

XI Jornadas de Sociología. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, 2015.

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

Luis Migueles y Irina Dozo.

Cita:

Luis Migueles y Irina Dozo (2015). *ACCESIBILIDAD A MEDICAMENTOS ONCOLÓGICOS. ANÁLISIS COMPARATIVO SEGÚN JURISDICCIÓN DE RESIDENCIA DE LA POBLACIÓN DE COBERTURA ESTATAL, ABORDAJE CUANTITATIVO Y CUALITATIVO. ARGENTINA, 2006-2012. XI Jornadas de Sociología. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-061/260>

*Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.*

**Accesibilidad a medicamentos oncológicos. Análisis comparativo según jurisdicción de residencia de la población de cobertura estatal, abordaje cuantitativo y cualitativo. Argentina, 2006-2012**

Luis Migueles. Ministerio de Desarrollo Social. [lmigueles@intramed.net](mailto:lmigueles@intramed.net)

Irina Dozo. Ministerio de Desarrollo Social. [irinadozo@yahoo.com.ar](mailto:irinadozo@yahoo.com.ar)

**RESUMEN**

Objetivo: Analizar la equidad de uso de medicamentos oncológicos, las percepciones de pacientes y personal del sistema de salud sobre la accesibilidad, y las relaciones explicativas entre ambos. 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: Mendoza presenta una combinación de uso/equidad once veces mayor que Misiones. Existen asimetrías en el nivel de utilización por departamentos. En lo cualitativo, 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. 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.

**PALABRAS CLAVE**

Accesibilidad a los servicios de salud

Equidad

Condiciones sociales

Cobertura de servicios públicos de salud

Cáncer

## INTRODUCCIÓN

Las transiciones demográfica (envejecimiento poblacional) y epidemiológica (reducción de las infectocontagiosas), generan un patrón dominado por las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT). Entre ellas resulta notoria la relevancia del estudio de la inequidad de acceso a los tratamientos oncológicos, ya que el cáncer es la segunda causa de mortalidad en la mayoría de los países del mundo y en especialmente en Argentina. (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 (2)(3). Paralelamente, el diferente desarrollo de las provincias objetivado por sus niveles del Índice de Desarrollo Humano (4) 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 (6) revelando desventajas de la población afroamericana y latina (7), debiendo resaltarse que lo racial puede enmascarar inequidades sociales. Un trabajo sobre nivel socioeconómico y resultados terapéuticos, (8) recomienda terapias menos potentes para grupos socialmente desfavorecidos, argumentando insuficiente capacidad de auto-cuidado, afectando el acceso bajo esa excusa. En nuestro país, se evidencian diferencias de las tasas de mortalidad por cáncer entre regiones, siendo las provincias del noreste y noroeste las más desfavorecidas (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

Se usa una triple aproximación metodológica: en lo cuantitativo, se realizó un estudio poblacional retrospectivo de los niveles de utilización. En lo cualitativo, se evaluaron las percepciones sobre accesibilidad, del personal de salud y de los pacientes. En la combinación de abordajes, se buscaron relaciones explicativas entre ambos aspectos precedentes. La población de cobertura estatal -sin obra social- de la totalidad de las provincias argentinas, conforma el universo. 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). La población del AMBA es provista por el Banco Nacional de Drogas Oncológicas (BNDO) y por el Ministerio de Desarrollo Social (MDS). La accesibilidad a la medicación oncológica fue la variable dependiente, operacionalizada como una variable binomial cuyas categorías son: a) uso;

b) no uso. La variable independiente fue la jurisdicción de residencia; se utilizaron datos oficiales provinciales y nacionales de nivel ministerial y hospitalario. Los denominadores se tomaron datos del INDEC censos 2001 y 2010. Las variables del abordaje cualitativo fueron las percepciones sobre la oportunidad para el acceso en personal de salud y pacientes; se efectuaron entrevistas semi-estructuradas.

## RESULTADOS

### Análisis cuantitativo

En el nivel provincial, Mendoza es la jurisdicción de mayor uso, seguida de manera decreciente por Córdoba, Tucumán, Neuquén, AMBA y Misiones (Tabla 1). Según la inequidad por departamento Mendoza es la menos inequitativa, seguida por Neuquén, Tucumán, Córdoba, AMBA y Misiones. La comparación entre Mendoza y Misiones, revela que la accesibilidad considerando el uso y la inequidad, es once veces superior en la primera.

En el análisis desagregado por departamentos Mendoza (gráfico 1), muestra que el 50% de ellos tiene tasas de uso inferiores a la global de la provincia. El índice de inequidad entre departamentos es el más bajo entre las provincias estudiadas (tabla 1, columna 4).

La situación es distinta en Córdoba (gráfico 2), donde la mayoría de las jurisdicciones departamentales –casi el 80%- tiene tasa de uso menor a la global de la provincia. 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.

Por su parte en Tucumán (gráfico 3), se muestra que siete de dieciséis departamentos -el 44%- tienen un nivel de uso menor 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.

Al analizar la provincia de Neuquén, (gráfico 4) se observa que casi todos los departamentos - 89% del total-, no alcanzan la tasa de utilización provincial. Sin embargo 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.

En el AMBA el análisis por partido revela diferencias importantes (gráfico 5). 17 de 24 jurisdicciones -71% del total- cuentan con un nivel de utilización menor al global del área. El índice de inequidad es el segundo más alto, superado solo por el de Misiones.

La provincia de Misiones (grafico 6) muestra el menor nivel de uso entre las provincias estudiadas en el presente trabajo. De manera similar al AMBA solo 12 de 17 departamentos (71%), tiene uso mayor que el global provincial. Misiones tiene el índice de inequidad más alto (tabla 1).

### Análisis cualitativo

En lo referente al dispositivo de compra-provisión-administración de medicamentos, los informantes de los ministerios provinciales suelen calificar al proceso de compra 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 una 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 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, oscila entre 1 y 90 días según la provincia y el tipo de medicamento, siendo en general mucho mayor para los biológicos (de mayor costo). 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 entrevistados, 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. Algunos 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 los medicamentos a los pacientes muchos entrevistados 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 debido a que de ella depende el inmediato tratamiento del paciente (quimioterapia). 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 hospitales de varias jurisdicciones (Misiones, Mendoza y Tucumán) es llamativo por tratarse de centros 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 es percibida como causa de inequidades: paradójicamente, quienes cuentan con OS son “relegados” porque se da prioridad a los pacientes del sector público. 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 lento 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 del medicamento. En Mendoza se genera una situación de marcada asimetría, 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 salud 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 esto 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.

### Combinación cuanti.cuali

En lo referente a la organización general del circuito, no parece existir relación entre el rendimiento de la provincia y la existencia de un programa específico para cáncer. 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 sobrevida 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. 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. (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 cada paciente, provee recién en 60 días; si bien los pacientes que insisten logran adelantos de entrega, esto depende de las capacidades de reclamo de cada usuario más que del sistema.

El elevado precio de los medicamentos 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, medico, farmacéutico, trabajador social y auditor medico, 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, el MDS provee medicamentos biológicos. Ambas brindan cobertura en el AMBA, pero de manera despareja 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 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 de administración, integrando al el sector privado.
- Financiar el traslado de pacientes de localidades lejanas para la administración de QMT.
- 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. .
- Proporcionar el 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.
- Fortalecer el plantel de enfermería especializada y de médicos oncólogos.

## RELEVANCIA PARA LA INVESTIGACIÓN EN SALUD

- El abordaje metodológico mixto se visualiza como adecuado y con ventajas respecto de los estudios cuantitativos para el estudio de problemas de accesibilidad.

## 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\\_INDH\\_2010.pdf](http://hdr.undp.org/en/reports/national/latinamericathecaribbean/argentina/Argentina_INDH_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 - n° 10, p 30-36.
19. Maceira, D. Cómo fortalecer las redes de servicios de salud. El caso de Salta. CIPECC. Disponible en <http://www.itaes.org.ar/biblioteca/3-2011/ITAES-3-2011-informe.pdf>

**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	Índice de uso*	Cociente entre provincias de índice de uso más alto y más bajo (Mendoza-Misiones)	Índice de inequidad**	Cociente entre las provincias con índice de inequidad más alto y más bajo (Misiones-Mendoza)	Índice combinado de uso e inequidad***	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	2.6	5.28	4.4	1.6	11.3	0.824
Neuquén	5.6		3.6		1.6		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 Sifa 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

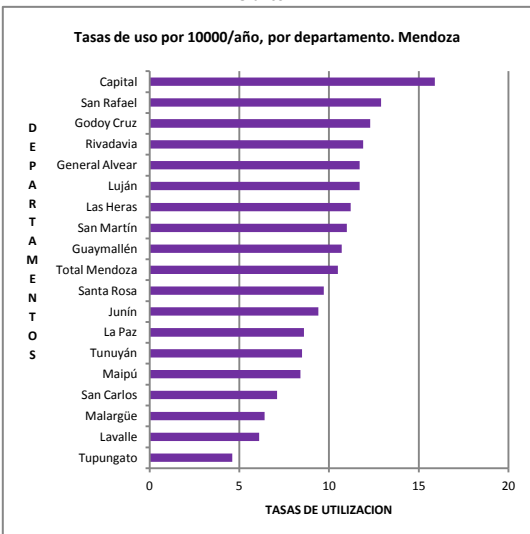


Grafico 2

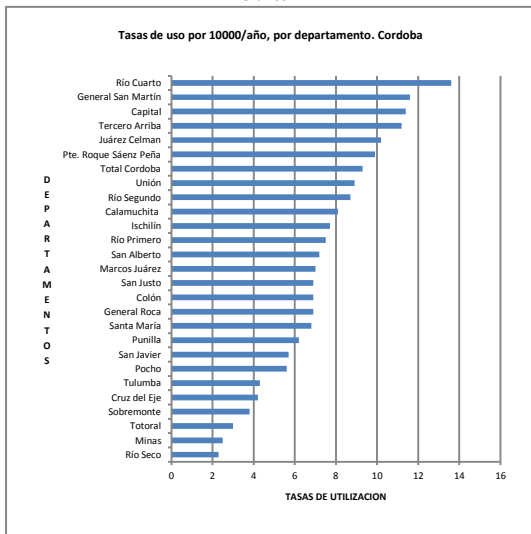


Grafico 3

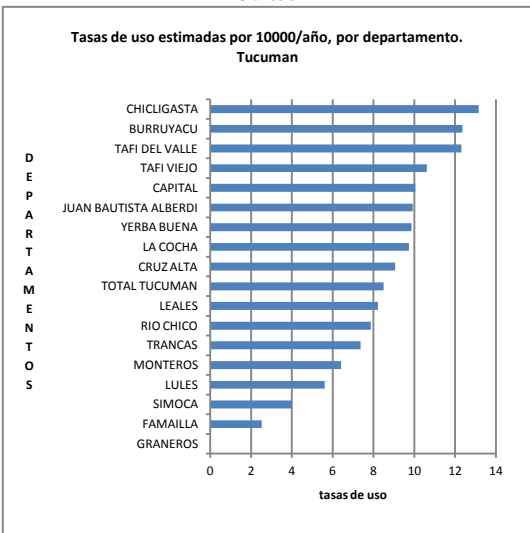


Grafico 4

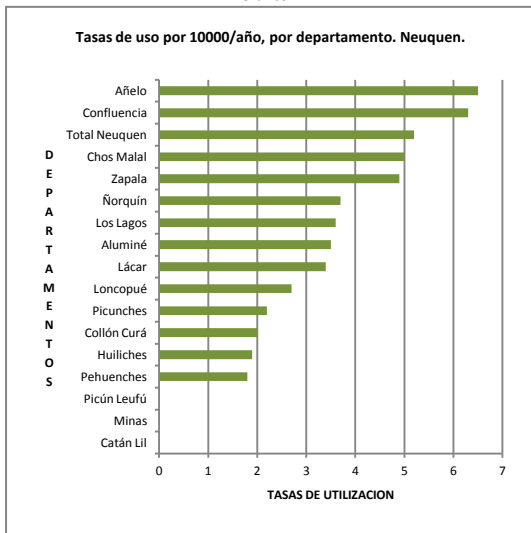


Grafico 5

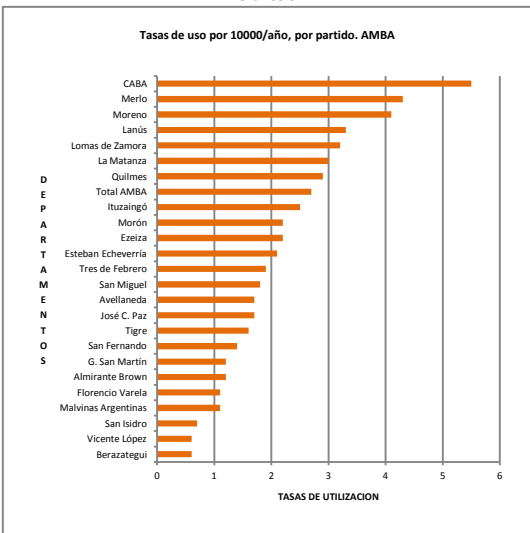


Grafico 6

