



Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua
Centro de Investigaciones y Estudios de la Salud
Escuela de Salud Pública



Informe final de tesis para optar al grado de Master en Salud Pública

Sistematización de experiencias:

Implementación de la Estrategia de gestión del uso apropiado de los medicamentos en los SILAIS de Matagalpa y Jinotega, 2001 y 2002.

A. Pineda

Anna Lila Pastora

Manuel Martínez Moreira
20/07/06

Autor: Carlos Berríos Cruz. MD

Tutor: Lic. Manuel Martínez Moreira

Agosto de 2003

Agradecimiento

A todos los equipos locales de salud en los SILAIS y municipios por su interés y motivación en desarrollar nuevas ideas para mejorar la calidad de atención de las personas.

Al equipo de Acción Internacional por la Salud por su esfuerzo en hacer la diferencia e insistir en motivar y promover la mejoría en la calidad de la prescripción que las personas se merecen.

Al equipo de docentes del CIES por facilitar la transmisión de motivaciones, contenidos y metodologías para mejorar las habilidades y conseguir los cambios soñados.

Al apoyo y paciencia de la familia y amigos solidarios.

Dedicatoria

Para todas aquellas personas que acuden a los servicios de atención en salud y que esperan la calidad y la calidez suficiente para devolverles la salud deseada.

Para todos aquellos prestadores de servicio que a pesar de las adversidades económicas, académicas, organizativas y tecnológicas todavía se esfuerzan por mejorar la calidad de su trabajo, y el del sistema de salud.

Para todos los y las que aún consideran que la salud es un derecho de todas las personas, no un privilegio, ni mucho menos una mercancía.

Indice

AGRADECIMIENTO	2
DEDICATORIA	3
INDICE	4
RESUMEN	5
I. INTRODUCCIÓN	7
II. ANTECEDENTES	9
III. JUSTIFICACIÓN	10
IV. OBJETIVOS DEL ESTUDIO	11
V. SÍNTESIS DE LA ESTRATEGIA	12
VI. MARCO DE REFERENCIA.....	18
VII. DISEÑO METODOLÓGICO.....	23
VIII. RESULTADOS DE LA IMPLEMENTACIÓN	26
IX. LECCIONES APRENDIDAS.....	48
X. CONSIDERACIONES Y SUGERENCIAS	51
XI. BIBLIOGRAFÍA	54
ANEXOS	56

Resumen

El Ministerio de Salud ha venido desarrollando esfuerzos para mejorar la calidad de la atención de los usuarios del servicio público de salud a través de diferentes estrategias. Algunas de las estrategias han pretendido incidir en la calidad de la prescripción, y desde hace varios años, y con el apoyo de proyectos de cooperación externa, se vienen organizando los denominados Comités de Uso Racional de Insumos Médicos (CURIM).

Los CURIM tienen la función de promover y desarrollar todas aquellas actividades para mejorar la capacidad de los prescriptores del sistema público de salud para brindar la mejor atención a las personas en el particular aspecto de la calidad del uso de los medicamentos. En los 13 años de iniciadas estrategias se han ensayado diferentes metodologías de trabajo y formas de organización de estos comités, y los resultados han sido variables.

En el 2001, el Ministerio de Salud con el apoyo del Proyecto de Fortalecimiento del Sistema de Salud (PFSSN), inició una nueva estrategia de organización de los CURIM en varios SILAIS, retomando las experiencias pasadas y las de otros proyectos de cooperación que han trabajado en el mismo tema. De las lecciones aprendidas que se retomaron de estas experiencias surgieron los principales ajustes a la nueva definición. Los principales ajustes incluye; El Consejo técnico pasa a ser el CURIM, se elige un coordinador/a médico del CURIM, Las actividades de Uso Apropriado de Medicamentos (UAM) pasan a ser prioridad de la unidad, el CURIM ya no es administrativo sino docente e investigativo, se le dan instrumentos metodológicos y técnicos, planes de actividades, mecanismos de monitoreo, evaluación y supervisión. Finalmente se crea una estructura CURIM que va desde el nivel municipal hasta el MINSA Central, con actividades y funciones definidas y oficializadas.

La implementación de la estrategia en 2 de los 4 SILAIS seleccionados por el MINSA, inició con encuentros nacionales de motivación y capacitación de facilitadores de la estrategia. La reproducción de la estrategia se dio a 2 niveles; organizativo para los gestores, y técnico-metodológico para los prescriptores/as. Las capacitaciones se hicieron a todos los niveles y participaron todos los médicos/as, personal de insumos médicos, Directores municipales y de programas, y tomadores de decisiones a nivel de la sede del SILAIS.

El fortalecimiento de la gestión del uso apropiado implicó el diseño de una estrategia que organizara las actividades por niveles de gestión, los siguientes pasos fueron las actividades para motivación y capacitación de recursos, el diseño y validación de instrumentos de registro, supervisión y monitoreo, el apoyo técnico material para el trabajo local de los CURIM, y la asesoría técnica.

Las metodologías utilizadas se centraron en la toma de decisiones basadas en evidencia, el desarrollo del ciclo de la educación permanente, la elaboración de consensos farmacoterapéuticos, el análisis y utilización de la información. Las metodologías de la Medicina basada en evidencia (MBE) y las Buenas prácticas de prescripción (BPP) fueron los ejes técnicos principales para el trabajo de los CURIM.

Se fortaleció el sistema de información y registros para producir información útil para análisis de la gestión del uso apropiado de los insumos. algunos instrumentos fueron creados y otros fueron rediseñados. Algunos de estos instrumentos fueron; la hoja de control de abastecimiento y pedidos (HCAP), los instrumentos para análisis del abastecimiento SIVIC 1 y 2, libros de actas, formatos para registro de consensos, censos de crónicos, y otros registros preexistentes (Hoja de consulta, referencias, expedientes, etc).

Los equipos de SILAIS, en particular los responsables directos (Coordinador/a de CURIM y Responsable de Insumos Médicos) en general se apropiaron bien de la estrategia. Sin embargo para la Gestión del abastecimiento, se manejan bien los registros y consolidados de información, el análisis es parcial, pero la toma de decisiones es pobre. En la propia gestión del uso apropiado de medicamentos, se maneja muy bien la organización de los CURIM, los registros y censos, pero igualmente el análisis queda corto y las decisiones tomadas son pocas.

Los 2 años de implementación de la estrategia en los SILAIS de Matagalpa y Jinotega han permitido hacer un análisis de cuales son los aspectos relevantes de la misma a tomar en cuenta para la continuación de ésta implementación o para futuras extensiones a otros SILAIS.

La necesidad de contar con recursos motivados, la buena planificación de procesos lentos y complejos, prever el apoyo técnico suficiente, la prioridad que los/as tomadores de decisiones dan a las actividades CURIM, el papel conductor del MINSA y la apropiación de las herramientas exitosas por éste, la ampliación de la estrategia a otros ámbitos (universidad, hospitales docentes, industria farmacéutica, población usuaria), y la necesidad de fortalecer la investigación nacional, son las lecciones que se aprendieron de manera general en el proceso de implementación. aspectos específicos aprendidos en cada SILAIS son también importantes y se muestran en el resto del documento.

En conclusión, se ha completado una etapa inicial de la implementación de la estrategia de fortalecimiento de la gestión del uso apropiado de los medicamentos en los SILAIS de Matagalpa y Jinotega. La estructura de la estrategia está bien establecida, está implementado el sistema que proporciona la información, se cuenta con las referencias técnicas y metodológicas para realizar las acciones, los recursos están capacitados y la prioridad (al menos oficialmente) está establecida. Un plan de supervisión, monitoreo y evaluación por niveles es necesario, así como el apoyo técnico y material.

- I. Algunos sugerencias que surgen del proceso de sistematización para mejorar el proceso incluye; el iniciar la implementación de la estrategia desde niveles centrales de ejecución, institucionalizar los CURIM, incluir los CURIM como indicadores en la evaluación de la calidad de gestión de los servicios de los SILAIS, normar la coordinación entre los diferentes programas de atención, incentivar con mejoras salariales y en otros aspectos a los gestores del uso apropiado, y mejorar la distribución de recursos materiales y tecnológicos para el trabajo de los CURIM.

I. INTRODUCCIÓN

1.1. Introducción

El MINSA ha estimado que solo el 45.3% de la población tienen acceso a medicamentos esenciales. Entre las causas de la baja cobertura de medicamentos y otros insumos resalta el bajo presupuesto, los mecanismos de adquisición, problemas de registro y control, y los hábitos de prescripción inadecuados. Entre estos últimos se han podido identificar problemas como falta de aplicación de guías terapéuticas, falta de normas de manejo de algunas enfermedades, diferencias entre recomendaciones oficiales, esquemas inapropiados, falta de información basada en evidencia, entre otros.

En el marco de la estrategia del Ministerio de Salud, representado por la Dirección de Recursos Para la Salud (DRPS) con apoyo del Proyecto de Fortalecimiento del Sistema de Salud en Nicaragua (PFSSN) y otros proyectos de cooperación, se iniciaron actividades para mejorar el abastecimiento de medicamentos y su uso apropiado. Se ha completado 2 años de implementación y seguimiento de la herramienta de fortalecimiento de la gestión integral de los insumos médicos.

La gestión integral incluye dos herramientas principales; Gestión del Abastecimiento (GA) y Gestión del Uso apropiado de Medicamentos (GUAM), las cuales son complementarias y se han reformulado a partir del 2001 e implementado en varias etapas en algunos SILAIS del país. La herramienta sobre gestión del abastecimiento cuenta con diversos instrumentos de referencia que han sido producto de una sistematización de 2 años. Para la gestión del uso apropiado la información registrada y sistematizada proviene de experiencias disgregadas.

La estrategia de GUAM integra la experiencia de la primera definición de los Comités de Uso Racional de Insumos Médicos (CURIM) implementados desde 1996, así como las experiencias exitosas de proyectos de cooperación externa y organismos no gubernamentales y otros grupos independientes que trabajan en el tema.¹

Debido a las varias fuentes de experiencias involucradas en el tema y a que el MINSA se encuentra en un proceso de multiplicación de las actividades de GUAM es necesario consolidar lo sistematizado hasta ahora en el tema, con el objetivo de que sirva de referencia para mejorar las futuras implementaciones de la herramienta en el resto de los SILAIS, así como servir de información de base para evaluaciones posteriores.

Este trabajo consolida la información que se ha venido sistematizando a lo largo de 2 años de experiencia en la realización de actividades de GUAM, en particular de los CURIM, como instrumento principal para desarrollar esas actividades. Se presentan los resultados de esa implementación, con sus logros y dificultades, así como las lecciones aprendidas durante el proceso de implementación.

¹ *Proyectos de cooperación como el Proyecto de Fortalecimiento del Sistema de Salud en Nicaragua (PFSSN), el Proyecto de Modernización del Sistema de Salud (PMSS); organizaciones como Acción Internacional por la Salud (AIS Nicaragua) y el Grupo Nacional de Promoción de Medicina Basada en Evidencia (GRUNAMEB).*

En los capítulos 6 y 7, el autor presenta sus consideraciones finales respecto a los resultados de la sistematización y recomendaciones finales con el propósito de externar los aciertos y desaciertos de la implementación de la estrategia de gestión del uso apropiado.

II. Antecedentes

Desde 1996 el Ministerio de Salud se ha preocupado por mejorar la calidad de la atención, y en particular de la prescripción y otros problemas identificados en la cadena del medicamento. En ese año se inició la implementación de los Comités de Uso Racional de Insumos Médicos, mejor conocidos por sus siglas CURIM.

El CURIM se organizó exactamente como un comité municipal, compuesto por 5 personas del área gerencial y/o asistencial de cada unidad de salud. A nivel de SILAIS se reproducía también la misma forma de organización. Aunque las funciones asignadas al CURIM abarcaban todos los aspectos relacionados al Uso Racional de los Medicamentos (URM), las actividades de estos se centraban en análisis y toma de decisiones administrativas.

Ejemplos de las actividades del CURIM eran la revisión de la programación de insumos, identificación de problemas de abastecimiento, de presupuesto y otros. Muy poco se analizaba la prescripción misma, tampoco había funciones definidas, organización de las actividades o de una metodología de trabajo. No existía seguimiento desde el SILAIS a las unidades de salud, ni del Nivel Central a los SILAIS.

Algunos proyectos de cooperación externa realizaron actividades para fortalecer el trabajo de los CURIM, basándose en experiencias internacionales (en particular las promovidas por la OPS/OMS), algunas en concordancia con las líneas de acción MINSA. Ejemplos de estas iniciativas son las del PROURM (Proyecto de Uso Racional de Medicamentos, MINSA – GLAS – Banco Mundial, 1998), de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y del proyecto Prosalud-Management Scientist for Health (Prosalud-MSH).

Más recientemente (2001), la Unión Europea a través del Proyecto de Fortalecimiento del Sistema de Salud en Nicaragua (PFSSN) en coordinación con la Dirección de Recursos Para la Salud del MINSA implementaron una estrategia de reformulación organizativa y metodológica de los CURIM, tomando en cuenta experiencias pasadas y propuestas nuevas.

Actualmente el MINSA, con el apoyo del PFSSN ha terminado la fase de implementación de la reformulación de los CURIM en 4 SILAIS: Matagalpa, Jinotega, RAAN y Río San Juan. En este proceso se han incorporado, entre otros elementos, los aportes de la ONG AIS Nicaragua y del Grupo Nacional de Promoción de la Medicina Basada en Evidencia (GRUNAMEB), así como la experiencia y aportes de los equipos de las unidades de salud locales (SILAIS y Municipios de salud).

III. Justificación

Los siguientes elementos justifican la necesidad de sistematización de la experiencia de la herramienta de Gestión del Uso Apropriado de los Medicamentos:

- Es una reformulación de una estrategia anterior que retoma experiencias internas al MINSA y experiencias nuevas aportadas de manera disgregada por apoyo externo.
- Está relacionada estrechamente con uno de los principales factores de la calidad de la atención: la prescripción médica.
- Está relacionado con el problema que el MINSA (en dos períodos ministeriales) ha establecido como su primera prioridad: El abastecimiento de medicamentos.
- Es un tema que tiene que ver con actitudes, formación, intereses profesionales, personales, éticos y económicos.
- Existen investigaciones recientes que demuestran un bajo conocimiento de los prescriptores sobre las recomendaciones basadas en la mejor evidencia científica, sobre el manejo de problemas frecuentes.

A pesar que el MINSA ha realizado muchos esfuerzos en el tema de la gestión de los insumos y se han obtenido resultados, estos no han sido ordenados sistemáticamente. No existe un documento que sirva de referencia a los SILAIS o proyectos sobre cuales han sido las experiencias en el tema, y cuales son los aciertos a reproducir y los desaciertos a evitar. Tampoco existe información consolidada sobre las estrategias diseñadas, su implantación a nivel operativo (desde los SILAIS), y los elementos cualitativos proporcionados por los actores principales de la implementación.

IV. Objetivos del estudio

1. General

- Describir la experiencia en la implementación de la estrategia de fortalecimiento de la gestión del uso apropiado de los medicamentos en los SILAIS de Matagalpa y Jinotega en 2001 y 2002.

2. Específicos

- Describir el proceso de fortalecimiento de la gestión del uso apropiado de los medicamentos a través de los CURIM.
- Identificar el grado de avance con la implementación de las actividades CURIM y los resultados obtenidos en este proceso.
- Rescatar las lecciones aprendidas durante la sistematización de la experiencia de los CURIM y sugerir posibles ajustes.

V. SÍNTESIS DE LA ESTRATEGIA

1. Introducción

La gestión integral incluye dos herramientas principales; Gestión del Abastecimiento (GA) y Gestión del Uso apropiado (GUAM), las cuales son complementarias y se han reformulado a partir del 2001 e implementado en algunos SILAIS del país. La herramienta sobre gestión del abastecimiento cuenta con diversos instrumentos de referencia que informan sobre el estado del abastecimiento y consumo de medicamentos y sirven de pauta a los CURIM para analizar y tomar decisiones. La gestión del uso apropiado incluye mecanismos y metodologías que utilizan la información producida en las unidades de salud para analizar la prescripción, identificar dificultades e implementar acciones para la mejoría del uso de los medicamentos y manejo de los pacientes.

La estrategia separa las actividades propias del uso apropiado de aquellas propias del abastecimiento para efectos de organización de las actividades y definición de funciones. Sin embargo el propósito de toda la estrategia sigue un mismo sentido: fortalecer la gestión del abastecimiento de los insumos y su uso apropiado.

2. Objetivos generales y específicos.

2.1. Gestión del abastecimiento

General

Fortalecer la gestión del abastecimiento municipal de insumos médicos.

Específicos

- Desarrollar instrumentos de registro y monitoreo del abastecimiento de medicamentos en el Puesto de Salud (PS) y despacho del Centro de Salud (CS), para obtener información para análisis y toma de decisiones.
- Apoyar la implementación de instrumentos para análisis de las necesidades y consumo de medicamentos.
- Implementar instrumentos de recolección y análisis de información para fortalecer la programación y el monitoreo de la calidad de la prescripción en personas con enfermedades crónicas.
- Desarrollar capacitación tutorial para supervisar las actividades de fortalecimiento de la gestión del uso del medicamento.

2.2. Gestión del uso apropiado

General

Desarrollar la capacidad de los CURIM municipales y de SILAIS para organizar las actividades de gestión del uso apropiado de los medicamentos.

Específicos

- Analizar el abastecimiento y uso de los medicamentos (prescripción).
- Elaborar consensos farmacoterapéuticos sobre manejo de los principales problemas de salud.
- Realizar análisis crítico de la información farmacoterapéutica disponible en las unidades de salud, y gestionar información necesaria para la unificación de criterios entre los prescriptores.
- Monitorear la calidad de la prescripción y toma de decisiones.

3. Contenidos y metas

Para lograr una gestión y uso apropiado de los medicamentos a nivel municipal es necesario: Contar con **información pertinente** para el análisis; Desarrollar **habilidades** y **hábitos** para el análisis y la toma de decisiones; y Aumentar la **motivación** del personal.

3.1. Contar con información pertinente:

- *Optimizando, o desarrollando registros que ya existen:* Hoja de registro de atención ambulatoria (Mejorando la calidad del registro) y Expediente clínico
- *Simplificando o ajustando ciertos formatos*
 - Hoja de Control del Abastecimiento y Pedido (HCAP) de medicamentos para el puesto de salud.
 - Receta única por paciente.
 - Formato de registro de uso de medicamentos para enfermos crónicos
 - Formatos para vigilar el abastecimiento en los puestos de salud y farmacia de los centros de salud.(SIVIC)
- *Promoviendo la disponibilidad y/o utilización de guías de atención y uso de medicamentos existentes y proporcionando bibliografía adicional:*
 - Formulario terapéutico nacional
 - Normas de atención del MINSA
 - Manual Buscando remedio
 - Boletines farmacoterapéuticos (CIMED y AIS-COIME)
 - Series monográficas del CIMED
 - Guía de la buena prescripción (OMS)
 - Otro material oportuno

- *Desarrollando (en el nivel central) una metodología para elaborar los protocolos mas necesarios para el modelo de salud integrado.*

3.2. Fortalecer habilidades de análisis y toma de decisiones

- *Analizar el consumo y abastecimiento de medicamentos, y los hábitos de prescripción y dispensación*
- *Desarrollar guías de análisis (SIVIC de despacho, guía para establecer consenso, para analizar boletines farmacoterapéuticos, analizar consumo y ejecución presupuestaria; y Capacitación tutorial)*
- *Decidir en los aspectos de **gestión administrativa** de insumos, sobre:*
 - *La programación municipal y de sus unidades (C/S y puestos)*
 - *Los criterios de distribución de insumos a los puestos*
 - *La política de uso de medicamentos que consume el personal de salud*

En los aspectos de **gestión del uso racional** de medicamentos, sobre:

- *Consensos sobre normas/ protocolos de atención y uso de medicamentos*
- *Información adicional a solicitar a través del CURIM del SILAIS*
- *Investigaciones operativas a realizar (por ejemplo: *efectividad del trimetoprim-sulfa en el tratamiento de la neumonía, cumplimiento del tratamiento preventivo con hierro en la mujer embarazada, etc.**

3.3. Aumentar la motivación del personal

- *Promoviendo espacios de intercambio de experiencia y dialogo a nivel municipal y SILAIS.*
- *Involucrando al personal en la identificación y resolución de problemas de uso de medicamentos.*
- *Ofreciendo respuesta a sus solicitudes de apoyo (apoyo bibliográfico y técnico)*
- *Promoviendo el reconocimiento por el SILAIS de los esfuerzos de los municipios en el cumplimiento de las actividades.*

4. La propuesta de reactivación de los CURIM

Desde 1996 la dirección de normalización de insumos médicos (DNIM) ha promovido la conformación de comités de uso racional de medicamentos (CURIM) en los SILAIS, Hospitales y municipios. Sus funciones y composición están especificadas en el reglamento de la ley de medicamentos y farmacias. En la práctica los CURIM conformados desde el 96 no funcionan. No existen planes elaborados para la promoción del uso racional de los medicamentos.² Fue necesaria una redefinición de la estrategia de organización de las actividades CURIM.

4.1. Definición de la Misión y del qué hacer del CURIM

La misión del CURIM consiste en aumentar la capacidad del personal de atender los usuarios con calidad, haciendo uso apropiado de los medicamentos. Se definen las actividades del CURIM a partir de las funciones definidas en el reglamento de la ley de medicamentos, haciendo especial énfasis en el análisis colegiado de los hábitos de prescripción y la elaboración de consensos sobre normas de atención y uso de medicamentos con personal médico y de enfermería. En el marco del modelo de abastecimiento que promueve el proyecto, se propone que el CURIM se preocupe también por garantizar la disponibilidad óptima de medicamentos para la población usuaria en coordinación con el puesto de venta social de medicamentos.

4.2. Fortalecimiento de la estructura del CURIM.

Se integra en la estructura actual del CURIM un médico o médica prescriptor motivado por la problemática del uso racional. Este recurso impulsará actividades de promoción del uso racional con los diferentes actores involucrados en el uso de los medicamentos (Médicos prescriptores, enfermeras, personal de farmacia) conforme a un plan de trabajo anual y apoyará a los responsables de la gestión de insumos médicos en sus actividades de selección, programación, distribución, así como en el análisis del abastecimiento y consumo de los medicamentos.

4.3. Desarrollo de red de apoyo para los CURIM municipales

➤ En el SILAIS

Se conforma un grupo de apoyo a los CURIM municipales, coordinado por un médico/a motivado/a que debe relacionarse con los diferentes departamentos del SILAIS, especialistas y ONGs locales interesados, para asesorar los municipios, y velar por la coherencia de las acciones del SILAIS encaminadas a promover la calidad de atención haciendo uso apropiado de los medicamentos. Establece comunicación directa con la DNIM y el CIMED para desarrollar sus acciones y cuenta con el apoyo técnico y logístico de la DRPS.

² Proyecto Fortalecimiento del Sistema de salud, El Sector Farmacéutico y el sistema de suministro de medicamentos en 4 SILAIS, Diagnostico inicial parte II, 1999.

El coordinador médico es responsable del monitoreo y supervisión de las actividades de promoción del uso racional de medicamentos de los municipios.

➤ **En el MINSA central.**

La Dirección General de Servicios de Salud (DGSS) apoya el trabajo de Promoción del Uso Racional a través de la DNIM, quien se coordina a su vez con el CIMED y las diferentes direcciones del MINSA, Universidades, y profesionales de la salud interesados para brindar el apoyo que necesitan los CURIM en el territorio.

4.4. Motivación e identificación de facilitadores/as

Con la participación de representantes de la DNIM, SILAIS, CIMED, ONGs , PROSALUD (MSH), y del PFSSN se consensaron las estrategias a impulsar por el proyecto y el papel de apoyo que jugarán cada uno de los actores.

Actividades de motivación para los equipos de municipios y SILAIS

Taller de motivación para responsables de municipios y SILAIS.

Con la participación de delegados del SILAIS, los directores municipales y médicos seleccionados para coordinar la promoción del uso racional de los medicamentos en cada municipio, se pone en práctica la metodología FODA para analizar la problemática del uso de medicamentos a nivel local, se definen las actividades principales de los CURIM, se ensayan métodos para identificar problemas en la prescripción, elaborar consensos, y monitorear la aplicación de los mismos. Se proveen a los municipios y SILAIS material bibliográfico y guías para apoyar el trabajo.

Reunión de análisis y motivación para el personal de salud municipal

Los responsables municipales convocan al personal de salud para realizar un análisis de la problemática del medicamento (FODA) a nivel local que sirve como referencia para elaborar un plan de trabajo para el CURIM municipal.

Espacios de discusión colegiada con los Médicos de Servicio Social

Si bien es cierto que muchos médicos de servicio social (MSS) no permanecerán trabajando en el MINSA, la mayoría de las consultas médicas y recetas son realizadas por este personal. Encuentros de 2 días con los médicos de servicio social en cada SILAIS ofrecen la oportunidad de analizar los principios de las buenas prácticas de prescripción y el valor de las guías terapéuticas del MINSA, descubrir métodos para establecer consensos sobre medicamentos y tratamientos, y motivar a tener un rol activo en la promoción del uso racional de medicamentos a nivel local (Análisis de la práctica con colegas, supervisión capacitante a personal de enfermería que usa medicamentos, investigaciones operativas).

Estos encuentros ofrecen también una oportunidad para los responsables de CURIM de los SILAIS de asumir su función de liderazgo con este grupo de prescriptores de los municipios.

Se analizará con el MINSA central y las facultades de medicina la factibilidad de generalizar este tipo de aprendizaje a todos los médicos antes de iniciar o al inicio de su servicio social.

Resumen de la implementación de la herramienta de gestión del uso apropiado de insumos médicos y CURIM.

Actividades a implementar o fortalecer (resumen)

A nivel Municipal

- Designación de un médico/a motivado para coordinar las actividades de PURM en cada municipio del SILAIS.
- Definición de funciones del CURIM municipal.
- Apoyar la organización del CURIM con capacitación, guías de trabajo, distribución de materiales, bibliografía, binders para organizar la información.

A nivel SILAIS

- Coordinación de actividades entre el equipo de dirección del SILAIS para el apoyo a los CURIM municipales.
- Selección y nombramiento de un médico/a como coordinador del apoyo a los CURIM y encargado de relacionarse con los diferentes departamentos: Insumos médicos, AIMNA, PECNT, Docencia, especialistas interesados del hospital de referencia, agencias u organismos que apoyan al SILAIS en el área de calidad de la prescripción de medicamentos.
- Desarrollo de instrumentos para monitorear la actividad de los CURIM municipales.

A nivel Central (red de apoyo a los CURIM)

- Establecimiento del mecanismo de atención a solicitudes de información farmacoterapéutica para los CURIM.
- Gestión ante autoridades correspondientes, del apoyo de las diferentes áreas del Ministerio de Salud y las Agencias para este programa de Promoción del Uso Racional de Medicamentos.

Ventajas potenciales de la organización del CURIM para otros programas.

- La promoción de la buena prescripción requiere la revisión y aplicación de las guías de manejo propuestas por el MINSA. De esta forma las guías de los programas de AIMNA (Diarrea, IRA y resto de la AIEPI, Planificación familiar) de epidemiología (cólera, Tuberculosis, ETS-SIDA, Dengue, Malaria), de Control de Enfermedades Crónicas No Transmisibles (HTA, Asma, Diabetes, Artritis y Epilepsia) se verán fortalecidas en su aplicación.
- La utilización correcta de los medicamentos implica una reducción en el consumo de los mismos, dado que la tendencia es a sobreprescribirlos. Esta reducción en el consumo se traduce en mayor disponibilidad y reducción de costos de tratamientos.

VI. MARCO DE REFERENCIA

Considerando la importancia que tiene el uso apropiado de los insumos para ofrecer una buena calidad de atención a la población, haciendo uso óptimo de los recursos disponibles, el MINSA a través de la Dirección de Recursos Para la Salud, ha impulsado la estrategia de los Comités de Uso Racional de los Insumos Médicos (CURIM) desde 1996 para promover el uso apropiado de los medicamentos en el ámbito local.

Aunque los CURIM tienen definidos su estructura organizativa y funciones en el reglamento de la ley de medicamentos, a nivel de los municipios, de los SILAIS y del MINSA central, en la práctica estas estructuras no han sido funcionales, y el contenido de trabajo se había limitado a menudo a la programación y aspectos administrativos de la gestión del abastecimiento.

1. Componentes básicos de una estrategia de Gestión del Uso Apropriado de Medicamentos

Antes de iniciar las actividades de GUAM en una unidad, el grupo coordinador deberá contar con la prioridad del SILAIS y de la unidad. Es importante que la unidad exprese su interés y compromiso.

El grupo de coordinación deberá diseñar instrumentos sencillos que incluyan la información necesaria para construir indicadores que servirán para darle seguimiento al programa.

1.1. Análisis de la situación

Una vez obtenido el compromiso de los diferentes actores deberá convocarse a aquel personal involucrado en el tema de la calidad de la atención y el uso de medicamentos, además de aquellos que muestren un interés particular en el tema. Este grupo deberá realizar un diagnóstico situacional y análisis FODA, el que servirá de base para comparaciones con otros análisis posteriores.

Se sugiere utilizar, para la realización del análisis, la información disponible sobre la situación del abastecimiento y uso racional de los medicamentos para iniciar la discusión (reportes del sistema de monitoreo, investigaciones realizadas sobre el tema, otros) y el diagnóstico situacional elaborado previamente.

1.2. Desarrollo individual y liderazgo

Se propone aumentar la autoestima y profesionalismo de los miembros de los equipos de salud, fomentar el trabajo en equipo y la comunicación efectiva, además de desarrollar sus habilidades y aumentar los conocimientos científico técnicos. En cada unidad deberá realizarse un taller de motivación y liderazgo.

1.3. Abordaje de los médicos/as

Esta actividad debe estimularse a través de un diálogo entre médicos, y reflexión sobre el tema de la calidad de la atención. Debe desarrollarse un curso sobre prácticas de prescripción. El curso recomendado es el de *Buenas Prácticas de Prescripción*, que se basa en la aplicación de la *Guía de la Buena Prescripción*, desarrollada por la Universidad de Groeningen (Holanda) y la OMS. Este abordaje permite aprender farmacoterapia de patologías específicas, pero sobre todo le da a los prescriptores, herramientas para abordar el tema de los medicamentos, hacer explícitos sus criterios para la toma de decisiones en relación a sus opciones terapéuticas.

2. Organización CURIM

2.1. Ejes de la estrategia CURIM.

- El fortalecimiento de la estructura funcional de los CURIM con la incorporación de un médico como coordinador técnico del CURIM en el ámbito municipal y SILAIS.
- El desarrollo de un contenido de trabajo de los CURIM orientado a utilizar los espacios de educación permanente para desarrollar las actividades de promoción de la gestión del uso apropiado de los medicamentos.

2.2. Funciones y actividades del CURIM

La Gestión del uso apropiado es un componente fundamental de la Gestión Integral de los Insumos Médicos, incluye dos funciones: la gestión del abastecimiento y la gestión de su uso apropiado.

El ciclo de la gestión consiste en disponer de un sistema de información eficaz y oportuna para analizar la práctica, tomar las decisiones correctivas y monitorear su aplicación.

La gestión del abastecimiento y la gestión del uso apropiado están estrechamente relacionadas. Por ejemplo, para analizar las causas del desabastecimiento en medicamentos en una unidad de salud es necesario contar con datos de abastecimiento, distribución y consumo, así como datos sobre la prescripción y uso de los mismos. Por otro lado, cualquier decisión tomada que repercuta en el abastecimiento tiene su expresión en las actividades de los prescriptores, y viceversa.

La gestión del uso apropiado de los insumos es una de las funciones del Consejo Técnico de Dirección Municipal (CTDM) que asume la función del CURIM

La instancia principal de gestión y toma de decisión en el ámbito municipal es el CTDM. Es función del CTDM garantizar la gestión del uso apropiado de los insumos y debe abordarse con regularidad. Se designará a un médico del equipo de salud para coordinar las actividades de CURIM que involucren al resto del personal.

La gestión del uso apropiado de los insumos es un componente de la gestión de la calidad de atención.

El uso apropiado de los insumos³ supone: una buena valoración clínica de la persona, aplicación de guías de uso basadas en datos sobre beneficio, riesgo y costo, y habilidades de comunicación con el usuario (en particular en el caso de los medicamentos). La prescripción y dispensación adecuada de un medicamento es el reflejo de un proceso de atención de calidad.

El uso apropiado de los insumos es además un componente importante de cada uno de los programas priorizados del MINSA. Por tanto, el análisis del uso de los insumos y en particular de los medicamentos implica revisar la *calidad del proceso de atención en su conjunto*. Las actividades de CURIM representan una herramienta para impulsar esta estrategia.

2.3. Actividades CURIM del municipio

El director municipal tiene la responsabilidad de organizar la gestión del uso apropiado de los insumos y en la práctica el CTDM asume el papel de Comité de Uso Racional de Insumos (CURIM)⁴.

El CTDM designa a un médico para coordinar las actividades CURIM (CCM)

Los criterios de selección para designar al coordinador son: médico general motivado por la calidad de atención y con habilidad de comunicación. Si existe un responsable docente en el municipio, este debería asumir la función de coordinador de CURIM. Considerando que la parte más importante del trabajo del coordinador de CURIM es trabajar con los médicos prescriptores, es deseable que el coordinador del CURIM sea seleccionado sobre la base de una propuesta de los colegas del equipo médico.

Las actividades de CURIM o gestión del uso apropiado de los insumos se realizarán fundamentalmente en tres espacios:

- ***El Consejo Técnico de Dirección Municipal,***
- ***Las sesiones de educación permanente,***
- ***las reuniones entre Responsable de Insumos Municipal (RIM) y el Coordinador CURIM municipal (CCM.)***⁵

³ El uso apropiado de medicamento se basa en la selección y prescripción del medicamento más adecuado para el individuo, cuando este es necesario, sobre la base de consideraciones de beneficio, seguridad y costo, las cuales deben establecerse en relación a las condiciones clínicas, sociales y económicas del usuario.

⁴ La palabra CURIM hace referencia a un comité adicional, que a menudo no es factible implementar. Lo que se quiere es garantizar la **función de la gestión del uso apropiada** en lo posible por medio de las estructuras organizativas actuales (Consejo Técnico de Dirección Municipal) sin crear comités o estructuras adicionales.

⁵ A lo largo del documento se utilizan las abreviaturas RIM (Resp. de Insumos Municipal), RIS (Resp. de Insumos SILAIS), RCM (Resp. CURIM municipal) y RCS (Resp. CURIM SILAIS). Es conveniente acordar con la DNJM, la denominación más apropiada para identificar a éstos responsables.

Las funciones específicas del coordinador CURIM municipal (CCM) son:

- Participar en el análisis de la situación del abastecimiento y consumo de medicamentos
- Impulsar consensos sobre guías de tratamientos y uso medicamentos con el personal médico y de enfermería, durante las sesiones de educación permanente.
- Promover el automonitoreo de los consensos.
- Coordinarse con el coordinador CURIM SILAIS (CCS) para garantizar en el municipio la información pertinente para realizar los consensos y desarrollar la educación permanente.
- Participar en la selección y programación de los insumos involucrando a los prescriptores.
- Promover en el CTDM la toma de decisión sobre los temas relacionados con la gestión del uso apropiado de los medicamentos.

El coordinador/a CURIM municipal trabaja bajo responsabilidad del Director Municipal y tiene como contraparte técnica en el SILAIS al coordinador CURIM SILAIS (CCS).

2.4. Actividades CURIM en el SILAIS

El Director del SILAIS tiene la responsabilidad de promover la gestión del uso apropiado de los insumos en los municipios y el hospital, y el consejo técnico de dirección asume en la práctica la función de Comité de Uso Racional de Insumos (CURIM SILAIS).

Las funciones principales del CURIM SILAIS consisten en promover la capacitación de los recursos municipales, supervisar y monitorear la actividad de los CURIM municipales, y garantizar la información pertinente que necesitan los municipios para realizar sus consensos.

La dirección del SILAIS seleccionará a un profesional médico del consejo técnico de dirección para asumir la función de Coordinador/a CURIM SILAIS (CCS).

Los criterios de selección son: médico con motivación y habilidades de comunicación, cuya área de trabajo se relaciona con los diferentes programas. Puede ser el administrador de salud, el responsable de docencia, o el responsable de insumos.

Este profesional asumirá una función de enlace técnico para garantizar el apoyo a los CURIM municipales y trabajará en estrecha relación con el responsable de insumos y los responsables de programas del SILAIS. Buscará la colaboración de especialistas del hospital, y otros profesionales interesados en el ámbito local.

Funciones específicas del coordinador médico del CURIM SILAIS: (CCS)

- Promover la capacitación de los coordinadores CURIM municipales
- Monitorear la labor de los CURIM municipales
- Garantizar la supervisión de los CURIM municipales
- Participar en el análisis de la situación del abastecimiento y consumo de medicamentos a nivel del SILAIS
- Coordinarse con el responsable CURIM del MINSA central, CIMED y/o Instituciones locales existentes (UNAN, ONGs,) para garantizar la información pertinente que requieren los municipios para realizar los consensos.
- Apoyar el proceso de selección y programación de los insumos
- Promover en el consejo de dirección la toma de decisión sobre los temas relacionados con la gestión del uso apropiado de los medicamentos.

El coordinador CURIM SILAIS trabaja bajo la responsabilidad del Director del SILAIS y tiene una contraparte técnica en el MINSA central (DNIM) que lo supervisará y apoyará en su labor.

2.5. Actividades CURIM del Nivel Central

La gestión del uso apropiado de los insumos médicos como componente de la gestión de la calidad de atención es responsabilidad de la Dirección General de Servicios de Salud.

El desarrollo técnico de los CURIM es responsabilidad de la DNIM que designará a un médico encargado específicamente de organizar el apoyo del MINSA central a los responsables CURIM de SILAIS. Las funciones específicas para garantizar este apoyo son:

- Promover la capacitación de los coordinadores CURIM, estableciendo coordinaciones pertinentes con la dirección de docencia del MINSA y profesionales especializados que colaboran con el MINSA (GRUNAMEB, UNAN, ONGs)
- Monitorear la labor de los responsables CURIM SILAIS
- Supervisar a los responsables CURIM SILAIS.
- Coordinarse con los responsables de programas y CIMED para garantizar la información pertinente que requieren los municipios para realizar los consensos.
- Coordinarse con la dirección de docencia del MINSA central para impulsar la promoción del uso apropiado de los medicamentos en el marco de la educación permanente impulsando estrategias de autoaprendizaje.

VII. DISEÑO METODOLÓGICO

1. Proceso de sistematización

El proceso de sistematización aplicado es la propuesta de G Nigenda y A Langer, “*Cómo se sistematiza*”, la cual coincide con el método del CELATS (Centro Latinoamericano de Trabajo Social). La adaptación metodológica al contexto y aplicabilidad del tema estuvo a cargo de los tutores asignados. La secuencia de sistematización en general siguió los pasos siguientes:

1. **Recuperación y ordenamiento de la experiencia.**

El autor del trabajo ha participado activamente en el proceso de definición, implementación, ajustes y seguimiento de las actividades de fortalecimiento de la gestión integral de los insumos médicos, desde diferentes ámbitos del proceso; MINSA, Proyectos de cooperación (PFSSN, FORSIMA) y ONG. Esto permitió la sistematización de la mayor parte de la información desde el inicio del proceso. Otra parte de la misma ha sido recuperada de registros, informes técnicos y de entrevistas a personas claves.

2. **Delimitación del objeto de la sistematización.**

Producto de los aportes de tutores, así como de los participantes del curso de la maestría de salud pública 2001-2003, la sistematización se centra en la gestión del uso apropiado sin hacer mayor énfasis en el tema de abastecimiento. Así mismo se delimitó a solo 2 SILAIS en vez de los 4 planteados al inicio. En esta etapa también se definieron los ejes de sistematización y descriptores de la misma.

3. **Segunda recuperación de la experiencia.**

Una vez definido el objeto de sistematización fue necesario regresar varias veces en el proceso para recopilar información que no se obtuvo al inicio o que era necesario complementar.

4. **Operacionalización de las preguntas y recopilación de la información.**

Fue necesario para centrar la información presentada en responder aquellos aspectos claves y útiles para la sistematización, evitando la divagación y perderse fácilmente en la abundante información recopilada. Fue necesario redefinir los ejes de sistematización y sus descriptores para responder a las preguntas claves.

5. **Consolidación y síntesis.**

Aspectos que el presente documento intenta presentar, ensayando la habilidad para identificar los puntos críticos y las lecciones aprendidas durante el proceso.

2. Tipo de estudio

Sistematización de una experiencia de intervención para mejorar la calidad de prescripción.

3. Objeto de estudio

Experiencia obtenida en la implementación de una estrategia para fortalecer la gestión del uso apropiado de los medicamentos en los SILAIS de Matagalpa y Jinotega durante los años 2001 y 2002.

4. Ejes de sistematización y descriptores

■ Fortalecimiento de la gestión del uso apropiado de medicamentos

- Diseño de la estrategia
- Niveles organizativos en función de la estrategia
- Motivación y capacitación de recursos
- Supervisión y monitoreo
- Apoyo técnico material a los CURIM
- Apropiación de herramientas y sostenibilidad

■ Metodologías de desarrollo de actividades

- Toma de decisiones basadas en evidencia
- Ciclo de la educación permanente
- Consensos farmacoterapéuticos
- Utilización de la información
- Medicina basada en evidencia
- Buenas prácticas de prescripción

■ Sistema de información y registros

- Implementación de la HCAP
- Implementación de instrumentos SIVIC
- Registro de actividades (actas, consensos, censos, registros preexistentes)

5. Categorías de análisis

■ Gerencia de servicios de salud

■ Calidad de la prescripción

6. Recolección de la información

Se realizó de la manera siguiente:

- **Identificación de fuentes de información:** Identificación de todos los instrumentos y registros que informan de la implementación de la estrategia a dos niveles: Experiencias pasadas (MINSA, GLAS-Banco Mundial, MSH, OPS) y de la propia experiencia mas actual del MINSA y PFSSN.

Los registros y documentos que proporcionaron la información de la implementación se presentan en el anexo 9.11.

- **Consolidación de la información:** se procedió a consolidar información por acápite de acuerdo a los ejes de sistematización de referencia. Una primera versión fue presentada y varias propuestas de ajustes fueron recibidas de tutores y participantes del curso de la Maestría en Salud Pública e incorporadas a ésta versión.
- **Consultas y solicitudes directas de información:** para complementar información con algunos Coordinadores de CURIM de los SILAIS involucrados y personas claves del Nivel Central, y organismos de apoyo fueron necesarias.

Coordinadores CURIM de los SILAIS en estudio; Dr. Sergio Gutiérrez (Matagalpa), Dra. Aricela Martínez (Jinotega); y de otros SILAIS, Dr. Francisco Amador (RAAN) y Dr. Aristeo Jirón (Río San Juan). Responsables de Insumos de SILAIS: Lic. Sandra Gutiérrez (Matagalpa), Lic. Deyanira Delgado (Jinotega). Además de contactos claves: Dr. Sergio Palacio (director de Recursos Para la Salud, DRPS), equipo de Dirección de Normación de Insumos Médicos: Dra. Maritza Narváez, Dr. Jesús Blandón. Contactos en el GRUNAMEB: Dr. Orlando Rizo; Equipo técnico de AIS Nicaragua: Dr. Carlos Fuentes, Dr. Federico Mairena y Dr. Lester Narváez; Equipo de asesores y asistentes técnicos locales del PFSSN: Dr. Benoit Marchand, y del PMSS: Dr. Edgar Narváez.

- **Análisis de la información y organización de la sistematización:** de acuerdo a ejes y descriptores acordados. Ajustes posteriores fueron propuestos por tutores e incorporados al trabajo.
- **Ordenamiento de información:** de acuerdo a guía recomendada en el curso tutorial del Centro de Investigaciones y Estudios de la Salud (CIES).

VIII. RESULTADOS DE LA IMPLEMENTACIÓN

1. Fortalecimiento de la gestión del uso apropiado

1.1 Líneas generales

Se apoyó a la DGSS y específicamente a la DRPS, en el proceso de oficialización de la propuesta de funcionamiento de los CURIM a nivel municipal, SILAIS y MINSA central.

Para ello se desarrollaron acciones orientadas a:

- Fortalecer el papel conductor de la DGSS/DRS y de la dirección de los SILAIS para apoyar el funcionamiento adecuado de los CURIM municipales en los 4 SILAIS del proyecto y otros de SILAIS de extensión.
- Fortalecer las habilidades de los responsables CURIM municipales y SILAIS para desarrollar sus funciones.
- Fortalecer la participación del CIMED en actividades de capacitación e información a los recursos médicos de los SILAIS.

Se definió el apoyo que el CURIM brindaría a los responsables de insumos en la gestión del abastecimiento. Se realizaron además capacitaciones específicas con estos responsables para mejorar sus habilidades en la metodología que se propone para impulsar el uso apropiado de los medicamentos.

Se fortaleció el apoyo a los SILAIS en coordinación con la DNIM, para garantizar el monitoreo y supervisión de las actividades de los CURIM municipales.

La capacitación de todos los médicos de servicio social del país en MBE, BPP y CURIM se realizó para los 4 SILAIS en 2000 y 2001, y a nivel nacional en 2002 y 2003, en el marco del taller introductorio que organiza el MINSA central para este grupo de médicos cada año. También se incluyó a los médicos generales de 5 SILAIS y a CCS de los 13 SILAIS restantes.

El personal asumió las actividades recomendadas en la estrategia solo hasta que la estrategia fue oficializada por el MINSA. La carga de trabajo en los equipos SILAIS es tal que deben priorizar solo aquellas actividades con las cuales les evalúan. Por otro lado las actividades de proyectos de cooperación son percibidas por las contrapartes como actividades transitorias que terminan una vez finalizado el período de apoyo técnico-financiero.

1.2. Principios para la implementación

El ámbito de acción

El ámbito de acción son 4 SILAIS, para aprovechar los recursos ofrecidos al MINSA por el PFSSN, y el universo de trabajo para las actividades abarcó los 33 municipios de esos

SILAIS. Se priorizaron municipios pilotos para la validación de los instrumentos, la capacitación tutorial y la sistematización de experiencias.

Combinación de estrategias gerenciales y educativas.

Para diseñar la estrategia de intervención se tomó en cuenta las recomendaciones del estudio nacional de intervención MINSA-BANCO MUNDIAL-GLAS (1996-1998) sobre uso apropiado de medicamentos, considerando en particular los aspectos de: promoción de espacios de discusión colegiada para el análisis de la práctica y elaboración de consensos sobre normas de atención a las personas, fortalecimiento de los CURIM centrando los esfuerzos en el quehacer de los mismos, involucramiento de otros actores además del MINSA (UNAN, ONGs, personas interesadas), motivación y compromiso de los miembros del equipo de salud, analizando con ellos las fortalezas y debilidades de su municipio, combinación de estrategias educativas y gerenciales.

Secuencia lógica en las etapas del proceso

- Elaboración de una propuesta concertada con el MINSA para reactivar los CURIM
- Encuentro nacional de motivación para afinar la propuesta con facilitadores del proceso
- Actividades de motivación para los equipos SILAIS y reproducción en los municipios.
- Seguimiento: monitoreo, supervisión y análisis.
- Promoción de las metodologías de buenas prácticas de prescripción y medicina basada en evidencia.

1.3. Lecciones aprendidas retomadas de experiencias anteriores

Como se menciona en los antecedentes (1.2.), el MINSA y varios proyectos, ya habían ensayado una primera definición de los CURIM desde 1996 con sus variantes organizativas y metodológicas. Es importante saber cuales fueron las lecciones principales que se aprendieron de esas experiencias y que fueron retomadas en la nueva definición implementada en Matagalpa y Jinotega en 2001. Esas principales lecciones aprendidas fueron las siguientes:

- La estructura CURIM de la primera definición supone la conformación de un comité diferente del Consejo Técnico que utiliza un espacio extra de los espacios ya establecidos para actividades de gestión.
- El responsable del CURIM es el Director/a de la unidad de salud, quien ya tiene múltiples responsabilidades como para cumplir con las del CURIM.
- El CURIM no está en las primeras líneas de prioridad de las unidades de salud, por lo tanto el cumplimiento de sus actividades “no mide la efectividad de la gestión de los servicios de salud”.
- Las actividades del CURIM se circunscriben a actividades administrativas, más que a actividades docentes e investigativas. “El CURIM se encarga de hacer la programación

de medicamentos y de llevar el registro del SIVIC”, pero no se encarga de analizar la práctica de los prescriptores.

- El responsable idóneo para coordinar las actividades del CURIM no es el/la responsable de insumos médicos.
- Implementar el CURIM no es solo orientar la conformación de un comité y encargarle funciones, sino es proporcionar los instrumentos de registro, técnicos y metodológicos para organizar, planificar, ejecutar, informar y evaluar actividades.

1.4. Etapas del proceso de implementación

Las siguientes son las etapas (operativas) que se han identificado en la implementación de la estrategia en los SILAIS de Matagalpa y Jinotega, difiriendo solamente en las fechas calendario, pero no en el orden de desarrollo de las mismas.

Gestión del abastecimiento.

1. Definición del plan de implementación de la herramienta de gestión del abastecimiento en conjunto: DNIM y PFSSN, con el apoyo de AIS como asesoría para los SILAIS de Matagalpa y Jinotega (junto con otros 2 SILAIS beneficiarios del proyecto).
2. Capacitación central con responsables de Insumos, Coordinadores de CURIM y asesores de ambos SILAIS que apoya el PFSSN.
3. Elaboración y distribución de formatos de recolección de la información desde los PS hasta el SILAIS.
4. Capacitación a Responsables de Insumos Municipales (RIM) por cada SILAIS.
5. Capacitación al personal a cargo de los PS y farmacia de los CS a cargo de los RIM, con el apoyo del RIS y en algunos municipios con apoyo del PFSSN y AIS en el llenado de los instrumentos
6. Elaboración de guía de supervisión de las actividades de gestión del abastecimiento, para evaluar el avance desde el municipio.
7. Visitas conjuntas (PFSSN y SILAIS) a unidades de salud para supervisar la implementación de los instrumentos, utilizando la guía preparada.
8. Apoyo a RIS y RIM de los municipios visitados en la evaluación del proceso de implementación, análisis y toma de decisiones en base a los resultados de los registros.

Gestión del uso apropiado

1. Definición del plan de implementación de la herramienta.
2. Taller nacional de PURM con facilitadores de diferentes orígenes y con experiencia en promoción del uso apropiado de los medicamentos. Entre otros: DNIM, PFSSN, PROSALUD Darío, AIS, CMM, MSH, y otros.
3. Ajuste de la estrategia, tomando las diferentes experiencias a nivel nacional.
4. Taller central con coordinadores de CURIM de los 4 SILAIS, así como con RIS y ATLS.

5. Talleres de SILAIS, con los coordinadores de CURIM y de insumos médicos de los municipios en el tema de promoción del uso apropiado de los medicamentos (BPP y MBE).
6. Talleres locales de sensibilización, para análisis FODA y elaboración del plan de actividades de la herramienta por municipio.
7. Presentaciones oficiales a cargo de la DNIM de la herramienta CURIM ante los equipos de dirección de los SILAIS, con el objeto de sensibilizar y conseguir la prioridad que la estrategia merece.
8. Establecimiento de acuerdo de colaboración CIMED - SILAIS para proporcionar información a través de consultas farmacoterapéuticas para apoyar los análisis y consensos en los municipios.
9. Elaboración de paquetes informativos para apoyar la elaboración de consensos, conteniendo bibliografía actualizada y basada en evidencia sobre temas recomendados para consenso por la Dirección General de Servicios del MINSA Central.
10. Visitas de seguimiento en conjunto con el equipo SILAIS para apoyar la implementación de los diferentes instrumentos de gestión.
11. Encuentros de coordinación con RCS y eventualmente con diferentes miembros de los equipos de SILAIS.
12. Evaluación y sistematización de las actividades ejecutadas por el PFSSN para promover la aplicación en otros SILAIS.

Para apoyar la implementación de las herramientas se realizaron consultorías para el seguimiento a nivel local y para el diseño de una estrategia de capacitación de personal de enfermería de los Puestos de Salud (*ver detalle en anexo No. 9.I*).

Una matriz de implementación de la herramienta CURIM, con la definición de actividades, desarrollo y resultados esperados se presenta en la tabla No. 1 en la siguiente página.

Tabla 1. Resumen del plan estratégico para la GUAM y los resultados esperados.

Estrategia	Actividad	Desarrollo	Resultado esperado
Motivación al uso apropiado de los medicamentos	1. Talleres de SILAIS de sensibilización en el UA	Capacitación de 2 días con DMS, CCMs y RIMs y Consejo de dirección de SILAIS, en análisis de la situación del medicamento, identificación de Problemas. Justificación de la estrategia. Identificación de roles entre el equipo local y SILAIS.	Directores de programas y de municipios motivados y capacitados en metodología de análisis y planificación CURIM.
	2. Talleres municipales de sensibilización en el UA	Aplicación de metodología de análisis. FODA de la GUA, análisis de la cadena del medicamento, y definición de estrategias locales y responsabilidades.	Equipos locales motivados Elaborados los análisis de la GA y GUA de cada municipio. Estrategias definidas para fortalecer la GA y UA
	3. Oficialización de la actividad CURIM	Apoyo formal desde nivel central y de SILAIS a la actividad de GUA Establecer espacios CURIM dentro de los instrumentos de decisión (CTA SILAIS y CTD Municipal)	Comunicación formal desde el nivel central y distribuida a todos los equipos locales. Documento oficial/carta estableciendo el espacio CURIM como parte de los Consejos Técnicos y la justificación.
Planificación de las actividades CURIM	4. Diagnóstico de la situación de la GA y GUA	Completar en CT o EP municipal el proceso de análisis e identificación y priorización de problemas iniciado en taller de motivación.	FODAs y priorización de problemas realizados en cada municipio.
	5. Elaboración de plan de CURIM municipal y SILAIS	Retomando el análisis e identificación de Problemas. Se elabora plan de actividades CURIM, especificando el desarrollo, tiempos y responsables de cada actividad.	Plan anual de actividades CURIM realizado.
Fortalecimiento de la GA de los medicamentos	6. Establecimiento de mecanismos de coordinación e información entre diferentes niveles	Definir en CTA de SILAIS el mecanismo con que se coordinarán los municipios con el SILAIS, así como la información que requerirá cada nivel. Establecerlo como un acuerdo en acta CURIM.	Acta de CURIM firmada por los DMS definiendo el mecanismo de coordinación/información entre municipio-SILAIS. Incluye la información que requiere el SILAIS.
	7. Programación de medicamentos	Definición de las necesidades de medicamentos en cantidad, según el presupuesto asignado, tomando en cuenta tanto la dinámica del abastecimiento como criterios del UAM.	Elaborada la programación con participación de gestores del abastecimiento y de prescriptores.
Fortalecimiento de la GUA de medicamentos	8. Análisis del abastecimiento de medicamentos	Análisis en conjunto con RIM de la situación del abastecimiento de medicamentos del municipio utilizando el SIVIC.	Análisis mensual de abastecimiento a través del llenado del SIVIC 1, incluyendo la toma de decisiones en CTDM.
	9. Talleres de capacitación en GUA a prescriptores/as	Capacitación en metodología de MBE, BPP, Guías terapéuticas y CURIM. Metodología de consensos y análisis de información.	Todos los MSS que ingresan al SILAIS capacitados en metodología de la MBE, BPP, consensos y análisis de información.
	10. Educación permanente	Selección y preparación de temas sobre	Plan de temas sobre UAM

Estrategia	Actividad en UAM	Desarrollo	Resultado esperado
		UAM para presentar y analizar en sesiones de EP.	incorporado al plan de EP del municipio.
	11. Consensos farmacoterapéuticos.	Aplicación de metodología de consensos para unificar criterios de manejo de enfermedades y uso de medicamentos.	Se aplica la metodología de consensos en todos los equipos de salud municipales como herramienta de la educación permanente.
	12. Censos de crónicos	Registro de información sobre necesidades de medicamentos por Dx de todas las personas del PECNT para programar y analizar los manejos.	Todas las personas del PECNT registradas en el censo de crónicos con sus datos completos. Censo utilizado para programar medicamentos y analizar el manejo de las patologías crónicas.
	13. Análisis de información farmacoterapéutica	Dedicar sesiones de EP al análisis de información FT que se recibe en el municipio, para identificar su utilidad.	Análisis de información FT realizados sistemáticamente como parte de la EP del municipio.
	14. Capacitación y EP del personal de enfermería en normas de atención.	Taller de capacitación a facilitadores de la EP del personal de enfermería para implementar módulo de autoaprendizaje sobre normas de atención en APS.	Realizado un taller de capacitación sobre metodología de autoaprendizaje con personal de enfermería. Implementado el módulo de autoaprendizaje con auxiliares de enfermería de los PS.
Supervisión y monitoreo de actividades CURIM	15. Supervisión capacitante de actividades CURIM	Supervisar las actividades CURIM de los municipios, identificando problemas y proponiendo alternativas para mejorar la gestión.	Realizadas supervisiones periódicas de las actividades CURIM de los municipios utilizando guía de supervisión CURIM.
	16. Monitoreo del cumplimiento de actividades.	Uso de instrumentos de monitoreo de acuerdos de Consensos y de compromisos de reuniones de CURIM. Monitoreo del cumplimiento con el plan CURIM.	Llenados los instrumentos de monitoreo específico e incluidos en el informe trimestral y anual. Resultados de monitoreo del plan anual incluidos en las evaluaciones.
	17. Evaluación de actividades CURIM/SIVIC.	Evaluar logros y dificultades de las actividades y elaborar sugerencias para mejorar el trabajo.	Realizado un encuentro de evaluación con todos los RIM y CCM al final del año.

1.5. Niveles organizativos

Para dar respuesta a la estrategia definida, cada nivel de salud tuvo que definirse estructural y organizativamente. El siguiente diagrama resume ésta definición por cada uno de los 3 niveles: Central, SILAIS y municipal. *(Ver diagrama 1 en página siguiente)*

1.6. Motivación y capacitación de recursos en el tema

El primer paso de la implementación de la herramienta fue la motivación al tema y la Capacitación en el uso de los instrumentos y la metodología a emplear. Se conformó un grupo de facilitadores a nivel nacional como apoyo de los CURIM y se realizaron diferentes talleres en los diferentes niveles: Central, SILAIS y municipal.

El detalle de las capacitaciones realizadas en gestión del uso apropiado y gestión del abastecimiento (SIVIC) se presenta en las tablas 2 y 3 respectivamente. A estas actividades

debe sumársele las asesorías directas brindadas por asesores PFSSN, MINSA y de AIS como consultor local para Matagalpa y Jinotega.

Diagrama 1. Niveles de organización de apoyo a las actividades CURIM

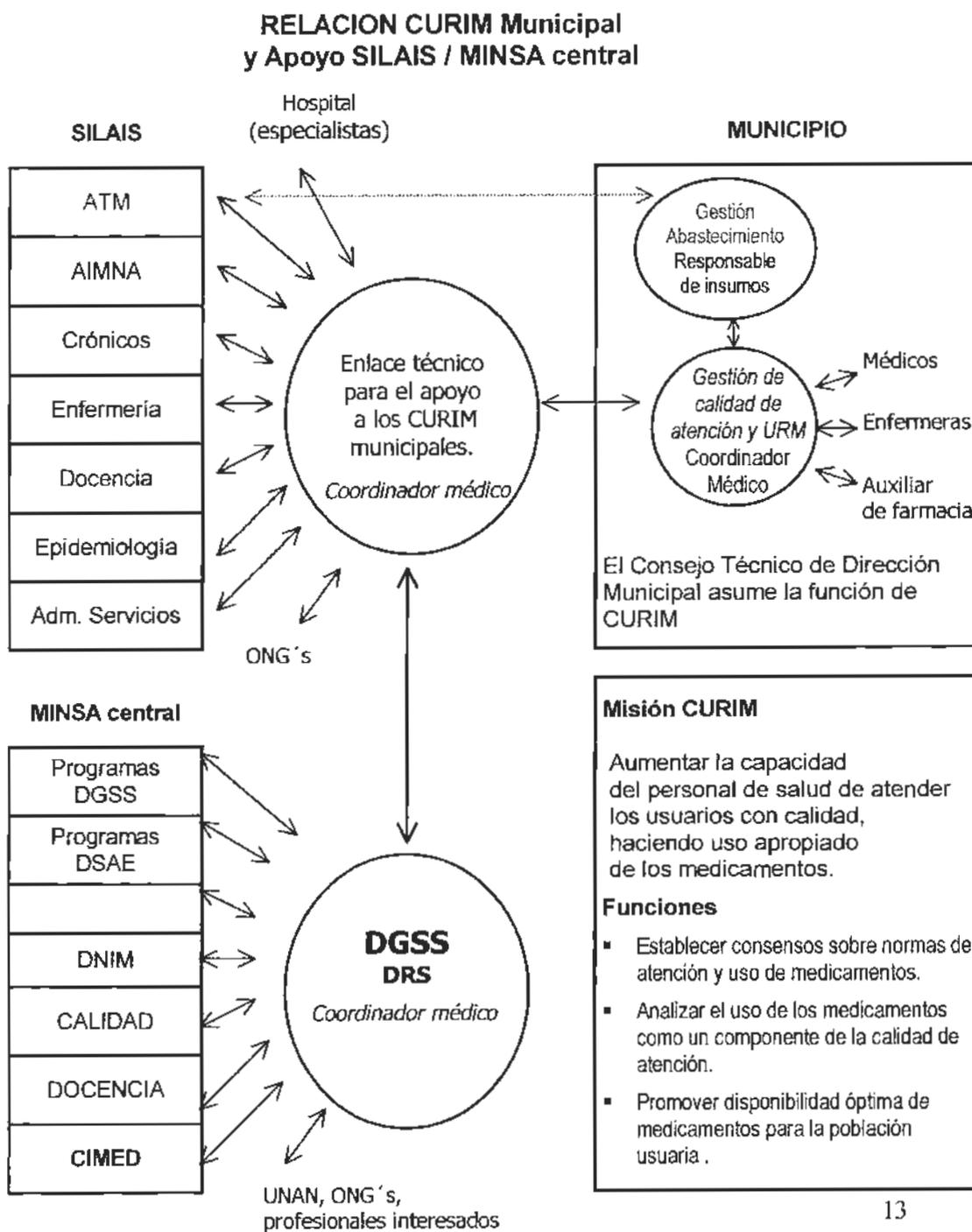


Tabla 2. Capacitaciones realizadas para implementar la herramienta de gestión del UAM en los SILAIS. 2000 a 2001.

Actividad	Participantes	Temas abordados
Taller nacional de facilitadores en UAM (1)	Personas claves: MINSA, ONG en los SILAIS, universidad.	Motivación al UAM y organización de actividades de apoyo al PFSSN.
Taller nacional de motivación al UAM (1)	CCS y RIS de los SILAIS, actores MINSA central y ONG de la zona.	Motivación al UAM, organización y planificación de actividades. Análisis de situación
Talleres de SILAIS sobre estrategia CURIM (2)	CCM y RIM de todos los municipios, equipos de SILAIS y Hospital.	Motivación al UAM, organización y planificación de actividades CURIM. Análisis de situación.
Talleres municipales de motivación y planificación (23)	Prescriptores/as, equipo de dirección municipal.	Cadena del medicamento, análisis FODA, elaboración de plan de actividades
Talleres nacionales BPP, MBE y CURIM para MSS (10 talleres).	Médicos en Servicio Social (MSS).	Medicina Basada en evidencia, Buena prescripción y actividades CURIM
Talleres BPP, MBE y CURIM para generales.(5)	Médicos Generales de SILAIS	Medicina Basada en evidencia, Buenas Prácticas de prescripción y actividades CURIM.
Talleres para uso del libro Buscando remedio. 4 talleres de SILAIS 33 talleres municipales	CCS, CCM, responsables docentes y Jefas de enfermería de SILAIS y municipios. Responsables de Puestos de salud.	Uso del libro Buscando remedio en APS para fortalecer las actividades de promoción del UAM
Personal capacitado En UAM y CURIM de Jinotega y Matagalpa	Coordinadores de CURIM SILAIS (CCS): 2 de 2 (100%) Coordinadores de CURIM municipal (CCM): 20 de 23 esperados (87%) Médicos/as en Servicio Social: 209 de 220 esperados en 4 SILAIS (95%) Médicos Generales: 90 de 150 esperados de 4 silais (60%) Equipos de los SILAIS: 18 Médicos asistenciales y personal de enfermería de municipios: no contabilizados (capacitaciones indirectas y supervisión capacitante).	Total 180

Fuente: informes de talleres, archivos PFSSN.

Tabla 3. Capacitaciones realizadas para la implementación SIVIC.

Actividad	Participantes	Temas abordados
Taller nacional de implementación SIVIC (1)	RIS y CCS de los 2 SILAIS DNIM	Sistema de control y registro de medicamentos en CS y PS.
Talleres SILAIS de implementación SIVIC (2)	RIM y CCM de todos los municipios de los 2 SILAIS (1 taller por SILAIS)	Sistema de control y registro de medicamentos en CS y PS.
Talleres municipales de implementación del SIVIC (23)	Responsables de PS y Farmacia municipal. (1 por cada municipio)	Mecanismo de registro de la HCAP.
Talleres SILAIS de evaluación de la implementación SIVIC (4)	RIM y CCM de todos los municipios de los 4 SILAIS (4 talleres, 2 en Matagalpa y 2 en Jinotega)	Evaluación de lo implementado. Orientación de cambios en el sistema de registro.

Personal capacitado Jinotega y Matagalpa	2 Responsables de Insumos de SILAIS, 2 CCS, 23 Responsables de insumos de municipio, 23 CCM, 128 Responsables de PS. Responsables de despacho de farmacias (no contabilizados por coincidir muchos de ellos/as con el cargo de RIM)	Total: 178
---	--	-------------------

Para los años 2002 y 2003 las capacitaciones fueron dirigidas a ampliar la cobertura de MSS a nivel nacional. También, en coordinación con el proyecto FORSIMA se capacitó a todos los responsables de unidades de salud de Managua y a los coordinadores de CURIM de los 13 SILAIS que faltaban para extender las actividades a nivel nacional. (Ver tabla 4)

Tabla 4. Médicos en Servicio Social (MSS) capacitados en UAM. 2000 a 2003.

Año	Procedencia	No de MSS	Porcentaje
2000	4 SILAIS PFSSN*	98	33
2001	4 SILAIS PFSSN*	111	37
2002	Nacional	270	90
2003	Nacional	278	93
Total		757	

Fuente: Informes de talleres, archivos PFSSN.

*incluye Matagalpa y Jinotega.

Capacitaciones en uso apropiado: contenidos y metodologías

Se implementó una modalidad nueva de enseñanza en el uso de medicamentos, incorporando las metodologías de la Medicina Basada en Evidencia y las Buenas Prácticas de Prescripción. El propósito de esta modalidad es disminuir la brecha que hay entre la formación académica actual de los médicos y sus funciones en el campo asistencial, y de atención primaria en particular.

El módulo incluye además el ensayo de las metodologías y actividades que los nuevos médicos/as desarrollarán en las unidades de salud. El módulo cuenta con un diseño metodológico, una guía para facilitadores y una guía para el participante del curso. Además está coordinado con las actividades que se desarrollan desde las unidades de salud organizadas en el CURIM. En el anexo 9.6 se presenta un ejemplo de diseño metodológico de taller de capacitación en uso apropiado de medicamentos (UAM).

Los temas que incluye el módulo introductorio de capacitación en UAM son los siguientes:

- Medicina Basada en Evidencia
- Buenas Prácticas de Prescripción
- Atención Integral en Salud (teórico-práctico)
- La cadena del medicamento
- Bases Científicas del manejo de IRA y EDA
- Resolución de casos APS
- Utilización de Bibliografía farmacoterapéutica de referencia
- Metodología de consensos farmacoterapéuticos
- Metodología de análisis de información
- Organización de actividades CURIM
- Uso de los censos de crónicos

Todos los temas son desarrollados incorporando los elementos de la MBE y BPP, el análisis, la toma de decisiones y la investigación. Además de otros elementos que aunque no son parte de la temática, son fundamentales: lenguaje no sexista, expresiones apropiadas en salud, la puntualidad, responsabilidad, habilidades de comunicación, presentaciones efectivas, motivación, liderazgo y gerencia organizacional.

1.7. Supervisiones a CURIM municipales

La frecuencia y calidad de la supervisión de las unidades municipales por los equipos de SILAIS, varía de un SILAIS a otro. Jinotega ejecuta sus visitas de manera específica al tema de los insumos médicos, Matagalpa lo realiza como parte de una visita general.

Las visitas realizadas en el año 2002 por cada SILAIS para la estrategia CURIM se presentan en la tabla 5. En el anexo 9.9 y 9.10 se presentan las guías elaboradas para apoyar la supervisión de la implementación de la estrategia abastecimiento y uso apropiado.

Tabla 5. Supervisiones realizadas por equipos SILAIS a CURIM municipales y uso de instrumentos orientados por DNIM. (2002)

SILAIS	No de visitas	Promedio de visitas por mpio.	% de visitas con utilización de la guía orientada por DRPS
Matagalpa	36	2.4	Sin datos actuales
Jinotega	16	2	100%

Fuente: informes de CURIM SILAIS y de consultores.

Los problemas más frecuentes que disminuyen la efectividad de la supervisión capacitante han sido identificados utilizando un instrumento de evaluación, y son los siguientes:

<ul style="list-style-type: none"> • Visitas sin previo aviso. • No se precisa los temas a abordar y la información a requerir • Las visitas de "rendición de cuentas" prevalece sobre el apoyo para mejorar. • No se utilizan las guías de supervisión orientadas por DNIM 	<ul style="list-style-type: none"> • No hay recomendaciones escritas, no se retroalimenta • Combinación de varios asuntos en la misma visita. • Problemas de logística y presupuesto (viáticos y transporte)
---	---

1.8. Materiales de apoyo a CURIM

Se entregó material bibliográfico y didáctico para apoyar la gestión del UAM desde los municipios. Parte de este material ya no se encuentra en las unidades donde se asignó. En el anexo 9.5 se identifica el material entregado, así como resultados del monitoreo de su permanencia en las unidades de salud, el cual fue elaborado en el mes de octubre 2002.

Para la entrega se orientó que cada unidad de salud ingresara los materiales al inventario contable, con el objetivo de garantizar su permanencia. Para mejorar ésta permanencia, en

algunos municipios han incluido la entrega de inventarios, como requisito cada vez que rota algún personal que está a cargo de los mismos.

1.9. Monitoreo y evaluación

La estrategia enfatiza en la necesidad de monitorear lo ejecutado y realizar evaluaciones sistemáticas de las actividades. Se han implementado diversas formas de monitoreo de manera específica para cada instrumento de la estrategia. Sin embargo falta definir un mecanismo de monitoreo del cumplimiento y calidad de ejecución de las actividades. Monitoreos específicos son los siguientes:

1. Monitoreo y registro de resultados del cumplimiento de acuerdos de consensos farmacoterapéuticos.
2. Monitoreo de los consensos elaborados, registrados, enviados al SILAIS y autorizados.
3. Monitoreo del cumplimiento con el registro y uso del censo de crónicos.
4. Monitoreo de la permanencia de materiales de apoyo a CURIM entregados a cada unidad de salud.
5. Monitoreo de la calidad de llenado de la HCAP en los puestos de salud.
6. Monitoreo del cumplimiento con la información SIVIC por las unidades de salud al SILAIS.

Se han implementado encuentros de evaluación a final de cada año, en donde los respectivos coordinadores/as de CURIM presentan lo realizado y un análisis de logros y dificultades en la implementación de la estrategia.

El PFSSN elaboró una guía de indicadores a construir y utilizar para evaluar el cumplimiento con lo esperado en cada SILAIS. Esta guía se utilizó solo en el 2001, para el 2002, cada SILAIS diseñó su evaluación de la forma más conveniente para ellos.

No existe una guía de referencia orientada por la DRPS del nivel central sobre el mecanismo, indicadores y periodicidad para realizar las evaluaciones de actividades CURIM. Los indicadores utilizados en el 2001 para monitoreo y evaluación fueron elaborados por el PFSSN y se presentan en el anexo 9.8.

1.10. Apropiación y sostenibilidad de la estrategia

Un elemento importante para la sostenibilidad es el nivel de apropiación de los instrumentos por parte de los recursos en los diferentes niveles de atención, así como su permanencia en el cargo una vez que ha sido capacitado. De esto depende el éxito de las decisiones que se tomen con la información que producen.

Se realizó una valoración cualitativa de las capacidades de los equipos locales para asumir la implementación y seguimiento de la herramienta de gestión del uso apropiado de medicamentos y de gestión del abastecimiento. La calificación ha tomado en cuenta las observaciones elaboradas por los equipos MINSA Central (DRPS), del PFSSN, de SILAIS, y consultorías locales de ONGs.

En las actividades de gestión del abastecimiento, la información refleja que la estrategia esta fortalecida en las actividades de llenado de registros y consolidados, pero no en la utilización de la información. También se refleja que Jinotega tiene ventaja sobre Matagalpa en el desarrollo y apropiación de las actividades implementadas. (Ver tabla 6)

En las actividades de gestión del uso apropiado se maneja bien la estrategia y su organización, también en la supervisión, pero el nudo está en la aplicación de metodologías de trabajo operativo como la elaboración de consensos y censos de crónicos. Nuevamente el SILAIS de Jinotega tiene una ventaja, aunque mas ligera, sobre el equipo de Matagalpa. (Ver tabla 7)

Tabla 6. Evaluación cualitativa de las actividades y capacidades de los equipos locales en la implementación de instrumentos de gestión del abastecimiento. Diciembre 2002

Actividad/capacidad de equipo SILAIS	Matagalpa	Jinotega
Manejo del mec. de registro y control PS y CS.	+++	++++
Manejo del llenado HCAP	+++	++++
Manejo del llenado SIVIC I y II	++	++++
Análisis de información y toma de decisiones	++	+++
Apoyo de CCS para análisis y toma de decisiones	+	++++
Habilidad para supervisión capacitante efectiva.	++	++++
Cumplimiento municipal con envío de la información al SILAIS	+++	++++
Cumplimiento SILAIS con envío de la información a la DNIM.	+++	+++
Total	19	30

Fuente: informes de SILAIS y evaluación de asesoría PFSSN central y local.

Considerando a +++++ el nivel óptimo de implementación, y el nivel +, en donde no se registra ni usa la información. ⁶

⁶ La evaluación cualitativa se basa en los resultados de informes de visitas enviados por los RIS y CCS a municipios y PS, así como informes de visitas conjuntas entre equipo SILAIS y equipo del PFSSN y DNIM.

Tabla 7. Evaluación cualitativa de las actividades y habilidades del SILAIS para las actividades CURIM.

Actividad/capacidad de equipo SILAIS (coordinador CURIM y responsable de insumos)	Matagalpa	Jinotega
Manejo de la estrategia y organización CURIM	++++	++++
Apoyo del SILAIS a la estrategia CURIM	++	++++
Aplicación de metodología de consensos	++	++
Aplicación de metodología de uso de censos	++	+++
Solicitudes de información de apoyo	++	+++
Vínculo de los programas con la estrategia CURIM	+	+
Uso de los 3 espacios CURIM	+	+++
Habilidad para supervisión capacitante CURIM	+++	+++
Cumplimiento con información desde municipio	++	+++
Total	19	26

Fuente: informes de SILAIS y evaluación de asesoría UGC y local.

Considerando a +++++ el nivel óptimo de implementación, y el nivel +, el mínimo de implementación, o el nivel donde no se registra ni usa la información.⁷

En el anexo 9.2 se presenta el perfil de cada uno de los CCS y CCM, que resalta que todos los recursos son empíricos respecto al tema de la GUAM, y sus habilidades las han adquirido en encuentros de capacitación, tutorías o por sus propias oportunidades personales.

Permanencia de responsables de SILAIS y situación a Diciembre 2002.

La permanencia de los recursos capacitados es un aspecto clave para el éxito de cualquier proceso. La rotación de los recursos retrasa el proceso de implementación y altera los resultados. A continuación se informa sobre la permanencia de los recursos involucrados en la gestión del abastecimiento y del uso apropiado de los medicamentos por SILAIS.

Matagalpa	Matagalpa mantuvo los mismos recursos durante la implementación de ambas herramientas, SIVIC y CURIM en el 2001 y 2002.
Jinotega	Cambió la responsable de insumos médicos en 2002, pero la CCS también se desempeñaba como subresponsable de insumos médicos, por lo que la continuidad no se perdió. La nueva RIS asumió rápidamente el manejo del SIVIC.

La estrategia de capacitar siempre a 2 personas de cada municipio (Insumos y CURIM) en el manejo del SIVIC, ha resultado apropiada para la continuidad de las actividades.

⁷ La evaluación cualitativa se basa en los resultados de informes de visitas enviados por los RIS y CCS a municipios y PS, así como informes de visitas conjuntas entre equipo SILAIS y equipo del PFSSN y DNIM.

Otros factores de la Gestión del Abastecimiento favorecedores de la sostenibilidad e identificados por los equipos de los SILAIS incluyen:

- La oficialización, orientación y distribución por parte de la DNIM/DRPS de los instrumentos de implementación del SIVIC.
- La oficialización por la Dirección Administrativo Financiera de la HCAP como un documento contable en las unidades del sistema.
- La apropiación de la herramienta por el nivel central DRPS/DNIM. Considerando también que el actual Director de Recursos Para la Salud participó en el diseño y ejecución de la herramienta como consultor nacional del PFSSN en su cargo anterior.
- El uso de la HCAP como registro único en el PS, disminuye considerablemente los costos de papelería.
- Otros proyectos de cooperación han incorporado el SIVIC dentro de su plan de actividades a apoyar.

Tanto la implementación como los resultados de las actividades CURIM suponen bastante esfuerzo. El tema CURIM es más complejo porque el éxito de sus resultados supone además de un proceso de análisis de la práctica propia (que no todos los médicos/as están dispuestos a hacer), un cambio de cultura, en donde el autoaprendizaje del prescriptor/a debe ser efectivo y constante, en donde los usuarios exigen y reciben información objetiva y en donde los intereses personales y económicos no se anteponen al interés de la salud de las personas. A pesar de ello, debe iniciarse a pasos lentos la construcción de esa cultura y el cambio necesarios para lograr la calidad de atención que requieren los usuarios.

Los elementos siguientes contribuyeron a la sostenibilidad de las actividades de organización del CURIM en los SILAIS de Matagalpa y Jinotega:

- Está definido el apoyo de la DRPS a los SILAIS en el seguimiento a la implementación de los instrumentos de las actividades CURIM.
- Existe definición de los propósitos y justificación de la aplicación de la herramienta, con sus respectivos instrumentos de referencia conteniendo las estrategias, actividades y metodologías de la misma.
- Otros proyectos brindan su apoyo a las actividades impulsadas por la DRPS, incluyendo las actividades CURIM. PMSS, PROSALUD-MSH, FORSIMA. Este último proyecto ha retomado las actividades CURIM y SIVIC para darles seguimiento en el SILAIS Managua. Han capacitado, con apoyo del PFSSN a todos sus DMs y CCMs en los temas de BPP, MBE y organización de los CURIM. La capacitación fue aprovechada para incluir a todos los coordinadores de CURIM del resto de los SILAIS del país.
- La contratación de la ONG AIS, y el trabajo conjunto con el equipo del PFSSN, contribuyó a fortalecer a ésta ONG en su capacidad de seguir apoyando al MINSa en la implementación de CURIM en nuevos SILAIS. Por otro lado AIS ha ofrecido apoyo a los SILAIS de Matagalpa y Jinotega en el seguimiento de la herramienta al terminar el proyecto.

- El apoyo que el PFSSN brindó al GRUNAMEB hizo posible ampliar a 18 el número de facilitadores para los temas de MBE y BPP en las capacitaciones, además de contar con una coordinación encargada del apoyo técnico al MINSA en otras actividades (revisión de guías terapéuticas, apoyo específico al CIMED entre otros).

Para que el MINSA pudiera contar con un grupo de profesionales e instituciones que apoyaran la promoción de la MBE y BPP a través del CURIM, el PFSSN en coordinación con la DGSS y la DRS, y el apoyo de OPS, apoyaron la conformación del Grupo Nacional de Promoción de la Medicina Basada en la Evidencia (GRUNAMEB). Este grupo está integrado por profesionales del MINSA, UNAN, ONG y personas individuales con interés y solvencia para involucrarse en actividades de capacitación y asesoría al MINSA. En particular el grupo ha apoyado la introducción de la metodología de la MBE en las capacitaciones a prescriptores y como herramienta de CURIM en actividades de gestión del uso apropiado.

1.11. Diferencias en la implementación entre ambos SILAIS

Las siguientes son diferencias identificadas en la implementación y sostenibilidad de las actividades de gestión integral de los insumos médicos entre Matagalpa y Jinotega:

- Ambos SILAIS tienen un coordinador CURIM nombrado. Sin embargo, en la práctica la prioridad solo estaba manifiesta en el SILAIS Jinotega para éste recurso, no así en Matagalpa en donde las afectaciones del CCS fueron múltiples y la coordinación CURIM fue relegada a un segundo o tercer plano en ocasiones.
- El ámbito geográfico influye bastante en la implementación. Mientras Jinotega tiene 8 municipios para apoyar técnicamente, Matagalpa tiene el doble (15). Esto aumenta el esfuerzo para el seguimiento, financiamiento y la movilización de los recursos.
- La coordinación entre responsables de insumos y coordinadores de CURIM fue estrecha en ambos SILAIS. Sin embargo en Jinotega, ésta coordinación tuvo un plus debido a que la coordinadora de CURIM había sido antes responsable de insumos médicos, por tanto manejaba ambas herramientas y conocía bien los puntos clave de coordinación.
- Ambos SILAIS contaron con el apoyo de una ONG local para la implementación (AIS Nicaragua), pero Jinotega aprovechó mejor ésta asistencia técnica, logrando más visitas conjuntas (entre equipo SILAIS y asesores), más actividades de capacitación y evaluación que el SILAIS Matagalpa.
- A pesar de que Matagalpa tiene un promedio de 2.5 visitas de supervisión y Jinotega de 2, las supervisiones de éste último SILAIS fueron específicas para el tema de CURIM y abastecimiento, a diferencia de Matagalpa en donde se dedicó un espacio menor de tiempo como parte de una supervisión general.
- El cumplimiento con cronogramas, horarios y uso de instrumentos para supervisar y monitorear fue mejor en el SILAIS Jinotega. Matagalpa suspendió la mayoría de las fechas acordadas para supervisar conjuntamente con la asesoría técnica.

- El SILAIS Matagalpa hizo bastante énfasis en la investigación operativa sobre la identificación de problemas del uso de los medicamentos. Jinotega se centró mas en el cumplimiento con las actividades planificadas en su plan CURIM (elaboración de consensos, censos de crónicos)

2. Metodologías de desarrollo de actividades

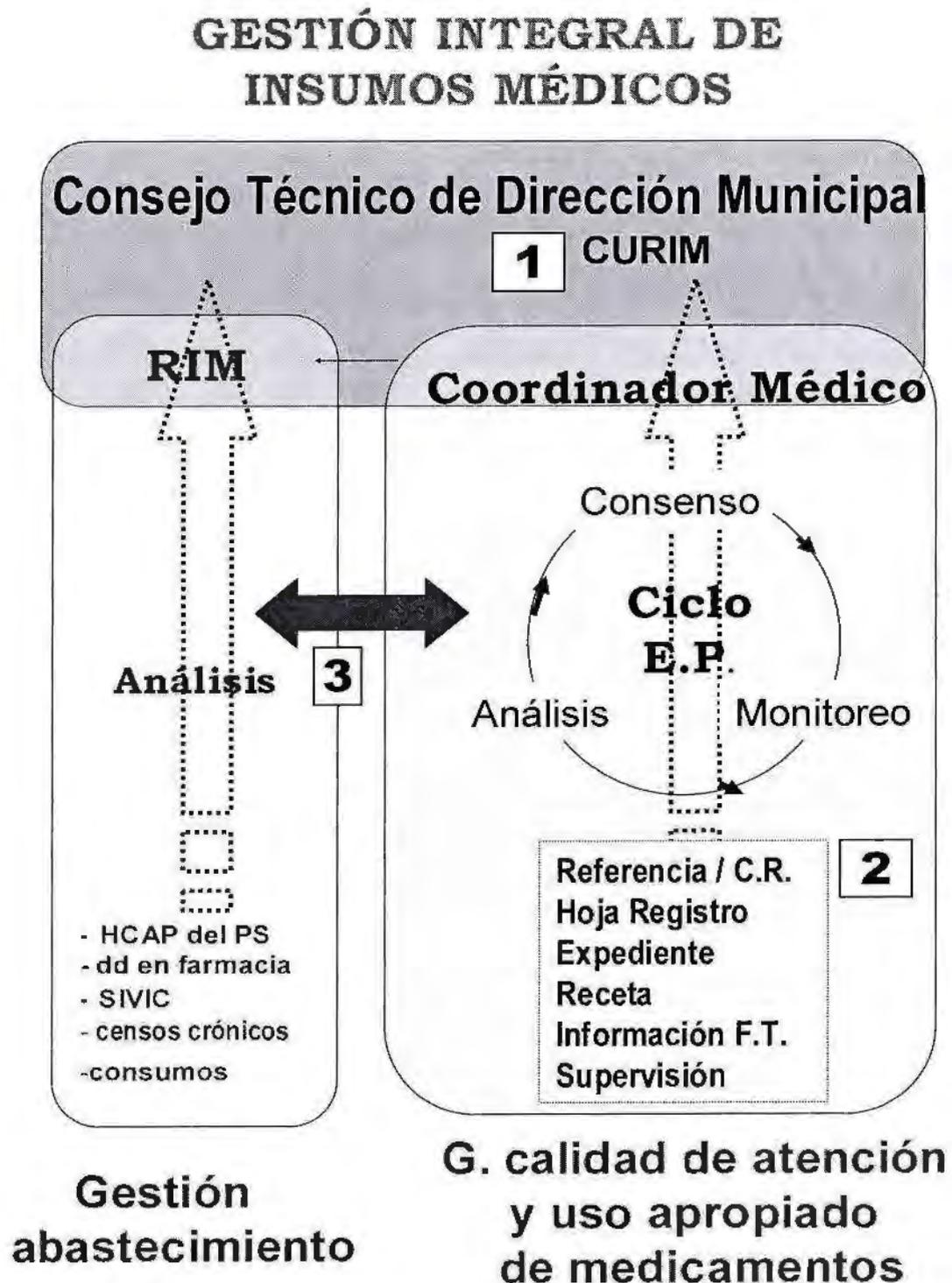
2.1. Toma de decisiones

El fin último de organizar el CURIM es tomar una decisión a partir de la información analizada con los instrumentos establecidos. En el período sistematizado se tomaron decisiones a tres niveles:

- **Las tomadas por el/la responsable de insumos (de municipio o de SILAIS)**
Por ejemplo, realizar un análisis específico de consumo de un medicamento, aumentar un fondo fijo de un puesto, analizar consumo de insumos por el personal de la unidad, etc.
- **Las tomadas por los Coordinadores de CURIM (de municipio o de SILAIS)**
Las cuales no requirieron de un consenso o de una intervención por el consejo técnico. Por ejemplo decidir un tema de educación permanente, una investigación operativa para identificar problemas, dejar de monitorear un consenso cuando ya está cumpliéndose el acuerdo, etc.
- **Las decisiones que deben tomarse por el CURIM (o consejo técnico de la unidad)**
Por ejemplo, ajustar la programación de medicamentos al presupuesto asignado, seleccionar listado de medicamentos para usar en los puestos, cambios en la lista de monitoreo SIVIC, abordaje de aspectos específicos de uso inapropiado de medicamentos cuando no hay normas, otros.

El siguiente diagrama (No. 2) responde a la forma en que se organizan las actividades del CURIM, en particular para garantizar la toma de decisiones en los tres espacios previstos: 1) decisiones en consejo técnico de dirección (que es el mismo CURIM); 2) decisiones en los encuentros con médicos y médicas, y 3) decisiones tomadas en las coordinaciones entre el coordinador CURIM y responsable de insumos (los 3 espacios están identificados por números).

Diagrama 2. Organización de la gestión integral de insumos médicos.



2.2. Ciclo de la educación permanente

La educación permanente es una actividad que está prevista en los planes docentes de los SILAIS y está tomada en cuenta como parte de las funciones y actividades del personal de salud. La forma de uso de este espacio es variable, para los SILAIS de Jinotega y Matagalpa no es diferente del resto, en donde se utiliza para orientar (“bajar”) disposiciones y normativas desde el nivel central o de SILAIS. Poco se utiliza para tratar los problemas propios, identificados en los mismos instrumentos de registro de la unidad. (Ver diagrama 2 en la página anterior).

Durante la implementación se identificó esta situación y se intentó optimizar el espacio convirtiendo a la educación permanente en un Ciclo que inicia con la utilización de los registros de información para identificar problemas específicos de manejo de enfermedades y uso de medicamentos. A estos problemas se les dió salida a través de medidas que fueron regulatorias (P. Ej.: un memorando), educativas (P. Ej.: incluir el tema en una sesión docente), o metodológica (P. Ej.: elaboración de un consenso). Los acuerdos o las orientaciones quedan registrados y se le da un seguimiento a su cumplimiento. Nuevamente los registros van a identificar la mejoría y a iniciar un nuevo ciclo (Ver diagrama 2)

2.3. Consensos farmacoterapéuticos (CFT)

La metodología fortaleció la habilidad para identificar problemas de uso de medicamentos, analizar, buscar y discriminar información útil, y acordar entre prescriptores/as el mejor manejo de los pacientes. Es una actividad compleja, y se desarrolla en ambos SILAIS con diferentes niveles de avance y calidad de aplicación. Tal como se muestra en la tabla 8, la aplicación de la metodología de consenso no está lo suficientemente fortalecida como para sostenerse desde los municipios y SILAIS, el apoyo técnico aun es necesario.

Tabla 8. Monitoreo y envío de consensos FT al SILAIS (2 SILAIS)*. A diciembre 2002

SIL AIS	Consensos elaborados	Consensos monitoreados	Enviados al SILAIS
Matagalpa	72	Sin datos	Sin datos
Jinotega	26	13 (50%)	15 (58%)
Total	48	26 (54%)	

* datos calculados en corte de tiempo diferente al corte de la tabla de consensos elaborados.

Se han elaborado 108 CFT en los 2 SILAIS, con diferente complejidad y para unos 42 temas diferentes. Se han elaborado 4.5 consensos promedio por municipio en Jinotega y 4.6 en Matagalpa. La calidad de los mismos no ha sido suficientemente evaluada. Sin embargo, Jinotega ha solicitado revisiones de sus consensos por los asesores técnicos, no así Matagalpa.

En el anexo 9.3 se presenta la tabla de consensos que han sido elaborados en cada uno de los SILAIS desde que comenzó la implementación de los CURIM. En el anexo 9.7 se

presenta la guía de elaboración de consensos preparada por DRPS y el PFSSN como referencia para las unidades operativas.

El problema clave que los CCS identifican, es la propia capacidad del SILAIS para analizar la calidad de los consensos, desde el punto de vista del contenido técnico del mismo y de la información con que cuentan. A pesar de ello, se han elaborado algunos CFT y se han analizado por los CCS y asesores MINSA/proyecto, aprovechando para fortalecer las habilidades necesarias para evaluar la calidad. Un reto próximo definido por los informantes será combinar el esfuerzo de los CURIM con el apoyo técnico de los programas y del CIMED para la parte de información de soporte.

Instrumentos y capacitaciones en metodología de consensos

La metodología se ha resumido en un documento de referencia del proceso que incluye; la guía de elaboración, formato de registro, modelos de consensos y un instrumento de monitoreo del cumplimiento por los municipios. Los consensos modelos servirán de referencia a los responsables de SILAIS. También se elaboraron paquetes de información para elaborar algunos consensos orientados por el nivel central.

En los talleres de capacitación a MSS y a médicos generales se ha incluido el uso de la metodología de consensos farmacoterapéuticos para apoyar el trabajo de los CCM. Por otro lado se está organizando desde el nivel central a través de la DRPS, el apoyo a la actividad de consensos. Del cumplimiento con los acuerdos de los CFT elaborados, pudo obtener solo información de Jinotega. (Ver tabla 8 en página anterior)

2.4. Utilización de la información

Solicitudes de información al CIMED

Aunque las actividades del CIMED son mejor conocidas, los SILAIS y municipios han realizado aun muy pocas consultas a este centro. Solo 15 consultas fueron hechas durante el 2002 desde los SILAIS (solo Matagalpa y Jinotega) al CIMED, y representan apenas el 4.5% del total de consultas atendidas por éste centro.

Los SILAIS de RAAN y RSJ solo han hecho consultas a través de AIS y se han solicitado durante las asesorías y talleres locales. La dificultad de comunicación telefónica, fax y correo electrónico son mencionados como una causa de la poca demanda de información, sin embargo, agregaríamos a eso la falta de confianza e interés en éste servicio. En la tabla 9 se muestra el número de solicitudes de información realizadas al CIMED y AIS.

Tabla 9. Solicitudes de información hechas al CIMED y AIS para apoyar las actividades CURIM de los municipios.

SILAIS	No de solicitudes al CIMED	No. de solicitudes a AIS	% de atención a solicitudes (en tiempo y forma)
Matagalpa	8	7	100%
Jinotega	7	16	100%

Fuente: archivos CIMED.

* Solicitudes elaboradas recientemente, durante taller central de CURIM.

censo de crónicos

En los 2 SILAIS se han completado los censos de personas con enfermedades crónicas, de los 23 municipios para HTA, Asma Bronquial, Epilepsia, Artritis y Diabetes. Al último trimestre 2002 habían sido actualizados todos los censos, sin embargo aun no se utiliza el mecanismo de actualización y uso orientado en la metodología.

A mediados del 2002 se modificó el formato de registro, tomando en cuenta las sugerencias de los mismos responsables del censo en los municipios y SILAIS.

El uso de la información del censo en los 4 SILAIS se ha limitado hasta ahora a la programación de medicamentos, falta promover su uso como insumo del CURIM para la identificación de problemas de manejo, monitoreo de prescripción y de acuerdos de consensos.

Una guía para el llenado y el uso del censo fue diseñada y entregada a los responsables del censo para facilitar su implementación. Con el apoyo del Proyecto de Modernización del Sector Salud (PMSS) y del PECNT del nivel central, se capacitó a todos los responsables de SILAIS del país en el manejo del censo y se les entregó la papelería necesaria, como parte de un taller nacional sobre el tema de enfermedades crónicas.

En la tabla 10 se presenta el resumen del estado de la implementación de los censos de crónicos de acuerdo a los objetivos del mismo, y en el anexo 9.4 se presenta los detalles de la actualización y utilización por cada uno de los 23 municipios.

Tabla 10. Resumen de la tabla de censos de crónicos.

SILAIS	% de censos actualizados	% de censos utilizados para programar	% de censos en uso para analizar prescripción
Matagalpa	87	87	13
Jinotega	87	83	67

3. Sistema de información

El ciclo de la gestión consiste en disponer de un sistema de información eficaz y oportuno para analizar la práctica, tomar las decisiones correctivas y monitorear su aplicación. En la implementación se utilizaron los registros ya existentes (Hojas de registro de consultas, estadística de crónicos, sábanas de consumo y otros) y otros se crearon para consolidar información útil para la toma de decisiones.

3.1. Implementación de la HCAP y el SIVIC

Los instrumentos implementados incluyen: el sistema de información para el control del abastecimiento de medicamentos en los centros y puestos de salud, que se resume en la HCAP y el propio SIVIC.

En la *primera etapa* se realizó una prueba de implementación en 2 municipios pilotos (Jinotega y Matiguás) para validar y ajustar los instrumentos. Los resultados de esta etapa sirvieron para presentar una propuesta final a MINSA Central. En una *segunda etapa*, la propuesta fue ajustada por DNIM y autorizada para implementarse en el resto de los municipios de esos SILAIS. En la *última etapa* fue incluida la sección correspondiente al control de medicamentos en la farmacia del CS.

Se diseñó y distribuyó la Hoja de Control del Abastecimiento y Pedido (HCAP), y los de consolidado del SIVIC 1 y 2 (ver el documento del *Sistema de control del abastecimiento en Centros y Puestos de Salud*)

En algunos SILAIS se contó con el apoyo de organismos que apoyaban localmente: PROSALUD-MSH, PROSILAIS, PMSS y FORSIMA.

Todos los puestos de los SILAIS de Matagalpa y Jinotega están utilizando la Hoja de Control de Abastecimiento y Pedido (HCAP), para el control de los medicamentos.

En la tabla 11 se muestra el número de unidades que tienen implementada la HCAP por cada SILAIS, así como una evaluación cualitativa del nivel de apropiación por los responsables de puestos del registro y control de los medicamentos con uso de la HCAP.⁸

Tabla 11. Puestos de salud implementando la HCAP y nivel de manejo del mecanismo. por SILAIS a diciembre de 2002.

SILAIS	No. de PS con HCAP implementada	Nivel de apropiación del mecanismo de registro en PS (de 5+)
Matagalpa	79 (100%)	++++
Jinotega	49 (100%)	++++

++++ (óptimo); ++++ (Necesita reforzar etapa de análisis); +++ (se registra bien pero no se usa la información); ++ (aun no se registra adecuadamente); + (No se implementa el instrumento aún).

⁸ La evaluación cualitativa se basa en los resultados de informes de visitas enviados por los RIS y CCS a municipios y PS, así como informes de visitas conjuntas entre equipo SILAIS y equipo del PFSN y DNIM.

3.2. Otros instrumentos de registro.

Se implementó el *libro de actas* por cada unidad de salud, donde se registran todas las actividades desarrolladas por el CURIM, y en particular los compromisos asumidos y los resultados del monitoreo de su cumplimiento.

Formatos para *registro de consensos* farmacoterapéuticos, *censo de enfermos crónicos*, formatos de *análisis de información* fueron elaborados.

Los *registros ya existentes* incluyen: hojas de referencia y contrarreferencia, recetas prescritas, hoja de registro diario de la consulta, censos de enfermos crónicos. Todos estos registros sirven de insumos para análisis de la prescripción.

El registro de los formatos es la actividad que mejor hace propia a nivel del personal de salud. El hábito de analizar la información que se produce no está muy bien arraigado en el mismo, predominando la forma mecánica de “recopilar y enviar” información al siguiente nivel “porque se la piden”.

IX. LECCIONES APRENDIDAS

Durante el proceso de sistematización se fueron identificando los logros y las dificultades, y otros fueron recopilados de opiniones de los actores involucrados en el proceso. Se identifican aspectos positivos y negativos, sin embargo se enfatiza en aquellos aspectos en los que se necesita mejorar para el seguimiento de las actividades o para futuras implementaciones en otros SILAIS.

1. Lecciones generales aprendidas

- Sin recursos motivados no puede implementarse una herramienta que tiene que ver con la calidad de la atención y hábitos de prescripción.
- El proceso de implementación de una herramienta que incluye la implementación de su propio registro de la información es lento. Deben planificarse apropiadamente sus etapas y cronograma para que la asistencia técnica no termine antes de llegar a la etapa más importante: la toma de decisiones.
- La complejidad de algunas actividades (metodología de consensos farmacoterapéuticos, búsqueda de evidencia científica, análisis de consumos y de prescripción) requiere de apoyo técnico cercano, el cual supone inversión de tiempo y financiamiento.
- La prioridad que los/as tomadores de decisiones dan a las actividades CURIM; nombramientos, rotación de personal capacitado, no se brindan espacios, pocos recursos materiales, otros, es factor fundamental para el logro de los resultados.
- El papel conductor del MINSA y la apropiación de las herramientas exitosas por éste son imprescindibles, aun cuando el diseño y apoyo técnico inicial sea propuesto por apoyo externo al MINSA.
- Los cambios de hábitos de prescripción requieren mucho tiempo y de la unificación de esfuerzos desde otros ámbitos: enseñanza básica de la universidad y prácticas hospitalarias, influencia de la industria, apoyo metodológico y logístico, actitud y conceptos que manejan los prescriptores, educación del público.
- Deben impulsarse al máximo aquellas actividades que no requieren de la dependencia técnica, tecnológica y financiera de apoyo externo a las unidades de salud (consensos, uso de los censos de crónicos, utilización de boletines farmacoterapéuticos, llenado de los test de lecturas, uso de espacio de educación permanente, otros).
- La investigación nacional y la búsqueda de la mejor evidencia clínica disponible son elementos importantes para abordar el problema de la prescripción inapropiada.

2. Lecciones aprendidas: Matagalpa

- La coordinación entre ambos componentes (abastecimiento y CURIM) debe darse no solo para garantizar el cumplimiento de agendas, sino para abordar y responder a la problemática operativa.
- Las investigaciones son muy importantes, pero más importante es la utilización de esa información para la toma de decisiones. También es necesario compartir esta información entre las unidades del mismo SILAIS como con otros SILAIS.
- La calidad de la gestión de un director de SILAIS puede inclinar la balanza hacia la mejoría o hacia el deterioro, aun cuando los equipos de trabajo cuenten con las herramientas necesarias para mejorar la situación.
- El SILAIS debe definir sus prioridades en salud y en el apoyo externo que necesita, pero debe definirse también la forma en que se quiere el apoyo. Por otro lado, debe reconocer las fuentes de apoyo que no necesariamente son financieras, sino técnicas (ej. ONGs, Grupos independientes como el GRUNAMEB, otros).
- Considerando el tamaño del SILAIS, la reproducción del manejo técnico y organizativo del CURIM entre el resto del equipo del SILAIS es necesaria, así como la transferencia de conocimientos y habilidades entre ese mismo equipo (otros programas del SILAIS) y la contrapartes locales (coordinadores de CURIM de municipios).
- Debe aprovecharse al máximo los aportes ofrecidos por ONGs locales que tienen mucha experiencia en el tema del UAM.
- El dominio técnico de las herramientas posibilita hacer mas y mejores aportes a la misma. Igualmente facilita el trabajo de transferencia de orientaciones metodológicas a las unidades de salud. Nunca se agotan las posibilidades de mejorar algo que se hace bien.

3. Lecciones aprendidas: Jinotega

- La rotación de los recursos puede afectar tanto como suspender actividades. Una estrategia de transferencia de conocimiento y habilidades sería de utilidad (capacitaciones de 2 recursos de cada unidad, períodos de transferencias al rotar, pasantías en SILAIS de los nuevos recursos, etc)
- Deben identificarse los recursos con mejor motivación al trabajo de los CURIM, más que de recursos que tienen el tiempo de trabajo para hacerlo.
- La distribución de coordinaciones de actividades CURIM entre 2 recursos no siempre es ventajosa a la hora de organizar, ejecutar y dar seguimiento. Siempre existe la posibilidad de fortalecer solo lo que uos miden.

- Los/as médicas en servicio social deberían asumir la coordinación de CURIM municipales solo cuando de verdad no se cuente con otro recurso adecuado para el cargo. La rotación de éstos/as es rápida, cuando empezamos a ver resultados ya están de salida del SILAIS.
- Debería fortalecerse lo logrado hasta ahora y solicitar apoyo para lo que falta por desarrollar, sin dejar que las dificultades detengan el avance en las actividades.
- El dominio de los aspectos de la gestión del abastecimiento por los/as coordinadores CURIM está bien, pero sin llegar al extremo de asumir las responsabilidades del personal de Insumos Médicos. Esto podría restar tiempo y esfuerzo para incidir sobre la mejoría en la calidad de la prescripción.

X. CONSIDERACIONES Y SUGERENCIAS

1. Consideraciones finales

1.1. Fortalecimiento de la gestión del uso apropiado

1. El diseño de la estrategia retoma las experiencias de la definición anterior de los CURIM, así como experiencias de proyectos de cooperación, ONGs y grupos independientes, lo que la fortalece en muchos aspectos
2. La estrategia fue diseñada desde el nivel central considerando las experiencias anteriores. Sin embargo el desarrollo de actividades inició desde los niveles locales antes del nivel central. El apoyo desde el nivel central se organizó cuando se evidenció la necesidad de completar la organización del CURIM hasta el nivel central y dar respuesta a las necesidades surgidas de la implementación local.
3. Algunos aspectos relacionados con la prescripción inapropiada no están incluidos en el diseño de la estrategia; como abordar la resistencia al cambio, las actitudes de los prescriptores y la influencia de la industria farmacéutica, por ejemplo.
4. El MINSA se ha organizado adecuadamente para dar apoyo a las actividades de CURIM en sus diferentes niveles organizativos, solo falta mejorar las vías y mecanismos de comunicación y coordinación entre esos niveles y el apoyo externo.
5. Los recursos claves para el fortalecimiento de la GUAM han sido motivados y capacitados suficientemente en los temas necesarios para cumplir con sus funciones. Los gestores de SILAIS (RIS y CCS) mostraron motivación para el trabajo, al igual que la mayoría de los representantes municipales.
6. Se desarrollaron instrumentos de supervisión y monitoreo de actividades que fueron bien asumidos, tanto por los equipos de SILAIS como municipales. Falta mejorar el proceso mismo de la supervisión y ampliar las modalidades de monitoreo del cumplimiento de actividades.
7. La implantación de la estrategia no supone, para su seguimiento, mayor apoyo financiero. De hecho los aportes son principalmente metodológicos, los instrumentos y los espacios ya están garantizados. El único aspecto que necesitará apoyo externo a la unidad municipal y al SILAIS ya está garantizado: la atención a solicitudes de información basada en evidencia por el CIMED y bibliografía básica de referencia (boletines, guías, formularios, etc.)
8. El personal involucrado en la estrategia se ha apropiado muy bien de los instrumentos y de los conceptos, sin embargo en la práctica se han centrado mas en la producción de información que en la utilización de la misma para tomar decisiones y mejorar una situación.

1.2. Metodologías de desarrollo de actividades

- La toma de decisiones es la actividad más importante de ésta y otras estrategias para mejorar la calidad de la atención en salud. Hasta ahora los elementos para realizar la misma están implantados y ya se ensayan a cierto nivel decisiones. Sin embargo falta que ésta actividad se convierta en una forma de trabajo, en un estilo de trabajo establecido en todos los niveles organizativos.
- La educación permanente es un instrumento oficial en el MINSA pero no bien utilizado. La estrategia CURIM nos ha mostrado una forma más eficiente de desarrollarla, convirtiéndola en un ciclo que pasa de la información al análisis y de aquí a la toma de decisiones.
- Los consensos farmacoterapéuticos son instrumentos metodológicos que permiten desarrollar habilidades para identificar, analizar y resolver problemas. Permiten consolidar las guías ya establecidas y desarrollar pautas de manejos en los casos en que no existen las guías.
- La Medicina Basada en la Evidencia y las Buenas Prácticas de Prescripción son metodologías que junto con los consensos y el análisis de instrumentos de registros son suficientes para consolidar un sistema de garantía de la calidad de la prescripción en los servicios públicos de salud.

1.3. Sistema de información

9. La implantación de la hoja de control de abastecimiento y pedido (en PS) y de los formatos SIVIC permitiría obtener la información necesaria para realizar los análisis y toma de decisiones en los espacios CURIM para la mejora del abastecimiento. La forma en que se implementó y el análisis de los factores relacionados a su implementación indican que es una actividad sostenible en la parte del sistema de registro.

2. Sugerencias para mejorar la implementación de la estrategia.

2.1. Organizativas

10. La implementación de esta estrategia debe iniciar en lo posible desde niveles centrales de ejecución. Los niveles periféricos buscarán apoyo técnico metodológico en su nivel inmediato superior y éste debe estar preparado para tal solicitud.
11. Debe completarse la institucionalización de la estrategia CURIM. Ya se cuenta con el reconocimiento legal en la ley de medicamentos y farmacia, pero falta el reconocimiento oficial y prioridad en la práctica por los diferentes niveles.

12. Las evaluaciones de calidad de gestión de los servicios debe incluir algunos indicadores que informen del avance del fortalecimiento de la gestión del uso apropiado de los insumos.
13. Establecer como norma la coordinación entre los diferentes programas de atención en los diferentes niveles, y esta coordinación debería ser conducida por el CURIM en los aspectos relacionados con la prescripción.
14. El nombramiento del coordinador médico del CURIM en el SILAIS, debe ir asociado a un incentivo salarial y apoyo en los aspectos de formación y capacitación acorde a las funciones a desempeñar.
15. Mejorar la distribución de material bibliográfico, así como el monitoreo de la permanencia de los mismos en las unidades de salud.

2.2. Metodológicas

- Ajustar la metodología de elaboración de consensos para que facilite su comprensión y ejecución por los equipos locales. En particular la identificación de temas a consensuar y a la capacidad y habilidad del/la responsable de verificar la calidad de los mismos (coordinador de CURIM de SILAIS y equipo de apoyo central).
- Ampliar el número de facilitadores en uso apropiado de medicamentos, incluyendo a los coordinadores de CURIM de los SILAIS.
- Reproducir las capacitaciones entre los prescriptores que aun no la reciben. Actualmente solo la reciben los médicos/as en servicio social que ingresan a APS, que están solamente un año, y debería priorizarse a los que están permanentes en las unidades.
- Mejorar la capacitación y habilidades de los/as responsables de capacitar y verificar la calidad y aplicabilidad de los consensos farmacoterapéuticos elaborados.
- Fortalecer las actividades de monitoreo y evaluación de actividades, para ello sería de mucha importancia contar con:
 - Un mecanismo de monitoreo de actividades desde cada unidad.
 - Una matriz de indicadores reducida pero efectiva.
 - Una guía (machote) de informe que se requerirá a los SILAIS para informar de sus actividades.
 - Un manual impreso que reúna todas las guías, manuales de funciones, diseños metodológicos, y otros documentos de referencia sobre como desarrollar cada una de las actividades CURIM.

XI. BIBLIOGRAFÍA

1. AIS-Nicaragua, Indicadores de la situación farmacéutica en Nicaragua. Boletín de información de medicamentos No. 21. 2003
2. Arango Jaime, Precio y acceso a los medicamentos en Nicaragua: Informe de consultoría. 1996.
3. Banco Mundial. Estudio de evaluación del CIPS. 2001
4. Estudios de indicadores de prescripción y dispensación 1994, 1995
5. Francke M, Morgan M. La Sistematización: apuesta por la generación de conocimientos a partir de las experiencias de promoción. (Materiales didácticos No. 1). Escuela para el desarrollo. Octubre de 1995. Lima
6. World Health Organization. Action Programme on Essential Drugs. How to investigate drug use in health facilities. 1993
7. LA GACETA Diario oficial, 4.06.98. Ley de medicamentos y farmacia.
8. Management Sciences for Health (MSH). La Gestión del Suministro de Medicamentos. 2da ed. (revisada y ampliada), 2002
9. Médicos del Mundo Francia, Estudio de la problemática de medicamentos en el municipio de Siuna-RAAN. 1998
10. Ministerio de Salud de Nicaragua. Análisis del Sector Salud, 2001 p. 103-118.
11. MINSA. Sistema de Información y Control de medicamentos en Centros y Puestos de Salud. 2000.
12. MINSA-Banco Mundial-GLASS, Estudio de intervención para la promoción del uso racional de los medicamentos. 1998
13. MINSA-Banco Mundial-MSH, Estudio de ventajas y desventajas comparativos del CIPS, 1996
14. MINSA-DGNIM, Lista básica de medicamentos, 1998
15. MINSA-DGNIM, Lista de Medicamentos Esenciales de Nicaragua, 1998
16. MINSA-DGNIM, Normas de programación de medicamentos, 1995
17. MINSA-DGNIM, Plan de acción 1998-2002
18. MINSA-DGNIM, Sistema de vigilancia de los insumos críticos, 1996
19. MINSA División de farmacia, Normas Farmacológicas, 1996
20. MINSA División de farmacia, Normas de buenas prácticas de manufactura, 1996

21. MINSA División de farmacia, Requisitos y procedimientos para el registro de medicamentos.1997
22. MINSA Proyecto BID-MSH, estudio de demanda de servicios de salud de Nicaragua, 1996
23. MINSA, Formulario terapéutico nacional, quinta edición 2001
24. MINSA, Estrategia de abastecimiento en los SILAIS Serie SILAIS No 7, 1992
25. MINSA, Política Nacional de Medicamentos, 1996
26. MINSA, Política nacional de Salud 1997-2002.
27. MINSA-SIL AIS Chontales-FORSAP, Atención y uso de medicamentos en centros de salud y Puestos médicos. 1994
28. N. Nigenda. Cómo se sistematiza?. Módulo de tesis del Centro de Investigaciones y Estudios de la Salud (Dossier de referencias para la Maestría de Salud Pública). CIES. 2003
29. OPS, Situación de Salud en Nicaragua, indicadores básicos. 1997
30. OPS. Programa Medicamentos Esenciales. Línea Basal de la Política Nacional de Medicamentos, Informe Final. 2001

ANEXOS

1. Abreviaturas

AIS	Acción internacional por la Salud
CURIM	Comité de Uso Racional de Insumos Médicos
CCM	Coordinador/a de CURIM de Municipio
CCS	Coordinador/a de CURIM de SILAIS
RIM	Responsable de Insumos de Municipio
RIS	Responsable de Insumos de SILAIS
DNIM	Dirección de Normación de Insumos Médicos
DRPS	Dirección de Recursos Para la Salud
DGSS	Dirección General de Servicios de Salud
PFSSN	Proyecto de Fortalecimiento del Sistema de Salud en Nic.
CFT	Consensos Farmacoterapéuticos
GUAM	Gestión del Uso Apropiado de Medicamentos
GA	Gestión del Abastecimiento
HCAP	Hoja de Control de Abastecimiento y Pedido
SIVIC	Sistema de Vigilancia de Insumos Críticos
CIMED	Centro de Información de Medicamentos (MINSA)
COIME	Coordinación Interinstitucional de Medicamentos Esenciales
CS	Centro de Salud
PS	Puesto de Salud
AIMNA	Atención Integral a la Mujer, la Niñez y la Adolescencia
PECNT	Programa de Enfermedades Crónicas No Transmisibles
AIEPI	Atención Integrada de Enfermedades Prevalentes de la Infancia
DM	Director/a Municipal
CTDM	Consejo Técnico de Dirección Municipal
CTA	Consejo Técnico Ampliado
MBE	Medicina Basada en Evidencia
BPP	Buenas Prácticas de Prescripción
GRUNAMEB	Grupo Nacional de Medicina Basada en Evidencia
FORSIMA	Proyecto de Fortalecimiento del SILAIS Managua

2. Mapa del departamento de Jinotega



3. Mapa del departamento de Matagalpa.



4. Diseño metodológico para talleres (GUAM)

Buenas Prácticas de Prescripción, Guías Terapéuticas y Medicina Basada en Evidencias Capacitación para Médicos/as de Servicio Social

Primer día

OBJETIVOS	CONTENIDO	DESARROLLO	RESP	MATERIAL	HORA
1 Identificar participantes objetivos y metodología contenidos del taller	Recepción de participantes Bienvenida	Participantes apuntan su nombre de manera visible en una tarjeta de presentación. Anotan en papelógrafo: nombre, ubicación municipio y SILAIS, hora de llegada. Elección de voluntaria para la simulación de la atención integral. Presentación de la actividad. Palabras de bienvenida.		Hoja, marcadores Carpetas Rincón dudas Identificación de participante	8:00
	Funciones del MSS Objetivos, contenidos, metodología del taller Presentación de participantes aspectos organizativos.	Exposición Presentación: Dinámica de las tarjetas y parejas Datos: nombre, origen, ubicación, lo que más le gusta de su vida (exceptuando el trabajo).		Objetivos (AV) En papelógrafo Tarjetas para parejas	8:20
2 Valorar nivel de conocimiento y de preparación de los participantes	Conocimientos básicos y nivel de preparación de los participantes.	Llenado individual de una encuesta		Test inicial	8:50
3 Aplicar los principios de la Atención Integral en la consulta de Atención Primaria	8 Actividades mínimas de APS y su relación con los programas del MINSA. Principios de la atención Integral en la consulta de APS	Lluvia de ideas para identificar definición de la APS y sus 8 actividades mínimas. Simulación de la Atención Integral en la Consulta.		Tarjetas APS. Guión simulación Muñeco B.R Pág.14-17 BR p. 102-105	9:20
REFRIGERIO					10:
4 Identificar los diferentes pasos de la metodología de las BPP.	Introducción a la metodología de las Buenas prácticas de prescripción (BPP).	Exposición participativa: pasos de la prescripción razonada. Ejercicio de selección del tratamiento apropiado según eficacia, seguridad, conveniencia y costo para tricomoniasis vaginal.		Tarjetas BPP Papelógrafos Bol AIS # 14 BR pag. 72-73	10:30
<i>Dinámica de animación</i>					11.20

OBJETIVOS	CONTENIDO	DESARROLLO	RESP	MATERIAL	HORA
5 Interpretar los principios de la MBE y para aplicarlos en el proceso de educación permanente.	Metodología de la MBE para la educación permanente y su aplicación en Nicaragua.	Exposición participativa: Principios de la MBE, resumen de los pasos para su aplicación. Ejercicio de aplicación de criterios de información apropiada. Niveles de evidencia. Presentación CIMED.		Láminas de acetato. MBE de Sacket, Muestras de fuentes bibliog. Bol AIS # 18	11:30
		ALMUERZO			12.30
		<i>Dinámica de animación</i>			1.50
6 Utilizar bibliografía de referencia para identificar dudas sobre tratamiento y uso de medicamentos	Unificación de criterios entre los médicos participantes con apoyo de la bibliografía de referencia.	Explicar brevemente uso del BR.(2da y tercer parte) Trabajo individual de resolución de casos y preguntas. Los Facilitadores/as acompañan a los/as participantes e identifican aspectos a analizar en plenaria del día siguiente. Los participantes terminaran de llenar la encuesta en casa si necesario.		Encuestas, formulario, normas terapéuticas, Libro BR, otros	2 pm
7 Aplicar la metodología de consensos farmacoterapéuticos.	Elaboración de consensos con el ejemplo del uso de la Oxitocina en la prevención de la HPP.	Trabajo de grupo (TG): 1er tiempo: búsqueda de consenso, identificación de dudas y formulación de pregunta al CIMED.		Bibliografía y guión de Oxitocina	2.50
		REFRIGERIO			3. 20
		Plenaria: síntesis de resultado de los TG TG 2do tiempo: análisis de respuesta del CIMED, Llenado de la hoja de consenso y definir modalidad para el monitoreo. Plenaria: síntesis, lecciones aprendidas en el proceso.			3: 40
8 Revisar bibliografía y aplicar test de lectura como dinámica de autoaprendizaje.	Revisión de temas par el día siguiente. Test de lectura Identificación de dudas.	Presentar test de lectura de boletín No 20 para su llenado en casa. Orientar uso de boletines de referencia (18 y 19) para el test de lectura. Apuntar tarea en papelógrafo.		Boletines.	4.50
		Reunión de facilitadores y sistematización del test inicial		Test llenados	5 p.m

Segundo día

OBJETIVOS	CONTENIDO	DESARROLLO	RESP	MATERIAL	HORA
9	Recordar conceptos mas importantes del primer día.	Recepción de participantes Lecciones aprendidas del día anterior	Actualizar papelógrafo de llegadas. Recoger test de lectura del boletín 20. Presentación de resultados del pretest. Resumen del día anterior	Papelógrafo, marcadores	8:00
10	Identificar el papel del médico/a en la promoción del abastecimiento y uso apropiado de los medicamentos.	Cadena del medicamento. Contexto de la prescripción en la APS. Problemas en la prescripción.	Exposición participativa de las etapas de la cadena. Análisis colectivo de resultados de investigaciones De uso de medicamentos.	Cadena, láminas de Investigación Retroproyector	8:20
11	Compartir bases científicas IRA	Bases científicas IRA	Exposición participativa en láminas de las bases científicas de las IRA.	Láminas de acetato.	9.00
12	Aplicar y transmitir las recomendaciones AIEPI para el manejo de casos de niños/as con IRA .	Manejo de casos IRA y su enseñanza.	Presentar lógica de abordaje AIEPI en afiches y manual, y coincidencia con Buscando remedio .	Afiches AIEPI BR pag.110	9:45
			REFRIGERIO		10:05
			<i>Trabajo de grupo (de 5).</i> Cada participante lee y resuelve cada caso de manera individual, luego se llega a consenso por grupo y se identifican dudas. <i>Plenaria:</i> El primer grupo presenta en plenaria un caso simulando que el médico/a explica al/la auxiliar cómo atender el caso, haciendo uso de Afiches IRA, guía AIEPI, o libro BR. Los demás presentan el registro del caso. Aclaración de dudas de los grupos.	Guía de casos Guías AIEPI, BR Afiches AIEPI Bases científicas Bibliografía de referencia.	10:25
		FOTO DE GRUPO Y ALMUERZO		12.30	
		<i>Dinámica de animación</i>			13.50
13	Utilizar artículos de boletín farmacoterapéuticos como fuente para identificar dudas y hacer consensos.	Búsqueda de consenso a partir del análisis de información farmacoterapéutica.	TG: Analizar calidad de información proporcionada y intentar realizar consenso sobre: Dicloxacilina, Tx corto de neumonía, o Tx de gonorrea. Aplicar guía de análisis, y en lo posible realizar consenso o identificar dudas a aclarar. <i>Plenaria:</i> Síntesis de los trabajos de grupo	Boletín 12 y 21 (artic. neumonía) Formatos de análisis de Biblio de refer..	2:00
		REFRIGERIO			3.15
14	Unificar criterios de manejo e identificación de necesidad de información adicional	Acuerdos sobre manejo clínico-terapéutico de casos de encuesta.	Se revisa preguntas seleccionadas de la encuesta. Gonorrea, Mebendazol en < de 2a, Metronidazol en mujeres emb y no emb., cistitis. Se registran dudas.	Encuestas, Bib. de referencia	3:30

15	Evaluar actividades del segundo día.	Actividades del segundo día.	Reunión del equipo facilitador. Síntesis del test de lectura e identificación de participantes destacados.			4:40
----	---	------------------------------	--	--	--	------

Tercer día

	OBJETIVOS	CONTENIDO	DESARROLLO	RESP.	MATERIAL	HORA
16	Recordar conceptos mas importantes del segundo.	Recepción de participantes Lecciones aprendidas del día anterior.	Actualizar papelógrafo de llegadas. Resumen del día anterior preguntando lecciones aprendidas de cada actividad del día anterior.		Papelógrafo, marcadores	8:00
17	Compartir las bases científicas de las recomendaciones OPS/MINSA sobre manejo de EDA	Bases científicas de las normas de uso antibióticos en EDA, resultados de investigaciones sobre uso de medicamentos en EDA	Exposición participativa Presentación y análisis con los participantes de resultados de las investigaciones.		Ayudas visuales Afiches EDA Gráficos: uso medicamentos en EDA	8.30
18	Aplicar y transmitir las recomendaciones OPS/OMS/MINSA para el manejo de casos de niños/as con EDA .	Manejo de casos EDA y su enseñanza, con énfasis en el uso de antibióticos y antiparasitarios.	Trabajo de grupo. 40' Cada participante lee y resuelve cada caso de manera individual. Luego , comparte con sus colegas buscando consenso e identificando dudas a resolver.		Guía de casos Guías AIEPI, BR Afiches AIEPI Bases científicas Bibliografía de referencia.	9.15
			REFRIGERIO			9:50
			Plenaria: 40" Un representante de cada grupo presenta en plenaria uno de los casos o pregunta, registrando datos de los casos en papelógrafo. Aclaración de dudas.		Papelógrafo para registro de consulta	10:00
			Dinámica			10:40
19	Evaluar el taller estableciendo recomendaciones y compromisos	Evaluación del taller Estímulo a participantes destacados/as.	Trabajo individual: Carta a un amigo(a). Sesión plenaria (pelota preguntona) para evaluar aspectos positivos y aspectos a mejorarse. Aspectos a evaluar: organización, metodología, aplicabilidad para el trabajo, papel de participantes y facilitadores. Compromisos, recomendaciones		Papelógrafo. Carta a un amigo(a)	10:50
20	CLAUSURA	Acto de clausura	Entrega de diplomas y reconocimiento a participantes destacados por autoridades del Ministerio de Salud.		Certificados Estímulos	11:20

5. Asistencias técnicas de apoyo a la GUAM

Asistencia	Perfil	Duración
Responsable de Componente. Consultor Local	<ol style="list-style-type: none"> Médico con formación y experiencia en salud pública, gestión de medicamentos y gestión de proyectos UE. Responsable del componente medicamento del proyecto. Asesoría a la DNIM. 	1 año
Sub-responsable del componente Consultor Local	<ol style="list-style-type: none"> Médico con experiencia en adquisición de medicamentos para proyectos de cooperación y gestión de medicamentos. Responsable técnico de la adquisición y distribución de medicamentos del proyecto y apoyo a la DNIM para la gestión del abastecimiento y uso apropiado de medicamentos en los 4 SILAIS del proyecto y sistematización de la implementación. 	1 año
Consultor Local de corta duración.	<ol style="list-style-type: none"> Equipo médico con experiencia en gestión del abastecimiento y uso apropiado de medicamentos y trabajos de consultoría con proyectos de la UE Apoyo técnico local para apoyar actividades de evaluación y supervisión en gestión de medicamentos en los 4 SILAIS del proyecto. 	6 meses
Consultor Local de corta duración.	<ol style="list-style-type: none"> Médico con formación en salud pública con experiencia en gestión de medicamentos y en la herramienta SIVIC. Apoyo técnico a la DNIM para implementación del SIVIC en 5 SILAIS adicionales. 	9 meses
Consultoría local Estrategia UAM con personal/ enfermería.	<ol style="list-style-type: none"> Equipo de salud con experiencia de trabajo en niveles locales de atención, y en particular con metodología docente de autoaprendizaje, UAM y de trabajo con personal de enfermería. Diseño de estrategia de capacitación a personal de enfermería de los PS en UAM basada en metodología de autoaprendizaje. 	2 meses

Fuente: archivo componente de medicamentos PFSSN.

6. Perfil de CCM y CCS de Matagalpa y Jinotega.

Municipio	Perfil	en el cargo desde	Capacitaciones recibidas
SILAIS Matagalpa (CCS)	Subdirector Docente, Resp. Programa de Calidad, Coordinador de Secretaría Técnica de Cooperación Externa, Resp. Fondo Social Suplement., Resp. de MSS. Resp. de Biblioteca del SILAIS.	2000	Motivación URM Taller BPP, MBE, CURIM Facilitador varios talleres UAM
Darío	Médico General, Docente	2002	Taller BPP, MBE, CURIM
Terrabona	Odontólogo	2000	Motivación URM
Sébaco	Odontóloga	2001	Motivación URM
San Isidro	Médico General, Resp. ECNT	2000	BPP, MBE, Motivación URM
Matagalpa	Médico General, Docente	2000	BPP, MBE, Motivación URM
La Dalia	Médico General	2001	BPP, MBE
San Ramón	Médico General, Docente	2000	BPP, MBE, Motivación URM
San Dionisio	Médico de Servicio Social	2002	BPP, MBE
Muy Muy	Médico de Servicio Social	2002	BPP, MBE
Esquipulas	Actualmente renunció al MINSA (dic. 2002)		
Matiguás	Médica General, Docente	Noviembre 2002	BPP, MBE
Río Blanco	Médico General, Docente	2002	BPP, MBE
Paiwas	Médico General	2002	BPP, MBE
Rancho Grande	Médico General	2002	BPP, MBE
Waslala	Médico General, Docente	2001	BPP, MBE, Motivación URM
SILAIS Jinotega (CCS)	Médica Salubrista CURIM	1999	Motivación URM Talleres MSS (facilitadora)
Jinotega	Médica General Responsable docente	2000	Taller MSS
Yalí	Médica Odontóloga Responsable docente, PECNT	2001	-
Concordia	Médico General Docente, PECNT	1999	Taller BPP, MBE, CURIM Taller Motivación URM
Pantasma	Médico SS	2001	Taller BPP, MBE, CURIM
San Rafael	Médico General Docente	2000	Taller motivación URM Taller BPP, CURIM
El Cuá	Sin datos		
Bocay	Sin datos		
Wiwili	Médico general	2002	Taller BPP, CURIM

Fuente: datos proporcionados por los CCS y recopilados durante talleres de evaluación.

7. Guía para elaborar consensos farmacoterapéuticos (CFT)

MINISTERIO DE SALUD
Dirección General de Servicios de Salud (DGSS)
Dirección de Recursos Para la Salud (DRPS)

Guía para elaboración de Consensos farmacoterapéuticos

Introducción (AV:1)

El consenso farmacoterapéutico es el instrumento propuesto como una de las actividades principales del CURIM municipal. Consiste en una sesión de Educación permanente en la que se analiza la práctica de los prescriptores/as y unifican criterios de aplicación de normas o guías de atención y uso de medicamentos.

Esta modalidad de educación permanente permite introducir la práctica de la medicina basada en evidencia a nivel local, y supone un proceso permanente de revisión y actualización de información farmacoterapéutica que involucra a los equipos de salud locales (municipio), como al SILAIS y nivel central.

Justificación (AV:2 y 3)

Los consensos son necesarios cuando:

1. Existen claras diferencias en la aplicación de las guías terapéuticas.

La tendencia a prescribir las alternativas menos convenientes para los pacientes es una práctica común, aun aplicando las guías terapéuticas. Por ejemplo: al aplicar la *AIEPI*, *el TMS se recomienda como primera elección para tratar la Neumonía, sin embargo muchos prescriptores usan Penicilina Procaínica, la cual es 10 veces mas cara y menos segura en su aplicación.*

2. Existen diferencias entre fuentes de información avaladas por MINSA.

Cuando diferentes documentos oficializados por el MINSA tienen diferencias en sus recomendaciones farmacoterapéuticas, es necesario unificar la información de acuerdo a la mejor evidencia disponible. Ejemplos de ello son: *Las Normas de Atención Integral a la Mujer (1997) no mencionan los beneficios del uso de Oxitocina para prevenir la Hemorragia Posparto. El Formulario Terapéutico Nacional (2001), Los protocolos (HAN 2001), y el Buscando Remedio (BR, 2001) la recomiendan.*

Las normas de AIEPI, recomiendan 7 días en el tratamiento con antibiótico para Neumonía no severa. El FTN, BR, y documentos OMS recomiendan 5 días.

3. La recomendación oficial no es aplicable.

Por ejemplo: las normas ITS del MINSA (Manejo sindrómico ITS) recomiendan Ciprofloxacina como primera elección en el tratamiento de la gonorrea, pero no se abastece por el CIPS.

4. Se identifico un manejo inapropiado para un problema que no cuenta con guía terapéutica

Ejemplos: El tratamiento de la cistitis no está normado y existe la tendencia a utilizar antibióticos que no son de primera elección y con esquemas de duración más largos que los recomendados actualmente. La dicloxacilina se utiliza a dosis 2 a 4 veces más elevadas que la dosis recomendada.

En todas estas circunstancias, los prescriptores deben ponerse de acuerdo para ofrecer a los usuarios la mejor opción terapéutica posible al menor costo posible. Si se llega a un consenso basado en información de calidad, actualizada y aplicable a nuestra práctica diaria, se escogerá el mejor manejo posible de acuerdo a cada nivel de resolución.

5. El consenso promueve el análisis crítico de la documentación de referencia (AV:5)

El consenso permite en su proceso, realizar una valoración de las fuentes de información que se están utilizando los prescriptores para apoyar sus decisiones terapéuticas. Permite aplicar la metodología de la Medicina Basada en Evidencias (MBE) que facilitará al equipo de salud evaluar la confiabilidad y aplicabilidad de éstas fuentes.

Los documentos avalados por el MINSA sirven de referencia para desarrollar los consensos, para fortalecer la apropiación por los prescriptores/as de metodologías de revisión y actualización de información, y para establecer un mecanismo de revisión constante de las recomendaciones oficiales. Todo documento de normas puede requerir ajustes y actualización.

El papel del MINSA central (AV:8)

El MINSA debe fortalecer su papel normativo para apoyar a los equipos locales en decidir el mejor tratamiento posible para los usuarios/as. Las actividades a garantizar son:

1. Conformar un grupo técnico asesor de la DGSS para promover:

- La actualización de las guías terapéuticas existentes,
- La elaboración de las guías terapéuticas nuevas.
- El apoyo técnico a la elaboración del FTN.

2. Fortalecer el trabajo de los CURIM SILAIS a través de la DGSS/DRPS.

1. Orientar y apoyar los Coordinadores CURIM municipales en metodología de consensos.
2. Brindar información farmacoterapéutica apropiada a través del CIMED, con aplicación de la metodología de la MBE.

Metodología de elaboración de consensos (AV:4, 6, 7)

1. Identificación de temas a consensuar.

Los temas a consensuar deben corresponder a problemas de manejo farmacoterapéutico detectados durante supervisiones, monitoreo de recetas y expedientes, durante la programación de medicamentos con prescriptores, en los análisis de consumos (SIVIC), análisis de boletines u otras fuentes de información como la hoja de registro de consulta, el censo de crónicos, etc.

Estas fuentes de análisis permitirán definir los medicamentos y patologías problemas, mediante el análisis de las causas por las que se considera el tema como un problema: subutilización o sobreutilización de medicamentos, indicaciones y posología incorrectas, etc.

Los equipos municipales deben elaborar su lista de medicamentos problemas y problemas de salud prioritarios.

Los temas a escoger deben ser de impacto para la calidad de la atención y el abastecimiento, centrarse en el problema con mayor posibilidad de mejorar y contar con la bibliografía apropiada para su abordaje.

2. Organización de la sesión de consenso.

Avisar a todos los prescriptores con 15 días de anticipación el tema del consenso, proporcionarle a la vez la bibliografía disponible para la discusión del tema. Es importante involucrar a todos los prescriptores/as, incluyendo los/as ubicados en puestos de salud. Si no es posible que todos los/as médicos participen en la sesión, deberá enviárseles copia del consenso logrado, para que puedan hacer sus comentarios.

3. Desarrollo de la sesión.

La sesión debe desarrollarse como parte de la programación de educación permanente establecida en la unidad, no debe durar más de 2 horas y es importante que todos los participantes lleguen preparados para la discusión habiendo leído la bibliografía de referencia.

La primera parte de la sesión consistirá en una presentación breve del tema a discutir y los argumentos basados en la evidencia disponible.

La segunda parte consiste en la discusión del tema por todos los participantes con el objetivo de evaluar la información disponible, identificar dudas, y decidir 1) si ésta es suficiente para llegar a un acuerdo, y 2) si es aplicable al contexto del municipio.

En la tercera parte se registrarán los acuerdos logrados, que pueden ser un compromiso consensuado o la alternativa de solicitar más información adecuada para tomar una decisión. En éste último caso deberá definirse la necesidad exacta de información,

formulando una pregunta de acuerdo a la metodología de la MBE. Finalmente debe decidirse la modalidad de monitoreo del cumplimiento del consenso.

4. Registro del consenso.

Debe llenarse el formato oficial de registro y garantizar que todos los/as participantes registren su firma. El formato llenado debe estar disponible en el binder del CURIM y debe enviarse una copia al SILAIS para su revisión y visto bueno

5. Aprobación por el SILAIS.

Todos los consensos elaborados deben contar con el visto bueno del SILAIS antes de empezar su aplicación. El Coordinador de CURIM de SILAIS (CCS) deberá comprobar que se utilizó la metodología orientada y que la fuente de información de sustento de los acuerdos es apropiada y aplicable. De no cumplir con este requisito, el SILAIS sugerirá reconstruirlo.

6. Monitoreo.

Debe establecerse durante la sesión el método de monitoreo más efectivo y práctico posible. Debe realizarse solamente por el tiempo suficiente para comprobar que se está cumpliendo con el acuerdo consensuado. La recolección de datos (de recetas, expedientes, hojas de consulta, etc) la hará el Coordinador/a de CURIM Municipal (CCM), y el análisis debe hacerse en conjunto con los prescriptores/as. (Ver ejemplos de monitoreos en la matriz de consenso anexa). (AV:7)

En lo posible se debe utilizar los datos que el prescriptor debe llenar de manera rutinaria (recetas, expedientes, registro de consulta, etc) y evitar pedirle datos adicionales.

7. Utilización de la información.

Los resultados tanto de consensos elaborados como del monitoreo de su cumplimiento se presentarán en el Consejo Técnico Municipal para analizar y tomar las decisiones. Se registran las decisiones tomadas en el libro de actas de CURIM.

8. Solicitudes de información al SILAIS

En el caso de no llegar a un acuerdo con la información disponible, deberá solicitarse información adicional al SILAIS a través del CCS y utilizando una pregunta clínicamente contestable (metodología MBE). El SILAIS primero buscará la respuesta con apoyo del programa relacionado al tema de la pregunta, y en el caso de no tenerla, transmitirá la pregunta al CIMED y dará seguimiento a la respuesta.

8. Consensos farmacoterapéuticos elaborados.

Tema de consenso	Jinotega								RAAN					RSJ					Total
	Jin	Ya	Pa	SR	Wi	Co	Cu	Bo	PC	Wa	Si	Ro	Bo	Al	Mr	SM	SC	EC	
Dosis de Dicloxacilina oral para Piodermitis en < 5 años																			10
Uso de Oxitocina para prevenir la HPP																			8
Uso de Beclometasona en manejo crónico asma en adultos.																			3
Uso de Beclometasona en manejo crónico del Asma en niños < 5 años.																			1
Tratamiento de IVU no complicada en mujeres no embarazadas																			2
Tratamiento de IVU no complicada en embarazadas.																			7
Indicaciones de la vitamina K de 1mg																			0
Uso de permetrina al 5 %																			2
Antibióticos de 1ra y 2da elección para neumonía en < 5 años																			10
Protocolo de tratamiento del dengue																			1
Uso de trisulfa en diarrea en niños																			2
Uso de salbutamol en niños																			1
Indicaciones del TMS en frasco																			1
Indicaciones Amoxicilina en cápsulas																			2
Indicaciones de Metronidazol en suspensión																			2
Uso de Tinidazol en la tricomoniasis																			1
Protocolo de manejo de la epilepsia																			1
Protocolo APP																			1
Protocolo RPM																			1
Protocolo preclampsia																			1
Normas PECNT (HTA y Diabetes)																			1
Manejo de Neumonía Grave en niños (protocolo PMSS)																			2
Manejo de la Neumonía en niños																			2
Tratamiento IVU complicada intrahospitalaria en mujeres																			1
Gentamicina en endometritis																			1
Total por municipio	4	5	3	7	1	4	6	6	5	5	5	5	8	-	1	3	5	1	74
Total por SILAIS	36								28					10					
Promedio por municipio/SILAIS	4.5/mpio								5.6/opio					2					4.4

Tema de consenso	Matagalpa															Total
	Dar	Se	Te	SI	Ma	Dal	SR	SD	Es	Mu	Mt	RB	BP	RG	Was	
Dosis de Dicloxacilina oral para Piodermitis en < 5 años																13
Uso de Oxitocina para prevenir la HPP																15
Uso de Beclometasona en manejo crónico asma en adultos.																6
Uso de Beclometasona en manejo crónico del Asma en niños < 5 años.																5
Tratamiento de IVU no complicada en mujeres no embarazadas																
Tratamiento de IVU no complicada en embarazadas.																4
Indicaciones de la vitamina K de 1mg																5
Uso de permetrina al 5 %																4
Antibióticos de 1ra y 2da elección para neumonía en < 5 años																1
Protocolo RPM																1
Protocolo preclampsia																1
Dosis de sulfato ferroso + ácido fólico en embarazadas																3
Alternativas farmacológicas en Disentería en niños																1
Dosis de Salbutamol en asma																1
Dosis de Aminofilina en asma																1
Dosis de hidrocortisona en asma																1
Esquemas de sulfato de magnesio en Preclampsia Severa y Eclampsia																1
Dosis e indicaciones de Metronidazol																1
Enfermedad de Chagas																1
Uso del Nifurtimox																1
Uso del Benznidazol																1
Sepsis puerperal																1
Amebiasis																1
Criterios diagnósticos de Neumonía en niños																1
Tratamiento farmacológico de neumonía en niños																1
Dosis de Dexametasona para maduración pulmonar																1
Total	6	4	2	7	5	8	2	14	3	2	2	3	7	1	6	72
	4.8/municipio															

Fuente: datos proporcionados por los CCS y recopilados durante talleres de evaluación.

9. Avances en implementación de censos de crónicos.

Municipio	Censo elaborado	Actualizado	Utilizándose	
			Para la programación	Análisis de prescripción
Matagalpa (al 10.01.03)				
Dario	Si	Si	Si	No
Terrabona	Si	Si	Si	No
Sébaco	Si	Si	Si	Si
San Isidro	Si	Si	Si	No
Matagalpa	Si	No	No	No
La Dalia	Si	Si	Si	Si
San Ramón	Si	No	No	No
San Dionisio	Si	Si	Si	No
Muy Muy	Si	Si	Si	No
Esquipulas	Si	No	No	No
Matiguás	Si	Si	Si	No
Río Blanco	Si	Si	Si	Si
Paiwas	Si	Si	Si	No
Rancho Grande	Si	Si	Si	No
Waslala	Si	Si	Si	No
Jinotega (agosto 02)				
Jinotega	Si	Si	Si	Si
Yali	Si	Si	Si	No
Concordia	Si	Si	Si	Si
Pantasma	Si	Si	Si	Si
San Rafael	Si	Si	Si	Si
El Cuá	Si	Si	Sin datos	Sin datos
Bocay	Si	Si	Sin datos	Sin datos
Wiwili	Si	No	No	No

Fuente: datos proporcionados por los CCS y recopilados durante talleres de evaluación.

10. Indicadores de monitoreo y evaluación CURIM 2001.

MINISTERIO DE SALUD

DIRECCIÓN DE NORMACIÓN DE INSUMOS MÉDICOS

Evaluación de actividades CURIM 2001

El SILAIS solicita los siguientes informe a sus municipios

Actividades a cuantificar

- # Consensos alcanzados
- # Consensos que se han monitoreado
- # Consensos que enviaron al CURIM SILAIS
- # Consensos retroalimentados por el CURIM SILAIS
- # Análisis de boletín realizado
- # de enfermedades crónicas con censos actualizados

Consolidado a elaborar por el CURIM SILAIS

Evaluación cuantitativa:

- Promedio de consensos por municipio
- Promedio de consensos monitoreados por municipio
- Promedio de consensos enviados al SILAIS
- Promedio de consensos retroalimentados por el SILAIS
- Promedio de análisis de boletines por municipio
- Promedio de enfermedades crónicas con censos actualizados

Nota: con la información obtenida por este listado de indicadores se realizó análisis de logros y dificultades, así como las respectivas sugerencias para mejorar en cada SILAIS.

11. Guía de supervisión de actividades del CURIM municipal

MINSA DIRECCIÓN DE NORMACIÓN DE INSUMOS MÉDICOS.

Guía de supervisión de actividades CURIM (Gestión del uso apropiado de los insumos medicamentos) .

Municipio:	Unidades visitadas	Participantes y cargo	Supervisores	Fecha
------------	--------------------	-----------------------	--------------	-------

TAREAS DEL SUPERVISOR (Averiguar y enseñar)	Fuentes de verificación	Situación actual	Recomendaciones/ compromisos
Organización y funcionamiento del CURIM			
<p>1. Actividades CURIM Se utilizan los 3 espacios (CTDM, sesiones de EP , y reuniones entre RIM y CCM) para realizar actividades CURIM, se involucra el Director Municipal y la mayoría de los prescriptores</p> <p>2. Llenado del libro de acta. Las actas de actividades CURIM: son breves, e incluyen : fecha, tema tratado, horario de inicio e fin de la sesión, participantes, acuerdos, seguimiento y firmas</p> <p>3. Plan de actividades. Existe,(incluye objetivo, desarrollo, responsable y fechas) es realista, se evalúa periódicamente. Logros y dificultades.</p>	<p>Libro de acta CURIM y de CTDM.</p> <p>Plan anual CURIM</p>		
Consensos farmacoterapéuticos			
<p>4. Número y temas abordados.</p> <p>4.1 Avances en la elaboración de consensos orientados por la DNIM. Cuantos? Cuales ?</p> <p>4.2 Otros temas consensuados.y relevancia de los mismos</p> <p>5. Metodología y calidad de los consensos</p> <p>5.1 Los prescriptores/as revisan bibliografía previo a la sesión</p> <p>5.2 La bibliografía es adecuada</p> <p>5.3 Llenan correctamente el formato incluyendo mecanismo de monitoreo.</p> <p>5.4 Envían copia al SILAIS</p> <p>5.5 Involucran prescriptores de los PS.</p>	<p>Binder CURIM</p> <p>Libro de actas CURIM. Formato de consenso.</p> <p>Libro de acta</p>		

TAREAS DEL SUPERVISOR (Averiguar y enseñar)	Fuentes de verificación	Situación actual	Recomendaciones/ compromisos
<p>6. Monitoreo. 6.1 Cual consenso se han monitoreado. 6.2 Esta registrado el grado de cumplimiento de consensos 6.3 Resultados presentados a prescriptores y consejo técnico de dirección municipal.</p>			
<i>Análisis de información farmacoterapéutica.</i>			
<p>7. Recepción y distribución de boletines Boletines se distribuyen a todos los prescriptores con comprobante de recepción.(Verificar ultimo boletín recibido) 8. Realizan sesión de análisis: 8.1 Llenan el formato correctamente 8.2 lo mandan al SILAIS 8.3 Tomaron decisión: (consenso o solicitud de información) 8.4 Temas analizados/ temas por analizar 8.5 Participan la mayoría de los prescriptores e involucran a los de P/S</p>	<p>Formatos de análisis llenados. Boletines AIS y CIMED. Libro de actas CURIM.</p>		
<i>Disponibilidad , solicitud y utilización de bibliografía de referencia</i>			
<p>9. Bibliografía entregada 9.1 Están disponibles y accesibles: Binder CURIM, GPP (OPS), lista completa de boletines CIMED y AIS en Binder, 3 BR del centro de salud , normas de crónicos 9.2 Se utiliza el FTN, libro B.R y normas del MINSA como referencia para la educación permanente. 10. Información o bibliografía solicitada.(al SILAIS, CIMED o otros , ver copia en el Binder), 10.1 Preguntas correctamente redactadas 10.2 Respuestas obtenidas.</p>	<p>Materiales de binder. Listado de materiales Diseños de educación permanente</p>		
<i>Utilización del censo de crónicos para analizar tratamientos</i>	Censo de crónicos (Asma, HTA).		
<i>Otras actividades de promoción del uso apropiado de los medicamentos</i>	Libro de acta. Informes		

12. Guía de supervisión de actividades de gestión del abastecimiento del municipio

MINSA DIRECCIÓN DE NORMATIVACIÓN DE INSUMOS MÉDICOS CONTROL DEL ABASTECIMIENTO en PS Y CS (Guía de SUPERVISIÓN SILAIS- Municipio)

Municipio:	Unidades visitadas	Participantes y cargo	Supervisores	Fecha
------------	--------------------	-----------------------	--------------	-------

Tareas del supervisor (Averiguar/enseñar)	Situación Actual	Recomendaciones-Compromisos
Registro en la HCAP y su disponibilidad		
1. Está disponible la papelería (HCAP, Guía de llenado, Hoja dd en farmacia, SIVIC 1 y 2).	1. ...	
2. Esta llenada la guía de monitoreo de la calidad de llenado de la HCAP del último mes.	2. ...	
3. Todos los PS están evaluados en esta hoja.	3. ...	
4. Se registra el puntaje total conseguido por cada puesto y el promedio del municipio.	4. ...	
5. Al revisar la HCAP de 1 PS, coincide su llenado con el puntaje registrado en la hoja de monitoreo.	5. ...	
6. Se identifica PS y aspectos con problemas de registro.	6. ...	
7. Se ha orientado a los responsables de los PS con mas problemas en el registro.	7. ...	
8. Se envió copia de la guía de monitoreo a RIS	8. ...	
Control de consumo, días desabastecidos en la farmacia del C/S		
9. Llenado correcto del # consultas en la hoja del último mes	9.	
10. La fecha de corte coincide con la de los PS	10.	

Tareas del supervisor (Averiguar/enseñar)	Situación Actual	Recomendaciones-Compromisos
11. Se registran correctamente los dd con X 12. El cálculo del total de dd es correcto. 13. Se calcula el consumo semanal por diferencia entre la entrada semanal y las existencias físicas. 14. Se usan solo requisas y recetas como formatos para control de consumo en farmacia del CS 15. Las recetas se ordenan por medicamento y se utilizan para realizar los selectivos. 16. RIM realiza selectivos de control al despacho de la farmacia.	11. 12. 13. ... 14. ... 15. ... 16. ...	
Uso del SIVIC 1 Municipal: 17. Cálculo correcto del promedio dd por PS. 18. Cálculo correcto del promedio dd por medicam. 19. Se realizo análisis del SIVIC 1 del último mes en coordinación entre RIM y CCM 20. Se identifica los PS y los medicamentos con más problemas de abastecimiento. 21. Se identifican y registran las posibles causas. 22. Se ha tomado decisiones para modificar las causas 23. Se han presentado los resultados y propuestas del SIVIC en consejos técnicos municipales. 24. Se ha enviado el SIVIC 1 mensualmente al SILAIS Uso del SIVIC 2 Municipal 25. Se reporta correctamente datos desde el SIVIC 1 26. RIM puede interpretar el SIVIC 2	17. 18. 19. 20. 21. 22. 23. 24. 25. 26.	
Uso del censo de crónicos 1. Responsable del programa de crónicos conoce		

Tareas del supervisor (Averiguar/enseñar)	Situación Actual	Recomendaciones-Compromisos
los 2 objetivos del censo.	1.	
2. El médico/a que atiende crónicos tiene censo a mano.	2.	
3. Si en una consulta se modifica algún tratamiento se borra el anterior. Si el tratamiento es el mismo no se toca la hoja.	3.	
4. Los pacientes nuevos se ingresan con su tratamiento, expediente y número de censo.	4.	
5. Registro en censos coincide con expediente (<i>Seleccionar un expediente de crónicos y ubicarlo en el censo, seleccionar luego un registro en el censo y ubicar el expediente</i>)	5.	
6. Tiene actualizado necesidades de medicamentos	6.	
7. Han hecho análisis de esquemas de tratamiento	7. ...	
8. Han tomado decisiones en base a los datos del censo.	8.	

13. Registros de referencia utilizados para obtener información para sistematización.

Documento DNIM: organización CURIM
Informe PFSSN de implementación I fase
Informe PFSSN de implementación II fase
Informe de talleres MSS 2001
Informe de talleres MSS 2002
Documento <i>Como elaborar consensos</i>
Documento CURIM: con calidad es mejor
Documento Cómo facilitar consensos
Matriz de consensos y consensos modelos
Guía de supervisión CURIM municipal
Binder CURIM con su contenido
Guía del facilitador taller MBE, BPP y CURIM
Informe de taller de motivación URM
Análisis FODA de los SILAIS
Guía de implementación de censos de crónicos
Guía de supervisión de uso de los censos
Matriz para consolidación de consensos elaborados
Esquemas de organización del CURIM
Esquema de metodología de consensos
POAs de medicamentos
Guía para la elaboración de un plan CURIM
Matriz de informes a enviar por municipios
Mecanismo de cambio de listado SIVIC
Modelo de informe trimestral de CURIM SILAIS
Diseños de talleres GUAM y GA

14. Material de apoyo a las actividades CURIM entregado.

Unidad	Material entregado	Matag	Jinot
Sede SILAIS	Binder CURIM para Consensos	1	1
	Binder CURIM con bibliografía	1	1
	Libro de acta para el CURIM	1	1
	Libro Buenas Prácticas de Prescripción (OPS/OMS)	1	1
	Fólder con bibliografía de referencia para consensos.	1	1
	Libro Buscando remedio	4	4
	Instructivo Sistema de información y control de medicamentos par farmacia municipal y PS	2	2
	Informe de Estudio sobre gestión de medicamentos en CS y PS de 4 zonas piloto	1	1
	Perforadora para 3 hoyos	1	1
Sede Municipal (23)	Binder CURIM para Consensos	15	8
	Binder CURIM con bibliografía	15	8
	Libro de acta para CURIM	30	16
	Libro Buenas Prácticas de Prescripción (OPS/OMS)	15	8
	Libro Buscando remedio	45	24
	Instructivo Sistema de información y control de medicamentos par farmacia municipal y puesto de salud.	30	16
	Perforadora para 3 hoyos	1	1
Puestos de Salud (130)	HCAP (Formato único para control de abastecimiento y pedido de medicamentos)		
	Libro Buscando remedio	80	50

Fuente: monitoreo realizado por asistentes administrativos PFSSN y equipos de SILAIS.