



Artículo Original

**CAMBIO PARA OPTIMIZAR LA CALIDAD
DE LAS PRESTACIONES DEL PROGRAMA ONCOLOGICO PROVINCIAL**

Dra. Mónica Levin

Directora Técnica del Programa Oncológico Provincial.

Programa Oncológico Mendoza.

Correo electrónico de contacto: levin_monica@hotmail.com

RESUMEN

Considerando el alto costo farmacológico de los tratamientos oncológicos actuales y de los anticuerpos monoclonales pautados para diferentes terapias que están apareciendo y que serán prácticamente lo único que se use en el futuro para diferentes diagnósticos, el Programa Oncológico Provincial cubre sin cargo alguno las necesidades de los pacientes atendidos en Hospitales Estatales, cumpliendo una función social, dispensando los medicamentos solicitados por el médico tratante, en forma confiable, segura, y con equidad para recibir el tratamiento adecuado en el momento oportuno.

Los recursos que pueden ser destinados al gasto farmacéutico son limitados, por lo que es necesario racionalizar el consumo y priorizar en la asignación de estos recursos a las opciones que presentan mayores ventajas económicas, basada en mantener una mejor relación costo/beneficio, repercutiendo de manera directa en los enfermos y en la sociedad en general.

En este trabajo, se analiza el sistema de adquisición de drogas oncológicas usado por el Programa Oncológico Provincial realizando una comparación entre el sistema de compras original y el adoptado por el Programa en el año 2005. Se evalúa el periodo 2001-2007, en base a diversos indicadores y datos estadísticos, para determinar si ha mejorado la calidad de las prestaciones, si ha disminuido la demanda contenida y si se ha logrado mejorar la relación costo / beneficio, controlando así el gasto sanitario global lo que constituiría una inversión rentable para el sistema de salud.

Los resultados indican que el nuevo sistema adoptado por el Programa Provincial de Oncología ha mejorado la provisión de medicamentos y garantiza mayor calidad en las prestaciones, pero estos resultados pueden ser superados. También muestra la gravedad del problema de la utilización de los nuevos fármacos monoclonales.

Palabras claves: equidad, sistema de adquisición, calidad, demanda contenida, anticuerpos monoclonales.

ABSTRACT

In view of the high pharmacological cost of today's oncology treatments and of monoclonal antibodies necessary for different emerging therapies --which will eventually become the only treatment used in the future-- the *Programa Oncológico Provincial* (Provincial Oncology Program) meets the needs of patients attending State Hospitals free of charge. The program thus fulfills a social function because it delivers the medicine prescribed by treating doctors in a reliable and safe manner while it serves the goal of fairness by offering patients appropriate treatment at the right time.

The resources that can be destined to pharmaceutical expenses are limited, so it becomes necessary to rationalize the consumption of medicines and to prioritize the assignment of these resources to options that offer the greatest economic advantages based on the best cost/benefit relationship. This has a direct effect on patients and on the society at large.

In this work, the system used by the *Programa Oncológico Provincial* for the purchase of oncological drugs is analyzed by comparing the original purchasing system and the one adopted by the Program in 2005. The 2001-2007 period is assessed on the basis of different indicators and statistical data in order to determine if the quality of the service has improved, if the pent-up demand has decreased and if the cost/benefit relationship is better than it used to be. This control on the global health expense should constitute profitable investment in the health system.

Results indicate that the new system implemented by the *Programa Provincial de Oncología* has improved the provision of medicine while securing a better quality in

the services rendered. However, there is still room for improvement. The study also shows the serious problem posed by the use of new monoclonal pharmacology.

Key words: fairness, purchasing system, quality, pent-up demand, monoclonal antibodies.

Introducción

Hasta 1990, en la Provincia de Mendoza no existía una cobertura desde el Estado para el paciente oncológico, lo que ha significado una falta de equidad y oportunidad de tratamiento y curación de muchos individuos dejando esta posibilidad solo para aquellos que tenían capacidad económica o cobertura de obra social.

En 1990 se eleva un anteproyecto de ley que considera:

1. Toda la población de la provincia que no tuviera una cobertura adecuada debía ser considerada como indigente para la especialidad.
2. El acceso de pacientes oncológicos solamente a los medicamentos no significa tener posibilidad de tratamiento, por lo que el Programa Oncológico Provincial debe ofrecer otros servicios complementarios.
3. Siendo la Oncología Clínica, una especialidad en permanente transformación y con alto consumo de tecnología, el Programa Oncológico Provincial debía incluir este tipo de prestaciones.

Estos aspectos fundamentales han sido contemplados en la Ley 5579/90 y su reglamentación la cual establece que el mecanismo de financiación provendrá de un 3% de la Lotería Combinada, y posteriormente, en una modificación del año 1992, se agregó otro 3% de Quini 6. Actualmente el financiamiento está contemplado por la Ley de Presupuesto y hay una transferencia de fondos del Instituto de Juegos y Casinos de la Provincia.

La Asociación Cooperadora del Hospital Central administra los recursos del Programa Oncológico Provincial, que forma parte de la Dirección de Programas Complejos del Ministerio de Salud de la Provincia de Mendoza.

Se han desarrollado varias acciones y se han adoptado diferentes políticas para tratar de conseguir disminuir los precios de los citostáticos, manteniendo su calidad, y lograr cubrir en su totalidad los tratamientos con los recursos asignados, que siempre

resultan escasos ⁽¹⁾. Sin embargo no se ha investigado la evolución de los resultados de las acciones y políticas adoptadas durante los últimos cinco años.

Hasta agosto de 2005 la forma de adquirir los medicamentos era por concurso privado de precios, donde la mayoría de los oferentes eran droguerías que ofrecían productos genéricos. Los laboratorios con productos originales no se presentaban ya que no podían competir con los precios de los genéricos. ⁽²⁾

En setiembre del 2005 se firma el Convenio entre la Asociación Cooperadora del Hospital Central, el Ministerio de Salud de la Provincia de Mendoza y la Agrupación de Colaboración Empresaria (ACE) para la provisión de medicamentos oncológicos.

La Agrupación de Colaboración Empresaria (ACE), conformada por laboratorios productores de especialidades medicinales de uso y aplicación en medicina humana, en los segmentos de oncología y tratamientos especiales, son proveedores de citostáticos desde el año 1997 a importantes obras sociales del país. ⁽³⁾

A partir del año 2001, debido a la crisis económico-financiera ocurrida en Argentina, la cantidad de pacientes atendidos en el Programa aumentó debido a que muchos individuos quedaron desempleados, sin obra social, y comenzaron a atenderse en Hospitales Estatales. Aparte, el costo de los medicamentos oncológicos aumentó hasta llegar a triplicar su valor anterior.

Por otro lado, desde el año 2006, se han iniciado nuevas modalidades terapéuticas para combatir el cáncer. La profundización de los conocimientos biológicos, han permitido enfocar de una manera más racional los tratamientos oncológicos.

Bajo la denominación de “nuevos blancos terapéuticos” han surgido una serie de fármacos que actúan bloqueando genes y factores de crecimiento tumoral, e inhibiendo la formación de vasos sanguíneos (angiogénesis) y procesos metabólicos esenciales para el crecimiento del tumor. Muchos de estos fármacos, que muestran

los indicios de lo que vendrá a corto plazo, obtienen respuestas objetivas y tasas de supervivencia superiores a los tratamientos tradicionales. ⁽⁴⁾

Desde el punto de vista médico-asistencial la situación es más que auspiciosa, pues pueden obtenerse respuestas que los pacientes no lograrían con los tratamientos estándar. Sin embargo esta situación plantea problemas económicos, éticos y legales. ⁽⁵⁾

Los altísimos costos de los fármacos en cuestión obligan a descubrir otras prestaciones para hacer frente a los nuevos gastos. En la práctica los diferentes sistemas restringen la provisión del medicamento citado en desmedro de la salud de quien debería recibir el tratamiento.

En lo referente al problema ético, el médico tratante se debate entre indicar el nuevo tratamiento, con la indicación aprobada, y recibir la presión de auditorías y directivos del sistema de salud para que no lo haga, pues no se puede financiar. Además de una situación de conciencia, el médico piensa en los riesgos de perder su trabajo si lo prescribe y de recibir un juicio (de parte del paciente) si no lo hace.

El aspecto legal es al que recurren muchos pacientes para obtener la medicación indicada a través de amparos judiciales o juicios por abandono de persona por no proveer la medicación que correspondía.

Ante este panorama nos podemos preguntar:

1. ¿Qué posibilidades de ser sostenible en el tiempo tendrá el Programa Oncológico Provincial para ayudar a tanta gente indigente y cubrirles oportunamente sus tratamientos?
2. ¿Podrá el Estado garantizar el futuro de esta política de salud?
3. ¿Qué hacer respecto del creciente costo de la tecnología médica y de los medicamentos?
4. ¿Están bien asignados los escasos recursos disponibles?

5. ¿Justifica el ahorro en los costos, la menor efectividad del medicamento más barato? (Costo-utilidad)
6. ¿Cómo se decide si el incremento en efectividad merece el precio extra que se paga por este medicamento más caro?
7. Entre dos medicamentos con eficacia demostrada para una misma indicación ¿cual utilizar? (Protocolización)

Material y métodos

Este es un estudio no experimental, longitudinal, prospectivo y retrospectivo, dedicado al análisis de la eficacia de la aplicación del Programa Oncológico Provincial de la provincia de Mendoza.

- Los datos cuantitativos fueron obtenidos a través del análisis de los archivos institucionales del Programa Oncológico Provincial, que es la fuente primaria, entre los años 2001 y 2007.

- Para los datos cualitativos se utilizó la base de datos del Programa Oncológico Provincial que contiene información sobre:

- ✓ datos del beneficiario: nombre y apellido, sexo, edad, domicilio, diagnóstico, médico tratante, Hospital donde se atiende, fecha de diagnóstico, protocolo al cual ingresa, drogas solicitadas por superficie corporal.

- ✓ número de remito

- ✓ datos del medicamento: denominación común internacional, forma farmacéutica, número de unidades, concentración, costo, etc.

Se evaluó en forma cualitativa y cuantitativa el sistema de gestión, provisión, dispensación y utilización de drogas oncológicas del Programa teniendo en cuenta lo siguiente:

- Grado de cobertura de tratamientos de quimioterapia.

- Calidad de los medicamentos prescritos.
- Tiempo en la provisión y dispensación de los medicamentos.
- Adherencia de los pacientes al tratamiento.
- Trazabilidad de los productos
- Método “Just in time”

TRAZABILIDAD⁽⁶⁾:

Se entiende como trazabilidad aquellos procedimientos preestablecidos y autosuficientes que permiten conocer el histórico, la ubicación y la trayectoria de un producto o lote de productos a lo largo de la cadena de suministros en un momento dado, por medio de unas herramientas apropiadas, permitiendo reconstruir la historia, recorrido o aplicación de un determinado producto, identificando:

- El origen de sus componentes
- La historia de los procesos aplicados al producto
- La distribución y localización después de su entrega.

Al contar con esta información es posible entregar productos definidos, con la garantía de conocer con certeza el origen y la historia del mismo. El concepto de trazabilidad está asociado, sin duda, a procesos productivos modernos y productos de mayor calidad y valor para el cliente final.

La tecnología disponible para el Programa, permite rastrear con precisión el camino que recorrió un producto en la cadena productiva y de comercialización.

CALIDAD; PROVISIÓN Y DISPENSACIÓN:

Se puede identificar cada producto de manera unívoca.

Esta identificación única permitió el seguimiento individual de cada producto desde el momento de la compra / pedido hasta la entrega al paciente.

Cada producto fue etiquetado con las etiquetas de alta seguridad definidas para este sistema, con el logo preimpreso del operador logístico. Los medicamentos fueron identificados con un número de identificación único, impreso con códigos de barras.

Cada actor de la cadena de distribución de medicamentos Oncológicos y Tratamientos Especiales, informó cada cambio de estado, de los medicamentos en relación al movimiento de mercadería, asociación a recetas, devoluciones, anulaciones, y los documentos asociados.

METODO JUST IN TIME ⁽⁷⁾:

La sigla **JIT** se corresponde a la expresión anglosajona “Just in Time”, cuya traducción podemos denotar como “Justo a Tiempo”. Y precisamente la denominación de este método productivo nos indica su filosofía de trabajo: “las materias primas y los productos llegan justo a tiempo, bien para la fabricación o para el servicio al cliente”.

El método productivo JIT surge en empresas japonesas, y lo hace principalmente como una posible solución a uno de los mayores problemas subyacentes de la nación nipona: el ahorro de espacio, y utiliza la reducción de “desperdicios”(es decir de todo aquello que no se necesita en el preciso momento) y la eliminación de la carga que supone los grandes lotes almacenados en los inventarios con el riesgo de que los productos se vuelvan obsoletos. Así, lo primero que nos llama la atención es la cuantiosa reducción de los costos de inventario, desembocando en una mejor producción, una mejor calidad, etc.

El JIT no es un medio para conseguir que los proveedores hagan muchas entregas y con absoluta puntualidad para no tener que manejar grandes volúmenes de existencias o componentes comprados, sino que es una filosofía de producción que se orienta a la demanda.

El JIT tiene 4 objetivos esenciales:

Poner en evidencia los problemas fundamentales. La solución JIT es usar el sistema de fabricación (“Pull”), literalmente “tirar”, fabricación en flujo continuo en el que se produce porque se vende. Tiende a:

- **Eliminar despilfarros.** Reduciendo stocks al máximo, lo que produce un importante impacto económico.
- **Buscar la simplicidad.** Se eliminan las rutas complejas de flujo de material y se buscan líneas de flujo más directas.
- **Diseñar sistemas para identificar problemas.** Con los sistemas de arrastre/Kanban se sacan los problemas a la luz. Kanban, en japonés significa “registro visible”. Es un elemento del JIT para el suministro de lotes mediante un sistema de etiquetas. Se reponen los productos a medida que se consumen.

Resultados

La población beneficiada fueron los pacientes oncológicos de la Provincia de Mendoza, que no poseían obra social y que fueran atendidos en hospitales estatales.

En la Tabla 1 se puede observar cómo ha ido aumentando la cantidad de pacientes atendidos año tras año. Respecto a la “cantidad de recetas”, entre 1999 y 2005 se aprecia un importante incremento, ya que ésta refleja la cantidad de veces que los pacientes han sido atendidos por mes para llegar a completar una misma receta, prueba de la demanda contenida.

En 2006 la cantidad de recetas es elevada debido a que se ha podido cubrir los ciclos de quimioterapia cada 21 – 28 días en su totalidad.

Tabla 1

CANTIDAD DE PACIENTES ATENDIDOS (ANÁLISIS AÑOS 1999 AL 2006)

AÑO	Nº Pacientes atendidos	Cantidad de recetas
1999	5371	6150
2000	6102	7101
2001	6545	8259
2002	7084	9732
2003	7811	10750
2004	7887	11078
2005	7502	10896
2006	7340	11135

El convenio que liga a la ACE Oncológica con la Asociación Cooperadora del Hospital Central para efectuar la provisión de productos oncológicos al Programa Oncológico de la Provincia de Mendoza fue firmado en 2005.

Fue renovado en el 2006 y en el 2007 por el término de un año e incorporando en una de sus cláusulas la provisión de monoclonales.

El convenio funciona con un stock en la sede del Programa y con reposiciones diarias efectuadas por el operador logístico designado por la ACE Oncológica.

Estas entregas se realizan sin cargo adicional para el Programa contemplando todos los elementos de seguridad disponibles en el mercado, y lógicamente los que hacen al tipo de productos alcanzados por este convenio, a saber: cadena de frío, logística propia de productos medicinales, seguro de transporte, seguro de depósito y custodia (en el caso de productos de muy alto costo).

La concentración de estos pedidos en la ACE oncológica también favorece la financiación de estos productos, ya que son los mismos productores los que financian el sistema, consiguiendo plazos de pago favorables para el agente de salud.

En pos de maximizar el beneficio para los pacientes, las entregas realizadas por la ACE oncológica garantizan que los productos provienen de sus reales productores, minimizando cualquier situación de conflicto por utilización de medicamentos que no cumplen con las condiciones sanitarias exigidas. Uno de los elementos utilizados para cumplir con esto fue la “trazabilidad”.

Tabla 2

Periodo	Cantidad pacientes	Cantidad recetas	Costo total*	Costo paciente*	Costo receta*
2004/2005	628,00	898,92	268521,30	428,87	300,83
2005/2006	608,00	901,67	523397,91	858,62	581,41
2006/2007	575,00	854,75	599394,77	1049,61	709,63

* Costos a sus valores nominales

Realizando una comparación entre los períodos que figuran en la tabla se deduce que no ha habido variación significativa en la cantidad de pacientes atendidos ni en la cantidad de recetas.

Cabe destacar que hasta Setiembre de 2005, las recetas no se cubrían en su totalidad por lo que el ítem “cantidad de recetas” en el período 2004/2005 representa las veces que los pacientes tenían que regresar al Programa hasta lograr completar una receta.

Al poner en marcha el convenio con la industria farmacéutica disminuyó la demanda insatisfecha ya que se comienzan a cubrir las recetas completamente y de primera instancia (periodos 2005/2006 y 2006/2007)

Respecto a los costos, comparando el período 2004/2005 con el 2005/2006, aumentó en un 95 % el costo total, en un 100 % el costo / paciente y en un 93 % el costo / receta.

Realizando la misma comparación en los períodos 2005/2006 y 2006/2007, el incremento del costo total fue solo de un 14,5 % mientras que la variación de costo / paciente y costo /receta fue del 22 % respectivamente. Estos incrementos obedecen a que se comienzan a entregar drogas originales de mayor calidad, provenientes de laboratorios de prestigio internacional, dejando de lado los productos genéricos. ⁽⁸⁾

FUNDAMENTO DEL GASTO DE MEDICAMENTOS ONCOLOGICOS

PRESUPUESTO 2008

PROGRAMA ONCOLOGICO DE LA PROVINCIA DE MENDOZA

TRATAMIENTOS ONCOLÓGICOS EN LOS QUE SE PUEDEN UTILIZAR MONOCLONALES (AÑO 2008) (COSTOS A SUS VALORES NOMINALES)

Las cantidades de envases mencionados a continuación corresponden a un solo ciclo de tratamiento. Los ciclos se repiten cada 21- 28 días, durante 6 meses habitualmente.

1- Ca de pulmón no a pequeñas células (Avanzado)

PLAN A	
Cisplatino 1 FA 50 mg x 3 días	\$ 322,00
Etoposido 2 FA 100 mg x 3 días	\$ 353, 94
Total	\$ 675,94
PLAN B	
Cisplatino 1 FA 50 mg x 3 días	\$ 322,00
Cisplatino 1 FA 10 mg x 3 días	\$ 78,06
Vinorelbine 1 FA 50 mg x 2 días	\$ 674,42
Total	\$ 1.074,48
PLAN C	
Cisplatino 3 FA 50 mg	\$ 322,00
Paclitaxel 3 FA 100 mg	\$ 2.197,71
Total	\$ 2.519,71

PLAN D	
Ciclofosfamida 2 FA 1000 mg	\$ 36,80
Doxorrubicina 2 FA 50 mg	\$ 335,54
Vincristina 3 FA 1 mg	\$ 44,94
Total	\$ 417,28

SEGUNDA LINEA

PLAN A	
Docetaxel 2 FA 80 mg	\$ 2.439,86
Docetaxel 2 FA 20 mg	\$ 608,42
Total	\$ 3.048,28
PLAN B	
Etoposido oral 50 mg 2 envases x 20 caps.	\$1.070,48
PLAN C	
Vinorelbine 1 FA 50 mg	\$ 337,21

MONOCLONALES

Erlotinib (Tarceva) 150 mg 1 envase x 30 comp.	\$ 9.828,80
Gefitinib (Iressa) 250 mg 1 env x 30 comp	\$ 5.404,80

2- Ca de colon y recto (metastásico)

PLAN A	
Fluorouracilo 2 FA 500 mg x 4 semanas	\$ 48,36
Leucovorina 1 FA 50 mg x 4 semanas	\$ 335,72
Oxaliplatino 1 FA 100 mg días 1 y 15	\$ 1079,54
Oxaliplatino 1 FA 50 mg días 1 y 15	\$ 847,90
Total	\$ 2.941,52

PLAN B	
Fluorouracilo 2 FA 500 mg x 4 semanas	\$ 48,36
Leucovorina 1 FA 50 mg x 4 semanas	\$ 335,72
Irinotecan 2 FA 100 mg x 4 semanas	\$ 4.840,72
Total	\$ 5.224,80

MONOCLONALES

Raltitrexida (Tomudex) 3 FA 20 mg	\$ 990,63
Cetuximab (Erbix) 23 fA 100 mg	\$ 30.091,13
Bevacizumab (Avastin) 2 FA 400 mg y 1 FA 100 mg	\$ 14.526,73

3- Tumores carcinoides

PRIMERA LINEA

Fluorouracilo 500 mg 2 FA x 3 días	\$ 47,96
Doxorrubicina 50 mg 2 FA	\$ 335,54
Ciclofosfamida 1000 mg1 FA	\$ 18,40
Total	\$ 401,90

SEGUNDA LINEA

Mitoxantrona 20 mg 2 FA	\$ 322,38
-------------------------	-----------

MONOCLONALES

Octreotide (Sandostatin Lar) 30 mg	\$ 5.340,24
-------------------------------------	-------------

4- Leucemia mieloidea crónica

PRIMERA LINEA

Busulfano 2 mg 1 envase x 25 comp.	\$ 42,32
Hidroxiurea 500 mg 1 env. X 100 caps.	\$ 146,97
Interferon 3 mUI 2 FA x día	\$ 1.109,10
Total	\$ 1.298,39

FASE ACELERADA O EN CRISIS BLÁSTICA (Monoclonal)

Imatinib (Glivec) 400 a 600 mg x dia

1 env. 400 mg x 30 comp. \$ 6.286,22

1 env- 100 mg x 180 comp. \$ 9.429,33

5- Mesotelioma

PLAN A	
Doxorrubicina 10 mg	\$ 37,43
Doxorrubicina 50 mg	\$ 167,77
Cisplatino 10 mg	\$ 26,02
Cisplatino 50 mg	\$ 107,34
Total	\$ 338,56
PLAN B	
Mitomomicina 20 mg	\$ 289,21
Cisplatino 10 mg	\$ 26,02
Cisplatino 50 mg	\$ 107,34
Bleomicina 15 mg	\$ 67,34
Total	\$ 489,91
PLAN C	
Ifosfamida 1 g	\$ 61,68
Mesna 200 mg	\$ 77,62
Doxorrubicina 10 mg	\$ 37,43
Doxorrubicina 50 mg	\$ 167,77
Total	\$ 344,50

MONOCLONALES

Pemetrexed (Alimta) 500 mg 2 FA \$ 7357,58

6- Leucemia linfática aguda

Con requerimiento de L-Asparaginasa \$ 377,32

MONOCLONALES

Hipersensible Peg-Asparaginasa \$ 9370,96

7- Linfoma cutáneo de células T

Interferon 5mUI 12 FA por mes x 6 meses \$ 606,12

MONOCLONALES

Bexaroteno (Targretin) 75 mg x 100 comp. \$ 8700,38

8- Mieloma múltiple

Talidomida 100 mg envase x 100 comp- \$ 190

MONOCLONALES

Bortezomib (Velcade) 4 FA \$ 23643,16

COSTO GLOBAL

- A continuación se puede apreciar el **costo global** por mes, a sus valores nominales, de algunas patologías, por ciclo de tratamiento, teniendo en cuenta que si se produce progresión de enfermedad los costos se elevan notablemente.

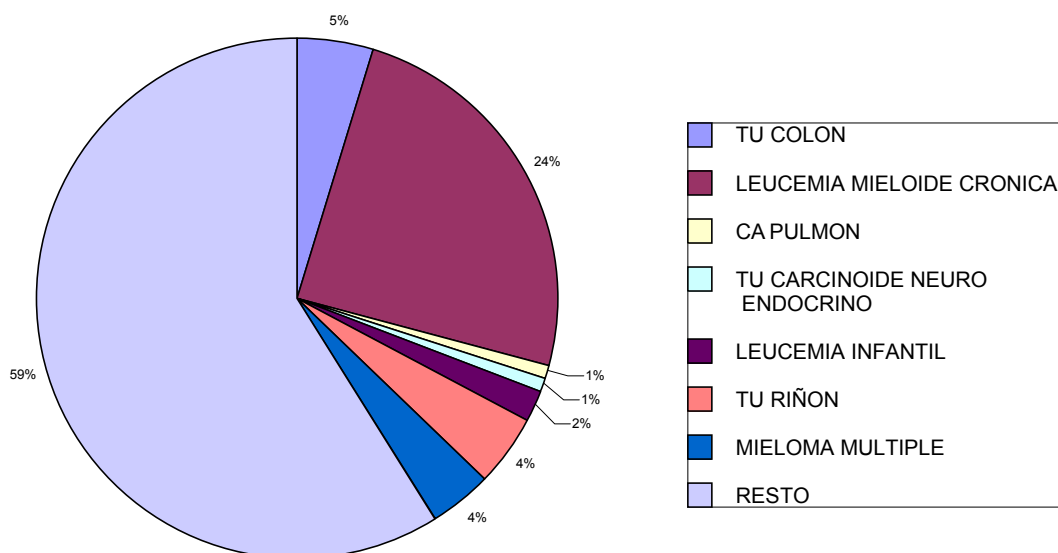
Diagnóstico	Primeras líneas anteriores	Primeras líneas actuales	Con monoclonales (algunos utilizados en primera línea)
CA de pulmón	\$ 676	\$ 2520 a \$ 3048	\$ 9829
CA de colon y recto (metastático)	\$ 500	\$ 3000 a \$ 5000	\$ 14527 a \$ 30091
Carcinoides	\$ 402		\$ 5340
Mieloma múltiple	\$ 200		\$ 23650

Al renovarse el convenio en cuestión, en Setiembre del 2006, se incorporaron productos monoclonales, cuyos precios han ido variando ligeramente, y de allí surge esa variación en los costos. Ver Figuras N° 1 a 4.

Los precios del resto de los citostáticos, para las quimioterapias tradicionales, no han variado. Se mantiene, hasta el día de hoy, la misma lista de precios que cuando comenzó este convenio en Setiembre de 2005.

FIG N° 1

RELACION % DIAGNÓSTICOS TRATADOS CON MONOCLONALES

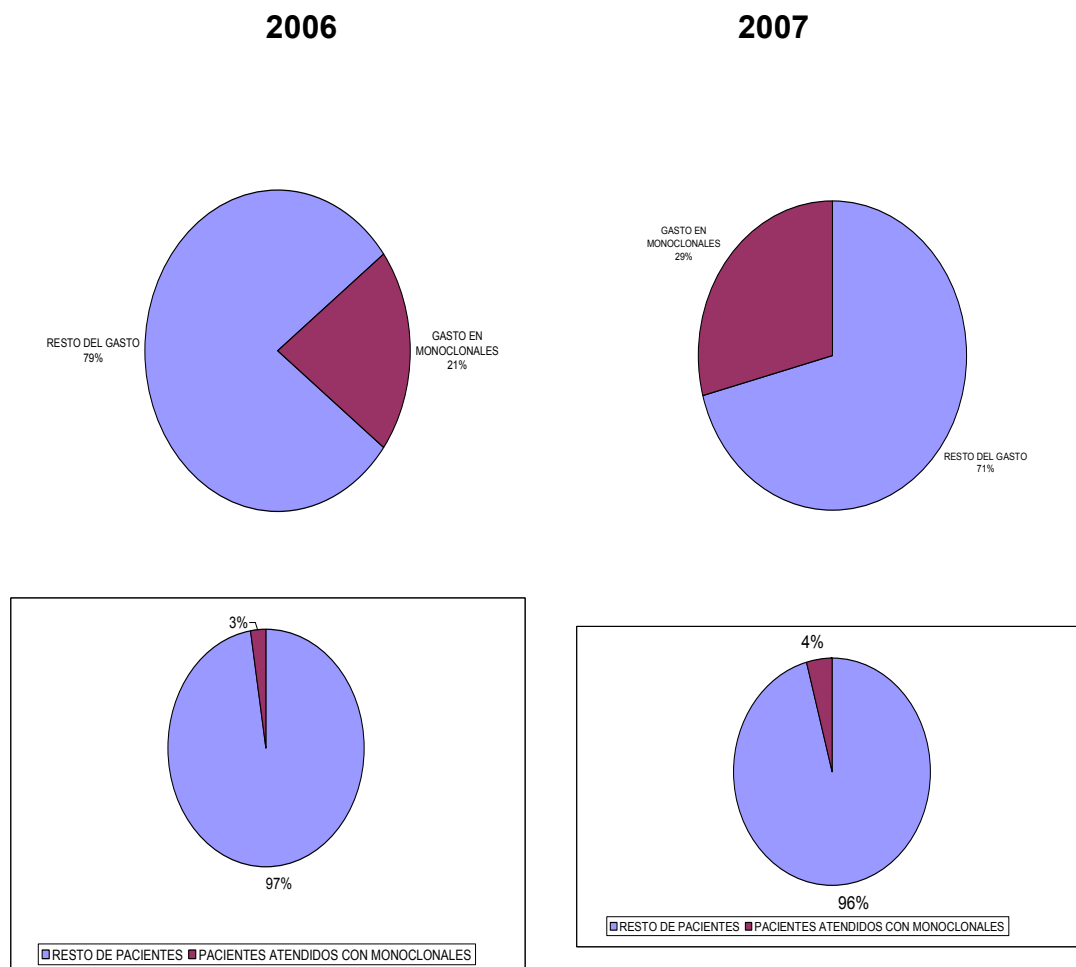


La figura N°1 demuestra que, de los diagnósticos tratados con monoclonales en el año 2007, el 24% corresponde a Leucemia Mieloide Crónica, y en menor porcentaje, cáncer de colon, cáncer renal, mieloma múltiple y otros.

Fuente: Programa Oncológico Provincial

FIG N° 2

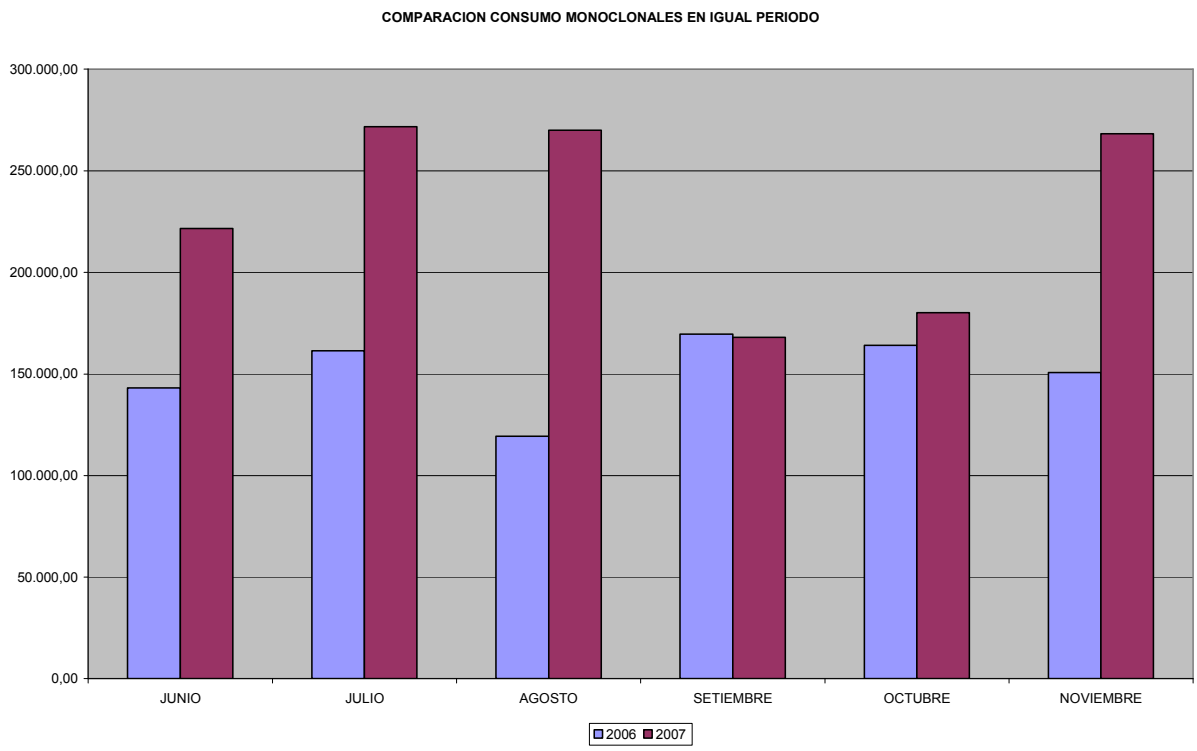
RELACION GASTO PACIENTE



En la figura N°2 se observa que en el año 2006 , si bien el gasto en monoclonales representó un 21% del total, benefició solamente al 3% de los pacientes y en el año 2007, el gasto representó un 29% del total y benefició solamente al 4 % de los pacientes.

Fuente: Programa Oncológico Provincial

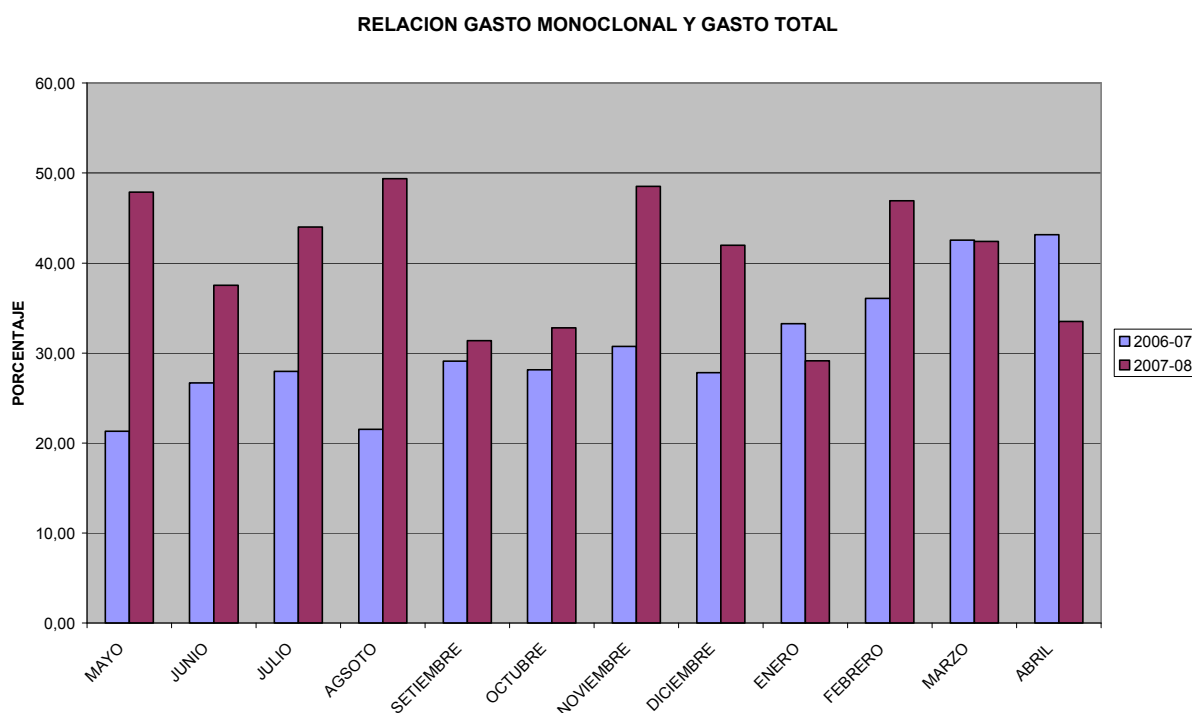
FIG Nº 3



En la figura Nº3 se muestra un claro aumento de la utilización de monoclonales en el año 2007 en 4 de los 6 meses consignados.

Fuente: Programa Oncológico Provincial

FIG N° 4



En la figura N°4 se realiza una comparación de los períodos 2006-2007 con 2007-2008 y se observa que el porcentaje del gasto en monoclonales se incrementó en 9 de los 12 meses ilustrados por las columnas.

Fuente: Programa Oncológico Provincial

Discusión

El Programa Oncológico Provincial cubre actualmente las necesidades de los pacientes atendidos en Hospitales Estatales, cumpliendo una función social, dispensando los medicamentos solicitados por el medico tratante, en forma confiable, segura, y con equidad para recibir el tratamiento adecuado en el momento oportuno.

Para poder cumplir con la función del Programa Oncológico Provincial se trabaja en forma multidisciplinaria: médicos, farmacéuticos, licenciados en administración y gestión, contadores, etc.

El resultado esperado fue la cobertura del tratamiento de los pacientes por el Programa Oncológico Provincial con:

- Productos de calidad, disminuyendo los efectos colaterales y obteniendo el efecto medicamentoso deseado (eficiencia y eficacia)
- Disponibilidad del medicamento para una entrega oportuna
- Equidad en el tratamiento, igualdad de oportunidades
- Disminución de la demanda contenida
- Uso racional del medicamento, basado en las necesidades del paciente

El impacto esperado fue:

- Mejorar la atención en salud contribuyendo a los procesos de desarrollo socio económico a nivel local
- Disminución de la demanda contenida
- Mejorar el nivel de gestión organizativo-institucional, con control de gastos
- Obtener mejoras en la calidad de las prestaciones del Programa Oncológico Provincial

Con la puesta en marcha del convenio con la industria farmacéutica, se ha logrado el resultado esperado para la cobertura del tratamiento de los pacientes por el Programa Oncológico Provincial con:

- Productos de calidad.
- Disponibilidad del medicamento para una entrega oportuna
- Equidad en el tratamiento, igualdad de oportunidades
- Disminución de la demanda contenida
- Uso racional del medicamento, basado en las necesidades del paciente.
- Se ha logrado algún tipo de responsabilidad compartida o “pacto de sostenibilidad” entre el pagador (sector público) y el productor (la industria farmacéutica) para que los presupuestos sanitarios puedan asumir la nueva situación.

- Se ha favorecido la financiación de estos productos, ya que son los mismos productores los que financian el sistema, consiguiendo plazos de pago favorables para el agente de salud.
- Se han aprovechado los beneficios del Just in Time y de la Trazabilidad, lo que produce un importante impacto económico-financiero.

Los beneficios aportados por la trazabilidad fueron ⁽⁹⁾ ⁽¹⁰⁾

- Certeza en la entrega del producto correcto
- Detección de fraudes y robos
- Transparencia en la cadena de distribución en todas sus etapas
- Facilita la auditoría
- Reduce factores de riesgo para el paciente
- Mejora la eficiencia y reduce costos
- Controlando y auditando las recetas, las etiquetas, la recepción y despacho de productos aumentaron exponencialmente los niveles de seguridad.
- Se dificulta el robo y posterior distribución de productos identificados, ya que todos los integrantes de la cadena mejoran sus niveles de seguridad.
- Dificulta falsificaciones.
- Se limita el reingreso al sistema de productos desviados reduciendo el factor “riesgo de vida”.

Los beneficios derivados de la aplicación del “Justo a Tiempo” fueron ⁽⁹⁾ ⁽¹⁰⁾

- Disminuyen las inversiones para mantener el inventario.
- Aumenta la rotación del inventario.
- Reduce las pérdidas de material.
- Mejora la productividad global.
- Bajan los costos financieros.
- Ahorro en los costos de producción.

- Menor espacio de almacenamiento.
- Se evitan problemas de calidad, problemas de coordinación, proveedores no confiables.
- Obtención de pocos desperdicios
- Toma de decisiones en el momento justo.
- Cada operación produce solo lo necesario para satisfacer la demanda.
- No existen procesos aleatorios ni desordenados.
- Los componentes que intervienen en la producción llegan en el momento de ser utilizados.

Conclusiones

El sistema nuevo adoptado por el Programa Provincial de Oncología ha mejorado la provisión de medicamentos y garantiza mayor calidad en las prestaciones, pero los resultados pueden ser superados.

Respecto a la provisión de fármacos monoclonales, los cuales tienen muy alto costo, se comprobó que en el momento actual no hay una política general. La situación se debate en forma individualizada, aprobando o negando el tratamiento, según el caso. Todo esto implica riesgos éticos y legales para el médico tratante, el médico auditor, etc. Por otro lado, si se aprueban todas las prescripciones se pone al borde del colapso el sistema de salud vigente.

Existe una necesidad clara de realizar estudios citogenéticos antes de cualquier posible tratamiento con anticuerpos monoclonales. Los resultados de dichos estudios podrían ser usados como factor predictivo de resistencia a dichos anticuerpos, lo que permitiría identificar cuál tratamiento será más beneficioso para el paciente. Sería una forma de aplicar terapias personalizadas.

¿Qué hacer? Resulta imprescindible la intervención de la autoridad sanitaria y la participación de un Comité de bioética para dar una solución a este grave problema,

que como la terapéutica, está en sus inicios. Esta temática será objeto de investigación en trabajos posteriores.

Referencias Bibliográficas

1. Soto Álvarez, J. Estudios de fármaco economía: ¿Por qué, cómo, cuándo y para qué? En cuadernos “Hablemos de... fármaco economía”. Vol11-num.:3-Marzo 2001. MEDIFAM 2001;11:147-155
2. Politi, P., Genéricos en oncología en www.salud.bioetica.org/genericos, Mayo 2007 - Consultado el 12/05/2007
3. Fernández A., La nueva unidad de provisión de medicamentos del IPAM brindó detalles de la modalidad operativa del servicio en www.cba.gov.ar, Diciembre 2004 - Consultado el 10/12/2006
4. NCI (National Cancer Institute). Cáncer en español en www.cancer.gov/español, 2007 – Consultado el 10/05/2010
5. Oppel, S., Problemas éticos económicos y legales planteados por los nuevos tratamientos oncológicos en www.sindicatsumar.org.ar, 2006
6. Track and Trace S.A., G.S.I. Argentina. Trazabilidad de Medicamentos Oncológicos. “La Trazabilidad en Argentina y en el Mundo”, Ponencia presentada en Buenos Aires, Argentina, Mayo 2007
7. Chicaiza, E., Teorías JIT. Facultad Ingeniería Industrial. Universidad Libre Seccional Cúcuta, Colombia en www.aec.es/fondoduc/justintime.pdf, Enero 2005 – Consultado Enero 2007
8. Cortesi, S., El dilema de los genéricos en la Argentina, en www.buenafuente.com/salud, 2005 – Consultado 12/05/2007
9. Hay, E., La Técnica Japonesa que genera mayor ventaja competitiva. Colombia: Norma S.A., 1992
10. Chase, A., Dirección y Administración de la Producción y de las Operaciones. Sexta Edición, México: Mc Graw Hill, 1995