



UNIVERSIDAD DE CHILE

Facultad De Ciencias Químicas Y Farmacéuticas

Departamento De Ciencias Y Tecnología Farmacéutica

Escuela De Salud Pública

Departamento De Salud Y Comunidad

ACCESO Y ASPECTOS RELEVANTES DE
LOS MEDICAMENTOS PARA LAS PERSONAS MAYORES
DE LA COMUNA DE INDEPENDENCIA:
ESTUDIO DESCRIPTIVO

Memoria para optar al título profesional de Químico Farmacéutico

RODOLFO MAGNO IGNACIO GONZÁLEZ AZOLAS

Profesor Patrocinante
Prof. Dra. Elena Vega.

Directoras:
Prof Dra. Elena Vega
Prof. Dra. Alejandra Fuentes

SANTIAGO, CHILE

2017



UNIVERSIDAD DE CHILE

Facultad De Ciencias Químicas Y Farmacéuticas

Departamento De Ciencias Y Tecnología Farmacéutica

Escuela De Salud Pública

Departamento De Salud Y Comunidad

ACCESO Y ASPECTOS RELEVANTES DE
LOS MEDICAMENTOS PARA LAS PERSONAS MAYORES
DE LA COMUNA DE INDEPENDENCIA:
ESTUDIO DESCRIPTIVO

Memoria para optar al título profesional de Químico Farmacéutico

RODOLFO MAGNO IGNACIO GONZÁLEZ AZOLAS

Directora:

Prof. Dra. Elena María Vega

Co-Directora:

Prof. Dra. Alejandra Fuentes García

Comisión de Evaluación:

Prof. Dr. (c) Ariel Castro Lara

Prof. Dra. Pamela Eguiguren Bravo



*“El desarrollo de una sociedad, ya sea rica o pobre,
puede juzgarse por la calidad del estado de salud de la población,
por cómo se distribuyen los problemas de salud a lo largo del espectro social
y por el grado de protección de que gozan las personas afectadas por la enfermedad.”*
C.D.S.S.

DEDICATORIA

Dedico estas páginas a las personas mayores que han sido condenadas a concluir su vida en una vejez carente de condiciones materiales, amorosas y espirituales que les permitan el desarrollo personal necesario para afrontar el paso del tiempo, y que sin embargo, conservan su espíritu templado con el amor y la dedicación.

AGRADECIMIENTOS

Agradecer es reconocer al otro como parte de nuestro mundo, de nuestra experiencia.

Agradezco en primer lugar a mi familia: a mi madre que me dio amor y lecciones sobre lucha y respeto, a mi padre que me dio otras sobre lo que está bajo la superficie y a mi tía, mi primera maestra, quien me educó con la sabiduría que dan los años de amor y vocación.

Agradezco a las personas que me brindaron apoyo para la realización de esta tesis de pregrado desde diferentes lugares y tiempos:

Al Departamento de Ciencias y Tecnología Farmacéutica de la Universidad de Chile, y en particular a la profesora Elena, quien guio con paciencia y cariño el proceso de esta investigación, desde las más vagas ideas iniciales hasta los detalles del texto final.

Agradezco al Prof. Q.F. Hernán Vergara, quien amplió mi comprensión de *la farmacia*.

Al Departamento de Salud y Comunidad de la Escuela de Salud Pública Dr. Salvador Allende, en particular a la profesora Alejandra quien me entregó las herramientas necesarias para aprender a comprender las realidades de otros y otras.

A Carlos del CESFAM Agustín Cruz Melo quien me ofreció ayuda en las primeras etapas de la elaboración de esta investigación.

Al Personal del Centro Diurno del Adulto Mayor de Independencia, CEDIAM, por permitirme conocer en sus dependencias la realidad de las personas mayores de mi comuna, en particular a Constanza y Macarena, mujeres que con dedicación y esfuerzo ayudaron a construir una institución que le devuelve a las personas mayores el deseo de disfrutar la vida.

Agradezco profundamente a Patricia, la primera persona que me abrió las puertas de su casa para ofrecerme té, un pastel y años de vivencias y reflexiones sobre nuestra sociedad.

Agradezco a los compañeros y compañeras con quienes hemos intentado aportar con pequeñas ideas y actos a la construcción de una mejor educación pública en un país que ha olvidado que *gobernar es educar*.

Agradezco a mis amigos de la vida, a *la familia*, porque familia no se relaciona con la sangre, familia son las personas que incondicionalmente siempre han estado.

Finalmente, agradezco además a todas las personas con quienes he compartido en estos años de formación como profesional y persona. Sus palabras y gestos transformaran *el mundo*.

“Solo donde hay sepulcros, hay resurrecciones”

F.N.

ÍNDICE

DEDICATORIA	iv
AGRADECIMIENTOS	v
ÍNDICE	vii
ÍNDICE DE FIGURAS.....	ix
ÍNDICE DE TABLAS	ix
RESUMEN	x
ABSTRACT.....	xi
1. INTRODUCCIÓN.....	1
2. OBJETIVOS	5
2.1. Objetivo general	5
2.2. Objetivos específicos.....	5
3. MARCO TEÓRICO.....	6
3.1 Determinantes Sociales de la Salud (DSS)	6
3.2. Envejecimiento.....	7
3.3 La Salud en las Personas Mayores	10
3.2. Acceso y Accesibilidad a Medicamentos.....	11
3.3. Sistema de salud y cobertura de medicamentos en Chile.....	13
3.4. Investigación Cualitativa aplicada en Salud.....	17
4. METODOLOGIA	20
4.1. Diseño.....	20
4.1.1 Muestra	20
4.1.2 Invitaciones a participar y planificación de las entrevistas	20
4.1.3. Técnica de recolección de datos	21
4.2. Análisis de los datos	22
5. RESULTADOS.....	24
5.1) Disponibilidad Física	25

5.1.1) Disponibilidad del Medicamento Prescrito	25
5.1.2) Quiebres del Arsenal	26
5.2) Asequibilidad	26
5.2.1) Gasto de Bolsillo	26
5.2.2) Redes de Apoyo	28
5.3) Disponibilidad Geográfica	30
5.3.1) Apreciación de las Distancias	30
5.3.2) Utilización de Transporte	31
5.4) Aceptabilidad	31
5.4.1) Escasez de Información	32
5.4.2) Tiempos de Espera	33
5.5) Otros aspectos relevantes de la medicación	34
5.5.1) Significados atribuidos a la medicación	35
5.5.2) Adaptación a la Cronicidad	36
5.5.3) Efectos Adversos y sus consecuencias	37
5.6) La Dinámica del Acceso al Medicamento	39
6. DISCUSIÓN	42
7. CONCLUSIONES	48
8. REFERENCIAS	50
ANEXOS	54
ANEXO A: Definiciones básicas usadas en investigación cualitativa	54
ANEXO B: Formulario de Filtro (pre-selección de participantes)	55
ANEXO C: Planificación Actividad inicial en CEDIAM	56
ANEXO D: Guía inicial para abordar entrevistas semi-estructuradas.	57
ANEXO E: Formulario de consentimiento informado	58

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura N° 1: Proporción de personas de 60 o más años, proyecciones para 2050. OMS, 2015.	7
Figura N° 2: Dimensiones del acceso a medicamentos, elaboración propia a partir de referencias [4, 5].....	11
Figura N° 3: Diagrama del proceso de análisis de datos	23
Figura N° 4: Redes de apoyo de las PM que no han accedido a medicamentos, elaboración propia.....	29
Figura N° 5: Dinámica del acceso a medicamentos en las personas mayores participantes ...	40

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla N° 1: Diferencias en la administración, financiamiento y marco normativo de la APS en Chile	16
Tabla N° 2: Datos sociodemográficos de los participantes del estudio.....	24
Tabla N° 3: Categorías y Códigos que surgen del análisis de datos.	24

RESUMEN

El acceso a medicamentos, entendido como “la verificación de la obtención del medicamento, independiente de los factores que lo determinan”, es definido por la OMS como un constructo con cuatro dimensiones: *Disponibilidad Física*, *Disponibilidad Geográfica*, *Asequibilidad* y *Aceptabilidad*. Debido a la importancia generar mecanismos que permitan garantizar el acceso a medicamentos para personas mayores (PM) se realizó una aproximación cualitativa a sus percepciones sobre el tema. Objetivo: Describir las percepciones de un grupo de PM sobre el acceso que tienen a sus medicamentos en la comuna de Independencia, Santiago, Chile. Métodos: Investigación descriptiva de carácter cualitativo. La selección de participantes fue intencional. Se realizaron entrevistas semi-estructuradas para la obtención de datos. Se realizó un análisis directo del contenido de los datos (entrevistas) para establecer las dimensiones y códigos. Resultados: Se entrevistaron a seis PM, cuatro eran mujeres. Las percepciones se codificaron en referencia a las categorías del marco de acceso propuesto por la OMS, además se codificaron las categorías emergentes. En cuanto a la *asequibilidad*, las PM señalaron gastar menos recursos en enfermedades crónicas que en morbilidad aguda ya que los medicamentos asociados a las patologías crónicas más prevalentes están cubiertos por programas ministeriales de salud. Por el contrario, los que no tienen cobertura generan gasto de bolsillo que puede ser elevado. En relación a la *disponibilidad geográfica*, las PM consideran que las distancias que recorren son adecuadas, pero no siempre las pueden recorrer por sus propios medios y expresan insatisfacción con los costos asociados a la movilización. En relación con la *Aceptabilidad* emerge la necesidad de recibir mayor información sobre los medicamentos que utilizan y refieren que el tiempo de espera es un aspecto del servicio a mejorar. En cuanto a la *disponibilidad física*, las faltas en el stock se atribuyen principalmente a los medicamentos para morbilidades agudas, y en menor medida, se relacionan con problemas en el arsenal de los centros públicos de salud. Conclusión: las PM participantes manifiestan tener acceso a medicamentos crónicos, pero las fallas en su disponibilidad, junto con la prescripción de medicamentos sin cobertura, representan una fuerte carga económica para ellos, ellas y sus familias. Además, las PM señalan como relevantes los aspectos subjetivos de la medicación y el proceso de adaptación al uso crónico de medicamentos.

ABSTRACT

Access to medicines, understood as “the verification of the drug's acquisition, independent of the factors that determine it”, is defined by the WHO as a construct with four dimensions: *Physical Availability*, *Geographic Availability*, *Affordability* and *Acceptability*. Due to the importance of generating mechanisms that guarantee access to medicines for the Older People (OP), a qualitative approach was applied to their perceptions of access. Objective: to describe the perceptions of OP about access to medicines in the commune of Independencia, Santiago, Chile. Methods: Qualitative descriptive research. The selection of participants was intentional. Semi-structured interviews were conducted to obtain data. A direct analysis of the content of the data (interviews) was carried out to establish the dimensions and codes. Results: Six PMs were interviewed, four were women. Perceptions were codified by reference to the categories of the access framework proposed by WHO, and other emerging categories also were codified. Regarding accessibility, the OP indicated that they spend less money on chronic diseases than on acute morbidity since the drugs associated with the most prevalent chronic diseases are covered by ministerial health programs. Conversely, those who don't have health coverage can generate raised out-of-pocket expenses. Regarding geographic availability, the OP considered that the distances they travel are adequate, but they can't always go through their own means and expressed dissatisfaction with the costs associated with the mobilization. In relation to Acceptability emerged the need to receive more information about medicines and waiting time to obtain the medicines is an aspect of the service for improvement. As for physical availability, stock shortages were mainly attributed to acute morbidity drugs, and in to a lesser extent, the OP related it to problems with the formulary of public health centers. Conclusion: Participating OPs have access to chronic medicines, but the shortcomings in their availability, along with the prescription of medicines without ministerial coverage, represent a strong economic burden for them and their families. In addition, OP pointed out as relevant the subjective aspects of medication and the process of adaptation to the chronic use of medications.

1. INTRODUCCIÓN

Los medicamentos pueden ayudar a mejorar la salud y a salvar vidas, para ello deben estar disponibles para la población, ser asequibles, de calidad garantizada y, además, ser usados de manera apropiada^[1]. Por otro parte, son particularmente importantes para que las personas mayores (PM) mantengan su salud, actividad e independencia.

Debido a la importancia que tienen los medicamentos en la curación, atenuación y tratamiento de las enfermedades, mejorar su acceso a la población ha sido una preocupación constante de diversas organizaciones, gobiernos e investigadores, que ven en ellos un instrumento para garantizar un derecho humano reconocido como fundamental, el derecho a la salud^[2].

La utilización de medicamentos no es igual durante todas las etapas de la vida, son las personas mayores quienes enfrentan más problemas de salud, esto se debe principalmente a las enfermedades crónicas que padecen^[3]. Estas enfermedades requieren de tratamientos farmacológicos que las personas mayores deben incluir como parte de su vida diaria.

El acceso a medicamentos, entendido como la verificación de la obtención del medicamento, independiente de los factores que lo determinen^[4], puede describirse como un constructo¹ con 4 dimensiones distintas: Disponibilidad física, Disponibilidad Geográfica, Asequibilidad y Aceptabilidad, estas dimensiones se distinguen por conjuntos de relaciones específicas^[5]. La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera que de estas 4 dimensiones dependerá el acceso de una persona a los medicamentos; las consideraremos como las 4 dimensiones de la accesibilidad^[4]. (Ver **Figura 2**, pág. 11)

Para orientar y coordinar las acciones relativas a mejorar el acceso a medicamentos esenciales, la OMS ha descrito un marco para la acción de 4 componentes; selección y uso racionales, financiación sostenible, precios asequibles y sistemas de salud y suministro fiables^[1].

¹ Constructo: construcción teórica, elementos con que se construye una teoría.

En Chile se ha planteado el acceso a medicamentos como un tema relevante, por parte de autoridades sanitarias y políticas, haciendo énfasis en el precio de los medicamentos y el alto gasto de bolsillo como barrera al acceso [6]. Pese a esto, existen escasas investigaciones que brinden recursos técnicos para orientar las políticas públicas en esta materia, además no se reportan investigaciones sobre las percepciones que tienen los propios usuarios sobre cuán accesible son los medicamentos.

Las estrategias gubernamentales para mejorar el acceso a medicamentos en Chile han sido enfocadas fundamentalmente en fomentar la utilización de medicamentos de precios más bajos (genéricos) a través de la demostración, por parte de los laboratorios, de la bioequivalencia de sus productos con el fin de garantizar la calidad, disminuir los precios y aumentar la competencia en el sector [6] esta política de bioequivalencia se puede enmarcar en la Ley 20.724, que modifica el código sanitario en materia de regulación de farmacias y medicamentos. Dentro del aspecto normativo se han ejecutado proyectos para la modificación del marco legal relativo a medicamentos y para formalizar la creación de la Agencia Nacional de Medicamentos (ANAMED). Se ha señalado también la importancia de mejorar la cobertura de las oficinas de farmacia y promover la racionalidad en el uso de medicamentos [6]. A pesar de que estas medidas permiten avanzar hacia un mayor acceso a medicamentos, no abarcan por completo el marco propuesto por la OMS.

Para conocer y comprender el contexto social y cultural que rodea el uso de los medicamentos en las personas mayores es necesario entender sus experiencias y visiones subjetivas, es por ello que la pregunta a responder en la siguiente tesis de pregrado es: *¿Cuál es la percepción de las personas mayores sobre el acceso que tienen a los medicamentos que les son prescritos?*

Esta información no resulta abordable a partir de los métodos cuantitativos tradicionalmente usados en las investigaciones asociadas a medicamentos, por lo que la utilización de metodología cualitativa en la investigación relativa a medicamentos se vislumbra como una herramienta que permite revelar aspectos

socioculturales de los medicamentos y aplicarlos en campos como la atención farmacéutica ^[8] y la elaboración de políticas públicas en salud ^[9].

Debido a que no existen en Chile investigaciones sobre las percepciones de acceso y otros aspectos relevantes de los medicamentos para las personas mayores, se plantea este estudio descriptivo como un aporte para futuras investigaciones y acciones en este campo.



“Entendimiento, Amistad, Fuerza, Respeto, Apoyo, Lealtad, Ganas de vivir, Auto Ayuda, Energía”

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo general

Describir las percepciones de un grupo de personas mayores de la comuna de Independencia sobre el acceso a sus medicamentos prescritos y otros aspectos de la medicación que consideren relevantes.

2.2. Objetivos específicos

- 1.** Describir las percepciones de un grupo de personas mayores sobre la disponibilidad geográfica de centros de salud y oficinas de farmacia respecto a sus domicilios y la disponibilidad física de medicamentos en estos lugares.
- 2.** Describir las percepciones que tienen las personas mayores sobre los servicios farmacéuticos (aceptabilidad) que reciben y sobre el gasto (asequibilidad) que les significa la adquisición de medicamentos.
- 3.** Explorar otros aspectos sobre el consumo de medicamentos relevantes para las personas mayores

3. MARCO TEÓRICO

3.1 Determinantes Sociales de la Salud (DSS)

El concepto de la determinación social de la salud surge hace algunos años reconociendo que las intervenciones en salud, tradicionalmente enfocadas a los riesgos individuales no tomaban en cuenta el efecto que las fuerzas políticas, económicas, sociales y normativas tienen en la salud de las personas, estas fuerzas producen inequidades en y entre las sociedades. Estas desigualdades determinan el riesgo de enfermar y morir. [10,11].

Es por ello que en 2005 la Organización Mundial de la Salud puso en marcha la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud (CDSS) con el objetivo de “recabar datos científicos sobre posibles medidas e intervenciones en favor de la equidad sanitaria y promover un movimiento internacional para alcanzar ese objetivo” [12].

Por lo tanto, se entienden por determinantes sociales de la salud a las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, y a los sistemas de salud establecidos para mantener la salud de la población. Esas circunstancias están configuradas por un conjunto más amplio de fuerzas: económicas, sociales, normativas y políticas [11].

Los determinantes sociales de salud son factores que deben ser tomados en cuenta al elaborar políticas públicas en salud ya que a nivel social la capacidad de decisión y acción del individuo en materias de salud, como por ejemplo la adherencia a un tratamiento, está enraizada y ligada al contexto en que se viven los procesos de salud y enfermedad [12].

Independiente del desarrollo económico y social de un país existen gradientes sociales, cuanto más baja es la situación socioeconómica de una persona, peor es su estado de salud. Es por ello que la CDSS recomienda “mejorar las condiciones de vida; luchar contra la distribución no equitativa del poder, el dinero y los recursos, y medir la magnitud del problema, analizarlo y evaluar los efectos de las intervenciones” [12]

3.2. Envejecimiento

El envejecimiento puede ser entendido a nivel individual y poblacional. A nivel individual, conlleva cambios importantes a nivel celular y fisiológico que aumentan el riesgo de enfermar. Dentro de los principales cambios producidos se pueden mencionar cambios en las funciones de movimiento, sensoriales, cognitivas, sexualidad, función inmunitaria y funciones de la piel [13,15], estos cambios tienen gran variabilidad entre los individuos [14].

Además, el envejecimiento trae consigo cambios en los roles y posiciones sociales y la necesidad, por parte de quien lo vive, de hacer frente a la pérdida de relaciones estrechas [15]. A nivel poblacional la mayoría de las personas puede aspirar actualmente a superar los 60 años de edad [15] y se espera que dentro de las próximas décadas muchos países de ingresos medios y altos cuenten con una población de personas mayores superior al 30% del total, como se muestra en la

Figura 1:

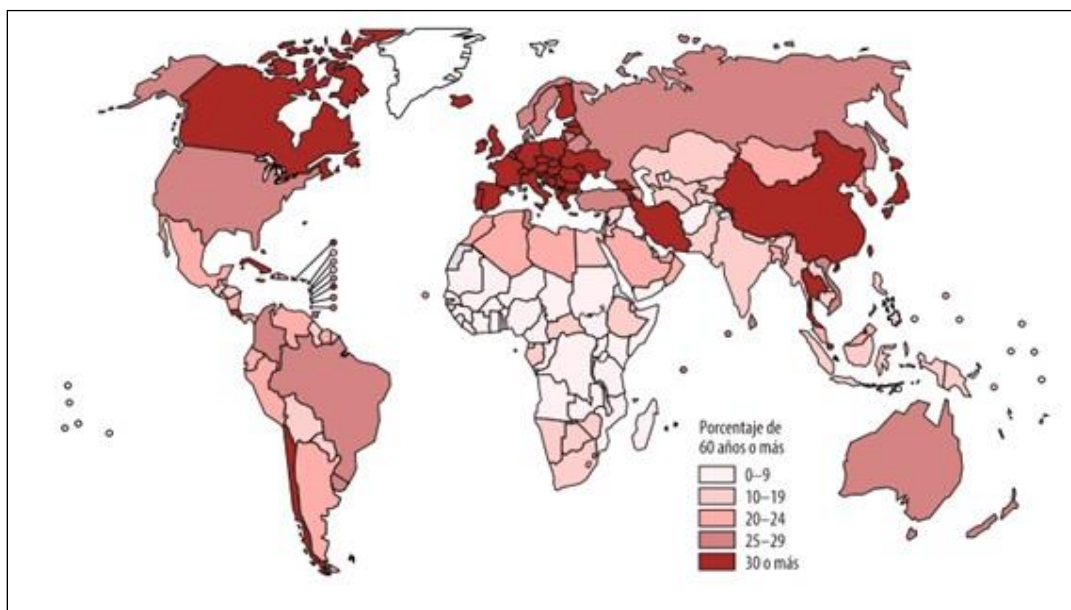


Figura Nº 1: Proporción de personas de 60 o más años, proyecciones para 2050. OMS, 2015.

En los países de ingresos bajos y medianos, como Chile, esto se debe a la reducción de la mortalidad en edades tempranas y de la mortalidad asociada a enfermedades infecciosas, mientras que en los de ingresos altos se debe

mayormente a la disminución de la mortalidad en las personas mayores y al aumento de la esperanza de vida en general ^[15-17].

El envejecimiento es uno de los pocos fenómenos globales previsible, sabemos que se está produciendo una transformación demográfica hacia poblaciones de mayor edad. Chile no está ajeno a esta transición demográfica mundial. Por el contrario, se estima que para 2050 Chile será el único país en Sudamérica con una población de personas mayores superior al 30% ^[15].

El proceso de envejecimiento, contrario a las creencias predominantes, no se manifiesta uniformemente en los individuos, existiendo un gran espectro de funcionalidad entre las personas mayores ^[14,15]. Las oportunidades que tendremos y los aportes sociales que haremos durante nuestra vejez dependerán mayormente de nuestra salud ya que la pérdida de capacidades físicas y mentales en las personas mayores solo está remotamente relacionada con la edad cronológica; si el proceso de envejecimiento es llevado de buena forma, las personas tendrán la capacidad para conservar su autonomía y aportar a la sociedad; por el contrario, si la vejez es acompañada por disminución de sus capacidades físicas y mentales, las consecuencias para ellos, sus familias y la sociedad serán negativas.^[15]

En el contexto chileno, según datos del Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA) ^[18] existían, al año 2013, 1.011.238 personas mayores en la región metropolitana (RM), correspondiente al 14,7% de la población total de la región en ese año. De éstas, un 40,7% corresponde a hombres y un 59,3% a mujeres y un 96,9% de estas personas vive en zonas urbanas.

En cuanto a los seguros de salud, un 81,8% de las personas mayores de RM se encuentra adscrito al sistema público de salud. En lo referente a la seguridad económica, alrededor de un 18% de las PM de la RM se encuentra bajo la línea de la pobreza. Respecto a la escolaridad, un 4,7% de los hombres mayores no sabe leer, aumentando a 5,6% en el caso de las mujeres.

El proceso de envejecimiento se asocia, por parte de quienes lo viven, con la irrupción de enfermedades que traen consecuencias como dolores, achaques, invalidez, dependencia, mala salud y uso de medicamentos ^[19]. Los

medicamentos, al igual que las acciones a nivel preventivo, son claves para disminuir el impacto del proceso de envejecimiento en la salud y autonomía de las personas mayores, logrando que puedan mantenerse saludables, activas e independientes el mayor tiempo posible ^[15].

3.3 La Salud en las Personas Mayores

La mayoría de los problemas de salud que afectan a las personas mayores, son el resultado de enfermedades crónicas que son posibles de prevenir o retrasar. Otros problemas de salud, si son detectados a tiempo, se pueden tratar con eficacia e incluso las PM que han perdido parte de sus capacidades pueden conservar su autonomía, si cuentan con entornos favorables adecuados. En cualquier caso, estos problemas de salud pueden afectar la vida diaria de las personas mayores, quienes posiblemente acudan al sistema de salud para lograr mantener su independencia, funcionalidad y bienestar.

Pese a los aportes a sí mismos, sus familias y la sociedad que pueden realizar las personas mayores que no han sufrido la pérdida de sus capacidades, los sistemas de salud no siempre están bien adaptados a sus necesidades, los cuidadores habitualmente no están capacitados y existen datos de que al menos una de cada diez personas mayores es víctima de maltrato ^[15, 19, 20, 21].

Se estima que para 2070 se destinará cerca del 50% del gasto total en salud para combatir las consecuencias negativas que acarrearán para las personas mayores las enfermedades y consecuencias del proceso de envejecimiento ^[17].

Por lo tanto, garantizar el acceso a sistemas de salud adaptados a sus necesidades y a tecnologías sanitarias, en particular a los medicamentos utilizados para tratar sus enfermedades, debe ser una prioridad.

.

3.2. Acceso y Accesibilidad a Medicamentos

El Acceso a Medicamentos fue definido operacionalmente en el año 2000 mediante una reunión consultiva realizada por la Organización Mundial de la Salud y el *Management Sciences for Health* (MSH). En dicha cita se propusieron además, indicadores para su medición ^[5].

Se concluyó que el acceso a medicamentos es un constructo que abarca varias dimensiones distintas con relaciones específicas. Estas dimensiones son:

- 1) La Disponibilidad Física que relaciona el tipo y cantidad del medicamento buscado por el usuario con el tipo y cantidad de medicamento provisto.
- 2) La Asequibilidad que relaciona la capacidad de pago del usuario con los costos de los medicamentos.
- 3) La Accesibilidad Geográfica que relaciona la distancia entre la eventual localización del usuario y la localización del medicamento.
- 4) La Aceptabilidad, que relaciona las expectativas y actitudes del usuario con el medicamento o servicio que le es provisto con las características reales de estos.

Además, la Calidad de los Productos y Servicios que se estableció como un componente esencial y transversal a las 4 dimensiones ^[5].

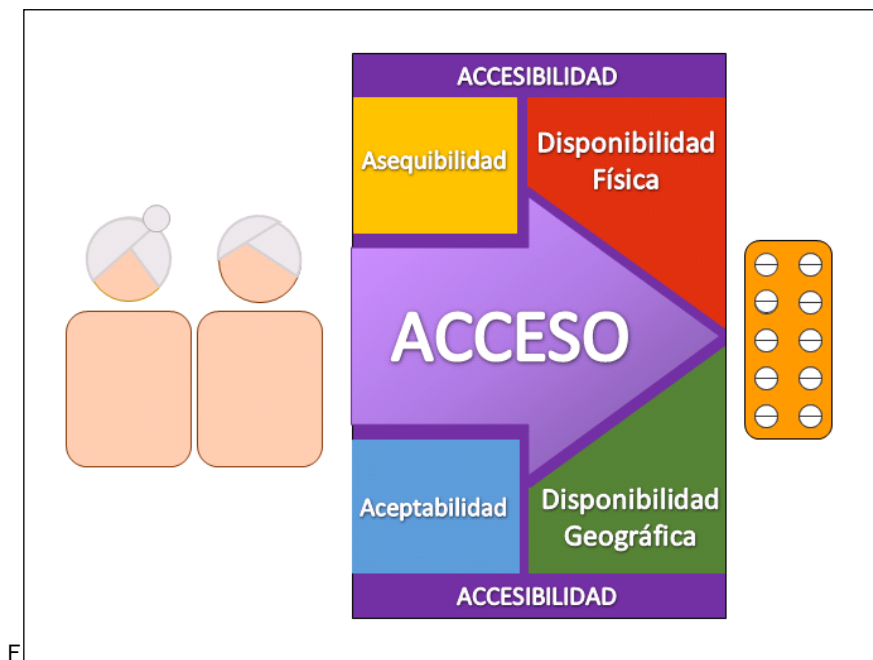


Figura N° 2: Dimensiones del acceso a medicamentos, elaboración propia a partir de referencias [4, 5]

Oscanoa ^[4] propone como definición operacional del acceso a medicamentos al *“proceso de verificación de la obtención de un fármaco por un paciente, independiente de los diversos factores que pueden afectar el proceso, dicho fármaco debe ser prescrito por un profesional de la salud autorizado”* ^[4].

Los factores que afectan a este proceso determinarán la accesibilidad a medicamentos que tiene una persona. Entenderemos la accesibilidad a medicamentos como el conjunto de los factores que determinan el acceso a medicamentos de una persona o población ^[4].

El acceso a medicamentos no es actualmente un derecho consagrado. Se estima que alrededor de un 30% de la población mundial carece de acceso a medicamentos esenciales, cifra que asciende al 50% en algunas zonas de África, esto se debe a que está determinado por factores sociales, económicos y políticos ^[1,5] que deben ser el foco de las políticas públicas destinadas a mejorarlo.

La accesibilidad dependerá de factores como la disponibilidad geográfica de farmacias y centros de salud; la disponibilidad del medicamento prescrito, en dosis y forma farmacéutica necesaria; la capacidad de pago del usuario y la satisfacción de este en relación con los servicios que le son prestados.

En lo relativo a la evaluación de políticas de medicamentos, la OMS estableció indicadores y métodos para evaluar la asistencia farmacéutica en 3 niveles. El nivel 1 evalúa estructura y procesos; el nivel 2 evalúa resultados y; el nivel 3 evalúa algunos aspectos específicos de cada país ^[22].

El acceso a medicamentos es evaluado habitualmente mediante encuestas a hogares que permiten obtener información sobre cómo las políticas de medicamentos afectan a los individuos, conocer las perspectivas de los usuarios y especialmente evaluar el acceso a medicamentos crónicos. Sin embargo, las encuestas a hogares sobre medicamentos son costosas y logísticamente complejas de planificar por lo que son escasas en número y difieren metodológicamente ^[4, 22].

3.3. Sistema de salud y cobertura de medicamentos en Chile

El sistema de salud chileno ha atravesado diferentes procesos históricos, desde la creación en 1924 del Seguro Obrero Obligatorio, que cubría riesgo de enfermedad, invalidez, vejez y muerte, pasando por la creación en 1942 del Servicio Médico Nacional de Empleados (SERMENA) y en 1952 del Sistema Nacional de Salud (SNS). En 1979 estos organismos se fusionan y junto a la reorganización del Ministerio de Salud dan paso a la creación del Fondo Nacional de Salud (FONASA), los Servicios de Salud, la Central de Abastecimiento y el Instituto de Salud Pública.

Posterior a la creación de estas instituciones públicas encargadas de gestionar el acceso a salud de la población, se establecen en 1981 las Instituciones de Salud Previsional (ISAPREs), que administran las cotizaciones de los trabajadores y les brindan cobertura mediante seguros de salud privados bajo la lógica de riesgo individual. La última gran reforma al sistema de salud crea, en el año 2004, el Plan de Acceso Universal con Garantías Explícitas (AUGE) que ofrece garantías de atención, cobertura y calidad para un listado de patologías que está en constante revisión [23, 24, 25].

Actualmente, el sector público de salud está formado por todos los organismos que constituyen el Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS), el Ministerio de Salud (MINSAL), el Instituto de Salud Pública (ISP), la Central de Abastecimiento (CENABAST), el Fondo Nacional de Salud (FONASA) y la Superintendencia de Salud. En 2011 este sector cubría a un 81% de la población atendiendo principalmente las necesidades de los usuarios con menores recursos y mayor carga de enfermedades, mediante el seguro público FONASA, de lógica solidaria [24].

El sector público se financia con aporte fiscal, a través de la ley de presupuestos, cotizaciones de los afiliados, correspondiente al 7% de su sueldo bruto mensual, copagos de los usuarios y transferencias corrientes que se reúnen en el FONASA. Los afiliados a este seguro público son clasificados en 4 tramos, de acuerdo a su ingreso imponible [26]:

1) Tramo A: usuarios carentes de recursos, no tienen copagos asociados.

2) Tramo B: usuarios con ingreso menor al sueldo mínimo, no tienen copagos asociados.

3) Tramo C y D: Usuarios con ingreso mayor al sueldo mínimo, tienen copagos establecidos.

Para proveer acceso a las prestaciones de salud, el FONASA establece 2 modalidades, la modalidad de atención institucional (MAI), cuyos servicios son prestados por la red del SNSS y a través del Sistema Municipal de Atención Primaria (APS); y la modalidad de libre elección (MLE) que permite al beneficiario optar por la atención en establecimientos privados mediante copagos, esta modalidad opera para los tramos B, C y D del FONASA.

El sector privado está formado por prestadores privados y las Instituciones de Salud Previsional (ISAPREs) que administran las cotizaciones de sus afiliados mediante planes de salud que se relacionan con riesgo individual a enfermar. Dependiendo de factores como carga de enfermedad, cobertura de enfermedades, bonificaciones o cantidad de prestadores asociados, las ISAPREs establecen costos adicionales al 7% cotizado por sus afiliados. Estas instituciones prestaban, en 2011, cobertura a un 17% de la población ^[24] perteneciente a estratos sociales de ingresos sobre el promedio nacional y con una menor carga de enfermedades. Las ISAPREs prestan servicios en sus propias instalaciones, en otras del sector privado o incluso en instalaciones del sector público ^[23]. El porcentaje restante de la población, alrededor del 2%, está afiliado a los sub sistemas de salud de las fuerzas armadas, estos sub sistemas son financiados por el estado y prestan atención en instalaciones exclusivas para los uniformados y sus familias. Además, de manera paralela, 3 mutuales sin fines de lucro ofrecen protección a sus afiliados contra accidentes laborales y enfermedades profesionales.

En 2004, la Ley N°19.966 estableció el Régimen de Garantías Explícitas en Salud (GES). Este régimen crea un plan de salud obligatorio para FONASA e ISAPREs que establece garantías de acceso, calidad, oportunidad y protección financiera con las que deben ser otorgadas las prestaciones asociadas a un conjunto de problemas de salud considerados prioritarios incluidos en las GES. En cuanto a cobertura, el GES pasó de 25 patologías en 2005 a cubrir 80 en el año 2015. La

cobertura de las prestaciones incluye, entre otros; consultas médicas, exámenes y canastas de medicamentos asociadas a la patología. [27, 28].

A nivel de la atención primaria se distinguen 2 sub redes que presentan diferencias administrativas y fuentes de financiamiento:

1) Atención Primaria de Salud Municipal, administrada por entidades municipales y su red de establecimientos.

2) Atención Primaria administrada por los Servicios de Salud.

En el Cuadro 1 se detallan estas sub redes en función de su administración, mecanismos de financiamiento y marco normativo.

A nivel hospitalario, los recursos son asignados por el FONASA a los Servicios de Salud quienes redirigen los recursos a los hospitales públicos mediante 2 vías; el Programa de Prestaciones Valoradas (PPV), relacionado con las prestaciones máximas a realizar y mediante el Programa de Prestaciones Institucionales (PPI), destinado a la cobertura de los costos fijos hospitalarios [29].

En 2014 comenzó a implementarse una estrategia de cobertura de medicamentos denominada Fondo de Farmacia (FOFAR), el propósito de este fondo es mejorar el acceso y disponibilidad de medicamentos para las personas afectadas por enfermedades no transmisibles, con énfasis en los problemas cardiovasculares.

El FOFAR implementa un fondo para financiar el Stock Crítico -para 2 meses- de 34 medicamentos correspondientes a las canastas GES de DM2, HTA y Dislipidemia -sin considerar insulinas y jeringas- que se dispensan en los centros de atención primaria del país. En el caso de que falle el acceso a estos medicamentos, el programa establece una garantía de seguridad con plazo máximo de 24 horas para su entrega, además, el FOFAR implementa un sistema telefónico de resolución de reclamos en el caso.

En cuanto al personal de farmacia, FOFAR contempla recursos para la contratación de personal (químicos farmacéuticos y auxiliares de farmacia) para mejorar la gestión de los recursos y la adherencia a las terapias por parte de los usuarios del sistema [30, 31].

Tabla Nº 1: Diferencias en la administración, financiamiento y marco normativo de la APS en Chile Elaboración propia a partir de [30]. MINSAL. 2016.		
	Atención Primaria de Salud Municipal	Atención Primaria dependiente de los Servicios de Salud
Administración	Entidades administradoras de salud municipal y su red de establecimientos	Servicio de salud correspondiente con sus establecimientos, consultorios generales rurales y urbanos, adosados o no, postas de salud rural, estaciones. Organizaciones no Gubernamentales (ONGs) que ejecuten acciones del nivel primario a través de convenios DFL 36/80
Mecanismos de Financiamiento	<p>Ley de presupuestos del FONASA Está dirigido a cubrir los gastos de operación de las redes asistenciales) M\$1.218.982.583 en 2015</p> <p>GLOSA 2 <u>87% del total dividido en:</u> 1) 68% vía Per cápita (ley N°19.378 art. 49): Se asigna según la población beneficiada en referencia al Plan de salud familiar 2) 23% vía programas de reforzamiento, capacitación y perfeccionamiento 3) 7% para financiar gastos de: Ley N°19.813, Ley N°20.157 Ley N°20.050</p>	<p>GLOSA 1 <u>13% del total</u> Presupuestos históricos</p>
	<p>Prospectivo por prestación (Ley N°19.378 art. 56) Asignados bajo la base de convenios suscritos entre los servicios de salud programas ministeriales aprobados por resolución</p>	<p>Prospectivo por prestación vinculado a Programas de Salud</p>
Marco Normativo	<p>Ley N°19.378 (Estatuto de APS municipal), Ley N°19.813 (Otorga beneficios a la salud primaria) Ley N°20.157 (Modifica las 2 anteriores) Ley N°20.050 (Reforma constitucional)</p>	<p>DL N° 2.763 (Reorganiza el Ministerio de Salud y crea los SS, FONASA, ISP y CENABAST) LEY N°19.937 (Modifica al anterior)</p>

3.4. Investigación Cualitativa aplicada en Salud

No se pueden estudiar los fenómenos sociales de la misma forma que los bioquímicos o fisiológicos; podemos saber con relativa certeza el resultado de la reacción química entre el ácido clorhídrico y el hidróxido de sodio en medio acuoso, pero no tenemos la misma certeza frente a cómo actuará un individuo, o un grupo de personas frente a un nuevo programa de vacunaciones. Pese a esta incertidumbre, el estudio del comportamiento humano en su contexto ha generado tradiciones y formas de investigación que buscan comprender y estudiar los fenómenos sociales [9].

La investigación cualitativa puede considerarse como un conjunto de diversos presupuestos filosóficos, asociados a métodos y prácticas investigación que pueden ser comprendidos en términos de sus metodologías, perspectivas teóricas y estrategias de investigación. Estas diversas tradiciones, que acarrearán diversas concepciones sobre la realidad y de cómo conocerla, determinan que no existe una sola manera legítima de hacer investigación cualitativa [33].

A partir del conjunto de aseveraciones más generales aprendidas en estas investigaciones, se desarrollan marcos conceptuales y teóricos que proporcionan lógica y lenguaje para guiar el proceso de investigación [9], entre las más importantes perspectivas y escuelas de la investigación cualitativa se pueden mencionar:[33]:

- 1) La Teoría Fundamentada en los Datos.
- 2) La Etnometodología y el análisis de la conversación, del discurso y el género.
- 3) El Análisis Narrativo.
- 4) La hermenéutica objetiva y la sociología del conocimiento hermenéutica.
- 5) La Fenomenología y el análisis de pequeños mundos de vida.
- 6) La Etnografía.
- 7) Los estudios culturales.
- 8) Los estudios de género.

Por lo tanto, se entiende que la investigación cualitativa se encuentra fundada en una posición filosófica que se interesa en cómo el mundo social es interpretado, comprendido, experimentado y producido; se encuentra basada en métodos que

tienen en común la generación de datos flexibles y sensibles al contexto social de donde son extraídos y; es sostenida por métodos de análisis que buscan comprender la complejidad, el detalle y el contexto. Sus rasgos principales son la adecuación de sus métodos y teorías a la realidad estudiada; su eje central son los participantes y sus puntos de vista; la reflexividad del investigador y la investigación y; su variedad de enfoques y métodos. Su solidez radica en el conocimiento que proporciona acerca de las dinámicas sociales y en su habilidad de responder a las preguntas del ¿Cómo? y el ¿Por qué? [33].

Por medio de estas (y otras) interpretaciones comunes del funcionamiento del mundo, las diferentes tradiciones y teorías dan a investigadores y profesionales puntos de referencia para comprender el comportamiento humano en un contexto general [9].

Para comprender las experiencias de los usuarios en salud, y en concreto, las experiencias relacionadas al uso de medicamentos surgen preguntas como... ¿Por qué los pacientes abandonan sus terapias? ¿Qué experiencias relativas al sistema de salud determinan el comportamiento de una persona a la hora de adherir a las terapias farmacológicas? ¿Qué percepción tienen los usuarios del sistema de salud pública respecto a una determinada política o programa?

Resulta fundamental conocer cómo es interpretada y comprendida la realidad por los usuarios en salud para tener una idea de cómo, por ejemplo, actuará un grupo de personas frente a una determinada política en salud o frente a la incorporación de un nuevo modelo de atención, o también, conocer cuáles son las necesidades de educación farmacéutica de un grupo de pacientes poli medicados.

A fin de responder a estas y otras preguntas que guarden relación con el comportamiento humano y los medicamentos, es necesario seleccionar un método de investigación que permita comprender en profundidad las experiencias subjetivas, actitudes y creencias de las personas. Para realizar este tipo de investigación aplicada en salud, los métodos de investigación cualitativa utilizan las teorías sustantivas, o también llamadas teorías operacionales o de trabajo, para explicar un comportamiento específico en relación con el desarrollo de una política o programa. Además, si está incorporado el supuesto de que el control de

las decisiones y las acciones en materia de salud no es solo un fenómeno individual sino que depende de la posición que cada persona ocupa en relaciones y redes sociales, se aconseja incluir métodos de investigación cualitativa^[9].

En el ANEXO A se puede encontrar un recuadro de definiciones básicas usadas en investigación cualitativa.

4. METODOLOGIA

4.1. Diseño

Para dar respuesta a los objetivos de esta memoria de título se utilizó un diseño de carácter cualitativo descriptivo, esta metodología resulta adecuada para conocer las percepciones de los y las participantes. Para la obtención de datos cualitativos se utilizó la técnica de entrevista semi estructurada.

4.1.1 Muestra

Muestra de tipo intencional de personas mayores (de 60 años o más), de ambos sexos, que se encontraban en tratamiento de enfermedades que requieren al menos 1 medicamento prescrito de forma crónica y acudan por sí mismos, solos o acompañados, a retirar sus medicamentos a los centros de salud públicos o privados (farmacias).

Los criterios de exclusión fueron: presentar dificultades cognitivas para mantener una conversación (no comprender o responder preguntas), o no acudir personalmente a buscar sus medicamentos. Estos criterios fueron observados durante la captación de los y las participantes.

Los participantes fueron invitados a participar en el Centro Diurno de Adulto Mayor de la comuna de Independencia (CEDIAM) y mediante el acercamiento, utilizando la técnica de bola de nieve ^[34], a un club de adultos mayores perteneciente a la 3ª junta de vecinos de la comuna de Independencia.

Se realizaron 6 entrevistas efectivas a personas que cumplían con los criterios de inclusión de la muestra. El número de entrevistas realizado estuvo determinado por la saturación teórica de la muestra para los objetivos específicos 1 y 2.

4.1.2 Invitaciones a participar y planificación de las entrevistas

Se produjo un primer acercamiento entre las personas mayores y el entrevistador mediante la presentación de este último a los adultos mayores por una profesional de CEDIAM. Se utilizó un filtro denominado “Formulario de preselección de pacientes” (véase ANEXO B) para conocer quienes cumplían con los criterios de

inclusión. Posterior a esto se dejó invitadas a todas las personas mayores a una reunión informativa inicial y se les comentó la posibilidad de incluirlos en la presente investigación.

Se realizó una actividad de extensión inicial (véase su planificación en ANEXO C), a solicitud de los funcionarios de CEDIAM, el objetivo de esta actividad era familiarizar a las personas mayores con el investigador y generar confianza. Luego de realizada la charla, que consistió en la explicación del programa de farmacia municipal, se recogieron los datos (nombre y teléfono) de las personas mayores que quisieran participar de la investigación, se corroboró verbalmente el cumplimiento de los criterios de inclusión y se les consultó sobre la fecha, hora y lugar de preferencia para ser entrevistados.

Se confirmó telefónicamente con los participantes la fecha, hora y lugar de las entrevistas.

Se asistió a los domicilios de 4 entrevistados, se realizaron 2 entrevistas en dependencias de CEDIAM y una entrevista en una sede provisoria del club de adulto mayor, según preferencia de los participantes.

4.1.3. Técnica de recolección de datos

Para la recolección de datos cualitativos se realizaron entrevistas semi estructuradas^[9]. Los temas a abordar en las entrevistas se corresponden a las 4 Dimensiones de la Accesibilidad a medicamentos, además se indagó sobre otros aspectos fuera del marco OMS que resultaron relevantes para las PM. La guía de temas a abordar en estas entrevistas no era rígida; la secuencia y términos de las preguntas fueron decididos por el entrevistador en el transcurso de las entrevistas, abarcando los objetivos de la investigación. Conforme se realizaban las entrevistas y emergían nuevos temas y problemas, se profundizaba en los aspectos que los y las participantes consideraron de mayor relevancia. En el ANEXO D se encuentra la guía inicial usada por el entrevistador.

Se realizaron 2 rondas de entrevistas; la primera fue realizada entre junio y julio de 2016 con 4 participantes usuarios de CEDIAM; la segunda se realizó entre noviembre y diciembre de 2016, con 3 miembros del club de adulto mayor.

La duración promedio de las entrevistas fue de aproximadamente 40 minutos. Se conversó con los y las participantes sobre sus percepciones, opiniones, expectativas, visiones y experiencias respecto a las 4 dimensiones del Acceso a Medicamentos y sobre otros aspectos que consideraran relevantes.

Las entrevistas comenzaron con el proceso de consentimiento informado, donde se les explicó a los y las participantes el objetivo de la investigación, se hizo una lectura del consentimiento informado, explicando y preguntando si comprendían cada fragmento leído, para luego proceder a la firma de este (ver ANEXO E), además se solicitó el consentimiento verbal para grabar las entrevistas.

Todas las entrevistas fueron grabadas y transcritas textualmente con ayuda del software Express Scribe®, luego fueron impresas, analizadas por el investigador, y la codificación se analizó con la codirectora de tesis. Los datos personales y sociodemográficos de los pacientes se resguardaron para asegurar su confidencialidad.

4.2. Análisis de los datos

Se realizó un análisis directo de contenido de las entrevistas ^[35]. Este tipo de análisis se realiza a través de un marco conceptual previo sobre el fenómeno en estudio. En este caso se establecieron 5 categorías, 4 en relación con las dimensiones del acceso propuestas por la OMS y el MSH y una relacionada con aspectos ajenos a estas dimensiones que emergieron en las entrevistas.

El análisis de los datos se realizó una vez transcritas las entrevistas, para ello se imprimieron las transcripciones de la primera ronda y se realizaron lecturas iniciales para familiarizarse con el contenido de los textos. En esta etapa, además, se destacaron los fragmentos de textos (párrafos o frases) consideradas relevantes por el investigador. Luego se realizó la codificación inicial, asignando códigos a los fragmentos de texto destacados. La segunda etapa de la codificación se realizó añadiendo las transcripciones de la segunda ronda de entrevistas, en donde se aplicaron los códigos ya establecidos a los nuevos fragmentos de texto, además se revisaron y evaluaron estos códigos para realizar una mejor descripción. Cabe señalar que dada la naturaleza circular de este

proceso, los códigos se revisaron y modificaron con las sucesivas lecturas de los textos. En la **Figura 3** se esquematiza el proceso de análisis de los datos:

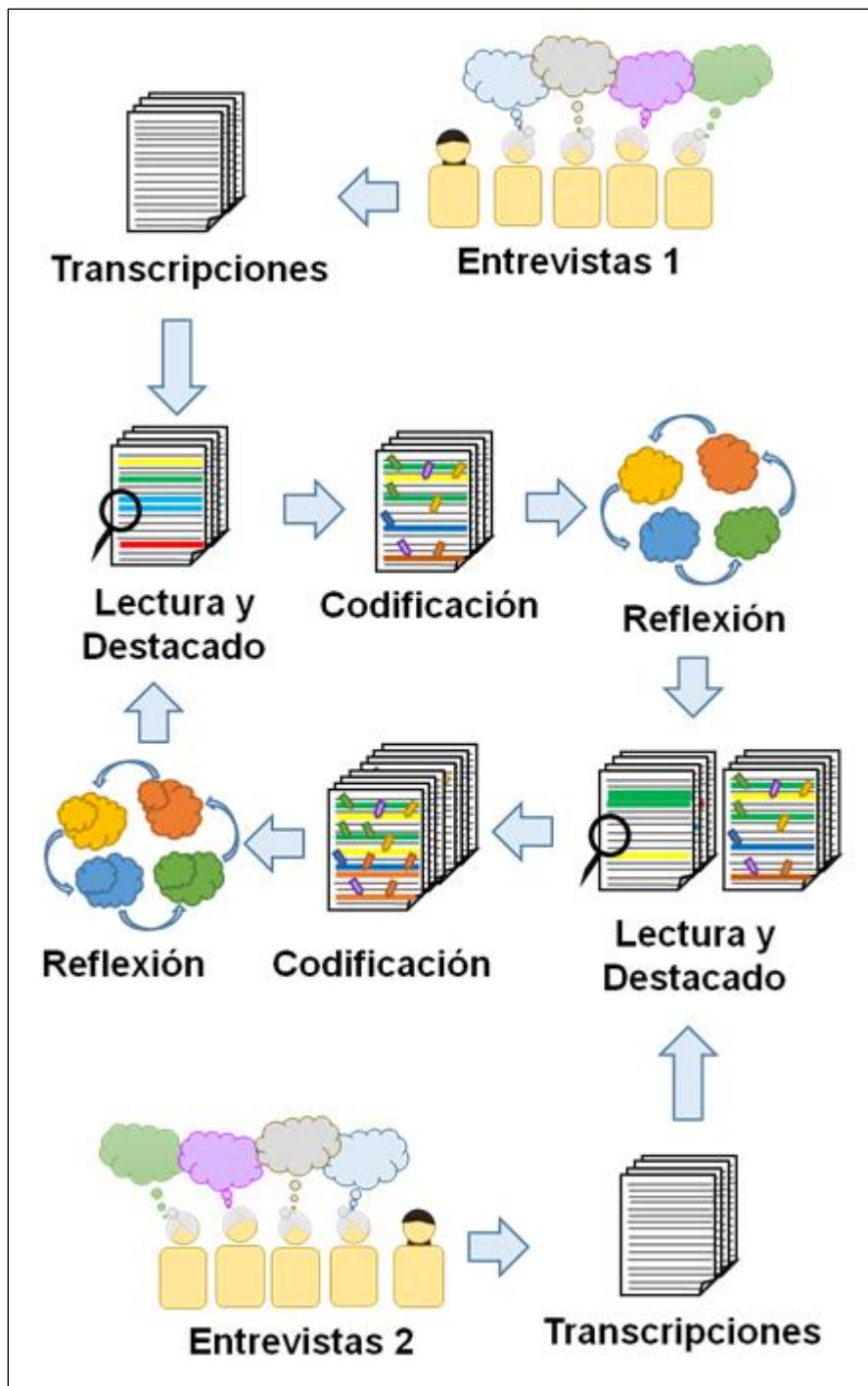


Figura Nº 3: Diagrama del proceso de análisis de datos

5. RESULTADOS

Se entrevistó a 7 personas mayores de la comuna de Independencia, una de ellas manifestó no adquirir sus medicamentos personalmente, por lo que los datos de su entrevista no se utilizaron en este estudio. A continuación se presenta una tabla con algunos datos socio demográfico de los participantes:

Tabla Nº 2: Datos sociodemográficos de los participantes del estudio.			
Sexo	Edad	Seguro de Salud	Escolaridad
Mujer	69 años	FONASA, DIPRECA, PRAIS	Universitaria Incompleta
Mujer	78 años	FONASA	Media Completa
Mujer	73 años	FONASA	Técnico
Hombre	76 años	FONASA	Universitaria
Hombre	77 años	FONASA	Universitaria
Mujer	70 años	FONASA	Básica

Como resultado del proceso de análisis surgieron un total de 11 sub temas o códigos, que a su vez se organizaron en torno a 5 temas o categorías, tal como se puede ver en la tabla 2:

Tabla Nº 3: Categorías y Códigos que surgen del análisis de datos.	
CATEGORIAS (TEMAS)	CÓDIGOS (SUB TEMAS)
Disponibilidad Física	Disponibilidad Medicamento Prescrito Quiebres del Arsenal
Asequibilidad	Gasto de Bolsillo Redes de Apoyo
Disponibilidad Geográfica	Apreciación de las Distancias Utilización de Transporte
Aceptabilidad	Escasez de Información Tiempos de Espera
Otros aspectos relevantes	Significados atribuidos a la medicación Adaptación a la Cronicidad Efectos Adversos y sus consecuencias

5.1) Disponibilidad Física

La Disponibilidad Física es una categoría proveniente de la clasificación de la OMS, que relaciona el tipo y cantidad de medicamento requerido por el usuario, y el tipo y cantidad de medicamento proporcionado por el prestador [5]. La Disponibilidad Física en esta investigación se vincula con los códigos: “Disponibilidad del Medicamento Prescrito” y “Quiebres del Arsenal”.

5.1.1) Disponibilidad del Medicamento Prescrito

Las PM, al estar en condición crónica, retiran los medicamentos que les son prescritos en forma permanente en los CESFAM. Habitualmente los medicamentos se encuentran disponibles, aunque no siempre en la dosis y forma farmacéutica indicada por el médico, lo que requiere en algunos casos una manipulación posterior del medicamento para obtener la dosis prescrita o bien, la necesidad de adquirirlos en forma particular.

“En el consultorio a mí, siempre he tenido los remedios sí, siempre, ha habido muy pocas oportunidades que... una vez, una vez fue que los tuve que comprar porque no había ni Gemfibrozilo ni, el otro, ¿Atorvastatina? claro, entonces ahí me comunicaron, sí.”
PSHAZ, 78 años.

“Por ejemplo en el consultorio hay un medicamento para la hipertensión, que es el Enalapril, que es la forma más económica del laboratorio que ellos consumen. Pero a nosotros nos dan Enalapril del 10, de 10 miligramos, cuando solo necesitamos consumir del 5, entonces nos dan solo del 10 y dice “media tableta”, ahora media tableta no necesariamente, en mi opinión, implica 5 miligramos.”

PSASC, 69 años.

“Como tengo hongos en la uña del pie, entonces al principio me daban un medicamento que en realidad como pareciera no era muy efectivo, entonces ese me lo daba en el CESFAM, pero como el médico se dio cuenta que no me servía mucho entonces me dio otro po', el Terbinafina, entonces ese tengo que comprarlo”

PSOER, 76 años

5.1.2) Quiebres del Arsenal

Los pacientes crónicos requieren de tratamientos que no deben sufrir interrupción en su administración. Las PM manifiestan la ocurrencia de quiebres de stock en el arsenal de los CESFAM u otros Centros del SNSS, obligándolas a adquirir sus medicamentos en farmacias privadas. Estos medicamentos son costeados mediante gasto de bolsillo.

“Por ejemplo cuando yo, a veces que no hay, por ejemplo, Metformina, la compro en cualquier farmacia”

PSZAV, 73 años

“[...] lo único que a veces no hay remedios nomás, no hay los que uno quiere entonces tiene que comprarlos por afuera”

PSASP, 70 años

“[...] y lo que sí que yo le decía relacionado con mi esposa, porque hace un tiempo atrás yo le iba a buscar los medicamentos a mi esposa pero era en el CDT [ya] entonces ahí ya era diferente porque ella tiene artritis entonces ella recibe hartos medicamentos, como 7 medicamentos y entre esos hay uno que no recuerdo el nombre que no siempre se lo daban porque a veces no estaba, me entiende”

PSOER, 76 años

5.2) Asequibilidad

En la clasificación de la OMS ^[5], la Asequibilidad relaciona el precio de los medicamentos con la capacidad del usuario para pagarlos. En relación con esta dimensión surgen los códigos “Gasto de Bolsillo” y “Redes de Apoyo al Ac”.

5.2.1) Gasto de Bolsillo

El gasto de bolsillo se produce cuando los medicamentos que les son prescritos a las PM no están incluidos en el arsenal de la Atención Primaria, o cuando existen quiebres de stock en los medicamentos que les son dispensados por el CESFAM. El gasto de bolsillo en medicamentos representa una alta carga financiera para las personas mayores en relación a los ingresos (pensión) que reciben, obligándolas a redistribuir su presupuesto para poder comprar los medicamentos.

Por ejemplo, una participante considera injusto lo que tiene que pagar ya que los precios de venta son demasiados altos en relación a los costos de producción de los medicamentos. Otro manifiesta que, pese a estar jubilado, debe realizar trabajos ocasionales para lograr costear sus medicamentos. El gasto se vuelve catastrófico, cuando se presenta una “crisis”, es decir, un síntoma o una enfermedad aguda, grave y/o invalidante, que no está cubierta por el sistema.

“Yo considero que la carga monetaria que tiene para cualquier cristiano, y con mayor razón para mí que no creo ser del grupo más desposeído, pero estoy dentro de los más desposeídos... es una gran carga, enorme, por 2 considerandos: uno, mis ingresos son bajos, pero más que eso, los costos son altísimos para mí, de acuerdo a los precios reales de producción de estos medicamentos por parte de los laboratorios”

PSASC, 69 años.

“[...] me lo dan, sí, pero si gasto mucho particular en medicamentos, en esto (señala su hombro) he gastado muchísimo porque no están los medios, usted sabe lo de salud, o sea cuando vienen estas crisis [...] [...] Uno se tiene que limitar de otras cosas po', porque cuando está mal [...] pero cuando me viene esta crisis es un gasto enorme”

PSHAZ, 78 años.

“[...] usted ve que hay gente que tiene unas 200, 200 y tanto pueden tener, una jubilación y no les alcanza, para vivir y para comprarse los medicamentos, es complicado [...] además que uno sabe, el adulto mayor, que no tiene grandes... en lo económico pa' comprarse unos medicamentos que, más que mal, que te cueste más de 10 lucas es caro, para uno no está... eso es lo que te podría decir respecto a.”

PSZAV, 73 años.

“[...] solamente cuando hay otro tipo ya de enfermedades y no hay medicamentos en el consultorio, ahí si tengo que comprarlos. [...] los medicamentos que compro son, digamos, baratos, valen menos de 10.000 pesos [ya], entonces, no, no me afecta felizmente”

PSOER, 76 años.

“[¿Cómo afronta usted los costos de estos medicamentos?] Comprarlos nomas po', dejar de comprar otras cosas para comprar el medicamento [...] a cualquiera que le quiten 200 lucas del sueldo, por suculento que sea, a pesar que mi sueldo es 250 como jubilado[...] tengo

que volver a lo que hacía antes, yo tengo un taladro, tengo una máquina de soldar y me pongo a hacer defensas a ventanas, lo que me pidan pero tengo que ir en desmedro de que me canso, estoy cansado ya, ya cumplí mi etapa ya [...] quiero descansar... he tenido que seguir trabajando haciendo cosas para obtener algo de dinero”

PSOAS, 77 años.

5.2.2) Redes de Apoyo

Debido al elevado gasto de bolsillo que representa para las PM la adquisición de medicamentos, se generan redes de apoyo. Estas redes se componen de familiares, amigos u otros pacientes y su objetivo es la colaboración a través del uso de beneficios y el aporte de dinero o medicamentos al paciente que no ha podido adquirir sus medicamentos.

“[...] bueno siempre viendo la hija que a ella le hacen descuento por parte de ella, entonces los compra en farmacias”

PSHAZ, 78 años.

“Lo que pasa es que mi hijo me apoya ahí [...] claro, se infartan y ven que pucha no había este remedio, “ya, que remedio necesita!” y mi hijo parte a comprar, entonces es un apoyo por ejemplo eso”

PSASP, 70 años.

“[...] Me lo regalaron [ya] una señora que sufría de lo mismo y a ella se lo dan, a mí no me lo dan, entonces ella me convidó y cuando estoy con mucho dolor me tomo uno de eso”

PSOAS, 77 años.

Un entrevistado se refiere incluso a que, habiendo redes de apoyo, el gasto financiero debido a una enfermedad (más allá de los medicamentos) es tan elevado que “arrastra” consigo a las propias redes de apoyo (familia, en el ejemplo citado). En este caso, la familia puede sufrir gastos catastróficos que los lleven al quiebre económico.

“[...] yo igual he visto muchos casos de personas aquí, no tienen lo de uno, que los hijos, uno pudo darles [...] pero hay personas muy limitadas, muy limitadas, entonces y como hay personas como uno que puede un poco, pero resulta que a los hijos le cargan todo, a los hijos profesionales y

cuando han estado enfermos hasta en clínica y los hijos han perdido todo, en realidad por enfermedad de los padres los hijos han perdido a veces hasta casa, uno a estas alturas, imagínese la edad que tengo yo, que he sabido de casos entonces uno no quiere llegar a eso, no quiere que los hijos lleguen a eso”

PSHAZ, 78 años.

También hay entrevistados que manifiestan el aislamiento en que se encuentran algunas personas mayores, esto les imposibilita tener redes de apoyo a las cuales recurrir en caso de necesidad.

“[...] ¿y si a veces no hay? hay familias que no se entienden [...] personas adulto mayor que son, y en general, a veces hay gente aunque sea más joven también a veces no tiene una red de apoyo porque a veces la situación económica no les da como para ayudar, quisieran ellos, pero no pueden [claro] y hay muchos casos aquí, yo por que le cuento esto, porque yo fui dirigente muchos años aquí en esta comuna”

PSZAV, 73 años.

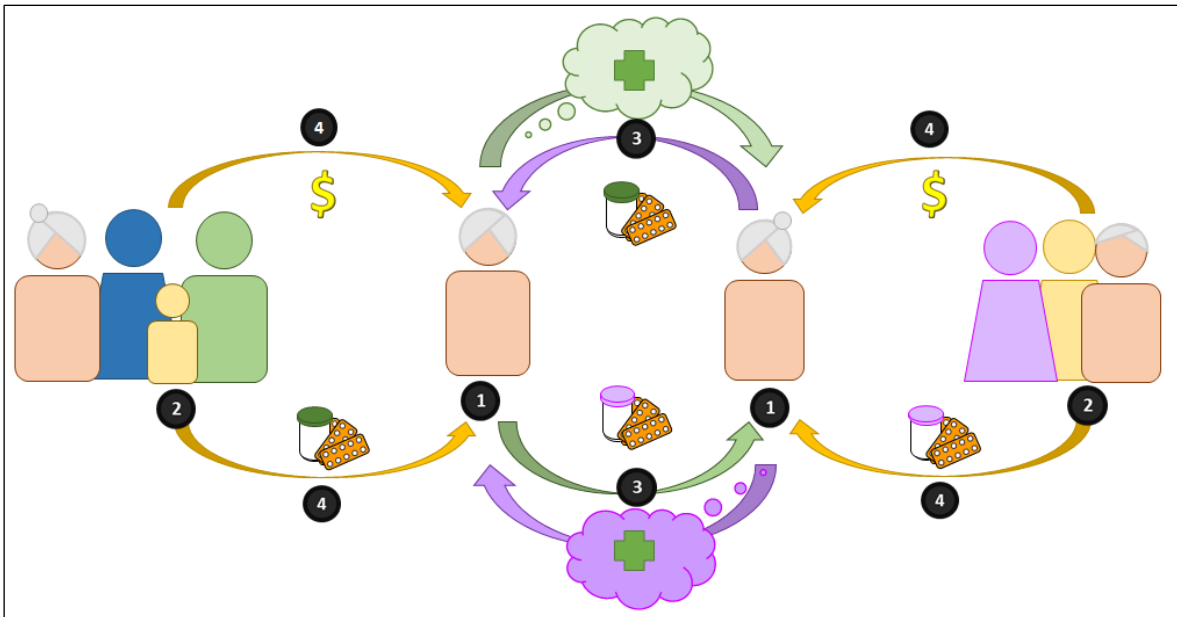


Figura Nº 4: Redes de apoyo de las PM que no han accedido a medicamentos, elaboración propia.

En la figura anterior (**Fig. 4**) se esquematiza, en forma general, el funcionamiento de las redes de apoyo en las PM participante; Personas Mayores que no han podido acceder a sus medicamentos (1), Personas que conforman las redes de apoyo, pueden ser familiares, otras PM, amigos, etc. (2), Las personas mayores se

regalan y/o intercambian medicamentos y consejos sobre salud (3), Los componentes de las redes de apoyo brindan ayuda en forma de medicamentos o dinero a las PM. (4)

5.3) Disponibilidad Geográfica

En la clasificación propuesta por la OMS [5], la Disponibilidad Geográfica relaciona la ubicación del medicamento (CESFAM, Oficinas de farmacia, etc.) con la ubicación del usuario. En relación con esta dimensión surgen los códigos de “Apreciación de las Distancias” y “Utilización de Transporte”.

5.3.1) Apreciación de las Distancias

Las PM retiran sus medicamentos en CESFAMs, Hospitales u otros centros de la red pública, en tanto realizan la compra de medicamentos en farmacias privadas. Las PM perciben que las distancias que recorren para retirar o comprar sus medicamentos son adecuadas, sin embargo también manifiestan que no siempre pueden recorrerlas *a pie*. Esta apreciación no resulta extraña, considerando que existen dos centros de atención primaria en la comuna (Dr. Agustín Cruz Melo y Juan Antonio Ríos), cuatro centros hospitalarios en los cuales se pueden retirar medicamentos (Hospital San José y su Centro de Diagnóstico y Tratamiento, Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak y el Instituto Nacional del Cáncer) y más de 10 farmacias privadas.

“[...] son las adecuadas, no está lleno de farmacias en todas las cuadras... Además, dado que están todas ellas en menos de 200 metros, puedo llegar con una sola locomoción y transportarme de una a otra si quiero”

PSASC, 69 años.

“[...] en tiempo, en todo está cerca”

PSOAS, 77 años.

“Bueno, en realidad cuando, por decirlo así, estoy bien, no tengo ningún problema en cuanto a salud, no hay problema porque me demoro alrededor de 10 minutos, 1/4 de hora digamos acá al CESFAM”

PSOER, 76 años.

“Yo aquí vivo, estoy privilegiada donde vivo, porque tengo todos los hospitales a mano[...] me quedan como 3 o 4 cuadras de allá hasta el consultorio y al hospital estoy a mano, gracias a Dios, de las postas también [...]”

PSZAV, 73 años.

5.3.2) Utilización de Transporte

Debido a factores como el tiempo de viaje y la funcionalidad, las PM deben utilizar el transporte público o privado para retirar o comprar sus medicamentos, esto es costado mediante gasto de bolsillo. Las PM manifiestan su descontento con el sistema de transporte público, Transantiago, debido a los altos costos de los pasajes y a otros problemas que les acarrea su uso.

“A veces me vengo a pie otras veces en locomoción po', también depende de cómo me sienta, a veces el tiempo también po', uno tiene que hacer otras cosas, entonces, es mejor ir en vehículo para digamos... más rápido”

PSOER, 76 años.

“Mi señora lo hace a pie yo no, yo llego todo cagao' ahí, así que yo tomo el bus”

PSOAS, 77 años.

“[...] representa problemas graves en el sentido de que todavía a veces estoy con un poco de crisis de pánico por el famoso Transantiago, porque a veces me tengo que bajar de repente, entonces soy pasajero de taxi, y dado los enormes ingresos que tenemos a estas alturas obvio que me sale caro, entonces tengo que rutiar, juntar y hacer todas mis compras en una oportunidad solamente”

PSASC, 69 años

“[...] también hay que ver el gasto del, que uno pone en el Transantiago 5 lucas y después encuentra que tiene 300 pesos, una cosa así [...]”

PSHAZ, 78 años.

5.4) Aceptabilidad

En el modelo de la OMS ^[5], la Aceptabilidad (o Satisfacción) relaciona las actitudes y expectativas de los usuarios sobre los productos y servicios a los que acceden con las características reales de estos. En el marco de esta investigación se

indagó acerca de las percepciones sobre la atención que recibían por parte del personal de los centros de salud públicos y de las oficinas de farmacia privada. Los códigos que emergen en esta dimensión son “Escasez de Información” y “Tiempos de Espera”.

5.4.1) Escasez de Información

Las PM perciben que los profesionales no les brindan la información que esperan recibir, es decir información relacionada con la acción terapéutica de los medicamentos y sus posibles riesgos. La información que esperan recibir las PM puede ser una instrucción completa o una confirmación por parte de los profesionales de salud de la información que ya manejan. Esta información no es entregada ni por el profesional médico que, en términos generales, realiza la consulta “sin mayor contacto”, “sin establecer ningún tipo de relación”; ni por el personal de farmacia, que de acuerdo a los discursos de las PM, solo se limitan a entregarles el medicamento prescrito con las posologías escritas en los envases.

“[...] solo te pasan los medicamentos, tiempo de más no tienen, y las instrucciones están escritas en los sobres”

PSASC, 69 años.

“a ver, en cuanto a información bien poca, porque no toda la información que se merece uno que se la den, ¿no cierto?, uno tiene que consultar o uno interiorizarse por uno misma... [...] en el consultorio no dicen para qué, pero como uno viene ya del médico entonces dice "aquí está la Atorvastatina, aquí tiene [...]”

PSHAZ, 78 años.

“no, eso no lo tienen en la farmacia (privada) de que digan "ah, esto sí..." uno a veces le dice, mire, esto es porque... pa' tal cosa o fíjese que a veces no he dormido bien por eso me recetaron esto, o sea uno le informa ellos, que no debe ser, pero es verdad, porque así me ha tocado a mí, algunas veces, pero como le digo por lo general realmente en la farmacia muy poco, yo creo que alguno, muy poco, lo que sí "este si es para esto, esto, esto otro", antes era más, mas, yo me acuerdo, antiguamente uno, usted iba a una farmacia, [...] "ah" decían, "si está, esto es para esto, para esto y para esto otro" y yo creo que es lo que debería ser, porque hay muchas personas, yo me incluyo, que a veces no sabemos y uno tiene que saber

para qué es lo que es, que además a veces los médicos no lo dicen, dan la receta cerrada, están ellos cabizbajos y hay muchos que se quejan, muchas personas, yo creo que en otras entrevistas a usted también le va a salir de que hay muchos médicos, no todos porque no vamos a echar todos en un saco ¿verdad?, pero hay muchos como que, como que la paciente está ahí, ya, la examinan que se yo y ellos cabeza gacha y escriben, escriben, escriben, escriben y listo"

PSHAZ, 78 años.

"No... Por ejemplo el proceso... no, te dan los remedios, esto viene anotado en la receta [...] ahí va, y listo, a ti no te hacen nada, nomás ahí te ponen cada 8 horas o una vez al día [...] escrito y nada más, tu no teni' ninguna conexión"

PSHAZ, 78 años.

5.4.2) Tiempos de Espera

Las PM manifiestan que existen ocasiones en que los tiempos de espera para la entrega de los medicamentos sobrepasan sus expectativas. Este tiempo de espera no solo se refiere al tiempo destinado a hacer una fila o a esperar el turno, sino que está relacionado también con la forma en que está organizada la entrega de los medicamentos, que de acuerdo a la percepción de las PM; involucra más trámites de los que ellos consideran necesarios. Estos tiempos de espera se atribuyen además, de forma generalizada, a la gran cantidad de personas que esperan por sus medicamentos. En relación a las farmacias privadas manifiestan que los tiempos de espera son variables.

"[...] porque creo que está mal organizada, siempre hay, mayoritariamente, no siempre, hay colas enormes [...]"

PSASC, 69 años.

"[...] todos estamos haciendo ahí la hora, yo me libré de eso ahora, menos mal porque realmente tenía que ir y me daba... perdía un día entero, a veces salía un día como a las 10 de la mañana y llegaba como a las 4 de la tarde [¿Lo perdía en la farmacia?] Claro po', porque la fila tremenda y después la espera, el número, mucha gente y encima pa' que después (te entreguen) la bolsita no... nada, nada, eso está así"

PSHAZ, 78 años.

“En esas farmacias (privadas) en las cuales voy que son más, no sé si decir modestas, eh... en esa no po', en es esa generalmente no sé si va poca gente o bien se los atiende rápido de tal modo que uno no tiene que esperar, porque con el asuntito ese de los... que hay que sacar números, a veces uno tiene que esperar como 10 o 15 números”

PSOAS, 77 años.

“Ya, mira, en cuanto, como es, bueno, lo malo que tiene tanto acá o en el hospital es que uno tiene que esperar muchas horas, porque primero tienes que hacer una fila para que te registren la receta y esperar, te dan un número, en el hospital, y tienes que esperar 3...4 horas, eso es típico, y tú vas, cualquier día, a la hora que vayas hay una tremenda fila [...] [...] en la farmacia privada tu vai', sacai' el número, pero a veces también tú te encontrai' que a veces hay mucha gente [¿es más variable?] es variable, puede haber 4-5 personas, pero a veces te encontrai' con 15-20 personas y teni' que esperar nomás po' y allá no hay asiento, generalmente las farmacias son bien pocas las que tienen asiento pa' esperar que te atiendan [...]”

PSZAV, 73 años.

“El tiempo de espera cuando uno llega allá depende de la cantidad de gente que vaya a lo mismo, nada más, porque a veces se ve peladita la ventana pero a veces hay una cola que entregan el papelito y después lo llaman, ahí espera uno entre 20 minutos a media hora para que le den los remedios”

PSOER, 76 años.

“Bueno, como va por código eso entonces se demoran al hacer los paquetitos de remedio, todo, las bolsitas, es entendible eso porque son tanta la gente que entra, los que tenemos carnet es por código, los que tienen receta ese es más rápido [ya] entonces es entendible como le digo lo de la receta, del carnet que tiene que pasar uno [...] creen que estas niñas están para correr a atenderla, entonces no es así porque ellas también tienen que atender mucha gente, entonces uno tiene que ser un poquito comprensiva también[...].”

PSASP, 70 años

5.5) Otros aspectos relevantes de la medicación

Además de los códigos relacionados con las Dimensiones de la Accesibilidad, surgen temas que se relacionan con aspectos fisiológicos, subjetivos y emocionales; todos ellos relacionados con la experiencia de “estar medicado”.

5.5.1) Significados atribuidos a la medicación

Además de ser un instrumento sanitario para recuperar o mantener la salud, los medicamentos adquieren significados subjetivos para las personas mayores que se relacionan al “como los hacen sentir”. La ingesta de medicamentos se contextualiza en la “cronicidad” de la enfermedad, es decir, que acompañará a la PM el resto de su vida. Por su parte, el “medicamento” también tiene una carga valórica vinculada con la vejez, entendida como enfermedad, como deterioro del organismo.

El uso del medicamento significa al mismo tiempo, un alivio, una recuperación de un estado mejor de salud y, en este sentido, una seguridad que se siente disminuida cuando estos no están disponibles por alguna razón. Otro significado que pueden adquirir los medicamentos es el de *Objeto de Temor* cuando se presentan efectos adversos en su uso.

“A mí me da ataque a los pelos tomar medicamentos porque es un recordatorio, eh, per secula seculorum, dado que soy crónica en esas cosas, de que estoy vieja y estoy cagada [...] yo voy a ser dependiente de esas cuestiones y por personalidad yo soy independiente [...] entonces es una fobia, pero a su vez es algo que es indispensable para que yo no le eche a perder más la vida a nadie y pueda seguir viviendo como estoy po' más o menos”

PSASC, 69 años.

“[...] como que a uno en principio no le gusta tomar medicamento po', porque encuentra que, del momento de tomar medicamentos uno está como en un aspecto inferior al otro que no toma”

PSOER, 76 años

“Ehm, a ver, este por lo menos me dio tranquilidad [inhalador] porque cuando me sentí falto de aire dije “yo aquí cague, aquí no voy a respirar” y no se po' y cuando vi que esto me estaba haciendo bien fue como un alivio, fue un gracias Señor por haber tomado esto [...] no así este [señala la Mesalazina], porque este me ha dado dolores de cabeza”

PSOAS, 77 años.

Para la PM anterior, uno de los medicamentos significa un alivio a sus problemas respiratorios, en cambio el consumo de Mesalazina le ha ocasionado “dolores de cabeza”, que en este contexto está relacionado con sensaciones desagradables y malos ratos por sus efectos secundarios.

“[...] cuando yo no los tomo me doy cuenta porque como que me siento asustada, entonces eso me recuerda que si tengo que tomarlos, a pesar de que tengo orden para tomarlos pero de vez en cuando uno tiene tantas cosas que se le pasa [...] entonces a veces que tengo que salir y llego apurada, cocinar, cosas así, se me olvida po' entonce' después me recuerda que si tengo que tomármelos, no lo he tomado, y me los tomo ya [...] es que lo que pasa es que yo me acostumbre, entonces pasando la hora yo siento...siento como un susto [...]”

PSASP, 70 años.

Esta PM manifiesta una sensación de susto cuando no toma sus medicamentos; la medicación ha significado algo positivo en su estado de salud.

5.5.2) Adaptación a la Cronicidad

Las personas mayores viven un proceso de adaptación a las enfermedades crónicas, como el tomar medicamentos a diario, que muchas veces significan cambios de hábitos y costumbres.

“Es que tuve que aprender y tuve que asumir que tenía enfermedades crónicas, porque después a los 6 meses me dio la que más me costó, yo creo, es la...ponte tú, la diabetes. Me costó y todavía yo te digo que me cuesta, pero ahora he asumio' que...bueno, por ejemplo, el cáncer, bueno, tenía que cuidarme, ponte tu no estar en los lugares encerrados que fumaban [...] y eso tuve que dejarlo, el cigarro lo deje [...] pero como te digo y después me fui acomodando, la diabetes, claro tenía que estar a una hora y ahí me preocupaba, en fin, bueno y decía: “ya, si no me alcanzo a llevar algo me compro en la calle[...] ahora a mí eso es lo que me da lata, me da lata, pero tengo que hacerlo, tengo que hacerlo [...] lo primero que echo en mi cartera este que va con hielo y las jeringas y la insulina [...] y teni' que tener la alimentación, como sea teni' que tenerla y sana, entonces tú no te podí' tentar y yo soy tentá' [...]”

PSZAV, 73 años.

“[...] lo único que me doy cuenta nomás cuando hay, hay otro tipo de actividad por ejemplo hay alguna convivencia o hay que participar en un curso así siempre en la hora de colación que se proporciona, no cierto, no siempre se acuerdan de los diabéticos [...] entonces lo que más ponen son cosas dulces po' [...] entonces a veces cuesta o tengo que tomar eh... menos cantidad po', menos cantidad, menos cantidad de alimento”

PSOER, 76 años

“Bueno, al principio yo diría que si po', porque me daban la mitad de una pastilla, entonces había que estar partiéndola, entonces era medio incómodo, tengo que tomarme remedio, partirla, tal vez en la mañana, eh, después en la noche pero ya después me di... dando cuenta que era mejor, eh, partirlo digamos anticipadamente, por ejemplo cuando me dan ya 30 pastillas, dividir las al tiro po' [las deja todas listas] y meterlas en un frasquito, me entiende”

PSOER, 76 años

5.5.3) Efectos Adversos y sus consecuencias

En diferentes momentos de la conversación, las personas mayores aluden a problemas que les han ocurrido a partir de medicamentos que utilizan, muchos se relacionan con problemas del sistema digestivo, otros tienen que ver con emociones asociadas a su consumo. Estos problemas pueden llevar a las PM al abandono o modificación de sus terapias

“[...] yo tomo lo que me dan allá e incluso me, cuando yo tomaba demasiados remedios no me sentía bien, después yo misma me empecé a quitar a quitar y, por ejemplo ahora en la mañana tendría que tomarme un Atenolol, un Losartan y un...este que me cambiaron que era el Nitrendipino, tiene otro nombre ahora sí, pero me tomo la mitad del Atenolol, la mitad del otro y el Losartán me lo tomo entero, eso es lo que tomo en la mañana y yo me siento bien, me siento bien con ánimo todo [...]”

PSASP, 70 años.

“Bueno y la otra problemática que también pasa, que, o le sucede a mi esposa, que ella tiene que tomarse otros medicamentos, para que los otros medicamentos no le dañen, no sé si el estómago algo por ahí po' [...] entonces ahí más se complica la cosa”

PSOER, 76 años.

“[...] este año están dando las horas pa' los que están en espera del 2014, entonces tú te podi' imaginar que yo sigo con lo mismo, con lo más complicado que era la Pregabalina, que no la tomo ni siquiera, esa yo la tomé una vez y nunca más, y me da miedo [...] decía yo... me la tomo, no me la tomo, uh... Dios mío estaba desesperada pero sabi' tú que no porque le tomé miedo y tanto respeto a esa...la Pregabalina, que no me la tomo”
PSOER, 76 años.

En el fragmento anterior la entrevistada señala tenerle miedo a Pregabalina, porque le causó efectos adversos que la hicieron sentir muy mal.

“me costó, me costó porque a mí me dieron, del cáncer de mamas, me dieron el Tamoxifeno, que ese lo regala la salud, por decirlo de un modo, pero que pasa que a mí me hizo pesimamente mal a mi estómago”
PSZAV, 73 años.

La entrevistada anterior es más específica, señalando que para el caso de Tamoxifeno, el principal inconveniente al comenzar a tomarlo fueron los efectos que el medicamento tuvo en su estómago.

5.6) La Dinámica del Acceso al Medicamento

Como segundo aspecto de los resultados de esta memoria de título se realizó, a partir de las experiencias evidenciadas por los y las participantes, una figura (**Figura 5.**) que esquematiza los procesos que modulan el acceso a medicamentos de las PM. Se presenta como un proceso dinámico que comienza con la prescripción de un tratamiento farmacológico por parte del facultativo **(1)** y concluye con el Acceso al medicamento por parte del usuario **(6)**. Si el medicamento se encuentra cubierto por el seguro público de salud, por programas ministeriales o por el GES, el usuario debe acudir a retirarlo a un centro de salud público **(2)**, para ello dependiendo de su funcionalidad y la distancia al centro, el usuario puede movilizarse caminando **(3)**, esto no le significa un costo monetario. Para acudir a los centros de salud el usuario puede utilizar el transporte público **(4)** que genera un gasto monetario, pero también un ahorro de tiempo. Una vez que puede acceder geográficamente al centro salud, se presentan 2 situaciones, el medicamento se encuentra físicamente disponible **(5)** y es retirado por el usuario **(6)** o no está físicamente disponible **(7)**, en cuyo caso el usuario debe volver otro día al centro de salud a retirarlo, invirtiendo tiempo y/o dinero en ello. En el caso de tener la capacidad de costearlo **(8)** puede acudir a una farmacia privada para que le sea dispensado. Para acudir a las farmacias privadas, el usuario debe invertir tiempo y/o dinero en transportarse, y al igual que en los centros públicos de salud, el medicamento puede **(5)** o no **(7)** estar disponible. En el caso de no poder costear el medicamento **(9)**, el usuario puede acudir a su red de apoyo **(10)**, quienes pueden proporcionarle el medicamento, o el dinero para su adquisición.

Dinámica del Acceso a Medicamentos en las PM participantes.

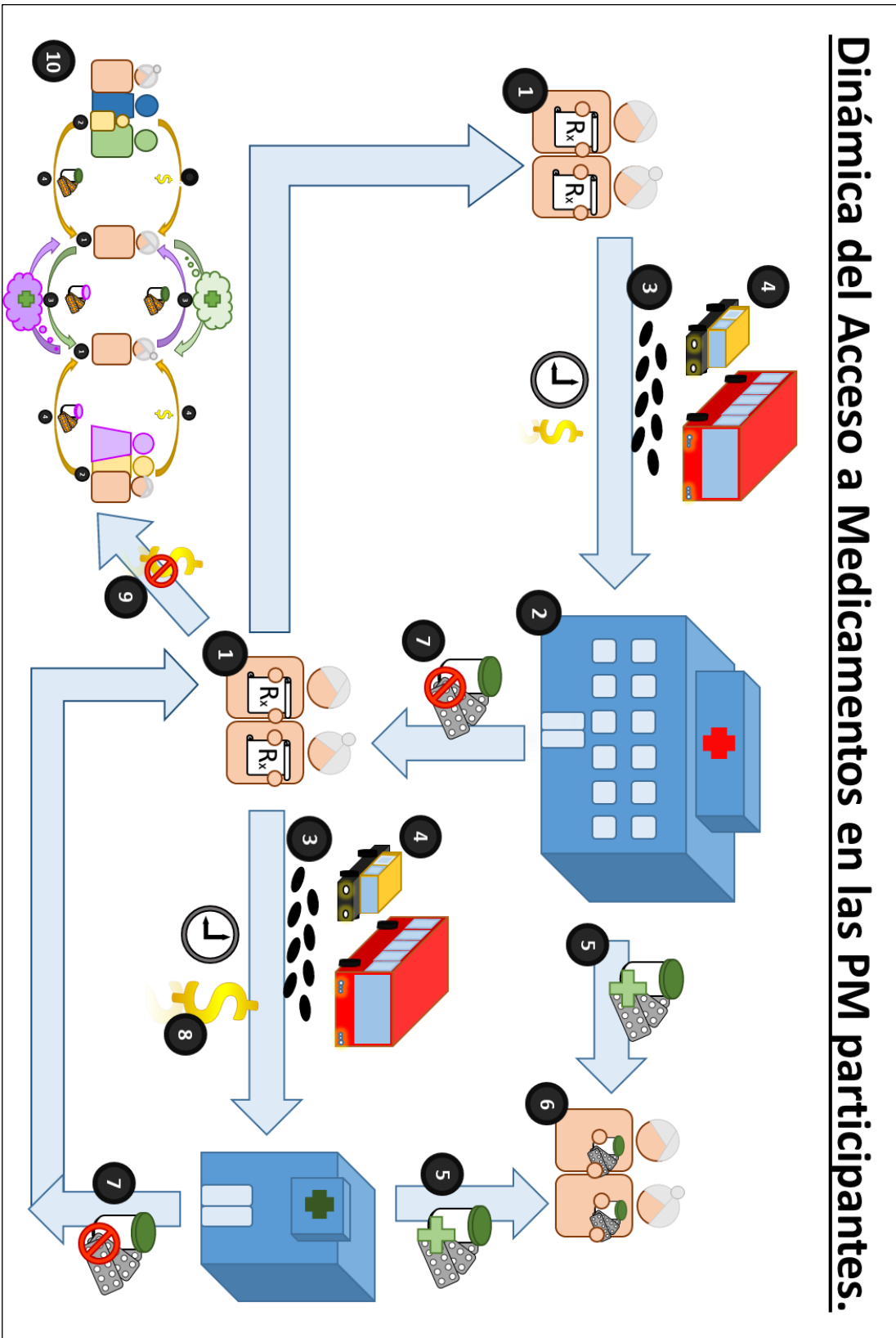


Figura Nº 5: Dinámica del acceso a medicamentos en las personas mayores participantes



Personas Mayores tomando *Once*

6. DISCUSIÓN

Los medicamentos pueden convertirse en parte importante de la vida de las PM que han visto deteriorado su estado de salud con el paso del tiempo. Estos bienes sanitarios son comprendidos desde varias dimensiones; desde su farmacología, ya que permiten superar o llevar de mejor forma los procesos de enfermedad; desde su dimensión económica, como bienes materiales que, cuando no son cubiertos por los seguros de salud, pueden arrastrar un gran porcentaje del presupuesto familiar en su adquisición. Además, son vistos en una dimensión más subjetiva, a veces como sinónimo de vejez e inferioridad, pero también, como sinónimo de recuperación de las capacidades y bienestar. Las perspectivas de los usuarios de medicamentos resultan fundamentales para el diseño de políticas que permitan mejorar su acceso ya que existen factores culturales y personales que, de no ser tomados en cuenta, repercutirán en el éxito o fracaso de una política de salud que incluya el acceso a medicamentos ^[9].

Respecto a los hallazgos de esta memoria de título cabe destacar que los y las participantes manifiestan conformidad con las distancias que tienen que recorrer para adquirir sus medicamentos, lo que podría atribuirse a la poca superficie de la comuna, alrededor de 7 km². Además, los entrevistados residían cerca de las zonas de mayor “*actividad sanitaria*”, es decir donde se concentran los hospitales, el CEDIAM y uno de los CESFAM de la comuna. Pese a esta percepción positiva, también manifiestan barreras en el acceso a medicamentos relacionadas con su funcionalidad y el costo del transporte; las PM funcionales no manifiestan mayores problemas para retirar sus prescripciones ya que la distancia hasta los centros de salud públicos resulta apropiada para ser recorrida por sus propios medios. Por otra parte, las que han perdido parte de sus capacidades manifiestan que deben incurrir en gastos relacionados con el transporte para llegar a los centros de salud. Este gasto asociado al transporte podría ser considerado como gasto de bolsillo, asociado de forma indirecta, a la adquisición de los medicamentos cuyo valor esta cubierto por el FONASA u otros planes públicos que brindan cobertura.

Las percepciones sobre la distancia geográfica de los centros de salud en relación con la funcionalidad deben considerarse como un factor importante al momento de

diseñar políticas de salud que busquen mejorar la accesibilidad a medicamentos de las PM.

Otro hallazgo relevante es la opinión que manifiestan sobre los CESFAMs de la comuna; estas son mayormente positivas en relación al trato del personal y a la disponibilidad de medicamentos, pero existe descontento por la cuantía y calidad de la información entregada y por los tiempos de espera, ya que exceden sus expectativas, además, manifiestan la existencia de quiebres de stock en los arsenales de los centros de salud que pese a ser calificados como ocasionales, pueden causar gasto de bolsillo.

En la dimensión económica, se observa que para las enfermedades crónicas más comunes como HTA, DM2 y Dislipidemia existe una buena cobertura de medicamentos, mayormente asociada a programas ministeriales que permiten a las PM no incurrir en gastos significativos en medicamentos a causa de estas patologías.

El escenario es muy diferente en las enfermedades cuyos tratamientos farmacológicos no tienen cobertura y son a menudo de costos muy elevados, ya que ocasionan una gran carga económica que puede igualar o sobrepasar el *ingreso promedio mensual de la ocupación principal* de las PM de menores recursos (entre \$126.147 para el quintil I y \$240.257 para el quintil III)^[41]. En el caso de enfermedades como el cáncer la situación empeora ya que los costos de estos medicamentos están fuera de los presupuestos familiares de la mayoría de los habitantes del país. La falta de cobertura para este tipo de medicamentos va en desmedro de la calidad de vida de las PM y su entorno cercano,

Respecto al gasto de bolsillo, este representó en Chile un 34% del gasto total en salud en 2009. Esta cifra resulta alta en comparación con países de la OCDE, que promedian un 19,2% (de 7,3% en Francia a 47,5% en México), mientras que en el contexto sudamericano se encuentra cerca del promedio de 31% (de 8% en Colombia al 54% en Venezuela) para el mismo periodo citado^[42]. El 55% del gasto de bolsillo correspondía, en 2007, a gasto en medicamentos^[45].

En esta memoria se abordaron, además, algunos aspectos subjetivos y significados que se atribuyen a los medicamentos y al “estar medicado” por parte

de los usuarios. Los efectos adversos, y sus consecuencias clínicas y emocionales pueden generar el abandono o modificación deliberada de las terapias causando, por una parte, efectos negativos en la salud de los usuarios que habitualmente no reciben un seguimiento ni acompañamiento profesional para potenciar la adherencia y el buen uso de sus terapias farmacológicas.

El abandono de las terapias por parte de los usuarios deriva un uso no racional de los recursos destinados a la compra y distribución de medicamentos, ya que son dispensados a quien no los utilizarán.

Además de las consecuencias clínicas y emocionales de los efectos adversos, también es importante tener en cuenta el proceso de adaptación del usuario a su condición crónica. El sistema sanitario debiese asegurar el apoyo profesional necesario para que el usuario se adapte física y emocionalmente a su nueva condición; para esto también deben tomarse en cuenta los significados que adquiere el medicamento para cada persona ya que ayudaría a comprender las razones que pueden llevar al éxito o fracaso de la terapia farmacológica en cada individuo.

En base a lo anterior, se puede inferir que los procesos de enfermedad en las PM no se deben comprender ni como una carga individual, ni como un proceso homogéneo. Una enfermedad, en especial si resulta catastrófica, también involucra emocional y económicamente al entorno cercano del usuario. Esto se ve reflejado en la generación de las redes de apoyo que emergen de forma espontánea en el entorno cercano de las PM. El autor estima que éstas pueden ser una base para la elaboración coordinada y estructurada de redes a nivel comunal que permitan brindar apoyo económico y anímico a las PM que sufren procesos de enfermedad.

Si bien estos hallazgos resultan relevantes, no constituyen una base sólida que cimiente el diseño de un programa o política sobre acceso a medicamentos a nivel comunal. Para generar un cuerpo de conocimientos adecuados para esta labor, se recomienda ampliar la muestra a PM que se encuentren en zonas más periféricas de la comuna. En base a lo observado y aprendido en el trabajo de campo, los Clubes de Adulto Mayor se perfilan como un espacio propicio para la investigación

ya que se constituyen como espacios de auto-organización para las PM, esto facilita que se genere un ambiente donde se sienten libres para manifestar sus opiniones.

La incorporación paulatina de metodologías cualitativas en el campo de la salud nace como respuesta a preguntas de la práctica clínica que no son abordables desde los métodos cuantitativos (estadísticos), siendo los países europeos pioneros en su aplicación. En el contexto latinoamericano su utilización se consolida mayormente en Argentina, Brasil y México [36].

En el campo particular de las ciencias farmacéuticas destacan las investigaciones realizadas en EE.UU. y Gran Bretaña que se han enfocado fundamentalmente en conocer las percepciones sobre el profesional farmacéutico que tienen los usuarios y los demás profesionales sanitarios [36].

En el contexto de las Américas cabe destacar el trabajo de Loyola y colaboradores de 2004 donde se aborda, desde una metodología cualitativa, el problema de la automedicación en una localidad de Brasil [37]. Además, destacan las investigaciones cualitativas en el campo de la atención farmacéutica llevadas a cabo por equipos de EE.UU y Brasil, que abordan temas como atención farmacéutica vista desde el enfoque etnográfico; las percepciones que tienen los usuarios sobre la atención farmacéutica y sobre la relación entre farmacéutico y paciente, entre otras [36].

En relación con el tema abordado en esta memoria destacan el trabajo de Shoemaker y Ramalho de Oliveira sobre el significado de la medicación para los pacientes [38]. El estudio corresponde a un metanálisis de trabajos previos de las autoras que utilizaron tamaños muestrales de 5, 11 y 25 participantes donde, para la recolección de datos, se utilizaron entrevista, grupo focal y observación participante. Como resultado de esa investigación se obtuvieron 4 categorías que describen la relación del usuario con su medicación, una de ellas corresponde a *Efectos Corporales* donde se abordan las percepciones de los participantes sobre los efectos positivos y negativos que tienen los medicamentos en sus cuerpos. En esta memoria de título también emerge, bajo el código de *Efectos adversos y sus*

consecuencias, el carácter dual que adquieren las terapias farmacológicas para los usuarios.

Por otra parte, las autoras describen los significados que adquieren los medicamentos para el usuario o la usuaria, emergiendo códigos como *sentido de pérdida de control, signo de envejecimiento, cuestionamiento y encontrando el estigma*. Estos significados se aprecian también en este estudio bajo códigos como *Significados atribuidos a la medicación y adaptación a la cronicidad*.

De ambos trabajos, se puede inferir que los medicamentos adquieren simbolismos que determinarán la relación del usuario o usuaria con su terapia farmacológica.

Otro trabajo que guarda relación con este estudio es el de Pereira de Lyra de 2015, quien utilizó entrevistas semi estructuradas para explorar las percepciones de personas mayores sobre la adherencia a sus terapias^[39]. El olvido de las dosis, el cuestionamiento a la necesidad de tomar medicamentos y el miedo a los efectos corporales negativos de la medicación surgen como determinantes de la adherencia a la terapia farmacológica. En este estudio las personas mayores también hacen referencia a estos aspectos de su experiencia al *estar medicados*.

Respecto a otros usos de las técnicas cualitativas aplicadas en el campo farmacéutico también se puede destacar otro trabajo de Pereira de Lyra^[40], donde utiliza entrevistas de carácter cualitativo para validar un conjunto de pictogramas relacionados a la administración de medicamentos en un grupo de personas mayores.

La utilización de metodología cualitativa en esta memoria surge a raíz de intentar comprender el problema del acceso a medicamentos desde la perspectiva de los usuarios, sin embargo no se encontró literatura asociada al uso de este enfoque metodológico para el tema propuesto.

La muestra de este estudio resulta particular en cuanto a la escolaridad, ya que la mayoría de los y las participantes tienen un nivel de escolaridad que no es habitual en su grupo etario^[41].

Las entrevistas semi-estructuradas, técnica utilizada en esta investigación, requieren un continuo perfeccionamiento y constituyen un aprendizaje permanente para el investigador; profundizar en las percepciones que tienen otras personas

sobre el mundo que las rodea requiere entrenamiento constante en el arte de escuchar y hacer preguntas abiertas que ayuden a la comprensión de las perspectivas del entrevistado bajo su propio lenguaje, evitando conducir las respuestas a través del paradigma del investigador.

La práctica farmacéutica tiene diversos focos de acción; está centrada en el medicamento como bien sanitario o de consumo, en áreas como la industrial, asuntos regulatorios y control de calidad, por otra parte, el quehacer del área clínica se enfoca en los efectos que tienen los medicamentos sobre los procesos fisiológicos de salud y enfermedad de las personas. La profesión farmacéutica debe avanzar también en su aspecto social, al comprender al usuario de medicamentos como sujeto social, cuyas acciones y decisiones en salud están determinadas por el conjunto de fuerzas que forman y transforman a la sociedad (sociales, políticas, económicas y normativas)^[12].

La farmacia comunitaria en respuesta a los problemas del sistema público que generan en el usuario la sensación de desprotección (extensos tiempos de espera para la atención, la poca disponibilidad de especialistas y la poca disponibilidad de horas médicas, entre otros ^[43]) se ha convertido en un medio paralelo de acceso al sistema de salud para la población, en especial la de menores recursos. Es por ello que no basta con vender medicamentos, el profesional farmacéutico deberá comprender al usuario en su contexto de vida para lograr así que el ejercicio profesional reduzca los riesgos y aumente al máximo los beneficios del uso de medicamentos. Este enfoque práctico del ejercicio profesional se vincula al concepto de *Farmacia Social*^[44].

7. CONCLUSIONES

En esta memoria se abordó el acceso a medicamentos basándose en el marco conceptual desarrollado por la OMS, se destacan los siguientes hallazgos:

Los medicamentos cubiertos por los planes ministeriales de salud no representan mayor carga económica para los usuarios, por otra parte los que no se encuentran en el arsenal de los centros de salud, prescritos habitualmente para enfermedades agudas pueden generar gasto de bolsillo para las PM. Existen además medicamentos que no poseen ninguna cobertura por parte del seguro público.

En términos generales, la disponibilidad de medicamentos en los centros de salud, públicos y privados es considerada buena, los quiebres en el stock en la APS son considerados excepcionales, aunque pueden generar gasto de bolsillo para las PM. Además, la prescripción de medicamentos para enfermedades poco comunes puede ocasionar problemas en los usuarios, en el aspecto económico por su elevado costo y en el aspecto de disponibilidad física, por su dificultad para encontrarlos en farmacias privadas.

En cuanto a las percepciones de las PM participantes sobre la atención que reciben en los centros de carácter público emerge, en el total de los entrevistados, la preocupación por los tiempos de espera para la dispensación de medicamentos, que pueden llegar a extenderse por varias horas en el caso de la atención secundaria o terciaria. En el caso de las farmacias privadas, se manifiesta que los tiempos de espera varían, a veces son considerados excesivos y otras no.

Respecto a la atención brindada por el personal de los centros públicos, los entrevistados manifiestan la necesidad de recibir mayor información sobre las terapias ya que ni el profesional médico, ni el personal de farmacia les entregan la información que ellos esperan, muchas veces solo les escriben la posología en los envases de los medicamentos. Una parte de las PM participantes atribuyen esto al poco tiempo con que cuenta el personal para atender sus necesidades en salud. Algo similar ocurre en las farmacias privadas, en donde la falta de información se vuelve más notoria ya que los medicamentos se transan monetariamente, dedicando escaso o nulo tiempo a educar al usuario. Dos participantes se referían

al modelo de farmacia anterior al periodo de dictadura cívico-militar, donde la información referente a sus terapias era entregada con mayor proactividad.

Cuando existen barreras al acceso a medicamentos, mayormente relacionadas con su costo y disponibilidad en los centros de salud, se generan redes de apoyo en el entorno cercano de las PM, estas redes suelen ser heterogéneas en cuanto a su composición y poco coordinadas entre sus miembros, pero pueden adquirir elevados grados de compromiso con las PM, en especial cuando se trata de familiares. Esto genera que la carga económica del usuario se traspase a su entorno cercano, la enfermedad pasa a ser un fenómeno colectivo y familiar y su carga económica puede repercutir negativamente en los presupuestos de los grupos familiares.

La Disponibilidad Geográfica de centros de salud se perfila como el aspecto del acceso en que las PM participantes describen menos problemas, pese a ello, y dependiendo de factores como la funcionalidad, o el tiempo que demoran en recorrer las distancias, muchas veces deben incurrir a la utilización de transporte público pagado, este costo es asumido por los usuarios.

Además de las dimensiones propuestas por la OMS, se agregó una dimensión exploratoria que da cuenta de las percepciones sobre otros aspectos de los medicamentos que las PM consideran relevantes. Se puede concluir que las PM entrevistadas manifiestan sentimientos encontrados con la medicación ya que les ayuda a conservar y recuperar su salud, permitiéndoles gozar de buena forma esta etapa de su vida, pese a que también pueden ocasionarles problemas. Algunas PM participantes manifiestan sentimientos negativos hacia los medicamentos ya que los hacen sentir viejos, al recordarles que tienen enfermedades crónicas que los acompañarán por el resto de su vida, por ejemplo, un entrevistado manifiesta sentirse “inferior” a quien no toma medicamentos.

Otro hallazgo relevante es el proceso de adaptación que sufren las PM mayores a las enfermedades crónicas y por ende, a los medicamentos que se prescriben para estas patologías. Las PM deben adaptarse a cambios en sus estilos de alimentación, a los horarios de ingesta de medicamentos y muchas veces a los efectos adversos que esto conlleva, mayormente de tipo gastrointestinal.

8. REFERENCIAS

1. Organización Mundial de la Salud. Perspectivas políticas de la OMS sobre medicamentos: 8. Acceso equitativo a los medicamentos esenciales: un marco para la acción colectiva [Internet]. Ginebra: OMS; 2004. [acceso agosto 2015]. Disponible en: <http://apps.who.int/medicinedocs/pdf/s4964s/s4964s.pdf>
2. Organización Mundial de la Salud. Constitución de la Organización Mundial de la Salud [Internet]. Ginebra: OMS; 1946 [acceso abril 2016]. Disponible en: <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/SP/constitucion-sp.pdf?ua=1>.
3. Organización Panamericana de la Salud. Los adultos mayores y el consumo de medicamentos [Internet]. Ginebra: OPS. [acceso octubre 2015]. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=17315&Itemid=.m.-ml
4. Oscanoa TJ. Acceso y usabilidad de medicamentos: propuesta para una definición operacional. Rev Peru Med Exp Salud Pública. 2012; 29(1):119-126.
5. World Health Organization, Management Sciences for Health. Defining and Measuring Access to Essential Drugs, Vaccines, and Health Commodities. Report of the WHO-MSH Consultative Meeting. Ferney-Voltaire, Francia: WHO-MSH; 2000.
6. Organización Panamericana de la Salud, Ministerio de Salud. 3ª Jornada FORO DE SALUD ¿COMO MEJORAR EL ACCESO A MEDICAMENTOS EN -CHILE? [internet]. Santiago de Chile: OPS/OMS-Ministerio de Salud; 2012 [acceso septiembre 2016]. Disponible en: http://www.paho.org/chi/images/PDFs/foro%20salud%20medicamentos%203_ion45_.pdf?ua=1
7. Ministerio de Salud de Chile. ESTRATEGIA NACIONAL DE SALUD Para el cumplimiento de los Objetivos Sanitarios de la Década 2011-2020 [internet]. Santiago de Chile: Ministerio de Salud. [acceso octubre de 2015]. Disponible en: <http://web.minsal.cl/portal/url/item/c4034eddbc96ca6de0400101640159b8.pdf>
8. Varela NM, Oliveira DRD. A qualitative glimpse at pharmaceutical care practice. Pharm World Sci. 2009; 31:609-611.
9. Ulin PR, Robinson ET, Trolley EE. Investigación aplicada en salud pública: Métodos cualitativos [Internet]. Washington D.C: OPS; 2006 [acceso octubre 2015]. Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/729/9275316147.pdf>
10. Determinantes Sociales en Salud [Pagina Web]. Santiago de Chile: Ministerio de Salud; c2015 [acceso noviembre 2016]. Disponible en: <http://www.minsal.cl/determinantes-sociales-en-salud/>.
11. Documento de referencia 3: Conceptos clave [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. [acceso noviembre 2016]. Disponible en:

http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/key_concepts/es/

12. Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Resumen Analítico del Informe Final [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2008 [acceso noviembre 2016]. Disponible en:
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/69830/1/WHO_IER_CSDH_08.1_spa.pdf
13. Kirkwood TB. A systematic look at an old problem. *Nature*. 2008; 451(7179):644-647.
14. Steves CJ, Spector TD, Jackson SH. Ageing, genes, environment and epigenetics: what twin studies tell us now, and in the future. *Age Ageing*. 2012; 41(5):581-586
15. Organización Mundial de la Salud. Informe Mundial Sobre el Envejecimiento y la Salud [Internet]. Ginebra: OPS; 2015 [acceso octubre 2016]. Disponible en:
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186466/1/9789240694873_spa.pdf
16. Instituto Nacional del Envejecimiento. Envejecimiento en las Américas. Proyecciones para el siglo XXI [Diapositiva]. Maryland: NIA; año desconocido. 17 diapositivas. Disponible en: <http://ccp.ucr.ac.cr/bvp/pdf/vejez/ageams.pdf>.
17. Miller T, Saad, P, Martínez C, Calvo JJ. La nueva era demográfica en América Latina y el Caribe [internet]. Santiago de Chile: CELADE; 2014 [acceso noviembre 2016]. Disponible en:
http://www.cepal.org/celade/noticias/paginas/6/53806/MPD_ddr2_esp.pdf
18. División de planificación y desarrollo. Boletín unidad de estudios: Indicadores Sociodemográficos de las Personas Mayores a Nivel Territorial [internet]. Santiago: SENAMA; 2013 [acceso noviembre 2016]. Disponible en:
<http://www.senama.cl/filesapp/boletin%20Unidad%20de%20EstudiosOK.pdf>.
19. Criteria Research. Fuerza mayor: una radiografía del adulto mayor chileno. [Diapositiva]. Santiago de Chile: SEMANA; 2009. 125 diapositivas. Disponible en:
http://www.senama.cl/filesapp/Estudio_Fuerza_Mayor_una_radiografía_del_AM_c_hileno.pdf.
20. España M, Gillmore M, Jara K, Miranda B. Dimensiones del Envejecimiento y su Expresión Territorial: Diagnósticos y Avances para la Política Pública [internet]. Santiago de Chile: SENAMA-MIDEPLAN; 2009 [acceso octubre 2016]. Disponible en:
http://www.senama.cl/filesapp/Dimensiones_del_Envejecimiento_y_su_expresion_territorial.pdf.
21. CELADE. Manual sobre indicadores de calidad de vida en la vejez [internet]. Santiago de Chile: CELADE/CEPAL; 2006 [acceso octubre 2016]. Disponible en:
<http://www.observatorionacionaldoidoso.fiocruz.br/biblioteca/manual/17.pdf>.
22. Paniz VMV, Fassa AG, Maia MFS, Domingues MR, Bertoldi, AD. Measuring access to medicines: a review of quantitative methods used in household surveys. *BMC health services research*. 2010; 10(1):146.

23. Víctor Becerril-Montekio, Juan de Dios Reyes, Annick Manuel. Sistema de Salud de Chile. *Salud Pública Mex.* 2011; 53(2):132-143.
24. Vergara-Iturriaga M, Martínez-Gutiérrez MS. Financiamiento del sistema de salud chileno. *Salud Pública de México.* 2006; 48(6):512-521.
25. Benavides P, Castro R, Jones I. Sistema Público de Salud, Situación actual y proyecciones fiscales 2013-2050 [Internet]. Santiago de Chile: Ministerio de Hacienda; 2013 [acceso agosto 2016]. Disponible en: http://www.dipres.gob.cl/572/articles-114714_doc_pdf.pdf
26. Superintendencia de Salud. ¿FONASA o Isapre? [internet]. Santiago de Chile: Ministerio de Salud; [acceso noviembre 2016]. Disponible en: <http://www.supersalud.gob.cl/difusion/665/w3-printer-6444.html>
27. Bastías G, Valdivia G. Reforma de salud en Chile; el plan AUGE o régimen de garantías explícitas en salud (GES). Su origen y evolución. *Boletín Escuela de Medicina.* 2007; 32(2):51-58.
28. Ministerio de Salud. Listado de Prestaciones Especificas [internet]. Santiago de Chile: MINSAL; 2013 [acceso noviembre 2016]. Disponible en: <http://web.minsal.cl/sites/default/files/files/LISTADOESPECIFICODEPRESTACIONES2013.pdf>.
29. Aguilera IN. Diseño de los procesos de asignación de recursos para la innovación hospitalaria en el Ministerio de Salud [tesis de magister]. Santiago de Chile: Universidad de Chile. Facultad de Ciencias Físicas y Matemáticas; 2013.
30. División de Atención Primaria. Eje gestión de recursos financieros en Atención Primaria [internet]. Chile: Subsecretaria de Redes Asistenciales; 2016 [acceso marzo 2017]. Disponible en: http://web.minsal.cl/wp-content/uploads/2016/09/4_GESTION-RECURSOS-FINANCIEROS-APS.pdf.
31. Fondo de Farmacias [internet]. Santiago de Chile: Ministerio de Salud; [acceso marzo 2017]. Disponible en <http://www.minsal.cl/fofar/>.
32. División de atención primaria, Departamento modelo de atención primaria. FONDO DE FARMACIA EN ECNTs [diapositiva]. Santiago de Chile: Ministerio de Salud; 2014. 16 diapositivas.
33. Vasilachis de Gialdino IV. Estrategias de investigación cualitativa. 1ª ed. Barcelona, España: Editorial Gedisa; 2006.
34. Martínez-Salgado C. El muestreo en investigación cualitativa. Principios básicos y algunas controversias. *Ciênc. saúde coletiva.* 2012; 17(3):613-619.
35. Hsieh HF, Shannon SE. Three approaches to qualitative content analysis. *Qual health Res.* 2005; 15(9):1277-1288.
36. Oliveira DRD, Varela ND. La investigación cualitativa en Farmacia: aplicación en la Atención Farmacéutica. *Rev. Bras. Cienc. Farm.* 2008; 44(4): 763-772.
37. Loyola Filho AID, Lima-Costa MF, Uchôa E. Bambuí Project: a qualitative approach to self-medication. *Cad. Saúde Pública.* 2004; 20(6): 1661-1669.

38. Shoemaker SJ, Oliveira DRD. Understanding the meaning of medications for patients: the medication experience. *Pharm. World Sci.* 2008; 30(1): 86-91.
39. Rios MC, Prata MS, de Sena Rios PS, Balisa-Rocha BJ, Brito GC, Junior DPL. Percepções de idosas quanto a não adesão a farmacoterapia: uma análise qualitativa. *Rev Ciênc Farm Básica Apl.* 2015; 36(3): 453-460.
40. da Cunha Barros IM, Louzada TAP, Andrade CF, Júnior DPL, Moreira VP. Avaliação de um conjunto de pictogramas por um grupo de idosos brasileiros: uma análise qualitativa. *Rev Ciênc Farm Básica Apl.* 2015; 36(1):143-147.
41. Subsecretaria de Evaluación Social. Encuesta Casen 2015 ADULTOS MAYORES Síntesis de resultados [diapositiva]. Santiago de Chile: Ministerio de Desarrollo Social; 2017. 150 diapositivas. Disponible en: http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/casen-multidimensional/casen/docs/CASEN_2015_Resultados_adultos_mayores.pdf
42. Castillo-Laborde C, Villalobos P. Caracterización del gasto de bolsillo en salud en Chile: una mirada a dos sistemas de protección. *Rev Med Chile.* 2013; 141(11): 1456-1463.
43. Datavoz. Estudio de Opinión a Usuarios del Sistema de Salud, Reforma y Posicionamiento de la Superintendencia de Salud [diapositiva]. Santiago de Chile: Superintendencia de Salud; 2015. 150 diapositivas. Disponible en: http://www.supersalud.gob.cl/documentacion/666/articles-12432_recurso_1.pdf.
44. Sorensen EW, Mount JK, Christensen ST. (2003). The concept of social pharmacy. *The chronic.* 2003; 101(7): 8-11.
45. Cid C. ¿Qué sabemos del gasto de bolsillo en medicamentos en Chile? [diapositiva]. Santiago de Chile: OPS; 2013. 14 diapositivas. Disponible en: http://www.paho.org/chi/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=seminario-economia-salud-2013&alias=139-gasto-de-medicamentos-en-chile&Itemid=1145.

ANEXOS

ANEXO A: Definiciones básicas usadas en investigación cualitativa

Conceptos o constructos. Los principales componentes, los bloques o elementos esenciales, con que está construida una teoría. Por ejemplo, los conceptos esenciales de la teoría de las “etapas del cambio” (Prochaska et al. 1992) describen la modificación del comportamiento individual en las siguientes etapas: meditación previa, meditación, preparación para la acción, acción y mantenimiento del nuevo comportamiento.

Modelos teóricos o conceptuales. Por lo general recurren a más de una teoría para ayudar a las personas a comprender un problema en un entorno o contexto específico. Por ejemplo, el Modelo de Creencias acerca de la Salud (Rosenstock et al. 1994) incorpora una serie de teorías sociopsicológicas sobre cuya capacidad para explicar y predecir comportamientos relacionados con la salud se han acumulado significativas pruebas empíricas.

Paradigma. Un marco incluyente pero cambiante que influye en cómo percibimos e interpretamos el mundo. Los supuestos paradigmáticos establecen límites para la indagación científica. Por ejemplo, un investigador que adopta un paradigma feminista podría conceptualizar la toma de decisiones en materia sexual a través de la lente de las diferencias de poder entre las parejas sexuales. Del mismo modo, un investigador que estudie el mismo fenómeno desde una perspectiva interpretativa querría saber qué significan las decisiones en materia sexual para los hombres y las mujeres en el contexto más amplio de sus vidas.

Teoría. Un “conjunto de conceptos, definiciones y proposiciones relacionados entre sí que presentan una visión sistemática de acontecimientos o situaciones especificando las relaciones entre variables con el fin de explicar y predecir los acontecimientos o situaciones” (Glanz et al. 2002, p. 21). Las teorías especifican los factores determinantes de los fenómenos de interés (Bandura 1986).

Teorías sustantivas. Estas teorías organizan las conclusiones acerca del mundo social conforme surgen de los resultados específicos de estudios científicos. Las teorías sobre el comportamiento relacionado con la salud, por ejemplo, cambian y han sido elaboradas y perfeccionadas a partir de los resultados de numerosos estudios que documentan cómo perciben las personas los riesgos para la salud y toman decisiones para modificar, o no modificar, el comportamiento que implica un riesgo.

Variables. Cosas que pueden cambiar o diferir en forma cuantitativa o cualitativa. Las variables frecuentes que se piensa que explican las diferencias en los comportamientos relacionados con la salud incluyen la intención, la capacidad o habilidad, las normas, las restricciones ambientales, los resultados previstos, las pautas personales, las emociones y la eficacia personal (Fishbein 1997/1991).

Fuente: OPS 2004, Adaptado de Glanz et al. 2002, pp. 21-27

ANEXO B: Formulario de Filtro (pre-selección de participantes)

Formulario de pre-selección de participantes

1	¿Cuál es su edad?	Menor a 60 años	Mayor a 60 años
2	¿Es usted vecino/vecina de la comuna de Independencia?	NO	SI
3	¿Está usted diagnosticado con alguna enfermedad para la cual tenga que consumir algún medicamento en forma crónica, es decir, todos los meses? (Diabetes, Hipertension Arterial, "Colesterol Alto", Enfermedades Cardiovasculares, etc)	NO	SI
4	¿Acude usted, solo/a o acompañado/a, personalmente a comprar o retirar sus medicamentos?	NO	SI
1	¿Cuál es su edad?	Menor a 60 años	Mayor a 60 años
2	¿Es usted vecino/vecina de la comuna de Independencia?	NO	SI
3	¿Está usted diagnosticado con alguna enfermedad para la cual tenga que consumir algún medicamento en forma crónica, es decir, todos los meses? (Diabetes, Hipertension Arterial, "Colesterol Alto", Enfermedades Cardiovasculares, etc)	NO	SI
4	¿Acude usted, solo/a o acompañado/a, personalmente a comprar o retirar sus medicamentos?	NO	SI
1	¿Cuál es su edad?	Menor a 60 años	Mayor a 60 años
2	¿Es usted vecino/vecina de la comuna de Independencia?	NO	SI
3	¿Está usted diagnosticado con alguna enfermedad para la cual tenga que consumir algún medicamento en forma crónica, es decir, todos los meses? (Diabetes, Hipertension Arterial, "Colesterol Alto", Enfermedades Cardiovasculares, etc)	NO	SI
4	¿Acude usted, solo/a o acompañado/a, personalmente a comprar o retirar sus medicamentos?	NO	SI
1	¿Cuál es su edad?	Menor a 60 años	Mayor a 60 años
2	¿Es usted vecino/vecina de la comuna de Independencia?	NO	SI
3	¿Está usted diagnosticado con alguna enfermedad para la cual tenga que consumir algún medicamento en forma crónica, es decir, todos los meses? (Diabetes, Hipertension Arterial, "Colesterol Alto", Enfermedades Cardiovasculares, etc)	NO	SI
4	¿Acude usted, solo/a o acompañado/a, personalmente a comprar o retirar sus medicamentos?	NO	SI

ANEXO C: Planificación Actividad inicial en CEDIAM

Actividad Inicial CEDIAM

Rodolfo González Azolas

Objetivo General

Tener un primer acercamiento a los adultos mayores del CEDIAM a partir de un tema relacionado con medicamentos que difiera de los que eventualmente se abordarán en las entrevistas que se harán en el marco de la memoria de título.

Objetivos Específicos

- 1) Indagar en los conocimientos y expectativas que tienen los adultos mayores sobre los programas de farmacias populares.
- 2) Informar a los adultos mayores sobre los programas de farmacias populares en Brasil y Chile.
- 3) Informar a los adultos mayores sobre el funcionamiento de la Farmacia Municipal de Independencia.

Metodología

Se realizará una exposición en Power Point en 2 etapas.

En la primera etapa se expondrá sobre los programas de farmacias populares en Chile y Brasil comparando ambas iniciativas, luego se dará paso a una ronda de preguntas y opiniones de los adultos mayores sobre el tema expuesto.

La segunda etapa dará inicio con una conversación acerca de la Farmacia Municipal de Independencia con el fin de conocer cuan informados están los adultos mayores sobre su funcionamiento, luego se realizará una exposición en Power Point para complementar y aclarar los conocimientos que poseen los usuarios.

Duración

La actividad tendrá una duración estimada de 1 hora

Materiales a utilizar:

- Presentación .ppt
- Video "farmacia popular do Brasil" (Duración: 0:35 min)
- Video "farmacia popular de Recoleta" (Duración 9:52 min)

Requerimientos Técnicos:

- Sala con proyector (data y telón)

ANEXO D: Guía inicial para abordar entrevistas semi-estructuradas.

Temas para abordar en entrevistas en profundidad con adultos mayores

mayo 2016

- 1) Introducción.
- 2) Presentación del entrevistador.
- 3) Presentación de los objetivos de la investigación, ej:
"En la siguiente conversación abordaremos aspectos relevantes de los medicamentos, centrándonos en el acceso que usted tiene a ellos."
- 4) Iniciar entrevista preguntando los lugares donde el/la participante adquiere sus medicamentos, ej:
"Para comenzar me gustaría conocer cuáles son los lugares donde usted recibe o compra sus medicamentos y donde se encuentran, estos lugares."
- 5) Otros aspectos a abordar:
 - 5.1) Distancias que recorre para adquirir sus medicamentos, ej:
"¿Qué me puede decir sobre la distancia que tiene que recorrer, desde su domicilio hasta los lugares donde adquiere sus medicamentos?"
 - 5.2) Existencia de medicamentos en los centros de salud y farmacias, ej:
"¿Qué me puede comentar sobre la disponibilidad de medicamentos en los lugares donde los retira?"
 - 5.3) Carga económica que le significan los medicamentos, ej:
"¿Qué me puede decir sobre la carga económica que representan para usted los medicamentos?"
 - 5.4) Servicios farmacéuticos, ej:
"¿Qué me puede decir sobre la atención usted recibe de parte del personal de las farmacias, tales como: la manera en que se le entregan sus medicamentos, la información que recibe acerca de estos, u otros aspectos del servicio que usted considere importantes?"
 - 5.5) Finalizar con los aspectos subjetivos y significados de los medicamentos y la medicación, ej:
"El último tema que me gustaría abordar en esta conversación es conocer que representan para usted los medicamentos, como estos se han transformado en parte de su vida diaria y la relación que usted tiene con ellos"
- 6) Despedida.

ANEXO E: Formulario de consentimiento informado.



Formulario de consentimiento informado

Nombre de proyecto:

**Acceso, significaciones y aspectos relevantes de los medicamentos para el adulto mayor:
Estudio Exploratorio**

Investigador responsable:

Rodolfo Magno Ignacio González Azolas, memorista de la carrera de química y farmacia, Facultad de Ciencias Químicas y Farmacéuticas, Universidad de Chile, Sergio Livingstone (Ex-Olivos) 1007, Independencia.

Como investigador, declaro no tener conflictos de intereses en esta investigación.

Invitación a participar:

Se le ha invitado a participar en este proyecto de investigación debido a que reúne las condiciones necesarias para aportar información para el desarrollo de esta investigación.

Antes de tomar la decisión de participar lea atentamente este documento.

- Esta investigación tiene por objetivo conocer sus percepciones sobre la calidad de los medicamentos que utiliza y el acceso que tiene a éstos.
- La entrevista incluirá preguntas que deberá contestar de manera libre y en la forma que estime conveniente. Le tomará entre 30 y 90 minutos contestar esta entrevista.
- Toda la información derivada de su participación en este estudio será conservada en forma estrictamente confidencial.
- Para asegurar esta confidencialidad su información personal será codificada.
- Solo el investigador principal conocerá la relación entre el código y sus datos personales.
- Cualquier publicación o comunicación científica de los resultados de la investigación será presentada de manera tal que no permita su identificación.
- Usted no recibirá compensaciones económicas por participar en esta investigación.

Voluntariedad: Su participación en esta investigación es totalmente voluntaria y se puede retirar en cualquier momento comunicándolo al investigador sin que ello tenga ningún tipo de sanción o repercusión para usted (si no toma parte, esto no afectará a cualquier tipo de atención de salud que habitualmente reciba).

Derechos del participante: Usted recibirá una copia de este documento firmado. Si usted requiere cualquier otra información sobre su participación en este estudio puede comunicarse con:

Rodolfo González Azolas: teléfono: 54188998 e-mail: rodolfo.gonzalez@ug.uchile.cl	Dra. Elena Vega teléfono: 54630555 e-mail: emvega@ciq.uchile.cl
--	---

Conclusión:

Después de haber recibido y comprendido la información de este documento y de haber podido aclarar todas mis dudas, otorgo mi consentimiento para participar en la presente investigación, que lleva por nombre “Percepción de adultos mayores sobre la calidad y el acceso a medicamentos: Estudio Exploratorio”.

Nombre del participante
Rut.

Firma

Fecha

Rodolfo González Azolas
Nombre del Investigador
Rut.18.064.243-9

Firma

Fecha