

# Evaluación de la provisión pública de medicamentos del Banco Nacional de Drogas Oncológicas: resultados obtenidos y sus implicancias para las políticas de de salud

**Silvia Augusto**

silviaaugusto@gmail.com

**Médica (UBA)**

**Especialista Universitaria en Oncología Clínica (UBA)**

**Especialista en Cuidados Paliativos (UNLP)**

**Especialista en Economía y Gestión de la Salud (ISALUD)**

**Magister en Economía y Gestión de la Salud (ISALUD)**

**Directora General de Salud y Asistencia Social (UBA)**

**Coordinadora General Banco Nacional de Drogas**

**Oncológicas (MSal)**

**Director:**

**Dr. Ricardo Bernztein (ISALUD)**

**Comité Evaluador:**

**Alejandro Sonis (ISALUD)**

**Savoia Noemí (ISALUD)**

**Carlos Ulises Garay (IECS)**

La tesis completa se encuentra disponible en la Biblioteca de la Universidad ISALUD

## 1. Introducción

En la Argentina la incidencia del cáncer se encuentra en un nivel medio alto (IARC, 2015), siendo la segunda causa de muerte, por lo cual resulta relevante estudiar la situación de provisión de servicios relacionados con esta enfermedad. La terapia farmacológica es uno de los pilares del control de la enfermedad neoplásica por lo cual el acceso a la medicación es una de las políticas públicas de mayor impacto en esta patología. En la Argentina no hay información publicada en relación a la prestación y el acceso a medicación oncológica en el sistema público, probablemente potenciado por la estructura federal del país, la gran fragmentación de nuestro sistema de salud y la falta de integración entre los distintos sub-sectores.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) fomenta a mejorar los objetivos de equidad, calidad y eficiencia en el sector de la salud mediante cambios en la organización de los servicios junto con el desarrollo de una política de medicamentos que responda a mejorar las necesidades de la población, como uno de los aspectos importantes a tener en cuenta por las naciones (OMS, 1994). En tal sentido, contar con datos sobre el suministro público y gratuito de medicamentos en un sector asignando para colaborar con las jurisdicciones con el objetivo de ampliar el acceso y dar cobertura a las personas más pobres de la sociedad que requieran tratamientos oncológicos, permite dar un estado de situación para establecer prioridades y mejoras sanitarias.

El Banco Nacional de Drogas Oncológicas (BNDO) ha sido creado en el año 1974 con el objetivo garantizar el acceso a un insumo esencial para los tratamientos de difícil acceso para esa época. Sin embargo, a 42 años de su creación todavía no se han publicado datos sobre el suministro de medicamentos, en relación a la oferta y la demanda, del subsector público nacional, en este caso de la administración central. De esta forma, el presente trabajo propone hacer un aproximación exploratoria sobre la demanda de medicamentos de la población de pacientes oncológicos; que acuden al BNDO, y la adecuación de la oferta del banco a esta demanda.

## 2. Marco teórico y justificación

En el mundo prevalece la opinión que el estado debe garantizar el suministro de ciertos servicios básicos de la salud pública. La selección de

intervenciones en servicios de salud y el nivel adecuado de suministro de insumos depende de un análisis cuidadoso de los beneficios buscados para la salud. En lo que respecta a los medicamentos dentro de las políticas de salud, el tema ha sido abordado por la OMS (2010) con una estrategia en la que se establecieron objetivos, para colaborar e impulsar las políticas nacionales de medicamentos, entre ellos: -trabajar para lograr el acceso a la población a medicamentos esenciales y fortalecer actividades que aborden la calidad, seguridad y el uso racional de los mismos (Martínez Sagasta C, 2006). Los sistemas de financiación sanitaria deben adaptarse a los requerimientos de insumos que surjan a consecuencia de las variaciones epidemiológicas de cada país y los que se vayan dando en las sociedades. La estandarización de procesos asistenciales en los servicios de salud fue implementada durante años en muchos países. La OMS también ha abordado el tema de procesos en los que están involucrados medicamentos, haciendo referencia a la relevancia de la calidad en el abastecimiento de medicamentos (Martínez Sagasta C, 2006; Brodie DC, 1970). La OPS ha venido promoviendo un modelo para el análisis de la gestión de suministros, distinguiendo cuatro grandes momentos en el llamado "ciclo de gestión de medicamentos": selección, adquisición, distribución y uso (Management Sciences for Health, 2002).

Las intervenciones en las enfermedades no transmisibles, como la oncología, en la cual la carga de morbimortalidad es alta, deben concentrarse y estar orientadas a lograr el mayor impacto en el colectivo de la población (Borrás JM, 2004) En el abordaje del tema, para lograr los objetivos, debieran participar todos los decisores que intervienen e influyen más allá de las fronteras de las instituciones públicas. El acceso de la población para su diagnóstico y tratamiento debe ser oportuno, siendo uno de los objetivos principales de las políticas sanitarias. (Alleyne GAO, 2001) Los sistemas de salud deben implementar procesos dentro de sus organizaciones para agilizar el abordaje de estos pacientes.

En la Argentina existen varias puertas de acceso a la medicación oncológica con diferentes fuentes de origen de recursos, en cuanto al financiamiento y a la provisión, según el sitio de residencia del paciente. En la organización federal de nuestro país, las provincias retienen su autonomía en materia de políticas de salud pública y con la mayor parte de responsabilidades en la provisión y administración de los servicios de salud. La falta de integración de los subsectores público y privado y la fragmentación al interior de cada uno de ellos representan un escenario complejo, tanto para el aseguramiento de los medicamentos a la población vulnerable, como para la disponibilidad de información respecto a compras y distribución en las diversas jurisdicciones y subsectores (Torres R et al, 2015). Lo referido queda expuesto que existen varios organismos de la administración pública con responsabilidades compartidas en el suministro gratuito de medicación oncológica, entre ellos:

- Ministerio de Salud de la Nación (MSal): a través del BNDO, en el cual se tramitan las solicitudes y dispensan medicamentos.
- Ministerio de Desarrollo Social de la Nación (MDes): a través de la Dirección de Asistencia Directa por Situaciones Especiales y sus centros de referencia organizada por un sistema de subsidio para paciente en estado de vulnerabilidad social y requerimiento de medicación de alto costo. Entregándole al paciente el medicamento solicitado luego de completar un trámite administrativo.
- Autoridades sanitarias jurisdiccionales, dependiendo de la organización en la gestión de cada provincia: Ministerios de Salud Provinciales, Secretarías de Salud Municipales, Secretarías de programas, Dirección de hospitales regionales, etc.

También son partícipes solidarios, entidades que colaboran con el acceso

a productos medicinales como las organizaciones no gubernamentales (ONG), las fundaciones de lucha contra el cáncer (Olaviaga S et al, 2007) Hace más de 40 años la estrategia fundamental de intervención del estado en políticas de salud sobre tema cáncer fue la creación del BNDO, que brinda sistemáticamente cobertura en medicamentos oncológicos, incluidos en un vademécum, a todas las jurisdicciones que lo soliciten para aquellas personas en situación socioeconómica vulnerable con asistencia en efectores públicos. El objetivo de esta acción sanitaria, fue garantizar el acceso y contribuir para dar respuesta en el tercer nivel de atención, limitando las fallas del mercado y las relacionadas al funcionamiento del sistema de salud en el sentido distributivo, reduciendo las restricciones presupuestarias de las jurisdicciones que puedan impactar en el tiempo y capacidad de sobrevida y en la calidad de vida de un grupo de población específico.

El fin del BNDO fue y es solidario, colaborando con las jurisdicciones y con los pacientes que necesitan de los medicamentos con los que cuenta en su vademécum. Su existencia se sostuvo en el tiempo, a pesar de los vaivenes de la política argentina. Si bien, constitucionalmente, es responsabilidad de cada provincia desarrollar los servicios de atención para el diagnóstico y provisión de insumos en oncología, el estado nacional a través del MSal, apoya a fortalecer el acceso a los medicamentos antineoplásicos. La existencia de marcadas diferencias entre las jurisdicciones en cuanto a los servicios brindados y el objetivo nacional de controlar la enfermedad frente a su prevalencia e incidencia en el país, en el que además existe un déficit asistencial del sistema de salud pública en algunas regiones, tal vez justificó su permanencia en la estructura institucional central.

Teniendo en cuenta que en el sistema público se encuentran todos aquellos pacientes en situación de mayor vulnerabilidad socioeconómica es indispensable la cobertura estatal para disminuir inequidades evitables en el sistema de salud. Muchos de ellos están excluidos del circuito formal del trabajo y de sus beneficios concurrentes, por consecuencia las familias en las que un integrante se encuentra afectado por esta enfermedad, les impide mantener el único ingreso económico repercutiendo en todo el contexto familiar. Lo referido previamente sobre la carga de la enfermedad y las condiciones de la población del sistema público marcan la relevancia de la aplicación de procedimientos adecuados para disminuir las posibles brechas existentes entre la población para lograr un acceso oportuno en tiempo y forma al momento de requerir el insumo. Pero no se han encontrado datos en referencia a las características epidemiológicas de la población asistida en el acceso gratuito y su relación con la demanda potencial (o necesidad); cuál es la situación de la enfermedad al momento de la solicitud del insumo; cómo se compone el vademécum, cuál es la demanda de medicación, en especial la de mayor costo y mayor consumo, cuál es la demanda insatisfecha. Todo lo cual es necesario tener en cuenta para la toma de decisiones en la gestión asistencial, administrativa y económica, constituyendo potenciales herramientas para mejorar y/o redefinir políticas de salud.

El proceso de aseguramiento de la medicación se inicia con la prescripción por parte del médico y finaliza con la dispensación y posterior aplicación, entre estas etapas se encuentran una secuencia de pasos indispensables en el cuidado del insumo hasta su consumo. El BNDO funcionó más de 40 años sin publicar sus resultados, el propósito principal de este trabajo es analizar datos y evaluar los resultados del suministro a través de este sector de la administración central, luego de la implementación de procesos operativos estándares (Agusto y Bernztein, 2015) Se pretende demostrar, de esta manera y a partir de los resultados

obtenidos, que el BNDO como política pública logra ampliar el acceso a medicación oncológica esencial a pacientes del sistema público con un trato equitativo y eficiente entre la población.

En la gestión pública es central la generación de información que permita dar cuenta del impacto social de las políticas públicas implementadas. El suministro de medicación oncológica esencial en el sector público de salud, es un tema relegado en las investigaciones de servicios especializados en oncología en la Argentina. Para analizar las diferentes dimensiones de la accesibilidad tenemos que comenzar por definir el concepto de acceso, en relación al área de salud, como al grado en que las distintas barreras (geográficas, económicas, administrativas, culturales entre otras) pueden dificultar a las personas el uso de los servicios de salud, siendo producto de una multiplicidad de situaciones. También es importante tener en cuenta que los sujetos son constructores de accesibilidad, en tanto debemos considerar que el imaginario y las costumbres sociales también pueden constituirse en barreras. (Comes Y et al, 2001)

La existencia de un programa de provisión gratuita de medicamentos oncológicos constituye una estrategia dirigida a superar barreras de acceso a las intervenciones de salud pública ya facilitar la vinculación con grupos vulnerables, para que el resultado redistributivo de la política esté dirigido a esta población (Remediar, 2013). La efectividad clínica es un tema inherente a la misión de las instituciones de salud, es cercana a una visión responsable de la calidad asistencial. La estandarización de procesos asistenciales es la alternativa más pausada y progresiva, pero más racional para lograr un contexto de calidad y seguridad. (Marracino C, 2012). La estandarización de los procesos en el BNDO colaboró con la construcción del conocimiento de un estado de situación del servicio brindando y aportando datos.

De esta manera el trabajo se realizó enfocado en tres componentes:

- Demanda: en lo que respecta a sus características socio-demográficas de la población, diagnóstico, situación de la enfermedad (estadio), edad, género, nacionalidad, lugar de residencia, lugar de asistencia y medicamentos requeridos;
- Oferta: insumos disponibles en el BNDO
- Necesidad en lo referente a la demanda potencial. En base a los anteriores interrogantes y al análisis de los procesos operativos se establecieron preguntas desagregadas, y se propuso efectuar una relación entre la oferta y la demanda actual y la potencial

## 2.1. Objetivos

El objetivo general ha sido la evaluación de los resultados de la provisión pública de medicamentos quimioterápicos del BNDO. De manera específica se puede precisar

- Describir y analizar la composición de la demanda de drogas al BNDO, haciendo énfasis en las características epidemiológicas, demográficas y socioeconómicas de la población objetivo.
- Identificar los hospitales de asistencia de población bajo estudio y su relación con diagnóstico del paciente a tratar.
- Estimar la dinámica de ingresos y egresos al padrón y considerar factores asociados a sus movimientos.
- Determinar situación de la enfermedad y tipo de tratamientos solicitados.
- Analizar demanda de medicamentos incluidos en vademécum.
- Evaluar si existe demanda de medicación no incluida en vademécum.
- Determinar medicamentos según demanda prescriptiva representada en el número de unidades dispensadas e impacto presupuestario.

- Describir y analizar la demanda no satisfecha (medicación incluida en vademécum no disponible y medicación no incluida en vademécum).
- Clasificar los tratamientos solicitados.
- Analizar la oferta del BNDO de medicamentos y de acuerdo a este análisis:
- Describir composición del vademécum vigente.
- Identificar patologías bajo cobertura según drogas disponibles en el vademécum.
- Describir disponibilidad de insumos.
- Analizar composición del mercado de medicamentos incluidos en vademécum.
- Estimar la brecha entre la necesidad de drogas oncológicas en el sistema público de salud y la cobertura del BNDO, considerando la necesidad epidemiológica de drogas oncológicas y su interacción de la oferta-demanda, seleccionando patologías trazadoras para definir grado de cobertura, relacionando medicamentos de mayor demanda en las mismas y estimar el alcance de la cobertura en relación a la prevalencia en Argentina.

## 3. Resultados

La muestra quedó constituida por 9.397 formularios tramitados para la solicitud de medicamentos directamente a través de la atención al público del BNDO ó a través de los bancos de drogas de las jurisdicciones correspondientes al período bajo estudio. De ellos se extrajeron los datos para estudiar la población y sus variables. La información para analizar los insumos (medicamentos) fue obtenida del análisis de 40.226 recetas, con las cuales se evaluaron como documentación adjunta: 3.048 Notas de no disponibilidad y 39.971 remitos de dispensa, 2.016 órdenes de compras correspondientes a 68 contrataciones, 3.000 encuestas sociales.

### 3.1. Análisis de la demanda

Se describió el perfil epidemiológico de la población beneficiada con variables cuali y cuantitativas. En el relevamiento se observó que el BNDO colabora con otros programas del Ministerio de Salud de la Nación para la dispensa de medicación no citostática, como así también aborda pacientes con patologías no oncológicas que requieren fármacos citostáticos para sus tratamientos, no cubiertas por otros sectores públicos. De los 9.397 formularios analizados, 9.161 tienen diagnóstico oncológico según clasificación CIE 10. Hubo un 2% de patologías no oncológicas que requieren medicación no cubierta por otros programas públicos. Se resume en el cuadro siguiente algunas de las variables seleccionadas para el análisis del perfil de la población beneficiada en el proceso de gestión usuario.

En la variable diagnóstico el 80% de la muestra está representada por tumores sólidos y el 20% hematológicos. Las cinco primeras patologías neoplásicas que demandaron medicamentos fueron en orden de frecuencia: cáncer de mama 24%, leucemias 8%, cáncer de colon 8%, linfomas 8% y cáncer de cérvix uterino 7%. Dentro del grupo de tumores sólidos: cáncer de mama 34%, cáncer de colon 10% y cáncer de cérvix uterino 9%. Para las neoplasias hematológicas: leucemias 51% y linfomas 39%. Los niños presentan mayor frecuencia de leucemias, tumores del sistema nervioso y sarcomas. En los adultos el orden de frecuencia es: cáncer de mama, próstata, pulmón y tumores digestivos, con predominio dentro de estos últimos del colon.

El cáncer de cérvix, ocupa el tercer lugar, es el tumor que demuestra con mayor crudeza la desigualdad social, ocupa el segundo puesto en la causa de muerte en mujeres en la Argentina, afectando principalmente a

aquellas de bajo nivel socio económico. Cuando la enfermedad requiere terapia farmacológica se trata de tumores avanzados, lo que orienta a fortalecer las estrategias de prevención primaria y secundaria. La población de sexo femenino tiene un predominio sobre varones 57/42 % respectivamente. El mayor número de pacientes se agrupa entre los 45 y 64 años, con una media a los 47 años, siendo 37, 52 y 61 las edades del primer, segundo y tercer cuartil respectivamente.

Si bien el rango de edades se las agrupó en intervalos, para obtener la distribución de frecuencia, también se ha tenido en cuenta su agrupación según su edad productiva 18-65 años y no productivo (menores de 18 y edad jubilatoria mayores de 65), para determinar relación de dependencia jóvenes y ancianos. El 22 % de la población se encuentran en el grupo etario de dependencia social (niños y ancianos). Se observa en la franja de los 14 a 44 años predominio varones y de los 45 en adelante mujeres. Existe un predominio de mujeres sobre varones, al relacionar la patología, se observa que esta situación es a consecuencia de la mayor frecuencia de cánceres de mama notificados, evidenciándose en el resto de las patológicas la mayor notificación en varones.

Los hospitales de mayor demanda para el suministro de medicación a través del BNDO provienen el 51 % de hospitales de la CABA, 13% de hospitales nacionales, 10% universitarios y 20% del resto de las jurisdicciones. Al desclasificarlos dentro de estos grupos los que presentan mayor demanda en orden de frecuencia son: Hospital de Oncología María Curie, Instituto de Oncología Ángel H. Roffo, Hospital Nacional Prof. Alejandro Posadas, Hospital de Gastroenterología Dr. Carlos Bonorino Udaondo y los hospitales generales de agudos Dr. Carlos Durand, Dr. Ramos Mejía y Dr. Fernández. Al cruzar los datos de diagnóstico según hospital, se revela el perfil de la institución tratante. La mayoría de los hospitales evidencia una asistencia con amplia variedad de patologías tumorales. La relación entre el lugar de residencia y lugar de asistencia demostró que la población migra para ser asistidos en hospitales de la CABA (públicos municipales, nacionales ó universitarios) en el 92 % y 88% respectivamente

en 2014 y 2015. La mayor consulta y/o derivación de pacientes con residencia en jurisdicciones del interior del país se encuentra concentrada en el instituto Ángel Roffo, y en los hospitales pediátricos Prof. Dr. J. P. Garrahan y Dr. R. Gutierrez, respectivamente. La mayor migración se produjo en residentes de la pcia. de Bs. As. hacia centros públicos de atención en la CABA, observándose una preferencia de consulta hacia los hospitales María Curie, Instituto Roffo, Posadas, Dr. C. B. Udaondo y Prof. Dr. J. P. Garrahan. Algunas jurisdicciones como Tierra del Fuego, Corrientes, Salta, Chubut, Misiones, Mendoza no han solicitado insumos a través del ámbito institucional, sin embargo al desagrupar los formularios se identificaron solicitudes de medicación de residentes de las jurisdicciones referidas, los cuales fueron recepcionados en la atención directa en sede del BNDO, con prescripciones de hospitales públicos de CABA. El 72 % del total de los formularios de solicitud, incorporados en el período bajo estudio, correspondía a solitud de primera vez del servicio de suministro (período 2014: 3199 y 2015: 3421) y el 28% correspondía a formularios de continuidad de periodos previos. El cáncer de mama y las enfermedades oncohematológicas sostienen la solicitud de medicación en el tiempo. En segundo lugar se encuentran el cáncer de próstata y otros digestivos.

El estadio y tipo de tratamiento fueron variables difíciles de relevar a partir de las fuentes consultadas. En la muestra seleccionada se agrupó a los tumores que responden a la clasificación por estadios según el sistema TNM (NCI). Con respecto al tipo de tratamiento se evidenció un mayor por-

**Tabla 2**  
**BNDO: Diagnóstico oncológico. 2014-15**

Enfermedades tumorales	N° de Formularios	Frecuencia
Neoplasias sólidas	7244	79,07%
Neoplasias hematológicas	1917	20,93%
Totales	9161	100%

Elaboración propia.

**Tabla 1**  
**BNDO: Formularios de solicitud de medicación según grupos diagnósticos y variables seleccionadas. 2014-15**

Grupos de diagnóstico	Total	Variables Cualitativas									
		Sexo		Nacionalidad				Residencia			
		Fem.	Masc.	Arg.	Ext.	Falta dato	CABA	Pcia. Bs.As.	Otras Pcias.	Otros países	Falta dato
1 Sin dato hallado	9	3	6	4	3	2	1	4	0	4	
2 Tumores de cabeza y cuello	290	51	239	231	56	3	51	160	71	0	8
3 Tumores de cérvix	664	664	0	463	202	1	120	377	155	1	11
4 Tumores de colon (colon rectal)	757	277	480	620	132	3	179	397	156	0	25
5 Otras enfermedades no oncológicas	107	67	40	79	27	1	34	51	15	0	7
6 Leucemia	979	394	585	816	159	4	160	527	227	3	62
7 Linfoma	755	304	451	597	151	7	158	423	137	0	37
8 Cáncer de mama	2504	2478	26	1837	593	74	661	1292	395	2	154
9 Melanoma	35	20	15	26	9	0	10	19	5	0	1
10 Mesotelioma	20	8	12	18	2	0	4	13	1	0	2
11 Mieloma	100	34	66	68	32	0	27	58	12	0	3
12 Tumores sistema nerviosos	281	119	162	237	43	1	38	174	48	0	21
13 Otras enfermedades Onco hematológicas	83	38	45	61	22	0	29	41	3	0	10
14 Otras enfermedades Hematológicas	120	67	53	95	23	2	21	68	23	0	8
15 Otros tumores de tórax	13	4	9	6	7	0	6	6	1	0	0
16 Otros tumores urológicos	117	29	88	105	10	2	19	60	30	0	8
17 Otras enfermedades Oncológicas 212	94	118	170	42	0	39	114	46	0	13	
18 Otros tumores digestivos	605	213	392	498	104	3	106	371	110	0	18
19 Otros tumores ginecológicos	312	312	0	251	59	2	72	151	77	0	12
20 Otros tumores masculinos	282	0	282	252	29	1	41	150	80	2	9
21 Tumores de próstata	430	0	430	256	122	52	107	165	81	0	77
22 Tumores de pulmón	428	123	305	351	75	2	117	214	89	0	8
23 Sarcoma	294	119	175	240	54	0	48	162	64	1	19
TOTAL	9397	5418	3979	7281	1956	160	2048	4993	1830	9	517
	%	57,7	42,3	77,5	20,8	1,7	21,8	53,1	19,5	0,1	5,5

Elaboración propia. Fuente: formulario de solicitud de medicación oncológica BNDO. 2014-2015.

centaje de pacientes con enfermedad avanzada 38,2%. Se observó poca adherencia de los profesionales a completar el campo correspondiente al estadio. Si bien la muestra con datos informados sobre estadios no fue estadísticamente significativa, del 23 % de documentación con dato hallado el 17% de los estadios informados corresponden a estadios III y IV. En el análisis de los determinantes de la salud se tomó como fuente de información las encuestas realizadas por el sector de asistencia social de los hospitales públicos. Se seleccionaron tres factores para el análisis: situación laboral, vivienda, nivel educativo y cobertura social. Se analizaron 3.000 encuestas (32% de la población bajo estudio) el 51.43% aproximadamente se encontraba sin actividad laboral rentada al momento de la encuesta, 23,90% no tiene casa propia ni ingresos para alquilar, el 72 % notificó no tener estudios completos. Los datos sobre la cobertura social obtenidos de los formularios (n= 9.397) indicó que el 95% correspondía a población bajo cobertura exclusiva del sistema público y el 0,48% estaba bajo alguna cobertura explícita de salud. Para analizar la utilización de medicamentos en el aspecto cuantitativo de la demanda, se identificaron como unidad de medida número de recetas. Se clasificaron por lugar de residencia. El indicador de consumo muestra una aproximación sobre el cumplimiento de tratamientos entregados, por la variedad de esquemas de tratamiento con diferentes secuencias entre ellos se suma que muchos pacientes que concurren a ser asistidos en hospitales del área metropolitana y luego efectúan el trámite en la jurisdicción de residencia.

$$\text{Indicador de consumo: } \frac{\text{Cantidad de recetas aproximadas}}{\text{Nº de pacientes}} = \frac{\text{Nº de recetas: 37.881}}{9.397} = \text{Promedio de 4 recetas por formularios}$$

Al desagrupar la muestra para analizar las recetas que ingresan directamente por asistencia al público en sede, se confirma el comportamiento migratorio ya evidente en el relevamiento de los formularios de solicitud de medicamentos evidenciándose un mayor inicio del trámite en sede que a través de las jurisdicciones, predominantemente la demanda es la población de provincia de Bs As y CABA. En orden de frecuencia le sigue Entre Ríos, Chaco, San Luis y Santa Fé. Se analizaron un total de 40.226 recetas de las cuales 2.345 presentaban prescripciones fuera de vademécum.

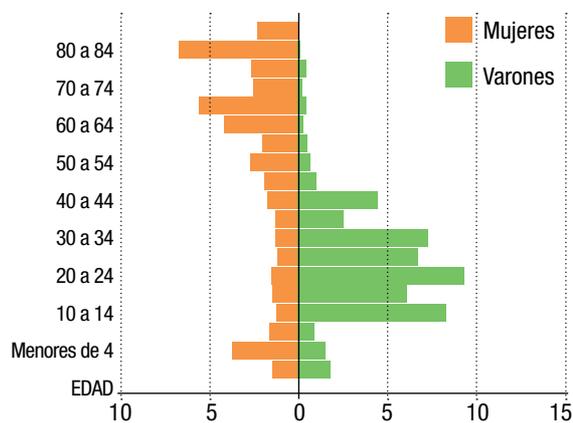
### 3.2. Análisis de la oferta de medicamentos

Para llevar adelante el estudio de la oferta de medicamentos del BNDO, se analizó la composición del vademécum con una descripción cuantitativa

y cualitativa. En el análisis cuantitativo se determinó que el vademécum vigente al momento de llevar adelante esta investigación contaba con 74 principios activos y 115 presentaciones farmacéuticas, coincidiendo en un 89% con el listado de medicamentos esenciales de la OMS y siendo el 58 % de los medicamentos incluidos en vademécum, medicamentos esenciales (OMS). La oferta, no sólo aborda específicamente la droga antineoplásica, sino también el tratamiento de soporte sintomático y concomitante, que permitirá mantener la intensidad de dosis sin interrumpir la estrategia terapéutica planificada.

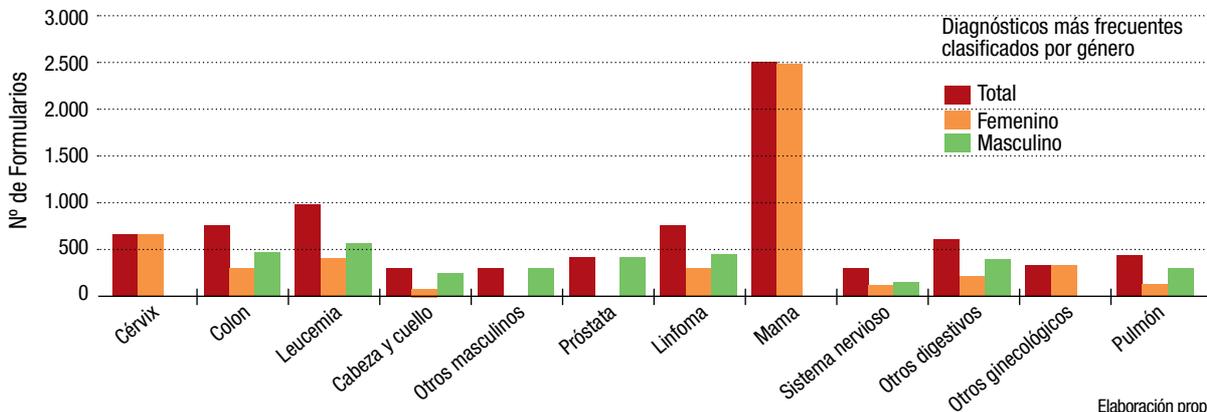
En el listado de la OMS se encuentran incluidos algunos principios activos no tenidos en cuenta en el vademécum del BNDO, entre ellos, el trastuzumab, de alta repercusión por su impacto en la sobrevivencia de las pacientes con cáncer de mama HER2 neu; la bicalutamida para patología prostática (en su lugar el vademécum cuenta con flutamida y acetato de ciproterona) y bendamustina, indicada en la leucemia linfática crónica y linfoma. En el análisis disponibilidad y acceso se evidenció que en la mayoría de los casos, los productos que han tenido periodos de no disponibilidad en stock coincidían con medicamentos que en el mercado tenían 3 o menos laboratorios aprobados con certificado de comercialización emitido por ANMAT, incluso algunos de ellos con más de un nombre comercial de un mismo laboratorio (ej. mercaptopurina) o laboratorios con autorización para la comercializarlo pero sin producción (ej. carmustina, procarbina). Los medicamentos de mayores unidades dispensadas son: capeci-

**Gráfico 1**  
**BNDO: Pirámide poblacional. 2014-15**



Elaboración propia.

**Gráfico 2**  
**BNDO: Diagnósticos más frecuentes según género. 2014-15**



Elaboración propia.

tabina, tamoxifeno, anastrozol, acetato de ciproterona, mercaptopurina y ondansetrón, representan el 62% del total la muestra.

El análisis del consumo de presentaciones farmacéuticas según las unidades de mayor dispensa y las de mayor valor de suministro muestran que los agentes biológicos son los que, en ambos periodos, representan el mayor consumo de valor transferido en insumos a las jurisdicciones representado solo una pequeña parte de las unidades dispensadas correspondiendo entre el 12-20 % del total de los pacientes. A la vez los medicamentos de mayor consumo por unidades dispensadas y población asistida, son los incluidos en la lista de OMS, representado al 80 % restante de la población beneficiada.

### 3.3 Brecha entre la necesidad y la cobertura, relación demanda oferta

El BNDO cubre un promedio de 29.428 tratamientos anuales, permitiendo el acceso a dichos tratamientos a un promedio anual de 6.275 personas con cáncer, es decir aproximadamente el 25% de pacientes del sistema público con estas patologías. Tomando dos patologías como trazadoras para este cálculo (cáncer de mama y leucemias) se observa que el alcance del suministro del BNDO a la población del sistema público es dispar, siendo 32 % en cáncer de mama y del 97% en el caso de las leucemias. Pudiendo hacer extensivo sus resultados al resto de las enfermedades oncológicas, para reducir la brecha entre la oferta y la necesidad potencial en el sistema público se estima que deben aumentarse la planificación de insumos esenciales en un 62% aproximadamente si se pretendiera abarcar el 100 % de la población bajo cobertura pública a través del BNDO.

En cuanto a la disponibilidad de los medicamentos solicitados, los resul-

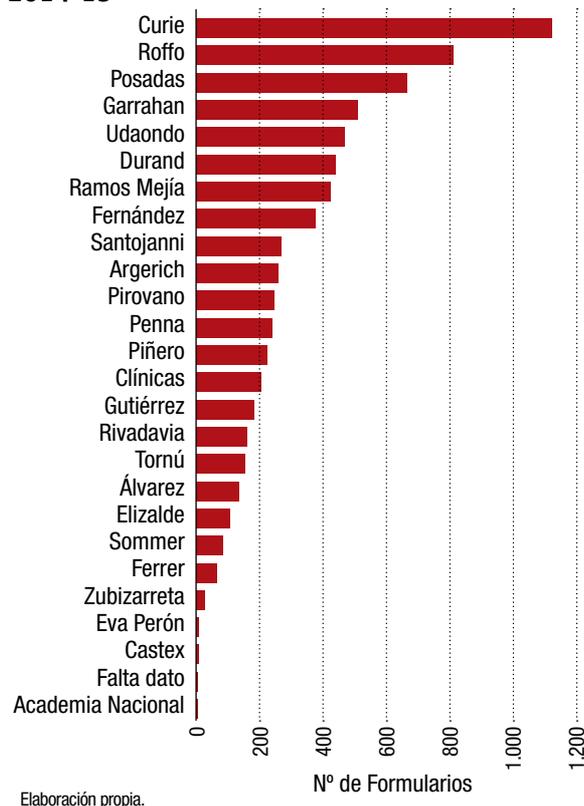
tados valorizan la amplia cobertura, considerando la excepción de dos medicamentos incluidos en la lista de medicamentos esenciales de la OMS: trastuzumab y bendamustina. Estos demostraron tener una demanda no satisfecha del 12,9 % y del 3,2 % respectivamente, estando ambas drogas en plan de ser incluidas al vademécum al momento de elaboración de este trabajo. El 9,86% de las recetas dispensadas presentó algún faltante de stock de productos incluidos en el vademécum. El resto de las solicitudes evidenciaron alta variabilidad prescriptiva en el relevamiento, particularmente de los agentes biológicos, medicamentos de alto costo, detectándose indicaciones fuera de las aprobadas en el prospecto e incluso de medicación no aprobada por la ANMAT y no comercializada en el país.

## 4. Discusión y reflexiones finales

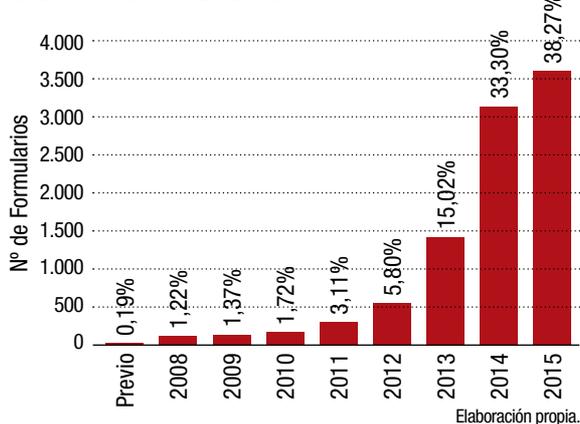
En la Argentina, la cobertura terapéutica es abordada con diferentes asignaciones de recursos según cada subsector y cada jurisdicción. En el sistema público, la mayoría de las provincias tiene un sistema mixto que combina la compra jurisdiccional y las transferencias desde la administración central, hecho que dificulta la posibilidad de reunir datos globales del sistema público de manera agregada. Algunas provincias tiene una partida presupuestaria destinada de manera global a medicamentos y en otras se encuentra individualizada para la medicación oncológica, asignada al Banco de Drogas Provincial y/o a la farmacia hospitalaria de la institución donde se centraliza la asistencia de la especialidad, la cual en general corresponde a la del hospital central de mayor complejidad. Por lo referido, los datos resultantes de este trabajo sólo abordan una parte del suministro de medicación del subsistema público, por lo cual sólo se definirá con los resultados el alcance exclusivo de la intervención del BNDO como una puerta más de acceso entre las existentes para la población bajo la cobertura pública.

La frecuencia de diagnósticos que surge de los datos analizados coincide con las estimaciones de prevalencia para enfermedades oncológicas en Argentina. En cuanto al grupo etario de mayor frecuencia, las edades productivas son las que demostraron haber accedido, con una relación de preponderancia en mujeres coincidente con la frecuencia mayor de cáncer de mama. A su vez, el sector público demuestra ser solidario con los extranjeros e inmigrantes de países de la región que representa el 20% de la población que accedió al suministro notificando domicilio en Argentina, (el 0,1 % de quienes accedieron no vivían en el país).

**Gráfico 3**  
**BNDO: Demanda según centro de atención**  
**2014-15**



**Gráfico 4**  
**BNDO: Formularios agrupados según año**  
**1era solicitud. 2014-15**



Se observó que en la población bajo estudio existe un dinamismo permanente generado por ingresos y egresos de pacientes al sistema de salud público probablemente a consecuencia de la informalidad de sus condiciones de trabajo. A esto podría sumarse la posibilidad que la población que se traslada a efectuar consultas en centros de referencia en el área metropolitana, tramiten la primera solicitud del insumo en el BNDO y posteriormente lo hagan en la jurisdicción de residencia. Esta variabilidad se observa dentro del sector público, en la migración de pacientes de otras jurisdicciones hacia CABA, expresada en los resultados de la demanda, evidencia la mayor oferta de instituciones de alta complejidad con servicios de oncología concentradas en el área metropolitana, más precisamente en la CABA. Esto probablemente incentiva las consultas desde diferentes regiones del país. De todos modos se estima que sólo un grupo minoritario, con recursos propios o logrados por algún mecanismo de derivación, puede afrontar los gastos del traslado y estadía para efectuar una consulta alejada de su lugar de residencia, mientras que un mayor grupo accede a los centros jurisdiccionales.

Coincidentemente el BNDO se ubica geográficamente en el entorno de estas instituciones, lo que genera una menor barrera para el acceso a la población con residencia en el área referida o para aquellos pacientes que concurren a efectuar una consulta en la capital. Con respecto al resto de la población, cuya demanda no llega al BNDO, se estima que accederá a través de los bancos jurisdiccionales. La única jurisdicción con demanda abordada en su totalidad por el BNDO es CABA y el conurbano, en relación a los hospitales de asistencia pública sin considerar el lugar de residencia de los pacientes. Existe una mayor actividad en la dispensa en sede que en la transferencia sin intermediación del paciente. Probablemente esto se deba a la ausencia de un área designada al suministro de medicación oncológica en la CABA, generando una demanda directa en sede de la población asistida en sus hospitales públicos. Esta dependencia de suministro, sin la identificación de un banco de drogas de CABA delega por completo la intervención al BNDO. Si bien la pcia. de Bs As. cuenta con un banco de drogas para la tramitación y dispensa del suministro, por cercanía geográfica los pacientes también concurren directamente al BNDO. Este dato quedó demostrado al analizar el lugar de residencia de la población estudiada, correspondiendo la primera demanda a pacientes domiciliados en pcia. Bs. As. y en segundo lugar a la población residente de CABA.

A la hora de analizar la realidad social, los conceptos son muy amplios ya

**Tabla 3**  
**BNDO: Condición de afiliación a la seguridad social. 2014-15**

Condición de afiliación a la Seguridad Social	Nº Encuestas	Frecuencia
Sin cobertura seguridad social	8903	94,74%
Bancaria (situación judicial por quiebra*)	268	2,85%
Programa Incluir Salud	170	1,81%
Razones Humanitarias con obra social	43	0,46%
Recursos de Amparos	13	0,14%
Total	9397	100%

Fuente: Elaboración propia

que contemplan diferentes realidades, y se encontraron algunas limitaciones por diferentes formas de relevamiento de datos en los hospitales públicos. Se abordó el tema interrelacionando las características comunes indicativas de vulnerabilidad con el objetivo de abordar el concepto de pobreza desde un análisis estático no evolutivo, concluyendo que entre el 50 y 70 % presentaba algún grado de precariedad social. Tomando como variable independiente la cobertura social, la cual se pudo relevar del total de la muestra, siendo representativa la condición de cobertura pública de la población bajo estudio. La composición de la demanda en cuanto a los factores de riesgo social permite dar cuentas sobre la vulnerabilidad de la población que accedió a medicación a través del BNDO, demostrado en las características socio descripta en los resultados. Esto evidencia que la población beneficiada, no podría acceder a los tratamientos específicos con el pago de bolsillo.

Desde el lado de la oferta la existencia de un vademécum constituido por un listado de medicación aprobada por autoridades sanitarias fue un componente clave en la investigación. Este vademécum demostró ser amplio en la cobertura en cuanto al alcance de la patología oncológica. Sin embargo los medicamentos que exceden al listado de esenciales deberían ser evaluados para definir la justificación, o no, de su permanencia en el mismo. Se hace una breve consideración en resultados sobre algunos de ellos, ya que su indicación está contemplada en algunas patologías específicas. En este punto es central si tenemos en cuenta la recomendación de la OMS, en cuanto a su referencia que cada país efectúe, dentro de sus características epidemiológicas, su propio listado. En cuanto a las frecuencias de consumos promedios de los medicamentos del vademécum, varían a lo largo del periodo por una demanda fluctuante, la cual podría deberse a varios factores, entre ellos: variabilidad

**Tabla 4**  
**Tabla 4 BNDO: 15 primeras presentaciones farmacéuticas según consumo y según gasto. 2014.**

Droga: Presentación farmacéutica de mayor consumo presupuestario	Frecuencia según impacto presupuestario	Droga: Presentación farmacéutica de mayor consumo en la dispensa	Frecuencia según consumos
Rituximab 500 mg. Ampollas x 1	22,63%	Capecitabina - 500 mg. Comprimidos x 120	22,22%
Everolimus 5 mg comp.*	7,93%	Tamoxifeno - 20 mg. Blister x 1	15,85%
Rituximab 100mg ampollas x 1	5,93%	Anastrozol - 1 mg. Comprimidos x 28	7,88%
Leuprolide - 7.5 mg. Frascos ampolla x 1	5,54%	Acetato de ciproterona - 50 mg. Comprimidos x 50	7,38%
Octreotide - 30 mg. Jeringas prellenadas x 1	5,35%	Mercaptopurina 50 mg - 50 mg. Comprimidos x 1	5,19%
Erwinase - 10000 ui. Frasco ampolla liofiliozado x 1	4,98%	Ondansetron 8 mg x 10 comprimidos	3,86%
Nilotinib 150 mg - 150 mg. Cápsulas x 1	3,01%	Mesna- 200 mg. X 1	2,88%
Nilotinib 200 mg - 200 mg. Cápsulas x 1	2,48%	Hidroxiurea 500 mg - 500 mg. Cápsulas x 1	2,56%
L-asparaginasa pegilada 3750 ui. Inyectable x 1	2,34%	Mesilato de imatinib - 400 mg. Comprimidos x 1	2,07%
Deferasirox 500 mg capsulas	2,29%	Filgrastim ampolla x 1	1,60%
Doxorubicina liposomal - 20 mg. Frasco ampolla x 1	2,11%	Metotrexato - 2.5 mg. Comprimidos x 1	1,35%
Aprepitant - 1 u. Cápsulas x 1	1,99%	Metilprednisolona 40 mg comprimidos x 1	1,28%
Pazopanib 400 mg compr.*	1,90%	Nilotinib 150 mg - 150 mg. Cápsulas x 1	1,24%
Ciclofosfamida - 1 g. Frasco ampolla x 1	1,88%	Flutamida 250 mg comprimidos x 1	1,14%
Timoglobulina 25 mg - 25 mg. Ampollas x 1	1,59%	Dexametasona - 4 mg. Comprimidos x 1	0,95%
<b>Total en porcentajes sobre el total de presentaciones farmacéuticas</b>	<b>71,97%</b>	<b>Total en porcentajes sobre el total de presentaciones farmacéuticas</b>	<b>77,45%</b>

Observaciones: \*son solicitudes judicializadas.

Elaboración propia.

prescriptiva, múltiples esquemas terapéuticos, requerimiento de cambios de tratamientos en el transcurso de la enfermedad, la migración de la población dentro del sistema público y entre los subsistemas. A consecuencia también se debe estimar que existe un sesgo en la tasa de uso de los medicamentos informados en esta investigación en cuanto a dos factores determinantes: la muestra representa parte de los tratamientos del sistema público, existiendo otras fuentes de acceso, y el 80 % a la demanda es local (CABA y pcia. de Bs. As.).

El abordaje del acceso a la terapia farmacológica en rangos generales es inapropiado debido a la gran variedad de enfermedades que constituyen el cáncer, las que requieren diferentes tipos de tratamiento según la situación de la enfermedad al momento de su diagnóstico y/o indicación. Se suma a ello que muchos cánceres no requerirán ser abordados con terapia farmacológica, por lo cual se tomaron dos patologías trazadoras para este análisis: leucemias y cáncer de mama. Las leucemias son unas de las patologías que cuentan con mayor incorporación de medicamentos para su indicación en el vademécum del BNDO, permitiendo una selección de varias líneas de tratamiento a lo largo de la evolución de la enfermedad. La inclusión de medicación a los esquemas terapéuticos con la que se logra una mejora en la respuesta, tales como: imatinib, dasatinib, nilotinib, L-asparaginasa nativa y pegilada, han mejorado la supervivencia de los pacientes; esto se refuerza con el dato obtenido en el análisis de la dispensa, encontrando documentación que registra un mayor tiempo de suministro de medicamentos comparativamente con otras patologías. Con respecto al cáncer de mama se estimó un alcance de cobertura del 16 % aproximadamente, con una mayor brecha en cuanto al acceso real a través del BNDO y a la potencial necesidad. Cabe aclarar que a diferencia de las leucemias, esta enfermedad de acuerdo a determinados factores, puede requerir o no terapia por largo tiempo como es el ejemplo de las pacientes con receptores estrogénicos positivos, en general tiene tratamientos específicos indicados por tiempo determinado. Luego del cual la población puede quedar exclusivamente en vigilancia. Por ello para la estimación de cobertura del sistema público a través del BNDO se efectuó una interrelación entre prevalencia e incidencia. Con la aplicación de esta modalidad el porcentaje de cobertura fue del 32% para esta patología. Esta modalidad de cálculo nos hace estimar una mejor aproximación si tenemos en cuenta que al momento del diagnóstico es cuando más requerirán tratamiento farmacológico. La estimación en el alcance del BNDO para una población con alta posibilidad de curación como es el cáncer de mama impresiona más que el esperado considerando su alta prevalencia e incidencia en la Argentina. Si bien el vademécum cumple con los medicamentos considerados esenciales por la OMS satisfactoriamente, la incorporación de bendamustina y trastuzumab mejoraría el posicionamiento del mismo, concluyendo con una actualización para optimizar su constitución.

Los datos relacionados con el insumo, reflejado en los indicadores de uso, tomando como referencia las recetas de medicación no incluida en el vademécum hasta la presentación de este trabajo, abren temas interesantes para ser abordados en otras investigaciones, por ejemplo: redefinir el alto costo, análisis sobre la demanda y oferta de medicación de alto costo, su modalidad de uso en la práctica oncológica, procedimientos involucrados en los distintos sectores de acceso de la administración pública, análisis de resultados obtenidos con la indicación de los mismos, entre tantos otros.

Teniendo en cuenta que la carga de la enfermedad en nuestro país es elevada, se deben agotar esfuerzos para establecer mecanismos que disminuyan las barreras sociales y geográficas en búsqueda de resultados eficientes y equitativos. Considerando la organización federal de la Argentina y las diferentes necesidades epidemiológicas a lo largo de su extenso territorio tal vez el esfuerzo debiera estar orientado en lograr estrategias con objetivos sanitarios comunes en las diferentes jurisdicciones para generar una mayor articulación entre los distintos sectores que conforman el sistema de salud. La existencia de un programa de provisión de medicamentos oncológicos constituye una estrategia dirigida a superar barreras de acceso a las intervenciones de salud pública y a facilitar la vinculación de grupos vulnerables con los servicios gratuitos de salud. El BNDO tiene un rol significativo en la provisión pública de medicamentos quimioterápicos y los resultados de sus actividades permiten hacer sostenida la importancia de una política dirigida a las clases sociales vulnerables.

Probablemente la información, que este trabajo contiene, colaborará para continuar fortaleciendo esta intervención en el campo del suministro de medicación oncológica dentro del programa de salud argentino. Sin duda se debe continuar orientando los objetivos a la calidad del servicio y a la mejora de la articulación entre sectores involucrados, para lograr un acceso equitativo a todo el que requiere tratamiento oncológico en el sistema público, con disminución de potenciales barreras evitables. La integración de todas las actividades que comprenden el abordaje del paciente oncológico, debiera encauzarse con una mayor articulación de los diferentes niveles del estado como de los servicios asistenciales para hacer más efectivo y equitativo el acceso oportuno y adecuado de los tratamientos requeridos.

Por consiguiente, la experiencia acumulada en esta investigación ofrece información cualitativa y cuantitativa de un sector de suministro de alta sensibilidad social, que puede actuar como un disparador para la concientización del valor de la información tanto para la evaluación de resultados como para establecer estrategias dirigidas a mejorar la calidad de las intervenciones llevadas adelante en salud.

## Referencias

- Alleyne, Georga (2001) La equidad y el futuro por labrar en el campo de la salud Rev Panam Salud Publica vol.10 n.6 Washington
- Borrás José María (2004) Modelo de Trabajo Social en la atención oncológica Trabajo Social del Institut Catalá d'Oncologia
- Brodie DC (1970) Drug Utilization and Drug Utilization Review and Control. Department of Health, Education, and Welfare, National Center for health Services Research and Development, Health Services and Mental Health Administration: Rockville, MD
- Comes, Y., Solitario, R., Garbus, P., Mauro, M., Czerniecki, S., Vázquez, A. & Stolkner, A. (2007). El concepto de accesibilidad: la perspectiva relacional entre población y servicios. Anuario de investigaciones, 14, 00-00.
- Infante (1996) Lineamientos metodológicos para la realización de análisis sectoriales en la salud. Serie de informes técnicos "Economía de la Salud y Medicamentos", N°6. OPS/OMS.
- Management Sciences for Health (2002) La gestión de suministros de medicamentos: selección, compra, distribución y utilización de productos farmacéuticos. 2a. edición. Boston: Management Sciences for Health
- Marracino Camilo (2014). Reflexiones sobre la calidad que se mensura. Academia Nacional de Medicina, Vice-Presidente Sociedad Argentina para la Calidad de la Salud, Director Ejecutivo Programa de Indicadores para la Calidad de Atención Médica.
- Martínez Sagasta, Carlos et al. (2006) Ministerio de Salud de la Nación. Estandarización de los procesos asistenciales. Calidad en la Gestión clínica.
- Olaviaga Sofía y Maceira Daniel (2007) Mapa de actores del sector oncológico en la Argentina: objetivos, estrategias y mecanismos de articulación. CIPPEC
- OMS (2004) Programas Nacionales de Cáncer Políticas y pautas para la gestión. 2da edición OMS.
- OMS (2010) La financiación de los sistemas de salud El camino hacia la cobertura universal.
- Remediar (2013) Evaluación y monitoreo 2013 Accesos a Medicamentos Diversas miradas. Un mismo derecho. Publicación de Evaluación y Monitoreo: 1a ed. Ministerio de Salud de la Nación. Programa REMEDIAR+REDES
- Torres Rubén (2015). Política sanitaria en el país de los argentinos. Reflexiones para el día después. Ediciones ISALUD. 2015