrictas condiciones de confidencialidad manifestaron descreer de la calidad de los medicamentos otorgados por Remediar.

Es muy frecuente que no haya disponibilidad de Enalapril, por ejemplo en un CAPS hubo meses que recibieron solo 120 comprimidos, esta falta de medicación es la principal preocupación de los pacientes y de todo el personal. (Tabla V)

El personal no médico conoce íntegramente el funcionamiento del CAPS y ellos expusieron de manera más explícita las carencias del sistema de provisión de medicamentos, enfrentan cotidianamente la falta de medicación y se ven obligados a decidir qué pacientes recibirán la medicación. Así mismo, mostraron incertidumbre al no poder prever la fecha ni la cantidad de medicación que van a recibir y además expresaron que la composición del botiquín varía con frecuencia.

Se registraron barreras no relacionadas directamente con la atención médica: problemas en los CAPS para controlar el uso indebido de la medicación y la venta de medicamentos. Además se observó que los adultos mayores se encontraban sin acompañamiento familiar; presentaban imposibilidad para comprar medicamentos y enfrentar la dieta prescrita.

Discusión

Los resultados de este estudio muestran un bajo grado de control de la TA en los hipertensos adultos mayores de los CAPS, aún cuando la medicación prescrita es adecuada. Al mismo tiempo se observó una llamativa ausencia de adultos mayores que acuden a la consulta médica, el registro de datos en las HC es deficitario y existen diversas barreras para acceder al tratamiento antihipertensivo.

Considerando los pacientes con registro de TA en el último año la prevalencia de CO fue similar al de la Primera Encuesta Nacional de Factores de Riesgo del MSAL, que fue del 34,3% [12]. En cambio cuando se considera como control No óptimo la falta de registro, este valor desciende, lo que plantea la hipótesis del impacto del sub-registro en el análisis y la interpretación

Tabla IV: Categorías de creencias sobre HTA y de actitudes respecto al tratamiento antihipertensivo

Creencias sobre la HTA		
Noción de enfermedad	[E] ¿y hace cuanto que es hipertensa? [P] "Hace casi 10 años, me quede hipertensa, me controle con los médicos y me dio esa pastilla que la tengo que tomar de por vida"	[E] ¿Y los toma todos los días? [P] "y si, a veces si, pero si me pongo nerviosa a veces se me levanta"
Precepción de riesgo	[P] "la presión no juega con uno, uno tiene miedo"	[P] "no quiero tomarla yo digo no la voy a tomar por ahí no la necesito por ahí, me duele un poco la nuca pero es de los huesos"
Actitudes respecto de los antihipertensivos		
	ACTIVA	PASIVA
Conocimientos de los Farmacos adherencia	[P] "Me voy a caritas a ver si consigo el Losartan 50, antes tomaba Adalat, pero no me hacia nada" [P] "yo los medicamentos no me los olvido, cuando se me esta por termnar yo vengo, porque es un deber mio, si yo me quiero"	[E] ¿Que toma para la presión? [P] mmmmm (piensa)...
Valor de la medicación	[E] ¿tuvo algún inconveniente con la presión? [P] "no, desde que empee con los medicamentos no"	[E] ¿y los toma todos los días? [P] "y si, a veces si, pero si me pongo nerviosa a veces se me levanta. No, es que no quiero tomar de corrido y a veces digo de probar"
Actitud frente a la falta de medicacion	[P] "hoy por ejemplo no tengo Enalapril, por eso ando buscandolo urgente"	[P] "cuando no lo puedo tomar, no lo tomo, cuando lo puedo ahorrar de tomarlo no lo tomo"

[P] paciente; [E] entrevistador

de los datos. En forma similar la prevalencia de hipercolesterolemia es de 18.5%, representando menos de la mitad que la reportada para una población similar según el MSAL (40.6%), estas diferencias podrían atribuirse al bajo registro de comorbilidades. En lo referente al registro de diabetes, la prevalencia coincide con la descrita por la Encuesta Nacional (22%); lo que sugiere que las comorbilidades se registran de diferente manera y podría depender de la apreciación del médico, la relevancia social de la patología o las exigencias de registro de otros programas.

Sólo se entrega y se prescribe Enalapril, esta droga es de elección para la mayoría de las condiciones clínicas en estos pacientes, lo que podría explicar la alta prevalencia de IAG encontrada. Esto coincide con el Informe de Remediar del 2003 respecto del Consumo Potencial de Drogas que muestra que el Enalapril es uno de los medicamentos más utilizados. [13]

El incumplimiento de la meta de control de TA podría deberse a la falta de oferta de fármacos y al bajo número de pacientes o al subregistro de estas patologías. El bajo registro encontrado también podría estar explicando la falta de diferencia de CO y de IAG entre los distintos CAPS. Estas carencias constituyen un mecanismo que limita la posibilidad de un tratamiento efectivo.

La discontinuidad e imprevisibilidad en la entrega de medicación ocasiona dificultad para prever qué fármacos se van a recibir y en qué cantidad. Impiden a los médicos planear un tratamiento con alternativas de medicación aún en caso de disponer de las mismas al momento de la prescripción. La necesidad de planificar se agudiza en esta población con lecto-escritura restringida, en la que es necesario implementar acciones pedagógicas para que comprenda cómo y qué medicamento tomar. Estos factores afectan la continuidad del tratamiento que es de vital importancia en el caso de las enfermedades crónicas.

La mayoría de los empleados de los CAPS, conciben al Enalapril como la única alternativa del botiquín de Remediar, se podría sugerir que habría un acostumbamiento de todo el personal a la disponibilidad de un único fármaco. Se ha naturalizado la falta de alternativas y son pocos los que están en condiciones de manifestar estas carencias.

La ausencia de adultos mayores se debe a la au-

sencia de medicación ya que la misma es un móvil fundamental para que los pacientes acudan a los CAPS.

Los dos comportamientos identificados con respecto a las creencias sobre la HTA y su tratamiento concuerdan con lo relevado en los estudios realizados[14]. A estos comportamientos se agrega que la discontinuidad en la medicación no permite crear hábitos respecto al auto cuidado de la salud y legitiman la baja adherencia, siendo éste otro mecanismo posible para el bajo grado de CO observado. Estas dificultades se agudizan en los segmentos de la población que tienen baja capacidad de organizarse para demandar la cobertura. La bibliografía demuestra que esta población experimenta mayores dificultades de acceso a los servicios disponibles y disminuye cuanto más restringidas sean las condiciones de suministro [15]. A esto podría sumarse que en países con sectores públicos débiles se ofrecen servicios de salud más deficientes, provocando un vacío de atención que se evidencia no solo en la falta de cobertura o acceso en los servicios sino también en los niveles de calidad en los mismos[16].

El bajo nivel de control en esta población es una problemática multifactorial, que conforma un espiral que terminaría expulsando tanto a pacientes como a médicos del sistema de los CAPS. Cuando los recursos son escasos, son los grupos más organizados quienes acceden a estos en primer lugar, desplazando a otros sectores con menor capacidad de reclamo [15]. A esto se le agrega que el personal naturalizó la falta de medicación y no manifiesta reclamos para mejorar el funcionamiento del programa. Este mecanismo priva a los grupos más vulnerables de la sociedad de cualquier acceso a la salud y al no haber demandas ni presiones sobre el sistema la problemática queda invisibilizada.

La principal limitación metodológica detectada se observó en torno a la selección del CAPS, que se realizó por conveniencia dentro de cada quintil a visitar, esto podría explicar la falta de diferencia encontrada entre los CAPS. Este mecanismo de selección no permitió asegurar que cada CAPS sea representativo del quintil al que corresponde. Entre las ventajas metodológicas se destaca que el tipo de metodología utilizada en la revisión cuantitativa de las HC resultó efectiva y es fácil-

mente reproducible con poca inversión de recursos tanto humanos como económicos.

Conclusión

El programa Remediar está implementado dentro de un modelo de organización de salud segmentado que comprende a los CAPS, estos centros poseen lógicas propias de organización que inciden en el funcionamiento del programa. Los principales beneficiarios de este tipo de programas nacionales son los grupos poblacionales en situación de pobreza, que habitualmente no acceden a otros servicios de salud. En este estudio se observó un bajo grado de control de la presión arterial, aún cuando la medicación prescrita fue adecuada, diversas barreras para acceder al tratamiento antihipertensivo y una tendencia a concentrar los beneficios solo en una minoría, aumentando la desigualdad dentro del grupo poblacional más vulnerable. Es por ello que sostener la cobertura, calidad y continuidad de este programa y otros planes es una medida que favorece la inclusión social, lograr una mayor integración de estas poblaciones al sistema de salud público disminuiría las barreras de exclusión.

Bibliografía

1. Remediar, *Uso Racional de Medicamentos. Atención primaria de la salud - boletín PROAPS - REMEDIAR*, 2003. Año 1 - N° 2.
2. Pryzgodá, P., *Lack of effective blood pressure control among an elder hypertensive population in Buenos Aires. Am J. Hypertens*, 1998. 11: p. 1024-7.
3. PROAPS/Remediar, *Procesamiento de Formularios R: Asociación de Diagnósticos en Formularios R. Serie de informes N° 7. Informe Nro. 3, Ministerio de Salud de La Nación: Buenos Aires.*
4. PROAPS/Remediar, *Procesamiento de Formularios R: Diagnósticos según grupos étnicos y por sexo. Remediar. Serie de informes N° 7. Informe Nro. 5, Ministerio de Salud de La Nación: Buenos Aires.*
5. PROAPS/Remediar, *Utilización de Medicamentos: Método para la Estimación de la Utilización de Medicamentos. Serie de informes N° 3 Informe Nro. 1, Ministerio de Salud de La Nación: Buenos Aires.*
6. Tobar, F., *La hipertensión como metáfora Atención primaria de la salud - boletín PROAPS - REMEDIAR*, 2003. Año 1 - N° 2.
7. INDEC, *Que es el gran Buenos Aires, M.d.E.y. Producción, Editor. 2003. Versión revisada en 2005: Buenos Aires, Republica Argentina.*
8. Ministerio de Salud de La Nación, *Diseño e Instrumentos en Investigación Cualitativa. Posgrado en Metodología de la Investigación. Programa de Médicos Comunitarios.*, 2007.
9. Mansia, G., et al., *2007 ESH-ESC Guidelines for the management of arterial hypertension: the task force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC). Blood Press*, 2007. 16(3): p. 135-232.
10. CAHA, *Consejo Argentino de Hipertensión Arterial Revista Argentina de Cardiología, Noviembre Diciembre 2007. 75(Suplemento 3).*
11. De Souza Minayo, M., S. Goncalves de Assis, and E. Ramos de Souza, *Evaluación por triangulación de métodos: Abordaje de Programas Sociales*, ed. L. Editorial. 2005, Bs.As.
12. Ministerio de Salud de La Nación, *1° Encuesta Nacional de Factores de Riesgo. 2006.*
13. PROAPS/Remediar, *Resultados de Formularios R. Estimación de la "utilización potencial" de medicamentos con provisión insuficiente. Serie de informes N° 1. Informe Nro. 3, Ministerio de Salud de La Nación: Buenos Aires.*
14. Dawidowski, A.R., et al. *Modos diversos de entender la hipertensión arterial. in II Congreso de Investigación Cualitativa en Salud, Madrid. 2005.*
15. Hamilton, G., *Exclusión de la protección social en salud en Argentina: tres enfoques metodológicos. Jornadas Gino Germani. IIFCS, Instituto de Investigaciones Gino Germani. 2001, Buenos Aires. 37.*
16. Maceira, D., *Fragmentación e incentivo en los Sistemas de Salud de América Latina y El Caribe. 1996: BID.*