

ACCESIBILIDAD A MEDICAMENTOS ONCOLÓGICOS. ANÁLISIS COMPARATIVO SEGÚN JURISDICCIÓN DE RESIDENCIA DE LA POBLACIÓN DE COBERTURA ESTATAL, ABORDAJE CUANTITATIVO Y CUALITATIVO. ARGENTINA, 2006-2012

TRABAJO FINANCIADO POR UNA BECA CARRILLO (ESTUDIO COLABORATIVO MULTICÉNTRICO), POR LA COMISIÓN NACIONAL SALUD INVESTIGA DEL MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN.

RESULTADOS EN EVALUACIÓN PARA SU PUBLICACIÓN EN REVISTA ARGENTINA DE SALUD PÚBLICA.

EQUIPO RESPONSABLE DEL ESTUDIO

Luis Migueles

Irina Dozo

Santiago Hasdeu

Jorgelina Alvarez

Juan Gifre

Cecilia Closa

Silvia Agosto

RESUMEN

Introducción: considerando la importancia creciente del cáncer en la carga de enfermedad, resulta relevante estudiar la accesibilidad a medicamentos oncológicos.

Objetivo: Analizar los niveles de utilización y equidad en la población con cobertura estatal en provincias y departamentos, las percepciones de pacientes y personal del sistema de salud sobre la accesibilidad, y las relaciones explicativas entre ambos análisis.

Métodos: diseño poblacional retrospectivo, cuantitativo y cualitativo; el indicador de acceso es la tasa de uso, y el de equidad el cociente entre tasas extremas de departamentos. La muestra: Córdoba, Neuquén, Misiones, Tucumán, Mendoza y el Área Metropolitana Buenos Aires. Se entrevistaron informantes de niveles gerenciales, operativos, y pacientes.

Resultados: en lo cuantitativo se reveló heterogeneidad en el uso y equidad: la comparación entre provincias de niveles extremos muestra a Mendoza con una combinación de uso/equidad once veces mayor que Misiones. También, asimetrías en el nivel de utilización por departamentos, de todas las provincias estudiadas.

En lo cualitativo, se manifiesta un fuerte interés de los Estados provinciales en mejorar la provisión de servicios. Se expresaron problemas en la adquisición (por procesos contables lentos), en la provisión (por el lugar de entrega del medicamento) y en la administración (por insuficiencia de estructura, RRHH y equipo), que afectan la accesibilidad. Se percibe que algunos de estos problemas pueden resolverse con mayor integración de las redes pública y privada. Los pacientes destacan positivamente la cobertura que reciben, pero también revelan inconvenientes con los turnos de administración.

Conclusiones: existen asimetrías del uso entre provincias y departamentos que constituyen inequidades. Es necesaria mayor integración público-privada. Los mecanismos de compra poco ágiles, la logística de provisión de medicamentos y los déficits de RRHH y equipo son problemas a resolver.

ABSTRACT

Quantitative and qualitative study about access to cancer drugs, of population with state health insurance. Argentina, 2006-2012.

Introduction: Considering the growing importance of cancer in burden of disease, it is important to study patients access to cancer drugs.

Objective: To analyze the levels of use and equity of population with state health insurance in provinces and departments, the perceptions of patients and health system staff on accessibility, and explanatory relations between both analyzes.

Methods: Quantitative and qualitative retrospective population design, the access indicator is the rate of use, the equity indicator is the ratio of extreme rates in departments. The sample: Córdoba, Neuquén, Misiones, Tucuman, Mendoza and Buenos Aires Metropolitan Area. Informants from management and operational levels and patients were interviewed.

Results: Quantitatively, heterogeneity in the use and equity was revealed: a comparison between provinces with extreme levels shows Mendoza having a combination of use / equity eleven times higher than Misiones. Also, asymmetries in the level of use by departments in all provinces studied were found.

Qualitatively, a great interest of provincial governments in improving service delivery was encountered. Problems were found in acquisition (caused by slow accounting procedures), supply (because of where the drug was to be delivered) and medication administration (for lack of structure, human resources and equipment), that affect accessibility. It is perceived that some of these problems can be solved with greater integration of public and private networks. Stand patients receiving positive coverage, but also reveal problems with medication administration appointments.

Conclusions: considering use of the system there are asymmetries between provinces and departments that are inequities. There is need for greater public-private integration. The slow purchasing procedures, drug supply logistics and human resources and equipment deficits are problems to be solved.

INTRODUCCIÓN

La equidad en el acceso a los servicios médicos es un objetivo estratégico de salud pública, que atraviesa cada una de las políticas del sector. Si bien esta problemática ha sido priorizada en las últimas décadas en el primer nivel de atención, las transiciones demográfica (envejecimiento poblacional) y epidemiológica (reducción de las infectocontagiosas), generan un patrón dominado por las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), cuyo abordaje requiere reforzar el trabajo en los otros niveles. Entre las ECNT, resulta notoria la relevancia del estudio de la inequidad de acceso a los tratamientos oncológicos, si se tiene en cuenta que el cáncer es la segunda causa de mortalidad en la mayoría de los países del mundo. En Argentina, es la segunda causa después de las cardiovasculares en la mayoría de las provincias, existiendo cuatro patagónicas que lo tienen como causa principal. (1)

Es aún más importante estudiar la accesibilidad en la población con cobertura estatal exclusiva, que al encontrarse excluida del circuito formal del trabajo y de sus beneficios concurrentes, se encuentra en situación de mayor vulnerabilidad, y depende ineludiblemente de las políticas de salud pública (2)(3). Paralelamente, el diferente desarrollo de las provincias objetivado por sus niveles del Índice de Desarrollo Humano (4) genera consecuencias en dos sentidos: a) los sistemas de salud provinciales varían en sus capacidades de brindar cobertura; b) sus poblaciones difieren en la potencialidad de sus demandas. Esto genera condiciones de accesibilidad distintas en cada provincia.

La revisión bibliográfica de estudios extranjeros, muestra diferencias raciales en la incidencia y mortalidad (5) y dificultades en el acceso oportuno en tiempos (6) revelando desventajas de la población afroamericana y latina, debiendo resaltarse que lo racial puede enmascarar inequidades sociales. En población de cobertura estatal de EEUU (Medicare), la probabilidad de recibir tratamiento decrece conforme el aumento de edad y resulta menor entre las mujeres de ascendencia latina, en quienes se utilizan esquemas quimioterápicos obsoletos (7). En la misma orientación, un trabajo sobre nivel socioeconómico y resultados terapéuticos, (8) recomienda terapias menos potentes para grupos socialmente desfavorecidos, argumentando insuficiente capacidad de auto-cuidado. De este modo se afecta el acceso bajo la excusa de la incapacidad de ciertos grupos, sin ocuparse de las condiciones socioeconómicas que constituyen el eje de las inequidades.

En estudios de nuestro país, se evidencian diferencias de las tasas de mortalidad por cáncer entre regiones geográficas, siendo las provincias del noreste y noroeste las más desfavorecidas, ya que no solo tienen mortalidad más alta, sino que la tendencia a su reducción por detección precoz, es menor (9).

Este trabajo se ocupa de la inequidad de acceso a medicamentos oncológicos en población de cobertura estatal, evaluando provincias de las cinco regiones de Argentina entre 2006 y 2012.

MÉTODOS

Diseño:

Se usa una triple aproximación metodológica: en lo cuantitativo, se realizó un estudio poblacional retrospectivo de los niveles de utilización provincial y departamental. En lo cualitativo, se evaluaron las percepciones sobre accesibilidad del personal del sistema estatal de salud provincial y de pacientes con esa cobertura. En la triangulación, se buscaron relaciones explicativas entre ambos aspectos precedentes. El periodo comprende los años 2006 a 2012.

Población y muestra:

La población de cobertura estatal -sin obra social- de la totalidad de las provincias argentinas, conformaron el universo; cada sub-población por provincia fue una unidad de análisis, así como las de cada departamento. La muestra la formaron Córdoba y el Área Metropolitana Buenos Aires (AMBA) por la región centro, Neuquén (Patagonia), Misiones (Noreste), Tucumán (Noroeste) y Mendoza (Cuyo). Los criterios de selección fueron: a) que se encuentren representadas las cinco regiones; b) la posibilidad de acceso a la información.

VARIABLES:

Para el análisis cuantitativo, la accesibilidad a la medicación oncológica fue la variable dependiente, operacionalizada como una variable binomial cuyas categorías son: a) uso; b) no uso. El indicador que expresa la accesibilidad es la tasa de uso de pacientes por 10000 habitantes de cobertura estatal, por año. La variable independiente fue la jurisdicción de residencia. No se analizaron variables concurrentes como edad, incidencia/prevalencia por jurisdicción y estructura del sistema de atención, por insuficiencia de datos.

Las variables del abordaje cualitativo fueron la percepción sobre la oportunidad para el acceso, de los circuitos de compra, provisión y administración de drogas oncológicas de los Estados provinciales, y la conformidad de los pacientes.

Instrumentos y técnicas de recolección de datos

En el análisis cuantitativo se trabajó con la tasa de uso mencionada. El numerador se construyó con los datos de provisión provincial; en todas las provincias con excepción de Neuquén los datos provinieron del nivel ministerial; la provincia patagónica proveyó datos del Hospital Castro

Rendón, que concentra la atención oncológica de casi toda su población. Los denominadores - población sin obra social- se tomaron de Censo 2010 del INDEC, para el nivel provincial. Los denominadores departamentales se estimaron en base a la información de los censos 2001 y 2010.

Es posible una leve subvaluación de la tasa de Córdoba por falta de datos de provisión del Ministerio de Desarrollo Social de la Nación (MDS). Lo mismo se advierte el AMBA, por falta de datos del MDS y del Banco de Drogas provincial. El índice resulta más ajustado en las jurisdicciones restantes, que resuelven toda la demanda con recursos propios.

En el análisis cualitativo se efectuaron entrevistas semi-estructuradas a informantes de los sistemas provinciales: directores, contadores y farmacéuticos de programas, médicos oncólogos, farmacéuticos, enfermeras, y trabajadores sociales de efectores públicos, y a pacientes. Asimismo se recogieron las percepciones de los pacientes sobre la accesibilidad. Las entrevistas se efectuaron en lugares de trabajo y salas de espera.

Plan de análisis de los resultados

En el abordaje cuantitativo se realizaron comparaciones de las tasas de uso provinciales y departamentales. En la comparación por departamentos se utilizó el cociente entre tasas de niveles extremos en cada provincia: “índice de inequidad”. También se usó el cociente entre tasa de uso provincial y el índice de inequidad, que se denominó “índice combinado de uso/inequidad” para clasificar a las provincias abarcando ambas dimensiones. Para la asociación estadística se aplicó el Odds Ratio. Se utilizaron los softwares Epi-Info 7, Excel y Access.

En el aspecto cualitativo, se extrajeron las manifestaciones más frecuentes e importantes de las entrevistas, comparando provincias, instituciones y tipo de actores entrevistados.

Para la triangulación metodológica se procesaron relaciones explicativas entre ambas dimensiones.

Consideraciones éticas

Se preservó la identidad de todos los entrevistados: al realizarse las entrevistas se les informaba de esta condición, que tuvo dos objetivos: a) preservar a quienes trabajan en el sistema de eventuales conflictos derivados de sus dichos y b) permitir una relación de mayor confianza con el entrevistador que genere más veracidad a la información.

RESULTADOS

Análisis cuantitativo

Según el nivel del índice combinado de uso e inequidad, la tabla 1 en su columna 6 muestra a Mendoza en primer término, seguida por Córdoba, Neuquén, Tucumán, AMBA y Misiones, con índices decrecientes.

Mendoza es la provincia que tiene el mayor nivel de uso. El análisis desagregado (grafico 1), muestra que el 50% de los departamentos tienen tasas de uso superiores a la global de la provincia. El índice de inequidad entre departamentos es el más bajo entre las provincias estudiadas (tabla 1, columna 4). En cuanto a la distribución geográfica, si bien la mayoría de los departamentos con uso elevado se encuentran cercanos a la capital provincial, lo cual supone mejor accesibilidad geográfica, existen dos departamentos (San Rafael y General Alvear), que están alejados y que tienen alta utilización, mostrando que lo geográfico no explica suficientemente las diferencias.

La provincia de Córdoba tiene un nivel de utilización ligeramente inferior a Mendoza y superior al resto. El análisis por departamento (grafico 2), muestra que la mayoría de las jurisdicciones tiene tasa de uso menor a la global de la provincia, existiendo solo seis departamentos que la superan -21%-. El índice de inequidad entre departamentos de Córdoba se encuentra en situación intermedia, siendo casi el doble que en Mendoza y Neuquén, pero muy inferior a los de AMBA y Misiones. La ubicación geográfica de los departamentos de uso alto es siempre cercana a las ciudades de Córdoba y Rio Cuarto, que cuentan con mayor estructura de atención médica.

Tucumán tiene un nivel de utilización intermedio entre las provincias estudiadas, siendo mayor que en el AMBA, Neuquén y Misiones pero menor que en Córdoba y Mendoza. El análisis por departamento (grafico 3), muestra que nueve de dieciséis -el 56%- tienen un nivel de uso mayor que el global de la provincia. Además, a diferencia de las otras provincias en las que el departamento Capital es el de más alto uso, en Tucumán esta jurisdicción se encuentra en quinto lugar. Ambos hallazgos podrían estar mostrando un acceso más equilibrado por jurisdicciones departamentales. No obstante, el índice de inequidad es similar al de Córdoba, con un nivel intermedio en el conjunto de provincias estudiadas.

Al analizar la provincia de Neuquén, el nivel de uso resulta notablemente más bajo que en las tres provincias precedentes. En la utilización por departamento (grafico 4) se observa que solo dos de ellos -11% del total-, superan la tasa de utilización provincial. El índice de inequidad es bajo, con un nivel similar a Mendoza. Pero existen tres jurisdicciones que no reportan uso, lo cual relativiza el valor de ese índice. Como ocurre en Córdoba, los niveles de uso más altos se encuentran en los departamentos de mayor cercanía a los centros principales de atención médica. Por su parte, los departamentos Huiliches, Pehuenches y Collón Cura que tienen tasas bajas se encuentran lejanos de la ciudad capital, lo cual podría expresar que existen barreras de acceso geográfico.

Los hallazgos en el AMBA expresan que la tasa de utilización es una de las más bajas. El análisis por partido revela diferencias importantes (Grafico 5). Solo 7 de 24 jurisdicciones -29% del total- cuentan con un nivel de utilización mayor al global del área. El índice de inequidad es el segundo más alto, superado solo por el de Misiones. Llama la atención que existen partidos con uso elevado como Merlo y Moreno, que se encuentran alejados del Banco Nacional de Drogas Oncológicas (BNDO), organismo proveedor situado en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA), mientras que otras jurisdicciones cercanas como Avellaneda y Vicente López, tienen niveles de utilización inferiores. Esto refuerza la parcialidad del impacto del aspecto geográfico en el acceso.

La provincia de Misiones muestra el menor nivel de uso entre las provincias estudiadas en el presente trabajo. En el análisis desagregado se observa que solo 5 de 17 departamentos (29%), tiene uso mayor que el global provincial; estas jurisdicciones, con excepción de 25 de Mayo, se encuentran cercanas a los dos centros urbanos con atención oncológica de la provincia (Capital y EL Dorado). Misiones cuenta, como se observó también en Neuquén, con algunos departamentos que no registran uso (General Belgrano y Concepción), y su índice de inequidad es el más alto de las provincias estudiadas.

Los hallazgos cuantitativos pueden sintetizarse así, según los datos de la tabla 1:

- Conforme a la utilización global provincial, Mendoza es la jurisdicción de mayor uso, seguida de manera decreciente por Córdoba, Tucumán, Neuquén, AMBA y Misiones.

- Consideradas según el índice de inequidad por departamento, nuevamente es Mendoza la menos inequitativa, seguida por Neuquén, Tucumán, Córdoba, AMBA y Misiones. En este aspecto, Córdoba desciende notablemente su ubicación.
- Clasificadas de acuerdo a la combinación de ambos aspectos precedentes, la ubicación es la misma que para el uso global, con la diferencia que Neuquén y Tucumán tienen exactamente el mismo nivel, mientras que en el uso global Tucumán está por encima de Neuquén.
- La comparación entre Misiones y Mendoza, que cuentan con situaciones extremas, revela que los cocientes entre sus índices manifiestan asimetrías que se van ensanchando a medida que se progresa en el sentido -utilización-inequidad-combinación de ambas- (ver columnas 3, 5, 7 de la tabla 1). La accesibilidad, es ampliamente asimétrica, y si se considera la combinación de uso y equidad, las condiciones de accesibilidad en Mendoza son once veces superiores a Misiones.

Análisis cualitativo

La principal cuestión indagada es el impacto en la accesibilidad, del dispositivo de compra-provisión-administración. En la organización de los mismos se destaca que en algunas provincias existen programas específicos (Mendoza y Tucumán), mientras en otras el circuito depende directamente del Ministerio de Salud (Córdoba y Misiones). Cabe aclarar que la instancia nacional que provee medicamentos biológicos es el MDS que provee solo a Córdoba, mientras que el BNDO se circunscribe a los antineoplásicos convencionales y limita su cobertura casi con exclusividad al AMBA.

En lo referente a la compra, en casi todas las provincias se refirieron cambios relevantes entre 2008 y 2010, que por lo general fueron percibidos como positivos: Tucumán conservó la gestión estatal pero efectuó una reforma importante, desvinculando a la Dirección General de Compras del circuito, que pasó a depender directamente del programa específico (PRIS). En Neuquén se adopta en 2009 un nuevo mecanismo por orden de compra abierta que permitió una mejor previsión de plazos, siempre dentro de una gestión estatal. En cuanto al BNDO, conservó los circuitos tradicionales de compra, pero realizó cambios en 2008 que involucraron lo edilicio, mayor observancia a las normas de conservación de fármacos y optimización informática. En Misiones, a partir de 2010 la legislatura –a solicitud del ejecutivo- fija el proveedor para drogas convencionales y el Ministerio de Salud gestiona los fármacos biológicos por licitación pública. A diferencia de las provincias precedentes, Córdoba cambia la gestión estatal mediante un convenio capitado con una gerenciadora privada de medicamentos a partir de 2008. Y finalmente, Mendoza ha progresado hacia una mayor flexibilidad de la estructura burocrática del Estado, con un sistema de adquisición mixto público/privado que funciona desde 1990.

En ese marco, los informantes de los ministerios provinciales suelen calificar al proceso de adquisición como “muy bueno”. Sin embargo, reconocen demoras que atribuyen a los servicios sociales (en Tucumán), a incumplimiento de requisitos en recetas medicas (en Córdoba) y a indicaciones por fuera de prospecto (en Córdoba y Neuquén). Pareciera que de este modo transfieren responsabilidades a los efectores. No obstante, también refieren que sus propias áreas contables tienden a ejecutar la compra de medicamentos como la de cualquier otro bien/servicio, sin contemplar su perentoriedad para la salud, con los atrasos que esto conlleva.

Algunas provincias hacen evaluación de la pertinencia de la indicación médica previa a la compra, a través de un Comité técnico (Neuquén) o por auditoría médica (Tucumán, BNDO y Mendoza). Pero otras como Misiones carecen de esta instancia y en el caso de Córdoba se ha delegado esta función en la gerenciadora. Si bien dicha evaluación tiene como objetivo mejorar la eficiencia del gasto, agrega un trámite adicional que a veces se percibe como barrera administrativa de acceso.

En lo referente a la provisión, los informantes la califican como oportuna en general, pero simultáneamente refieren la existencia de múltiples problemas, existiendo discordancia de opinión entre niveles gerenciales y operativos: estos últimos tienden a ver más los problemas existentes, mientras que los funcionarios de los programas califican a la provisión como “óptima” o “muy buena”, aunque reconocen que podría mejorarse el lugar de entrega para evitar traslados a los pacientes. Por otra parte en todas las provincias se observa la persistencia de mecanismos de provisión perfectibles: un ejemplo es la entrega de medicamentos con cadena de frío a los pacientes, que no pueden garantizar su conservación.

En lo que concierne al tiempo de provisión expresado, el mismo oscila entre 1 y 90 días según la provincia y el tipo de medicamento, siendo en general mucho mayor para los biológicos. Estas demoras se atribuyen al comité técnico (Neuquén), a los circuitos contables (Mendoza/Misiones), o a la lenta provisión por parte del Estado nacional (Córdoba).

Los servicios sociales, se perciben como una barrera que retrasa la provisión. El personal de estos servicios refiere demoras de hasta 25 días generadas en la necesidad de negativas formales de otras entidades. Algunos informantes, especialmente en Misiones, han planteado la urgente necesidad de mejorar las condiciones de provisión, considerando que la sumatoria de circuitos lentos con condiciones sociales desfavorables, determina retrasos importantes en los tratamientos.

Resulta destacable el frecuente reconocimiento a los gobiernos provinciales como garantes del inicio oportuno o de la continuidad de los tratamientos oncológicos, supliendo incluso las deficiencias de otras coberturas y efectuando subsidios encubiertos a las mismas: ejemplo de ello son el PROFE, que aparece como deficitario en todas las provincias con excepción de Misiones, y algunas obras sociales (OS) nacionales que resultan lentas en su provisión debido a su dependencia del nivel central en Buenos Aires.

En cuanto al BNDO, que según su misión formal debería tener alcance nacional, las jurisdicciones del interior del país afirman que frente a la falta de respuesta del organismo, han logrado resolver la demanda con recursos locales; “del BNDO nunca hemos recibido nada, alguien me dijo una vez que las ocupaban en Capital”. Concurrentemente, no parece existir la intención de extender el área de influencia del organismo más allá del AMBA.

Ciertos informantes se quejan de la falta de integralidad de la cobertura del Estado: “no entregan drogas de apoyo como antibióticos, analgésicos y hormonas de reemplazo”:

Respecto a la administración de drogas, muchos informantes la califican como “buena” o “regular” pero ninguno utilizó el término “óptima”, como sí ocurrió con la provisión. Es probable que esta etapa del circuito sea la más sensible en términos de problemas detectables, debido a que de ella depende el inmediato tratamiento del paciente.

El lapso entre la prescripción y administración varía entre 3 días y varios meses con un promedio de 15 días. En el análisis segmentado, el tiempo parcial que transcurre desde que la droga está disponible hasta que puede ser administrada, asciende a 10 días. Este indicador revela la insuficiencia de recursos físicos y humanos que determinan retrasos de los turnos de aplicación del medicamento.

En los efectores, la preparación de las drogas no siempre cumple con los requisitos deseables: la falta de campana de flujo laminar en efectores de varias jurisdicciones (Misiones, Mendoza y Tucumán) es una situación llamativa tratándose de hospitales de alta complejidad. En Mendoza se sorteó este déficit a través de la tercerización del servicio.

La falta de convenios entre OS y el efector son percibidos como causa de inequidades: paradójicamente, quienes cuentan con OS son “relegados” porque se da prioridad a los pacientes de salud pública. Esto resulta importante en algunas ciudades del interior donde ambos tipos de pacientes comparten efectores públicos, debido a la baja escala de la red privada.

En lo que concierne a la opinión de los pacientes, algunos califican al proceso de provisión como sencillo, otros como engorroso, pero casi todos refieren haber tenido demoras en algunas entregas de medicación. Esto suele atribuirse a prescripciones médicas mal confeccionadas y trámite engorroso en el servicio social, entre otras causas. Se mencionaron mecanismos informales de “préstamos” de medicación de otros pacientes/financiadores, que revelan la falta

de oportunidad de las coberturas de origen. En el AMBA, a veces se desencadena un mecanismo por el cual el paciente es rechazado en dos instancias (p/ej Profe y BNDO), y termina siendo provisto (o no) en una tercera, pero con demoras extremas.

En general, el tiempo que refieren los pacientes entre la prescripción y la administración varía entre 10 a 20 días en drogas convencionales. Las demoras se vinculan con la escasez de turnos de administración, aun encontrándose el medicamento disponible. Cuando se trata de medicamentos biológicos dicho tiempo puede llegar a triplicarse, pero se atribuye al proceso de compra.

Es habitual que los pacientes deban concurrir al prestador o al programa en varias oportunidades y responsabilizarse del traslado de medicamentos hacia el efector. En Mendoza se genera una situación de marcada inequidad, donde los pacientes de ciertos hospitales deben asumir estas gestiones, mientras que en otros centros se efectúan los traslados de medicamentos dentro de la red sanitaria.

En general los pacientes se pronuncian favorablemente sobre el trato del personal. En algunos casos, tienden a establecer una relación de dependencia con el médico y demandan orientación en aspectos administrativos y socio-sanitarios que exceden su competencia específica. En consonancia, se pudo observar que la mayor parte del personal de los efectores advierte la vulnerabilidad de esta población y hace un esfuerzo adicional para favorecer la adherencia del paciente.

En cuanto a los traslados de los pacientes, con excepción de Córdoba, las provincias restantes carecen de subsidios para viáticos, y ninguna provincia cubre alojamiento. Los gastos insumidos se conjugan con los problemas de lucro cesante que afectan a pacientes y acompañantes.

Resulta sorprendente que ni profesionales ni pacientes manifiesten como importante la necesidad de apoyo psicológico, tratándose de enfermedades en las que es clave el procesamiento del miedo y del tránsito a la muerte. Es posible que esta observación evidencie un perfil cultural del paciente de cobertura estatal y el personal que lo atiende, tendiente a aceptar con resignación la enfermedad y sus derivaciones, así como las limitaciones de los servicios de atención. Se naturaliza de este modo el estado de situación vigente a pesar de sus deficiencias, que tienden a consolidarse. Algunas expresiones como “tarda lo normal”, “mientras ella mejore, no importa esperar”, reflejan este patrón. Ello encuentra su correlato en la percepción de los profesionales que asisten a esta población, cuando pronuncian frases como: “los pacientes son pacientes”. Sin embargo, las barreras encontradas impactan en el aspecto emocional provocando angustia, temor,

desorientación y dificultades de adaptación entre los pacientes que han sido manifestadas en las entrevistas.

Adicionalmente, una constante en las provincias estudiadas, es la falta de evaluación formal de la calidad de sus acciones y de la satisfacción de los usuarios; solo en Mendoza, se ha desarrollado un indicador de tiempo de expedición de recetas, que se limita a ese paso del circuito.

Triangulación

En lo referente a la organización general del circuito, no parece existir relación entre el rendimiento de la provincia y la existencia de programa específico. Córdoba, de buen desempeño, no lo tiene y el BNDO que es específico, manifiesta más problemas que Córdoba en sus coberturas. Asimismo, las instancias de evaluación de pertinencia no parecen influir de manera relevante en el nivel de uso, ya que Mendoza y Córdoba las tienen, y conservan usos altos, mientras que Misiones con una utilización muy baja, carece de ellas.

Los mecanismos de compra, sí parecen tener relevancia en el nivel de uso. Las provincias/financiadores que no hicieron cambios de envergadura en el circuito de compra (Neuquén y BNDO), continúan teniendo problemas episódicos, por retraso de las áreas contables, y sus poblaciones cubiertas tienen tasas de uso medianas o bajas. Por el contrario, las tres provincias con mayor uso (Mendoza, Córdoba y Tucumán), tienen circuitos de adquisición no tradicionales.

Es probable que un modelo de gestión mixto como el de Mendoza, sumado al aprendizaje institucional luego de 20 años del desarrollo del mismo, permita explicar el alto uso de esta provincia y probablemente también su baja inequidad. En el otro extremo y a pesar de los desarrollos recientes con apoyo logístico del Estado nacional, el insuficiente desarrollo de infraestructura y RRHH de Misiones, sumados a sus desfavorables condiciones sociales, probablemente explica el bajo uso y la alta inequidad.

La propia estructura y las reformas de los sistemas de compra-provisión-administración influyen en la accesibilidad, exigiendo adaptaciones de los pacientes a circuitos poco “amigables”, que no siempre se sortean con éxito. Las heterogéneas capacidades culturales de los pacientes de distintos departamentos (más o menos urbanizados) pueden influir en esta adaptación, y esto explicar las enormes diferencias en el uso.

El uso más alto en algunos departamentos puede depender de la logística específica de ciertos prestadores que los hacen más efectivos en la provisión. Por ejemplo en Mendoza, el hospital Schestakow es de referencia para los departamentos San Rafael y Gral. Alvear, ambos alejados de la Capital, pero que registran usos elevados. Es probable que una de las causas sea que este efector realiza la gestión de los medicamentos, incluyendo solicitudes y traslados, a través de la red sanitaria y sin la intervención del paciente.

DISCUSIÓN

Este trabajo explora la accesibilidad al tratamiento del cáncer, como aspecto de la equidad en salud (10), que a su vez configura una de las dimensiones de la equidad social. Considerando que ésta es condición para la cohesión de la comunidad (11), la accesibilidad toma una importancia clave como fenómeno que se construye en la relación entre la oferta del sistema y la demanda del usuario (12).

A nivel mundial, América del Sud ocupa un lugar de relevancia entre las diez regiones más afectadas por cáncer, equivalente a las regiones más desarrolladas y de transición epidemiológica avanzada. Sin embargo, los países del norte europeo tienen una incidencia que supera en 60 puntos a la de América de Sud, mientras que sus tasas de mortalidad son casi equivalentes. Esta alta mortalidad relativa, define la necesidad y urgencia de mejorar la accesibilidad en nuestra región. (13) (14)

Los medicamentos oncológicos tienen la particularidad de su alto costo y utilización crónica, que determina la imposibilidad que ese gasto sea afrontado por los ciudadanos, en especial de sectores de alta vulnerabilidad, como quienes carecen de trabajo formal y obra social. Aquí se manifiesta la necesidad de los Estados como aseguradores de estas poblaciones (15). El problema de la accesibilidad a tratamientos oncológicos adquiere gran relevancia para la salud pública con el incremento constante de la carga de enfermedad por cáncer en las últimas décadas, como consecuencia de la transición demográfica y epidemiológica (16). Paralelamente, el avance técnico en las estrategias terapéuticas pone de relieve la posibilidad de mejorar la supervivencia y su calidad. Se consolida así una situación paradójica según la cual a pesar de que los tratamientos son cada vez más efectivos, el cáncer aumenta su peso como causa de enfermedad y muerte, en especial en poblaciones desfavorecidas. Por ello, mejorar la accesibilidad a esos tratamientos se convierte en un objetivo muy importante.

Resulta interesante la utilización de dos abordajes metodológicos distintos, que a veces se visualizan como contrapuestos y hasta “competitivos” en sus capacidades de análisis, pero que en este trabajo se ha pretendido que operen de manera sinérgica en el sentido de entender no solo cuáles son y donde están las asimetrías inequitativas, sino también alcanzar la comprensión de algunas de sus causas. Se considera que el abordaje cuantitativo tiene una gran potencialidad

para detectar diferencias de accesibilidad mediante indicadores de utilización (tasa de uso), mientras que la exploración cualitativa, que carece de estas ventajas, tiene sin embargo una gran potencia explicativa de dichas diferencias. Reflexionar sobre las opiniones de quienes trabajan en cada sistema de salud provincial y de los pacientes acerca de lo que diariamente experimentan tiene un valor que difícilmente pueda superarse por otros métodos. (17)

El enfoque cuantitativo reveló como hallazgos importantes, primero, una enorme heterogeneidad en el uso y equidad entre provincias, que se manifiesta de manera más llamativa en la comparación de las dos provincias con niveles extremos, ya que Mendoza tiene una combinación de uso/equidad once veces mayor que Misiones. En segundo término, resalta la presencia de asimetrías muy importantes en el nivel de utilización por departamentos de todas las provincias estudiadas. Se considera esperable que las provincias del centro y cuyo tengan mejores indicadores que las del norte, a juzgar por sus diferentes situaciones sociales y estructura de servicios. En cuanto al análisis departamental, en general los departamentos Capital y cercanos, son los que más uso tienen, si bien esta correlación no es absoluta. Por ello, deben considerarse otras causas además de las geográficas: barreras económicas que dificultan los traslados, inconvenientes culturales que generan menor capacidad de reclamo y problemas administrativos, todos ellos actuando de manera combinada.

En el abordaje cualitativo, un hallazgo constante son los esfuerzos que se realizan para mejorar la atención de los pacientes oncológicos, especialmente a partir del año 2008: todas las provincias han efectuado cambios importantes de los circuitos de compra y provisión. Si bien lograr una menor dependencia de las áreas contables parece marcar una tendencia positiva, en algunas provincias como Mendoza, el personal tiende a concentrar los logros en quienes ocupan cargos de alto nivel jerárquico. Esto genera interés sobre el equilibrio necesario entre los beneficios de un liderazgo carismático y un modelo de funcionamiento institucional sólido que garantice continuidad más allá de la inevitable transitoriedad de las personas. Las entrevistas mostraron que el acceso no depende tanto de ciertos circuitos de compra, como del funcionamiento del sistema como un todo. De este modo, si bien la compra del BNDO tarda más de 4 meses, gracias a su capacidad de stock, la provisión resulta inmediata. A la inversa el MDS que compra por paciente, provee recién en 60 días; si bien los pacientes que insisten logran adelantos de entrega, esto depende de las capacidades de cada usuario y no es garantizado equitativamente por el sistema.

El elevado precio de los biológicos, en particular los que aún cuentan con monopolio de la determinación del precio por propiedad intelectual, genera atrasos en las compras debido a que las normativas contables exigen más condiciones. Si bien una ventaja de varios gobiernos es la fijación del precio de hasta un año, mediante acuerdos con la industria farmacéutica, estos acuerdos no bastan para hacer más previsible el gasto, requiriéndose medidas que tiendan a la desmonopolización en la fijación de precios.

Relacionado con lo anterior, la determinación técnica de la pertinencia de lo prescripto por el oncólogo previa a la compra, tiene implicancia en la eficiencia del gasto. Existe una gran heterogeneidad entre provincias en este punto: algunas tienen dispositivos muy efectivos (Neuquén) y otras carecen por completo de ellos (Misiones). El elevado costo de las drogas oncológicas hace indispensable un mayor desarrollo de los Estados provinciales en este campo.

La estructura y el funcionamiento de los circuitos es tal, que cada instancia tiene un tiempo que se traduce en un (no siempre) pequeño retraso del trámite. Área contable, médico, farmacéutico, trabajador social y auditor médico, cada uno de ellos tarda “unos días”. Y parece natural y necesario para cada instancia, el uso de este tiempo. La “sumatoria de tiempos” genera plazos a veces inaceptables. Estudios previos dan cuenta de esto. (18)

Otro aspecto donde no parece haberse avanzado suficientemente es en la integración de los sistemas. Un claro ejemplo de la fragmentación en la cobertura estatal, es el de las entidades nacionales: mientras que el BNDO otorga drogas convencionales en el AMBA –como también lo hace el Banco de drogas de la provincia de Buenos Aires- el MDS provee medicamentos biológicos. Ambas brindan cobertura en el AMBA, pero de manera despereja al resto del país. Mientras el BNDO realiza provisiones esporádicas y que no impactan poblacionalmente, el MDS provee con regularidad solo a Córdoba, provincia con recursos suficientes para autoabastecerse, mientras que el resto de las provincias adquiere estos medicamentos con financiamiento propio y en mejores plazos. Coexisten entonces superposición de coberturas, asignaciones de la Nación a provincias con recursos suficientes y falta de asignación hacia otras con menores recursos.

Resulta importante destacar los inconvenientes en la infraestructura y el RRHH, por los que el acceso final a los tratamientos continúa siendo un problema en el punto de la administración de quimioterapia (QMT). Hay que resaltar que esto se menciona con más énfasis en Misiones, Tucumán y Neuquén, mientras que en algunas jurisdicciones con red de efectores públicos más desarrollada, como Córdoba y la CABA, estos inconvenientes son menores. Llama la atención la

insuficiente coordinación de efectores públicos y privados para la mejora de la oportunidad de los turnos para administración. La integración en red de dichos prestadores podría mejorar esta situación. (19)

Los problemas encontrados en la provisión, fueron los tiempos prolongados de la misma, el riesgo de interrupción de la cadena de frío por entrega de los medicamentos a pacientes en lugar de efectores, y la necesidad de que los Estados provinciales deban suplir los déficits de coberturas nacionales como el PROFE y de OS. Suele reconocerse que se debe mejorar la entrega del medicamento para evitar traslados a los pacientes. Así, Tucumán ha propiciado un lento pero progresivo proceso de descentralización de la dispensa desde la farmacia oficial central hacia cada efector.

Tanto pacientes como profesionales admiten que parte de la dinámica del dispositivo de provisión, desde la búsqueda de documentación social hasta el traslado de las drogas, queda a cargo de los pacientes, que deben “mover” el trámite, con su insistencia. Teniendo en cuenta la gravedad de la enfermedad involucrada, el sistema debería generar circuitos que eximan a los pacientes de toda acción ajena a su tratamiento, a fin de evitar su claudicación frente a las citadas dificultades.

En cuanto a las particularidades de cada provincia, el hallazgo de mayor uso y equidad en Mendoza no siempre está acompañado de una calidad deseable a juzgar por problemas registrados en la provisión y administración. A pesar de sus ventajas comparativas, tiene episodios de cesación de pagos que condicionan reformulación de acuerdos con los proveedores, con desventaja para el Estado. Esto hace pensar en cuán grandes son los problemas de otras jurisdicciones menos favorecidas.

En el otro extremo Misiones, la provincia en la que se registra una utilización menor, las entrevistas registran como probable causa la sumatoria de situaciones sociales de alta vulnerabilidad con circuitos de provisión que, si bien parecen haber mejorado en los últimos años, no son aun suficientemente ágiles. Esto ocasiona retraso de tratamientos y progresión de enfermedad. En esta provincia, hasta la inauguración del Hospital Madariaga en 2010, existía una demanda contenida que va siendo procesada en los últimos años. En los últimos años Misiones se encuentra abocada, con apoyo logístico del Estado nacional, a la detección precoz y tratamiento oportuno de los tres cánceres más prevalentes (mama, colon y cérvix), un programa preventivo que debe destacarse como de un alto impacto potencial.

Córdoba asocia un uso alto a una equidad intermedia, que revela la necesidad de incrementar las facilidades de acceso en los departamentos de menor uso.

En Neuquén se destaca la existencia de un solo centro estatal de referencia para cáncer, con las dificultades de traslado que ocasiona.

En Tucumán se ve como necesaria una mayor integración público-privada que permita mejorar turnos y preparación de drogas.

El AMBA manifiesta inconvenientes en la integración de sus múltiples proveedores.

La accesibilidad a medicamentos oncológicos según estos hallazgos, es asimétrica tanto en el nivel provincial como departamental. Esto se debe a la combinación de condiciones sociales y funcionamiento de los servicios de salud. Los Estados provinciales deben mejorar la infraestructura y la planta del RRHH, así como la integración de redes público-privadas que permita un mejor acceso. Por su parte el Estado nacional tiene un papel relevante en la coordinación regional de estas acciones. Estas reflexiones pueden extrapolarse a las otras ECNT.

RELEVANCIA PARA POLÍTICAS E INTERVENCIONES SANITARIAS

En base a los resultados puede recomendarse

a) en el corto plazo:

- Dotar a los servicios sociales de acceso a los padrones de las principales entidades, anulando el requisito de presentar negativas por escrito.
- Mejorar los mecanismos de compra, mediante circuitos administrativo-contables más ágiles.
- Optimizar los circuitos de provisión entregando al paciente solo las drogas auto-administradas y al efector las drogas de administración especializada.
- Garantizar turnos oportunos para administración, mediante integración con el sector privado.
- Financiar el traslado de pacientes de localidades lejanas para la administración de QMT.
- Brindar cobertura de drogas de apoyo (antibióticos y analgésicos).
- Incrementar acciones de detección de pacientes en departamentos de bajo uso.

b) en el mediano plazo:

- Integración de redes público-privado.
- Contar con padrón nominalizado de la población sin obra social. .
- Dotar a los efectores públicos del equipamiento necesario para la preparación de drogas oncológicas.
- Ampliar la infraestructura para aplicación de QMT en efectores públicos.
- Desarrollar dispositivos de apoyo psicológico a los pacientes y sus familias.
- El Estado nacional debe corregir el problema de precios monopólicos por patente.

RELEVANCIA PARA LA FORMACIÓN DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD

- Fortalecer el plantel de enfermería especializada y de médicos oncólogos, especialmente en Misiones..
- Los resultados pueden ser utilizados como insumos para la formación de médicos, enfermeras, trabajadoras sociales y administradores de servicios de salud, para mostrar la necesidad de integración de los sistemas para el logro de mejor accesibilidad.
- Para formación en ciencias sociales, por el objeto de estudio, como por el componente de abordaje cualitativo.

RELEVANCIA PARA LA INVESTIGACIÓN EN SALUD

- Este modelo de investigación puede replicarse en otras provincias a fin de detectar la necesidad de cambios que mejoren el acceso.
- El abordaje metodológico mixto se visualiza como adecuado y con ventajas respecto de los estudios cuantitativos para el estudio de problemas de accesibilidad en otros problemas de salud, en especial, otras ECNT.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Dirección de Estadística e Información en Salud. Indicadores básicos 2012. Disponible en <http://www.msal.gov.ar/images/stories/pdf/indicadores-basicos-2012.pdf>
2. Minujin A. Cuesta abajo, los nuevos pobres: efectos de la crisis en la sociedad argentina. Buenos Aires: UNICEF-Losada, 1992; p 56-89.
3. LoVuolo R, Barbeito. La modernización excluyente. Buenos Aires: UNICEF-CIEPP-LOSADA, 1992; p 130-142.
4. Informe Nacional sobre Desarrollo Humano 2010. Desarrollo humano en Argentina: trayectos y nuevos desafíos, PNUD 2010, p 65-67. Disponible en http://hdr.undp.org/en/reports/national/latinamericathecaribbean/argentina/Argentina_IN_DH_2010.pdf
5. Siegel Rebecca, Elizabeth Ward, Otis Brawley, Ahmedin Jemal. The impact of eliminating socioeconomic and racial disparities on premature cancer deaths. CA Cancer J Clin Jan 2011, 61, p 212-236.
6. Fedewa SA, Ward EM, Steward AK, Edge SB. Delays in adjuvant chemotherapy treatment among patients with breast cancer are more likely in African American and Hispanic populations: a national cohort study 2004-2006. J Clin Oncol. Sept 2010.; 28, p 4135-41.

7. Sundararajan V, Hershman D, Grann VR. Variations in the use of chemotherapy for elderly patients with advanced ovarian cancer: a population-based study. *J Clin Oncol*. Jan 2002, 20, p.173-8.
8. Soares A, Biasoli I, Scheliga A, Luiz RR, Costa MA, Land M, Romano S, Morais JC, Spector N. Socioeconomic inequality and short term outcome in Hodgkin's lymphoma. *Int J Cancer*. Feb. 2007, 120, p 875-9.
9. Kremer, P., ¿Cáncer de ricos y cáncer de pobres? La distribución del cáncer en las regiones argentinas. CIPPEC. 2007.
10. Whitehead M. 1992. The Concepts and principles of equity and Health. *International Journal of Health Services*, 22: 429-445
11. Fleury S. Estado sin ciudadanos. Seguridad social en América Latina. Buenos Aires: Lugar Editorial, 1997; p 55-67.
12. Comes Y y col. El concepto de accesibilidad: la perspectiva relacional entre población y servicios., XIV Anuario de Investigaciones. Secretaría de Investigaciones de la Facultad de Psicología. 2006. Volumen XIV p 201-210.
13. Parkin, D. et al. Global Cancer Statistics, 2002 *Cancer J Clin* 2005; 55: 74–108.
14. Ferlay J. et al. Estimates of worldwide burden of cancer in 2008. *Int. J. Cancer*: 127, 2893–2917 (2010).
15. Castel R. La inseguridad social. Buenos Aires: Editorial Manantial, 2008; p 76-81.

16. Ferrante D. y col. Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2009: evolución de la epidemia de enfermedades crónicas no transmisibles en Argentina. Rev Argent Salud Pública. Marzo 2011. Vol. 2 - Nº 6, p 34-41.
17. De Souza Minayo y col. Evaluación por triangulación de métodos. Buenos Aires. Lugar editorial, 2011.
18. Migueles, L., Dozo, I. Sansoni, F., Gramajo, P. Accesibilidad al trasplante de células progenitoras hematopoyéticas según entidades financiadoras de salud en argentina, 2000-2010. Rev Argent Salud Pública, vol. 3 - nº 10, p 30-36.
19. Maceira, D. Cómo fortalecer las redes de servicios de salud.El caso de Salta. CIPECC. Documentos de políticas publicas. Disponible en <http://www.itaes.org.ar/biblioteca/3-2011/ITAES-3-2011-informe.pdf>

TABLAS Y GRAFICOS

Tabla 1

Tasas de uso provinciales, índices de inequidad, índices combinados de uso/inequidad e IDH por provincias y departamentos. Argentina, 2006 a 2012.

Provincia/área	<u>Índice de uso*</u>	Cociente entre provincias de índice de uso más alto y más bajo (Mendoza-Misiones)	<u>Índice de inequidad**</u>	Cociente entre las provincias con índice de inequidad más alto y más bajo (Misiones-Mendoza)	<u>Índice combinado de uso e inequidad***</u>	Cociente entre las provincias con índice combinado más alto y más bajo (Misiones-Mendoza)	IDH****
Mendoza	11.5		3.4		3.4		0.832
Córdoba	10.3		5.9		1.7		0.846
Tucumán	8.5		5.28		1.6		0.824
Neuquén	5.6	2.6	3.6	4.4	1.6	11.3	0.842
AMBA	5.1		9.1		0.6		0.847
Misiones	4.3		15.1		0.3		0.802

Fuentes: elaboración propia sobre base de datos del Programa oncológico provincial de Mendoza, bases de datos Siafa provistas por el Itto Urrutia de Córdoba, base de datos del Hospital Provincial de Neuquén, base de datos del Banco Nacional de Drogas Oncológicas, base de datos de la Dirección de Farmacia provincial de Misiones, base de datos del SIPROSA de Tucumán, datos de INDEC (censos nacionales 2001 y 2010), censo provincial Córdoba 2008 (Dirección de Estadística de Córdoba), encuesta de condiciones de vida. Mendoza. 2011, Dirección de Estadística e investigaciones económicas de la provincia de Mendoza y PNUD, 2010.

Las tasas de uso provinciales no coinciden forzosamente con las correspondientes a los gráficos debido a que en estos se consideraron solo los pacientes que tenían dato de residencia.

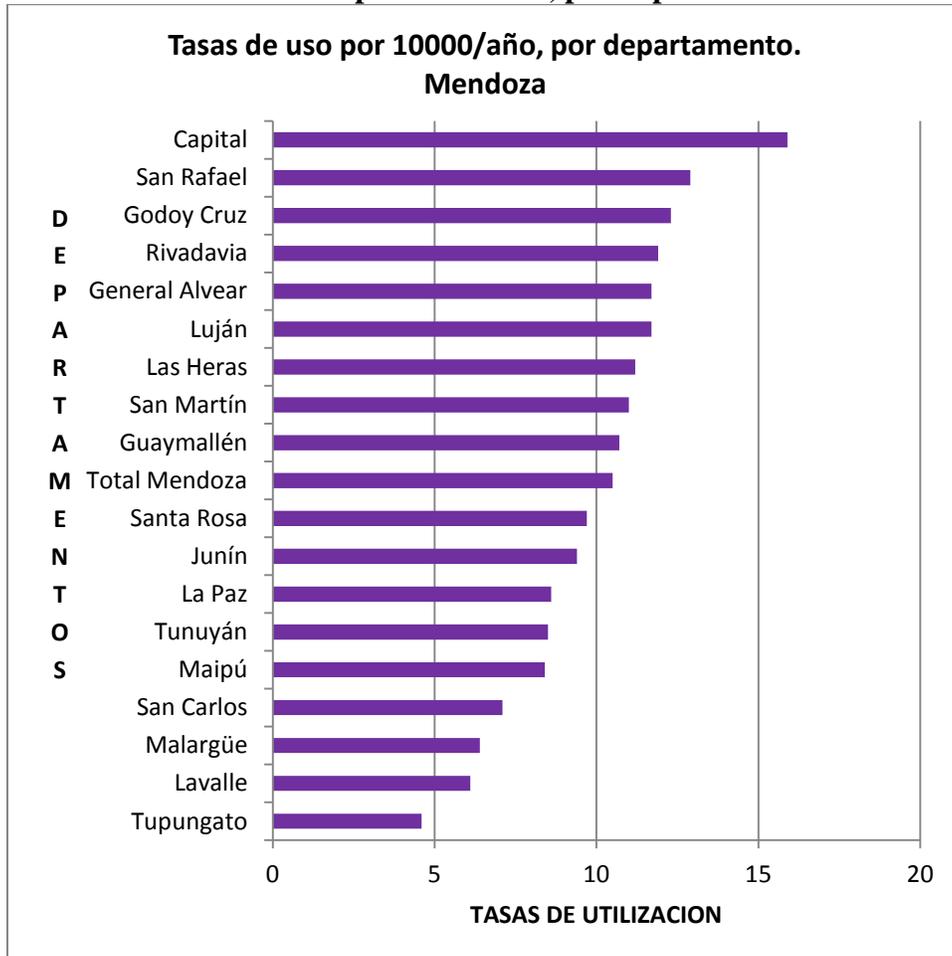
Referencias de indicadores: *tasa/paciente/año/10000 habitantes de cobertura estatal (sin obra social); ** cociente entre tasas de uso de los departamentos con mayor y con menor utilización; ***cociente entre tasa de uso provincial y el índice de inequidad entre departamentos; ****Índice de Desarrollo Humano.

Asociaciones estadísticas entre tasas de utilización:

Odds ratio del análisis interprovincial: Mendoza-Misiones, OR: 20.54 IC (17.83-23.65); Mendoza-Córdoba, OR: 2.37, IC (2.26-2.47).

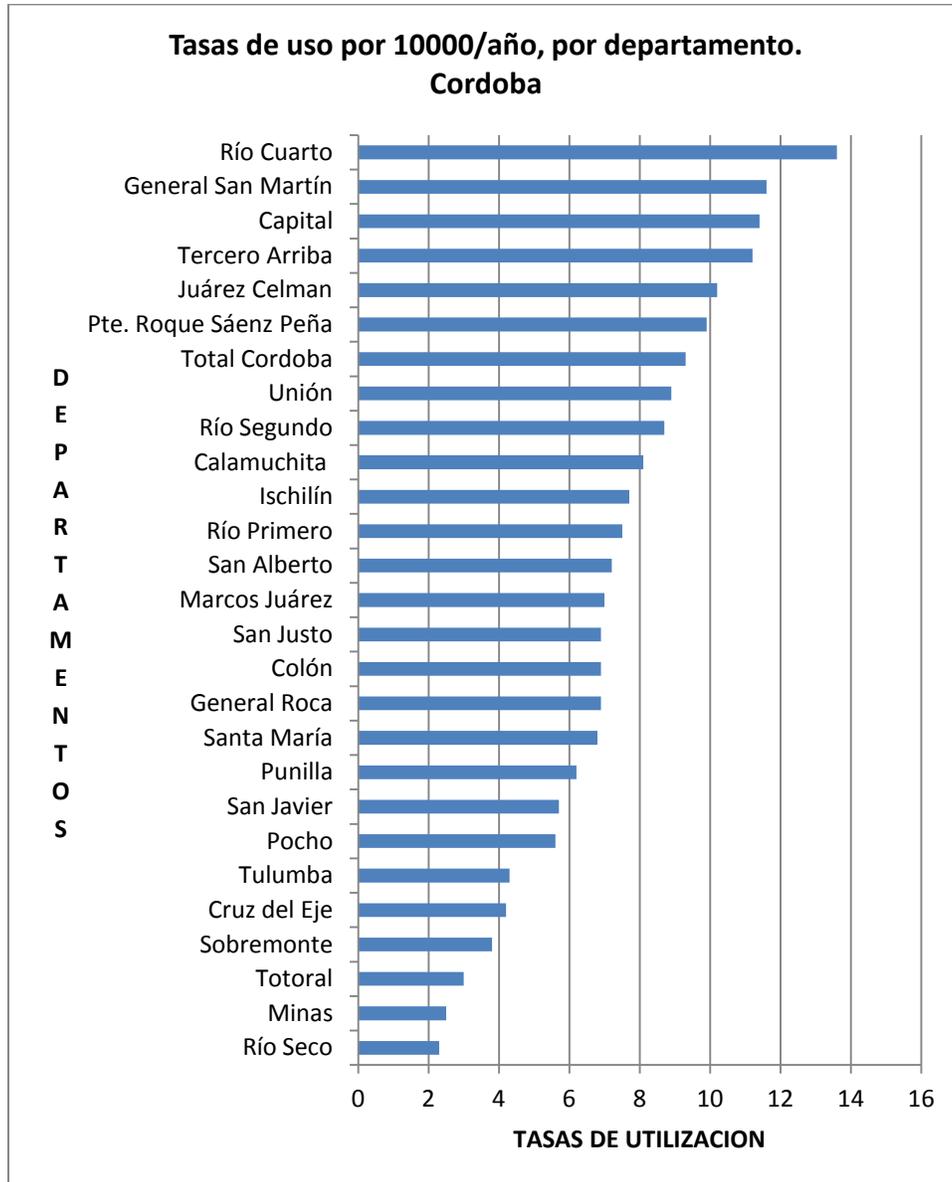
Odds ratio intraprovincial por departamentos extremos: Mendoza, OR: 3.47, IC (2.61-4.62); Neuquén, OR: 3.59, IC (1.43-9.02); Tucumán, OR: 4.7, IC (1.69-13.04); Córdoba, OR: 6.04, IC (2.86-12.76); AMBA, OR: 9.47, IC (5.93-15.11), Misiones, OR: 19.15, IC (2.67-137.12).-

Grafico 1: Tasas de uso por 10000/año, por departamento. Mendoza



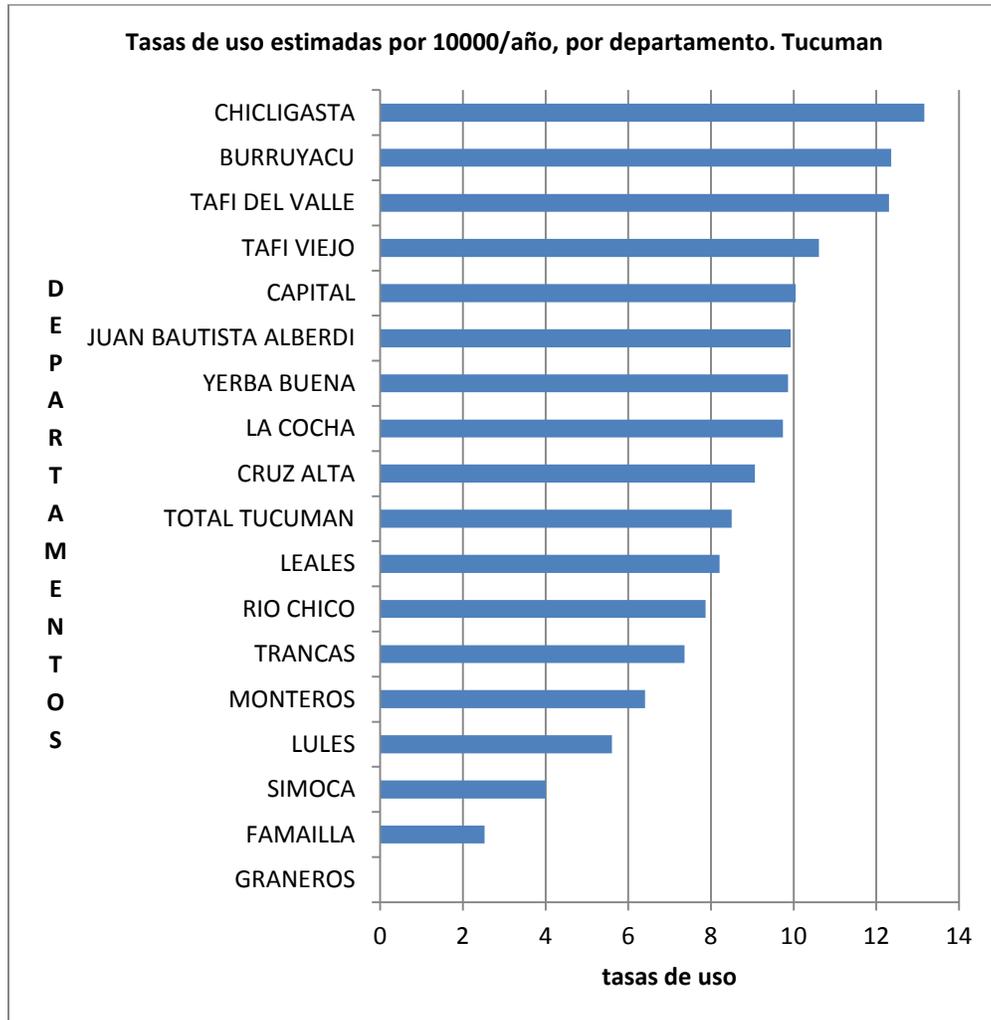
Fuente: elaboración propia en base a datos del Programa oncológico provincial (POP) y de la encuesta de condiciones de vida. Mendoza. 2011, Dirección de Estadística e investigaciones económicas de la provincia.

Grafico 2: Tasas de uso por 10000/año, por departamento. Córdoba



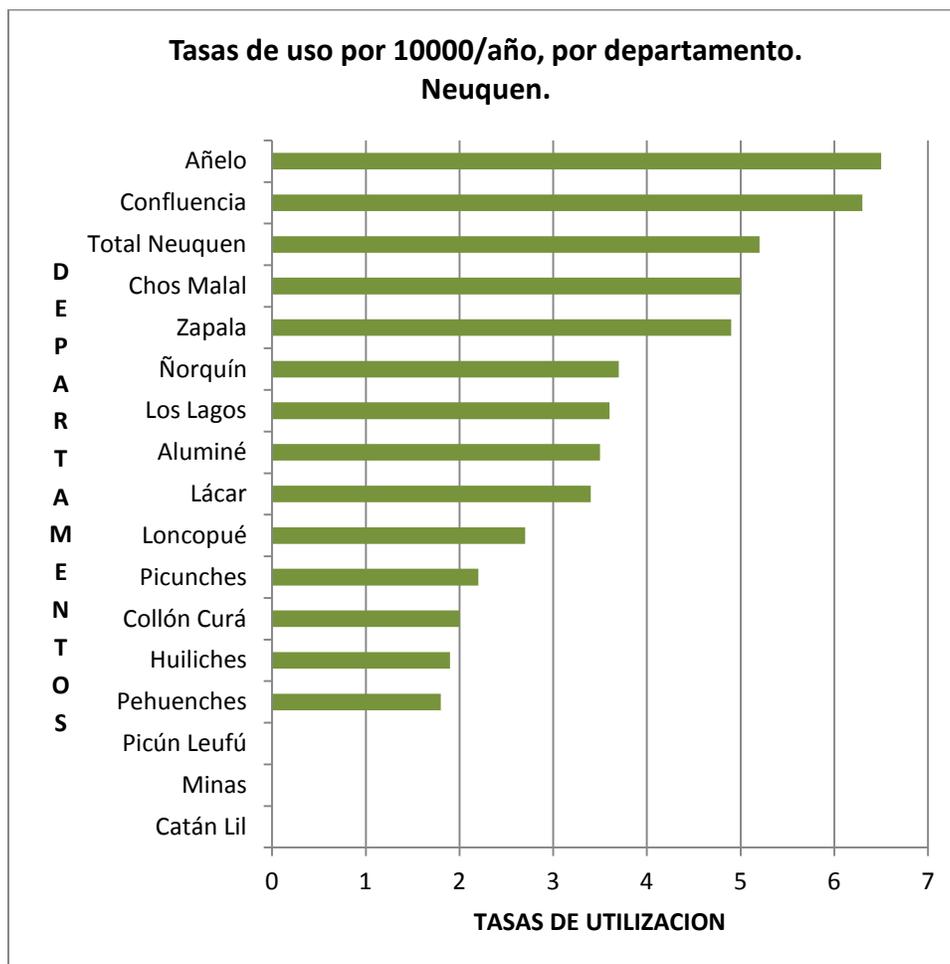
Fuente: elaboración propia con datos del censo provincial Córdoba 2008 (Dirección de Estadística de Córdoba) y bases de datos Siafa provistas por el Itto Urrutia

Grafico 3 Tasas de uso por 10000/año, por departamento. Tucumán



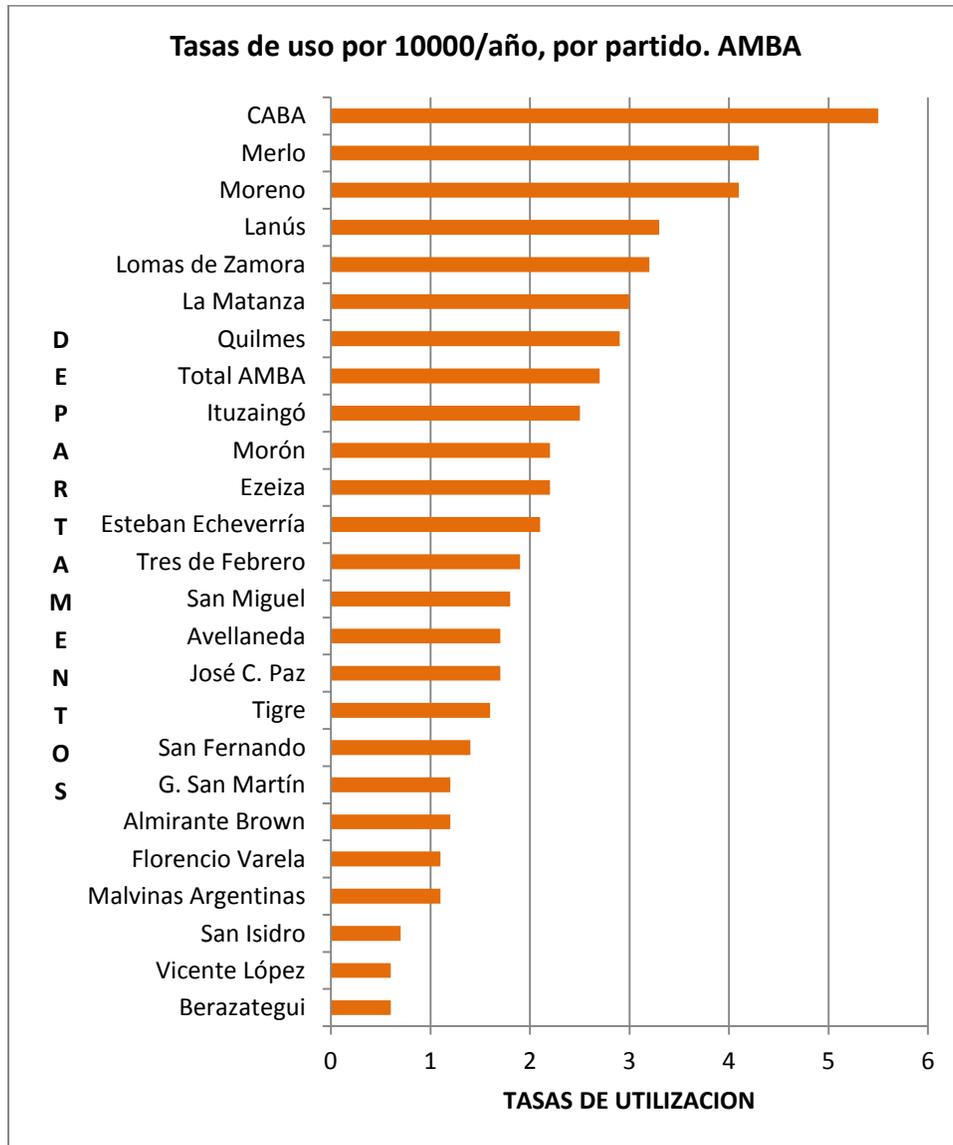
Fuente: Siprosa, INDEC.

Grafico 4: Tasas de uso por 10000/año, por departamento. Neuquén



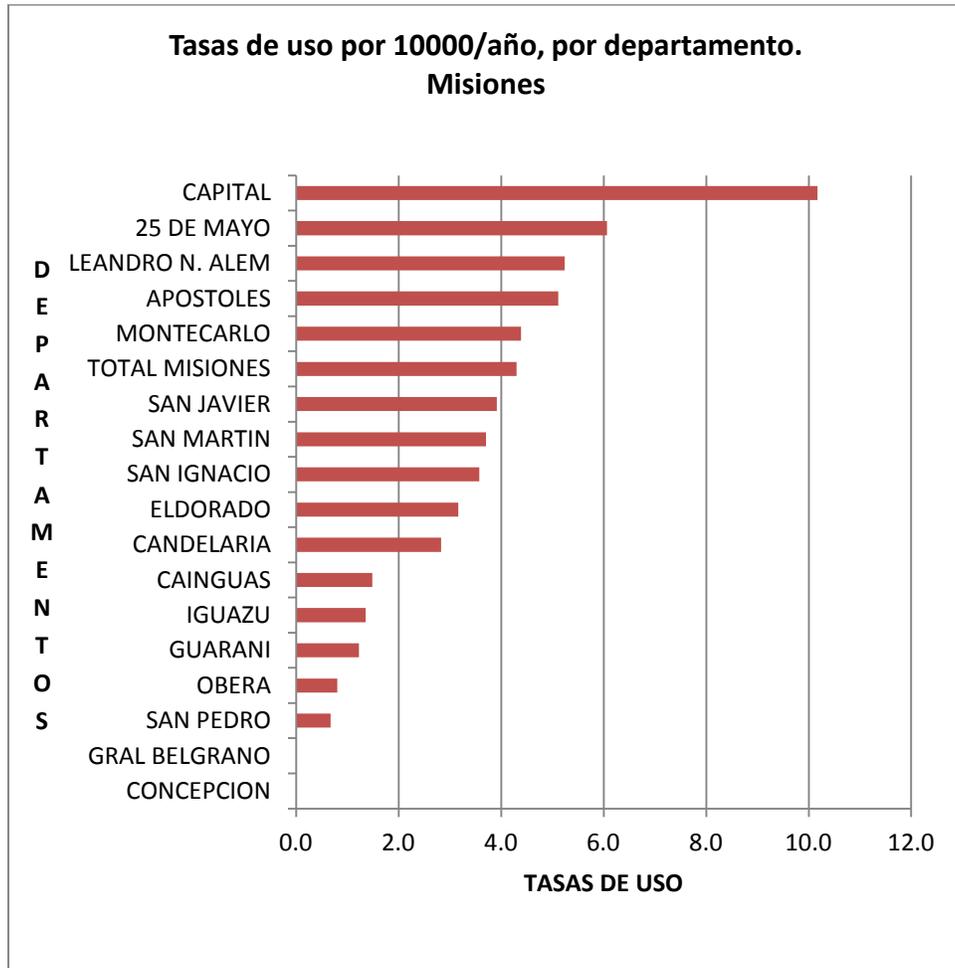
Fuente: elaboración propia con datos del HPN y datos INDEC, censos 2001 y 2010

Grafico 5: Tasas de uso por 10000/año, por departamento. AMBA



Fuente: elaboración propia con datos de INDEC, censo 2001 y 2010, y base de datos del BNDO.

Grafico 6: Tasas de uso por 10000/año, por departamento. Misiones



Fuente: Dirección de Farmacia de Misiones; INDEC