



JORNADAS DE ECONOMÍA DE LA SALUD

23º jornadas internacionales | 24º jornadas nacionales

FINANCIAMIENTO DEL SISTEMA DE SALUD

Reflexiones y propuestas hacia la equidad

SELECCION DE RESUMENES

de trabajos de investigación



23 y 24 de Octubre 2014

51 e/ 9 y 10 - La Plata - Buenos Aires.



JORNADAS DE ECONOMÍA DE LA SALUD
23° jornadas internacionales | 24° jornadas nacionales



23 y 24 de Octubre 2014 | Teatro Argentino de La Plata



COMITÉ CIENTIFICO 2014

Joaquín Caporale
Ariel Goldman
Rafael Kurtzbart
Martín Langsam
Monica Levcovich
Martín Morgenstern
Gastón Palópoli
Arturo Schweiger
Santiago Torales

COMITÉ ORGANIZADOR

Alejandro Costa. Presidente
Sonia Tarragona. Tesorera
Mariano San Martín. Secretario General
Noemí Savoia. Secretaria de Organización
Ana Pereiro. Secretaria de Relaciones Institucionales
Liliana Sisul. Secretaria Administrativa
Martín Langsam. Secretario Cientifico

Publicado por: ASOCIACIÓN DE ECONOMÍA DE LA SALUD
Venezuela 931. CABA. República Argentina.
TE (54)-11-5 239 4000

www.aes.org.ar | aes.argentina@gmail.com.ar

Publicación y exposición

Día 1 • 23 de Octubre 2014

Centrado en análisis clásicos de costos, análisis presupuestario y costo efectividad

Análisis Costo Efectividad del Bevacizumab en combinación con esquemas terapéuticos convencionales en primera línea para Cáncer Colorrectal Metastásico en Argentina Juan Altuna	09
Cálculo del costo del tratamiento de los pacientes con Diabetes Mellitus en el subsector público de la provincia de Neuquén Laura Lamfre	11
Análisis de Impacto Presupuestario de la cobertura de implante coclear en población con hipoacusia severa o profunda en el Subsector Público de Salud de la Provincia de Neuquén en el año 2012. Santiago Hasdeu	13
Estimación de costos de servicios hospitalarios en el HIGA San Roque Maria Florencia Sardina Kuchen	15

Día 2 • 24 de Octubre 2014

Más heterogéneo, con un componente importante de acceso, costos y cobertura de los servicios orientados a la SMI

La tasa de mortalidad infantil en Argentina. Un análisis de su variación en el largo plazo con foco en las inequidades geográficas Jorgensen Natalia	16
Presencia, Cobertura y Financiamiento de las Obras Sociales Provinciales en el Sistema de Salud Argentino Héctor De Ponti	19
Contrarreferencia en Redes de Atención Perinatal. Un Estudio de Caso en la Provincia de Buenos Aires. Alfredo Palacios	21
Hospital Balestrini: cuantificando algunos de sus beneficios Germán Reyes	23

Publicación

Análisis económico de la estrategia de vacunación universal con dosis única contra la Hepatitis A en Argentina Juan Altuna	27
Estudio de uso y gasto en medicamentos antihipertensivos en el Subsector Público de Salud de la Provincia del Neuquén, Argentina en 2012 y 2013 Laura Lamfre	29
Enfermedades Catastróficas- Costo del tratamiento farmacológico de tres patologías en Argentina y escenarios posibles para su contención: Enfermedad de Gaucher, Hemofilia y Cáncer de mama Gabriela Hamilton	31
Evaluación económica de costos de la línea de cuidado de la hipoacusia prelingual en Argentina i Iván Redini Blumenthal	33
Costo económico de las lesiones causadas por tránsito en Argentina Iván Redini Blumenthal	34
Percepción de los profesionales acerca de la implementación de la Ley 26.657 en la guardia de Salud Mental Larisa Santimaría	35
Os determinantes da fecundidade no Brasil Franciele Hellwig	37
Incidencia de la producción pública de medicamentos dentro de un mercado de economía mixta José Arturo Berardo	38



SELECCIÓN DE RESUMENES PUBLICACIÓN Y EXPOSICIÓN



ANÁLISIS COSTO EFECTIVIDAD DEL BEVACIZUMAB EN COMBINACIÓN CON ESQUEMAS TERAPÉUTICOS CONVENCIONALES EN PRIMERA LÍNEA PARA CÁNCER COLORRECTAL METASTÁSICO EN ARGENTINA

Juan Altuna¹; Santiago Hasdeu²; Julia Ismael³; Gaston Palopoli¹; Verónica Sanguine¹; Victoria Wurcel¹

1. Ministerio de Salud de la Nación,
2. Ministerio de Salud de Neuquén.
3. Instituto Nacional del Cáncer.

Introducción

El cáncer colorrectal (CCR) representa una carga de enfermedad alta en Argentina, siendo el tercer tipo de cáncer diagnosticado con mayor frecuencia con 11.000 nuevos casos en el año 2008 (Globocan, 2008). En el año 2009 fue la causa de 6.613 muertes (Ministerio de Salud, 2011) e implicó el 9,4% del total de los años de vida potenciales perdidos por cáncer en Argentina (Borrueal, 2010).

El CCR en estadio metastásico es altamente prevalente, casi el 30% de los pacientes presentan metástasis en el momento del diagnóstico y 20% de ellos las presentarán en algún momento de la evolución de su enfermedad.

El CCR metastásico tiene una alta mortalidad, con cuidados paliativos la sobrevida de los pacientes en promedio es de 6 meses (Scheithauer 1993).

El tratamiento habitual en la Argentina se basa actualmente en dos estrategias de tratamiento combinado: 5-fluorouracilo, folinato de calcio y oxaliplatino ('Folfox') y 5-fluorouracilo, folinato de calcio e irinotecan ('Folfiri'). Ambas estrategias se consideran equivalentes en términos de efectividad.

Existen nuevos esquemas de tratamiento que incluyen la adición, a las estrategias mencionadas, de anticuerpos monoclonales inhibidores de la angiogénesis, como el Bevacizumab, que pueden mejorar los resultados en estos pacientes, pero con un aumento significativo de los costos.

Objetivo

Realizar un análisis de costo-efectividad del tratamiento en primera línea de Bevacizumab combinado con los esquemas terapéuticos convencionales (Folfox y Folfiri), en pacientes con CCR metastásico en Argentina.

Metodología

Se realizó una búsqueda sistemática en bases de datos bibliográficas especializadas, agencias de evaluación de tecnologías sanitarias y agencias nacionales e internacionales reguladoras de alimentos y medicamentos para la obtención de evidencia clínica ante la ausencia de datos locales.

Se diseñó un modelo de Markov en un software específico (TreeAgePro 2013), con un horizonte temporal de 40

meses para una población hipotética de adultos mayores de 70 años con CCR en estadio IV, no resecable y con buen estatus funcional (ECOG 0 y 1). Se establecieron cinco alternativas terapéuticas en primera línea: Folfox y Folfiri (\pm Bevacizumab) y cuidados paliativos (BSC), cada una de ellas con cinco estados de Markov: 'estable en 1ª línea'; 'progresión en 2ª y 3ª línea'; 'estable luego de progresión en 2ª y 3ª línea'; 'BSC' y 'muerte'.

En este estudio se adoptó la perspectiva del subsector público del sistema de salud

Para alimentar el modelo se obtuvo información del Ministerio de Salud de la Nación y de la Provincia de Buenos Aires y de los nomencladores de hospitales públicos de gestión descentralizada. Para los datos de efectividad y probabilidad de sobrevida mensual se utilizaron datos extrapolados de los estudios clínicos.

Para el cálculo de costos, los recursos médicos fueron divididos en tres grupos: medicamentos y administración para la quimioterapia; prácticas de diagnóstico y seguimiento del paciente y tratamiento de los efectos adversos generados por la medicación. La cantidad y tipo de recursos necesarios se estimaron en base a Guías de Práctica Clínica y consultas a expertos del Instituto Nacional del Cáncer.

La información del costo de Bevacizumab y de los esquemas de quimioterapia tradicionales, se obtuvo del Banco Nacional de Drogas Oncológicas del Ministerio de Salud de la Nación y de la Dirección de Políticas del Medicamento del Ministerio de Salud Provincia de Buenos Aires.

Los costos de diagnóstico y seguimiento del paciente en tratamiento y los costos de internación y prácticas para tratamiento de los efectos adversos fueron calculados en base al Nomenclador de Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada de 2013 (Res. N° 1630/2013). Para la medicación necesaria para el tratamiento en internación de los efectos adversos se utilizaron los precios de venta al público que figuran en el manual farmacéutico (válidos a abril/mayo 2013), ante la falta de acceso a datos del sector público.

Todos los recursos fueron valorados en pesos argentinos del año 2013 y se utilizó la tasa de descuento (5,5% en 2013), recomendada por el Fondo de Convergencia Estructural del Mercosur (FOCEM) para proyectos de inversión social, que fue aplicada por igual a costos y resultados sanitarios.

Como indicador de seguridad se consideraron los diferentes puntos finales relacionados a la toxicidad, especialmente los efectos adversos severos (hipertensión arterial, hipertensión arterial grado 3-5, tromboembolismo, sangrados y proteinuria grado 3-5) y los que obligaron a suspender los tratamientos. Los puntos finales o resultados en salud considerados fueron la Sobrevida Global (SG) y la Sobrevida Libre de Progresión (SLP).

Con el modelo nutrido de la información descripta, se realizó un análisis de costo efectividad para las cinco estrategias seleccionadas que se subdividió en dos análisis:

1. 'Bevacizumab/Folfox' vs. 'Folfox solo' vs. 'BSC'
2. 'Bevacizumab/Folfiri' vs. 'Folfiri solo' vs. 'BSC'

En cada caso se calculó el costo neto o incremental de la combinación de Bevacizumab con el tratamiento convencional. La medida de resultado utilizada fue costo por mes de vida ganado, este resultado luego se anualizó para obtener el costo por año de vida ganado.

En este estudio existieron algunas limitaciones como la escasez de ensayos controlados aleatorios de alta calidad; la falta de datos confiables para evaluar calidad de vida en esta patología; la escasez de datos epidemiológicos locales y la dificultad para acceder a información sobre costos del subsector sanitario de la seguridad social y privado, lo que limitó la perspectiva de análisis.

Para evaluar la fortaleza de los resultados, se realizó un análisis de sensibilidad determinístico univariado y bivariado para las variables que resultaban críticas o que generaron incertidumbre (costo de la medicación, costo de tratamiento y atención de los efectos adversos, tasas de sobrevida según esquema de tratamiento, ciclos de sobrevida, horizonte temporal y tasa de descuento).

Resultados

La efectividad incremental que se obtuvo cuando se comparó la estrategia 'Folfox solo' vs. 'BSC' fue de 13,8 meses y cuando se comparó 'Bevacizumab/Folfox' contra 'Folfox solo' la efectividad incremental fue de 1,7 meses.

Asimismo, en el caso de 'Folfiri solo' vs. 'BSC' fue 10,9 meses y por último al combinar 'Bevacizumab/Folfiri' la efectividad incremental fue de 3,1 meses en comparación con 'Folfiri solo'.

Además, se obtuvo una tasa de costo efectividad incremental (ICER) de \$25.364 para 'Folfox solo' en comparación con 'BSC' y de \$1.040.107 para 'Bevacizumab/Folfox' en comparación con 'Folfox solo', medido en términos anuales.

En el caso de Folfiri se obtuvo un ICER de \$27.098 para 'Folfiri solo' en comparación con 'BSC' y de \$578.895 para 'Bevacizumab/Folfiri' en comparación con 'Folfiri solo', en términos anuales.

Es decir que el costo de un año de vida ganado en pacientes con CCR metastásico costaría aproximadamente un millón de pesos en el caso de incluir Bevacizumab combinado con Folfox y más de medio millón de pesos en el caso de Bevacizumab combinado con Folfiri.

Si bien en Argentina no se encuentra establecido un umbral de pago para definir si una nueva tecnología es o no costo-efectiva, se consideraron las recomendaciones de la OMS, según las cuales una intervención se considera costo efectiva cuando el ICER se encuentra comprendido entre uno y tres PBI per cápita anual (entre \$66.758 y \$200.275 para el caso argentino). De esta forma, se observó que los resultados obtenidos indican que no es costo efectivo adicionar Bevacizumab a los esquemas Folfox ó Folfiri para pacientes con cáncer colorrectal metastásico.

Estos resultados se mantuvieron robustos cuando se realizó el análisis de sensibilidad en las variables mencionadas.

Conclusiones

La aparición de nuevas drogas en el tratamiento de cáncer que conllevan un aumento relativamente breve de la sobrevida o previenen la progresión de la enfermedad por un período determinado, implican un incremento muy importante de los costos en relación con las terapias convencionales. Esto adquiere especial relevancia si se tiene en cuenta que estas nuevas drogas a menudo acarrearán mayor riesgo de efectos adversos graves y representan un importante costo de oportunidad para los sistemas de salud.

La falta de evidencia de alta calidad para respaldar estas nuevas drogas, requiere la generación de evidencia a nivel local para su valoración y para la toma de decisiones.

En los estudios clínicos publicados la mayor sobrevida que se logra con la adición de Bevacizumab a los esquemas convencionales no supera en promedio los 1,6 meses para Folfox y los 3,1 meses para Folfiri, lo que genera controversias para su inclusión.

En este estudio realizado desde la perspectiva de la salud pública de Argentina, agregar Bevacizumab en primera línea combinado con Folfox ó Folfiri para pacientes con CCR metastásico con buen estatus funcional no resulta costo efectivo, ya que el ICER supera ampliamente los parámetros de costo efectividad recomendados por la OMS.

Para revertir los resultados obtenidos en este estudio, sería necesario que el precio de Bevacizumab, cuando se combina con Folfox, redujera su valor entre 16 y 5 veces para ubicarse dentro de los parámetros recomendados por la OMS.

De la misma forma para que resultara costo efectivo cuando se combina con Folfiri, sería necesario que el Bevacizumab redujera su valor entre 9 y 3 veces.

CÁLCULO DEL COSTO DEL TRATAMIENTO DE LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS EN EL SUBSECTOR PÚBLICO DE LA PROVINCIA DE NEUQUÉN

Santiago Hasdeu¹; Laura Lamfre¹

1. Comité Provincial de Biotecnologías de Neuquén.

Introducción

La Diabetes Mellitus (DM) es un desorden metabólico crónico, caracterizado por hiperglucemia crónica con alteraciones del metabolismo de los carbohidratos, grasas y proteínas, resultante de la disminución de la secreción y/o acción de la insulina. Constituye el tercer factor de riesgo en importancia como causa de muerte a nivel global y el octavo en relación con la pérdida de años de vida ajustados por discapacidad.

En Argentina, se estimaron 1.426.000 diabéticos en el año 2000 y se prevé que este número llegará a 2.457.000 en el año 2030. En nuestro país el auto-reporte de diabetes o glucemia elevada se incrementó en forma significativa en el 2009 (9,6%) en comparación con el año 2005 (8,4%), de acuerdo a la Encuesta de Nacional de Factores de Riesgo (ENFR).

En la Provincia de Neuquén, la ENFR estima la prevalencia de Diabetes en 7,8% en el año 2009. La diabetes representa la cuarta causa de mortalidad con una tasa de mortalidad de 3,04 por cada 10.000 habitantes en el año 2009.

En Neuquén, hasta el momento se desconoce el impacto que tiene en términos de costos el tratamiento de la diabetes de pacientes sin cobertura de salud.

Objetivos

El presente trabajo tiene como objetivo identificar y estimar los costos directos asociados al diagnóstico, tratamiento y seguimiento de los pacientes con Diabetes Mellitus sin cobertura de salud, que son atendidas por el subsector público de la Provincia de Neuquén, desde la perspectiva del proveedor.

Metodología

En el presente estudio se tomó en cuenta sólo los costos directos de la enfermedad en el diagnóstico, tratamiento y monitoreo de la diabetes, sin tener en cuenta los costos de las complicaciones como por ejemplo internaciones, amputaciones, diálisis, muerte prematura, que serán abordados en un próximo informe. Se tomó como unidad de medición el caso promedio o estándar de la patología.

La población de pacientes diabéticos se estimó a partir de las proyecciones de población del Censo 2010 y la prevalencia de diabetes que surge de la ENFR 2009.

Los medicamentos analizados para el tratamiento de la diabetes son los hipoglucemiantes orales (metformina y glibenclamida) y las insulinas (NPH, corriente, aspártica, bifásica aspártica, glargina, detemir) que están incorporados en el Formulario Terapéutico Provincial (FTP).

Se expresaron los consumos de los fármacos en Dosis Diaria Definida (DDD), que es una unidad técnica de medida propuesta por la OMS. Se define como la dosis media diaria de mantenimiento de un medicamento cuando se usa en su principal indicación en adultos.

Para asignar el costo de medicamentos en los distintos tipos de diabetes, se realizaron los siguientes supuestos acerca de la farmacoterapia:

- El 70% de los diabéticos tipo 2 se tratan sólo con hipoglucemiantes orales.
- El 30% de los diabéticos tipo 2 se tratan tanto con insulinas como con hipoglucemiantes orales.
- Las diabéticas gestacionales se tratan sólo con insulinas y el tratamiento dura 6 meses, ya que se estima que dicha enfermedad se diagnostica a partir del 2do trimestre de embarazo.

Se calculó la cantidad de medicamentos entregados para el tratamiento de la diabetes a partir de su adquisición a través de licitaciones públicas o compras directas que realizó la Subsecretaría de Salud durante el año 2013. Asimismo, se incorporaron los medicamentos enviados a la provincia por el programa Remediar+Redes en el mismo año.

La cantidad de automonitoreos diarios, las consultas médicas anuales, las prácticas de laboratorio requeridas anualmente y otras prácticas diagnósticas recomendadas para los distintos tipos de diabetes se obtuvieron de las recomendaciones de la Sociedad Argentina de Diabetes 2009, de lo propuesto por el Programa de Diabetes de Neuquén (Prodianeú) y a través de consultas a expertos locales.

Costos

La información de costos de medicamentos e insumos para auto-monitoreo se obtuvo a partir de precios de licitación pública y compra directa de la Subsecretaría de Salud.

Para valorar el costo para Salud Pública de las consultas médicas, se tomó la remuneración de los profesionales médicos, en sus distintas especialidades. Las prácticas de

laboratorio y los otros controles diagnósticos fueron valuados a partir de los valores del Nomenclador Globalizado de la Provincia del Neuquén para Obras Sociales

Los precios particulares de la medicación y los insumos para automonitoreo se relevaron de la base de datos online de la revista K@iros al 25/03/2013. Para poder valorar las consultas médicas y los otros controles diagnósticos a precios particulares se realizó un sondeo de precios en 5 clínicas privadas de Neuquén. Las prácticas de laboratorio se valoraron a través del Nomenclador del Instituto de Seguridad Social del Neuquén (ISSN).

Resultados

La provincia de Neuquén invierte anualmente \$1,9 millones en medicamentos para el tratamiento de la diabetes, de los cuales el 79% (\$1,5 millones) se destina al tratamiento de la diabetes tipo II, el 19% (\$371 mil) a la diabetes tipo I y el 2% (\$36 mil) a la diabetes gestacional. Asimismo, salud pública destina \$1.126 en cada paciente diabético tipo 1, \$526 en cada paciente diabético tipo 2 y \$555 en cada paciente diabética gestacional.

Asimismo, compra tiras reactivas y lancetas para automonitoreo de pacientes diabéticos por \$817.800 durante el año 2013. De ese total, se estima que el 60% se destina a pacientes diabéticos tipo I, el 32% a diabéticos tipo II y el 8% restante a diabéticas gestacionales.

Se estima que el costo anual del auto-monitoreo por paciente desde la perspectiva del sector público provincial es de \$1.786 en los diabéticos tipo 1, \$220 en los diabéticos tipo 2 y \$1.258 en las diabéticas gestacionales.

El subsector público de salud destina anualmente \$3,6 millones en controles de pacientes diabéticos, de los cuales el 51% (\$1,8 millones) se deben a consultas a profesionales, 35% (\$1,25 millones) a prácticas de laboratorio y el 15% (\$0,5 millones) a otras prácticas.

El costo por paciente que debe afrontar el subsector público para la realización de los controles del paciente diabético es diferente según el tipo de diabetes. En el caso de los diabéticos tipo 1, el subsistema de salud gasta \$1.496 por paciente, asimismo tiene un costo de \$1.289 en los controles de los diabéticos tipo 2 y \$2.987 en las diabéticas gestacionales.

Evaluación a precios particulares

Si los pacientes diabéticos tuvieran que solventar individualmente su tratamiento, los diabéticos tipo 1 gastarían en promedio \$15.104 anualmente para solventar su tratamiento completo en forma particular, de los cuales el 52%

corresponde a los costos para la adquisición de los insumos para el automonitoreo, el 25% a la compra de medicamentos y el 23% restante a solventar los controles con profesionales de la salud. Por su parte, los diabéticos tipo 2, gastarían \$5.318 anualmente, mientras que las pacientes diabéticas gestacionales gastarían \$13.665 para afrontar en forma particular su tratamiento.

Conclusión

En términos de tratamiento habitual, la diabetes en Neuquén genera un costo para salud pública de aproximadamente \$6,3 millones por año.

En términos de costos por paciente, los pacientes diabéticos tipo 1 conllevan un costo anual unitario de \$4.408 si se valúa el tratamiento en términos de costos de salud pública. Si el mismo paciente diabético tipo 1 tuviera que afrontar su tratamiento en forma particular a precios de mercado, el costo anual que debe afrontar es de \$15.104, un valor que es más de 3 veces el de salud pública.

En los pacientes diabéticos tipo 2, el costo unitario anual para salud pública es de \$2.035, mientras que el valor del tratamiento en forma particular a precios de mercado es más de 2 veces y media mayor, \$5.318.

El tratamiento habitual de las pacientes diabéticas gestacionales implica un costo de \$4.800 anual para salud pública, mientras que si debieran afrontar en forma particular el tratamiento, el mismo ascendería a \$13.665, lo que sería 2,85 veces el valor de salud pública.

Conocer la información sobre los costos del tratamiento de la diabetes permite analizar en profundidad posibles formas de optimizar la asignación de recursos en salud.

Es necesario continuar el presente informe para poder incorporar el costo del tratamiento de las complicaciones que conlleva la diabetes. Se deben considerar la nefropatía diabética con necesidad de reemplazo (ya sea diálisis peritoneal, hemodiálisis o trasplante renal), la retinopatía con necesidad de fotocoagulación con laser, la enfermedad coronaria con internaciones, e intervenciones como angioplastias y cirugías de revascularización, las amputaciones de miembros, con internaciones y otras intervenciones por pie diabético, así como las internaciones por descompensaciones diabéticas con coma hiperosmolar y cetoacidosis diabética.

Finalmente, resultaría muy beneficioso conocer la tendencia del costo en el tratamiento de la diabetes, ya que se estima que la cantidad de pacientes diabéticos va a ir en aumento en los próximos años y es muy importante monitorear el impacto que tendrá en el presupuesto de Salud Pública provincial.



ANÁLISIS DE IMPACTO PRESUPUESTARIO DE LA COBERTURA DE IMPLANTE COCLEAR EN POBLACIÓN CON HIPOACUSIA SEVERA O PROFUNDA EN EL SUBSECTOR PÚBLICO DE SALUD DE LA PROVINCIA DE NEUQUÉN EN EL AÑO 2012

Santiago Hasdeu¹; Laura Lamfre¹; Sergio Schwartzman¹; Osvaldo San Juan²; Gustavo Armando Ugon¹

1. Comité Provincial de Biotecnologías de Neuquén.

2. Hospital Provincial Neuquén.

Introducción

El implante coclear (IC) es una tecnología sanitaria indicada para reducir las incapacidades auditivas en individuos con hipoacusia neurosensorial profunda bilateral congénita o adquirida, mediante la inserción de un dispositivo que transforma los sonidos y ruidos del medio ambiente en energía eléctrica capaz de actuar sobre las aferencias del nervio coclear, desencadenando una sensación auditiva, pero sin restablecer la audición normal en un individuo sordo. En la mayoría de los casos de hipoacusia se puede equipar al paciente con un audífono para reemplazar la función perdida. En un porcentaje de los casos, el audífono no logrará compensar el déficit auditivo, y es en esos casos donde se plantea la utilización de IC. El mismo posee un componente interno y uno externo.

Se denomina Hipoacusia, a la falta de capacidad para escuchar los sonidos, en cuya etiopatogenia intervienen factores hereditarios, congénitos, y adquiridos. Las formas más graves de hipoacusia son la severa (70-90 dB) y la profunda (90-110 dB). En ambos casos, puede requerirse un implante coclear ya que los audífonos pueden no lograr una mejoría.

Esta tecnología actualmente es provista a nivel nacional por el Programa Nacional de Hipoacusia para niños menores de 2 años, detectados en el screening neonatal.

En Argentina y en Neuquén la incidencia de la hipoacusia congénita es de 1 a 3 por cada 1000 nacimientos, y un niño de cada 1000 nacidos sufrirá de hipoacusia severa a profunda.

Objetivo

Realizar el Análisis de Impacto Presupuestario de la incorporación de una política de cobertura de IC para pacientes con hipoacusia severa o profunda por el subsistema de salud pública de Neuquén, desde la perspectiva del financiador con un horizonte temporal de 10 años, desde el año 2012.

Metodología

El Análisis de Impacto Presupuestario (AIP) es una estimación cuantitativa de la alteración prevista en el gasto

sanitario asociado con la introducción de una nueva intervención sanitaria para la atención de una patología o grupo de pacientes.

Se realizó el AIP desde la perspectiva del Financiador y con un horizonte temporal de 10 años, que permite evaluar los costos de la tecnología, su mantenimiento y recambio de sus componentes.

Para evaluar los costos unitarios de diagnóstico, selección, cirugía, seguimiento y rehabilitación se siguieron los procedimientos sugeridos por la Resolución 46/2004 "Normas de Organización y Funcionamiento de Servicios de Implantes Cocleares y Guías de Diagnóstico y de Procedimientos en Implantes Cocleares", ajustados por las consideraciones del Servicio de Otorrinolaringología del Hospital Provincial Neuquén.

Los costos de los estudios audiológicos, médicos, psicológicos, neurológicos, de la cirugía y los costos de rehabilitación del lenguaje, calibración y evaluación de la evolución lingüística se obtuvieron del Nomenclador Global de Obras Sociales de Recupero Financiero de la Subsecretaría de Salud de Neuquén en el Año 2012. El costo del dispositivo y el componente externo se obtuvo de una orden de compra vigente de Implante Coclear que se adquirió a través del Programa Profe (Incluir Salud). La bibliografía muestra que el componente externo tiene una vida útil esperada de 7,8 años.

El escenario base para el AIP se elaboró a partir de la información de la Proyección de Población para el año 2012 y el porcentaje de población sin cobertura, que surge de los datos del Censo Nacional de Población y Vivienda 2010. El porcentaje de población sin cobertura de salud se tomó de la misma fuente. La prevalencia de hipoacusia severa por franja etaria fue tomada de un estudio australiano, así como la metodología para estimar la incidencia. La bibliografía sugiere que el 20% de los niños y el 30% de los adultos candidatos a IC no pasan la evaluación inicial para ser implantados.

Dado que se espera que no todos los pacientes susceptibles de recibir la nueva tecnología lo hagan al mismo tiempo, se estima una tasa de difusión de la tecnología que permite modelar el hecho de que la misma sea incorporada gradualmente en el subsistema de salud provincial. De esta forma se supone que el 20% de la población blanco sea incorporada en el primer año, el 25% en el 2do y 3er año, respectivamente y el 30% el 4to año.

Se llevó a cabo un análisis de sensibilidad, que tiene como objetivo describir cómo afectará al AIP un cambio en alguno de los parámetros más inciertos. Se realizó un análisis de sensibilidad de una vía, en el que se evaluó la variación de un parámetro a la vez, permaneciendo el resto de los parámetros sin cambios. De esta forma se estudió la variación del valor del dólar, la variación en la tasa de prevalencia y la variación en la tasa de difusión.

Resultados

Se estima que la demanda potencial de implantes cocleares será de 82 pacientes en el primer año, 108 en el 2° y 3° año, 129 en el 4° año y de 6 pacientes por año entre el 5° y el 10° año.

En el primer año se estima que el costo por paciente implantado sea de \$113.697, incluyendo los gastos de selección, cirugía y primer año de seguimiento. El costo del dispositivo representa el 88% de este valor. A partir del 2° año, el principal componente del gasto es el de las pilas, ya que las mismas duran entre 2 y 4 días, dependiendo del uso y de la configuración del dispositivo.

La incorporación del IC implicaría un AIP de \$9,3 millones de pesos el primer año si se brinda la tecnología a todos los rangos etarios, \$12,4 y \$12,5 millones el 2° y 3° año, \$14,9 millones el 4° año, \$1,1 millones los años 5° a 7°, \$5,9 millones el 8° año y \$7,4 millones los años 9° y 10°, ya que se comienza a requerir el recambio de la parte externa del dispositivo.

Si se plantea el escenario de cubrir sólo a los menores de 3 años, se estima un requerimiento presupuestario de entre \$136 y \$219 miles de pesos en los primeros 4 años, \$17 mil pesos para el mantenimiento durante los años 5 a 7 y entre 86 y 109 mil pesos en los años 8 a 10.

En el caso en que la decisión de cobertura de implantes cocleares se centrara en niños de 3 a 14 años, se estima que el requerimiento de presupuesto sería de entre \$455 y \$733 miles de pesos en los primeros 4 años para cubrir entre 4 y 6 niños anualmente. Entre el 5to y 7mo año se estima un gasto anual de \$57 mil pesos, aproximadamente \$288 mil pesos en el 8vo año y \$364 mil pesos en el 9no y 10mo año.

El AIP de cubrir a los adultos en edad económicamente activa sería de \$3,1 millones de pesos el 1er año, \$4,2 millones de pesos el 2do y 3er año y \$5,1 millones de pesos el 4to año para cubrir respectivamente 28, 37 y 44 pacientes anuales. Asimismo, se estima un gasto anual de cerca de \$400 mil pesos entre el 5to y 7mo año, \$2 millones el 8vo año y \$2,5 millones el 9no y 10mo año.

Si se restringe a los mayores de 60 años, se estima un requerimiento presupuestario de \$5,5 millones de pesos el primer año, \$7,4 millones entre el 2do y 3er año, \$8,9 millones en el 4to año, \$690 mil pesos del 5to al 7mo año, \$3,5 millones el 8vo año y \$4,4 millones del 9no al 10mo año.

Análisis de sensibilidad

Con un incremento del 25% de la cotización del dólar aumenta el requerimiento presupuestario un 22% los primeros 4 años.

Una variación de la tasa de prevalencia en $\pm 25\%$, implica que el AIP puede variar entre \$7 y \$11,6 millones en el 1° año y entre \$11 y \$18,7 millones en el 4° año.

La variación en la tasa de difusión de la tecnología implica un impacto presupuestario de \$46 millones durante el 1° año, si el 100% de la demanda potencial se incorpora el ese año, mientras que puede variar entre \$13 y \$19 millones los primeros 3 años si el total de la demanda se incorpora el 30% en el primer año, 30% en el 2° año y 40% en el 3° año.

Conclusiones

El AIP de la incorporación de IC en la política de cobertura del subsector público de salud de Neuquén en los primeros 4 años, representaría entre el 14% y el 22% del total del gasto ejecutado del Ministerio de Salud de la provincia de Neuquén en la partida "Productos Farmacéuticos y Medicinales", que incluye la compra de todos los medicamentos, reactivos de laboratorio e insumos médicos que se utilizan anualmente en todos los hospitales y centros de salud de la provincia.

Cubrir a todas las franjas etarias potencialmente demandantes implicaría un elevado costo de oportunidad y un alto impacto en la equidad.



ESTIMACIÓN DE COSTOS DE SERVICIOS HOSPITALARIOS EN EL HIGA SAN ROQUE

Laura Di Maria¹; Julio Morales¹

1. Hospital San Roque de Gonnet..

Introducción

En la provincia de Buenos Aires el estado provincial tiene a su cargo 77 hospitales públicos de diversas características, capacidad instalada, complejidad, especialidad, área de influencia, entre otras. Si bien la administración de los hospitales está descentralizada en cuerpos de directivos de cada ente, los presupuestos son definidos entre las necesidades detectadas por quienes tienen a su cargo la administración de los hospitales y las posibilidades de asignar recursos por parte del ejecutivo provincial. El gasto de los hospitales provinciales representa el 72% del gasto total del Ministerio de Salud. Por ello resulta de suma utilidad medir el uso de esos recursos asignados a través del presupuesto hospitalario.

Una de las maneras es a través de la estimación de los costos prestacionales. La medición de costos hospitalarios permite una mirada integral entre la gestión asistencial y la administrativa. Su identificación permite tomar mejores decisiones relacionadas con eficiencia social hospitalaria, en el sentido de mejorar el ahorro en el gasto de insumos, y aumentar la cantidad de prestaciones, mejorando la calidad del servicio.

Objetivo

El objetivo de este estudio es estimar los costos de los productos finales, intermedios y estructurales del Hospital General de Agudos "San Roque de Gonnet" a modo de experiencia piloto. Para ello en las secciones que siguen se describe la metodología utilizada y los resultados obtenidos a partir de ella. En la última sección se presentan las conclusiones y recomendaciones.

Metodología

La metodología es del tipo "Costos en Cascada". Para el cálculo de costos se propone un sistema "full costing" de manera tal que ningún gasto ejecutado para la prestación de los servicios del hospital, ya sea directo o indirecto, puede quedar sin asignar a un determinado centro de costo. La metodología permite que se conozca:

- Que se gasta
- Quién gasta
- Para quién gasta

La presente metodología posibilita la reasignación de costos entre servicios (o centros de costos) y la determinación del costo por producto final así como los intermedios.

Atendiendo a sus funciones, los Centros de Costos se pueden clasificar en:

- Estructurales: Son los que dan soporte a los centros de costos finales e intermedios y realizan tareas administrativas centrales (Dirección, Contabilidad, etc.). Son independientes de la actividad asistencial.
- Intermedios: son los responsables de la logística del hospital y trabajan a petición de otros centros de costos. Realizan actividades asistenciales y de soporte para la actividad asistencial (Terapia Intensiva, Quirófano, Laboratorio, Centro de Imágenes).
- Finales: hacen al objetivo del hospital. A ellas se dirigen los esfuerzos de los demás para que, unidos a los propios, se haga posible el cumplimiento de la finalidad de la institución. Fundamentalmente tienen relación directa con la asistencia del paciente. También comprenden formación, investigación, etc. En ellos se elabora el producto final del hospital; dan altas clínicas a pacientes, en el caso de internaciones.

Resultados

La ejecución presupuestaria de 2011 fue de \$104,4 millones, de los cuales \$68,3 millones corresponden a gastos en personal (PP1), \$16,9 millones a Bienes de Consumo (PP2), y \$18,4 a Servicios No Personales (PP3) y \$0,8 millones a Bienes de Capital (PP4). La baja incidencia de PP4 permitió dejar afuera del análisis a la partida Bienes de Capital.

Estructura de Costos Hospital San Roque, Servicios Finales y Complementarios

Año 2011

PP1: Personal

PP2: Bienes de Consumo

PP3: Servicios No Personales

	FINALES	INTERMEDIOS	ESTRUCTURALES	TOTALES
PP1	23.286.162	26.268.	31618.717.491	68.271.970
PP2	6.871.383	8.307.365	1.702.611	16.881.359
PP3	579.456	3.950.662	13.915.317	18.445.435
TOTAL	30.737.001	38.526.343	34.335.419	103.598.763

Fuente: elaboración propia en base a Contaduría General y Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires

A su vez, el gasto ha sido desagregado, tal como hemos indicado, en función de los servicios efectuados, clasificados en Servicios Finales, con \$30,7 millones y Servicios Complementarios, entre los cuales se encuentran los Centros de Costos Intermedios y los Estructurales, con \$38,5 y \$34,3 millones correspondientemente.

Se destaca el peso de los RRHH en la estructura de costos hospitalario, con el 67% del total ejecutado en el año 2011. La Partida Presupuestaria 2 (PP2) alcanza el 14% y la PP3 el 18%.

Estimación de Costo de la Consulta según Especialidad

De acuerdo a la Producción hospitalaria, en el Cuadro se presentan los datos referentes a actividades de Consultorio de acuerdo a cada Especialidad de atención. Los costos totales divididos el número de consultas efectuados nos brinda el costo por consulta de cada especialidad de atención ambulatoria.

Producción y Costos de la Consulta (en promedio)

Total consultorio:

Costo total= 19.261.782

Consultas produccion= 151.391

Costo por consulta en promedio= \$ 127.20

Fuente: elaboración propia en base a Contaduría General y Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires

Estimación de Costo del Egreso y Paciente Día Hospitalario.

En cuanto al costo del Egreso hospitalario, en el Cuadro, hemos agrupado los Servicios Clínicos y los Servicios Quirúrgicos en dos grupos de servicios. El resto de los servicios son Pediatría, Tocoginecología, Ortopedia y Traumatismo, Neonatología y Cardiología.

En el costo de los productos finales de estos servicios, de acuerdo a la metodología de costos en "cascada" hemos reasignado los costos estructurales e intermedios en el costo Total de cada servicio. En cuanto a la producción, hemos distribuido los Pacientes Día de la UCIP entre los servicios finales.

Total internacion:

Costo total= 62.157.222

Egresos produccion= 6.396

Costo por egreso= \$9.718

Paciente día= 39.440

Costo del paciente día= \$ 1.576

Total guardia:

Costo total= \$ 17.868.461

Paciente día= 8.383

Costo paciente día= \$ 2.132

Conclusiones

El presente trabajo ha utilizado la metodología "Costos en Cascada" para estimar los costos integrales de los productos finales del Hospital San Roque de Gonnet.

En base a esta metodología se han calculado los costos de las Consultas, Egresos y Días Cama, asignando a cada producto la carga de costos de actividades intermedias y estructurales del Hospital.

Esta metodología se abastece con información referida a la asignación y distribución de recursos dentro de la organización hospitalaria. La calidad del registro de la información, sobre el uso y distribución de los recursos de la actividad asistencial repercute en las posibilidades del procesamiento de datos.

En algunos casos hubo que realizar una asignación indirecta de costos, a través de criterios de distribución de los mismos, por no contar con la información detallada de la distribución de ciertos insumos. La información sobre el uso de medicamentos, por ejemplo, se registra en el Hospital en función de su organización, de acuerdo a Cuidados Mínimos e Intermedios, pero no de acuerdo a cada especialidad dentro de cada Cuidado. Para el cálculo del producto hospitalario fue necesario distribuir indirectamente estos insumos en función de la actividad hospitalaria.

El desarrollo progresivo de la organización hospitalaria, hacia un modelo de atención integral y personalizado, en contacto con otros niveles e instituciones sanitarias, lo que requiere de una estructura más dinámica y mayor coordinación transversal de las actividades. Respecto a la conducción hospitalaria, el cambio de paradigma organizacional implica la planificación de los recursos, con evaluación por resultados, y la disposición de alternativas para el logro de las metas.

Según la política actual del Ministerio de Salud, los hospitales deben priorizar la planificación, a través de la gestión de la información, de los procesos, de la comunicación, la infraestructura, el equipamiento y los insumos.

En este contexto, las organizaciones sanitarias y el sistema sanitario en general tienen la necesidad de incorporar continuamente tecnologías de la información y la comunicación que fortalezcan el registro y procesamiento de la información sanitaria. El objetivo es facilitar el soporte a la gestión, a la planificación de los recursos y a la toma de decisiones, tanto a nivel directivo como a nivel de gestión clínica.



LA TASA DE MORTALIDAD INFANTIL EN ARGENTINA. UN ANÁLISIS DE SU VARIACIÓN EN EL LARGO PLAZO CON FOCO EN LAS INEQUIDADES GEOGRÁFICAS

Natalia Jorgensen¹

1. Isalud.

Introducción

La equidad en salud es un tema de interés tanto en la agenda de políticas públicas internacional como nacional. Uno de los objetivos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) es disminuir al mínimo las inequidades en salud, entendidas como desigualdades en salud sistemáticas, injustas y evitables (OMS, 2008).

En este contexto, Argentina es parte de esta tendencia y asumió compromisos internacionales para el logro de objetivos comunes, como son los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM). Entre dichos objetivos se comprometió a una disminución de la TMI al 8,5 por mil nacidos vivos en 2015 y a una reducción de las inequidades regionales en la TMI.

En los últimos 10 años, si bien se ha realizado un importante esfuerzo para mejorar la situación materno-infantil: la tasa de mortalidad infantil (TMI) ha descendido en forma significativa, pero parece no haber conseguido disminuir en igual magnitud las brechas regionales.

Objetivos

Analizar la evolución de la TMI provincial para el período 1980-2010.

Contrastar la hipótesis de convergencia en media de la Tasa de mortalidad infantil (TMI), tasa de mortalidad neonatal (TMNN) y tasa de mortalidad postneonatal (TMPN) entre las provincias argentinas para el período 1980-2010

Metodología

En el presente estudio se cuantifica la mortalidad infantil a través de la tasa de mortalidad infantil, la tasa de mortalidad neonatal y la tasa de mortalidad postneonatal.

El estudio se realiza mediante un análisis clásico de convergencia en media (Beta convergencia) (Sala-i-Martin, 1996a; 1996b; Montero R 2004, Goerlich 1998) según las fórmulas que se detallan a continuación:

(1)

donde:

T: total de períodos bajo estudio; es la Tasa de mortalidad infantil al final del período; es la Tasa de mortalidad infantil al inicio del período; parámetros a estimar

La velocidad de convergencia se obtiene mediante la siguiente expresión:

(2)

y el número de años necesarios para alcanzar la mitad de la distancia que separa a las provincias argentinas, de mantenerse la velocidad de convergencia estimada, viene dada por:

(3)

Los datos de mortalidad se obtuvieron de la información contenida en las estadísticas vitales publicadas por la Dirección de estadística de salud del Ministerio de salud de la Nación (DEIS), para el período 1980-2012. La elección del período obedece a la disponibilidad de la información.

Resultados

Entre 1980 y 2012 la TMI pasó de 33,2 por mil nacidos vivos a 11,1, lo que significa una disminución de 22 puntos porcentuales o una reducción del 67%. No obstante la mejora en los resultados en agregados de salud infantil, el riesgo diferencial de morir para un niño menor a un año que nace en distintas provincias argentinas es aún significativo. Mientras que en Formosa mueren 19,2 niños menores de un año por cada 1000 nacidos vivos, en Neuquén fallecen 7,7 y en la Capital Federal 8,1 siendo estos resultados muestras de inequidad geográfica (Gráfico 1)

Gráfico 1. Funnell plot para la TMI quinquenal por provincias calculada para 2008-2012.

Fuente: elaboración propia en base a datos de la DEIS

En cuanto a la evolución de las desigualdades provinciales sería de esperar que provincias con tasas de mortalidad infantil más elevada y mayor peso de la tasa posneonatal (TMPN) en los años 80 disminuyeran sus TMI a un ritmo mayor que aquellas que tenían una menor tasa agregada y una participación mayor de la mortalidad neonatal[1]. Este comportamiento se observa en el Gráfico 2. Como puede observarse las provincias con mayor TMI inicial (1980) son las que mayor disminución acumulada (2012 y 1980) presentan.

La Tabla 1 muestra los resultados del modelo de convergencia beta para la mortalidad infantil, la mortalidad neonatal (TMNN) y la mortalidad post neonatal (TMPN) . El parámetro estimado para la TMI es negativo y significativo al 1%. Este resultado implica convergencia en la TMI entre provincias para el período analizado. Sin embargo, la velocidad estimada de convergencia fue de 1,27% promedio anual (IC: 1,21% ; 1,33% al 95%), lo cual significa que, para reducir a la mitad las diferencias de la tasa de mortalidad infantil entre provincias argentinas, se necesitarían aproximadamente 54 años (IC: 52,1 ;57,2 años al 95%).

Si se analiza la convergencia por décadas se observa que la década de los años 80 es la que mayor tasa de convergencia presenta (2,5% anual ó 27 años para reducir a la mitad las brechas observadas a principio de la década). La década de los 90 no evidencia convergencia en la tasa de mortalidad entre las provincias argentinas y en el período comprendido entre 2003-2012[2] la convergencia es estadísticamente significativa solo al 10% de nivel de significación y menor en valores absolutos que en la década de los 80 (1,9%).

El análisis desagregado de la TMI en TMPN y TMNN permite una primera aproximación a los factores que han influido en la convergencia de la TMI. Los factores asociados a cada una de las tasas mencionadas han sido muy estudiados y, en un caso, se asocian con factores relacionados con el parto y la atención sanitaria en los primeros meses de vida (TMNN) y en el otro con factores del entorno y el ambiente en el que se desarrolla el niño hasta el primer año de vida (TMPN). La reducción de la TMNN está más relacionada con políticas que puedan llevarse adelante desde los Ministerios de Salud, mientras que las postneonatal con factores que exceden la incumbencia del mismo.

Gráfico 2. Diagrama de dispersión que relaciona la variación acumulada en la TMI (1980-2012) y la TMI en 1980

Fuente: Elaboración propia en base a datos de la DEIS. Estadísticas vitales. No incluye Tierra del Fuego

Tabla 1. Beta convergencia provincial. Argentina 1980-2012

	1980-2012 (cross section) bootstrap	1980-2012 (datos de panel: efectos aleatorios) bootstrap
b		-0,0158 -0,01476
Desvío estándar	0,0026	0,0029
Intervalo (95%)	(-0,021; -0,0094)	(-0,0204; -0,009)
Velocidad de convergencia	-1,27%	-1,20%
Intervalo (95%)	(-0,0121; -0,0133)	(-0,0079; -0,0155)
Años para una reducción del 50% de las diferencias		
	54,38 años	57,62 años
Intervalo (95%)	(52,1-57,19) años	(44,60-87,10) años
R2	0,3854	0,3363
Años de la muestra	33	33
Total de provincias	23	23
Bootstrap repeticiones	1000	0

Tabla 2B. Beta convergencia provincial. Argentina 1980-2010 por décadas

		1980-1989	1990-1999	2003-2012
Mortalidad infantil	Tasa	-2,8%**	-0,19%	-3,2%**
	de convergencia	IC: (-2,9%;-2,5%)	IC: (-0,7%;-0,02%)	IC: (-3,5%;-2,9%)
Mortalidad neonatal	Tasa	-2,7%**	-0,5%	-4,5%**
	de convergencia	IC: (-3%;2,3%)	IC: (-1,2%;-0,1%)	IC: (-4,9%;4,2%)
Mortalidad postneonatal	Tasa	-2,7%**	-0,7%	-0,10%**
	de convergencia	IC: (-2,9%;-2,4%)	IC: (-1,0%;-0,3%)	IC: (-1,3;-0,7%)
		MGS	MNGS	MNGS

(**) coeficiente significativo al 99% (*) coeficiente significativo al 95%
Estimaciones con bootstrap en 1000 repeticiones; MGS: Modelo globalmente significativo; MNGS: Modelo no globalmente significativo

Conclusiones

Los resultados muestran que mas allá de los logros alcanzados en la reducción de la TMI en Argentina, aún persisten problemas importantes cuando se miran los datos a nivel provincial. En primer lugar, si bien el coeficiente de convergencia en media es negativo y estadísticamente significativo la velocidad promedio de convergencia de los últimos 30 años es muy baja (1,27%). En segundo lugar, la reducida magnitud de dicha convergencia se explica en parte por la presencia de "ciclos" en la evolución de la misma, la cual no parece seguir un patrón monotónico durante los últimos 30 años. Es decir, no observa una tasa de convergencia sostenida para las tasas neonatal y postneonatal.

Si se analiza la convergencia por décadas se observa que la década de los 80 es la que mayor convergencia presenta, con una tasa de convergencia estadísticamente significativa del 2,5% (27 años para reducir a la mitad las brechas observadas a principio de la década). La década de los 90 no evidencia convergencia en la tasa de mortalidad entre las provincias argentinas y en el período comprendido entre 2003-2012[3] la convergencia es estadísticamente significativa solo al 10% de nivel de significación y menor en valores absolutos que en la década de los 80 (1,9%).

En tanto la existencia de brechas en la mortalidad infantil es indicativa de mortalidad excesiva. Es decir, corresponden a defunciones que podrían no haber sucedido con medidas de salud pública adecuadas, intervención médica oportuna y apropiada o con un contexto socioeconómico más favorable, es necesario seguir analizando los determinantes de la persistencia de las mencionadas brechas entre las provincias argentinas.

Por último, los resultados dan cuenta de la importancia de sostener políticas públicas en salud en el tiempo ya que de no ser así el resultado en el largo plazo es limitado, más allá de los avances puntuales que se observen por subperíodos.



PRESENCIA, COBERTURA Y FINANCIAMIENTO DE LAS OBRAS SOCIALES PROVINCIALES EN EL SISTEMA DE SALUD ARGENTINO

Mariano Monteferrario¹; Hector De Ponti; Sandra Canal²

1. UNL. Facultad de Bioquímica y Ciencias Biológicas.

3. UNL. Facultad de Ciencias Económicas.

Introducción

El financiamiento del sistema sanitario argentino se caracteriza por la segmentación y fragmentación de los fondos asignados. En la cobertura de los servicios de salud coexisten el sector público, el privado y el de las obras sociales nacionales y provinciales "...con fuertes interrelaciones tanto a nivel de la provisión de servicios de salud como en términos de financiamiento y coordinación en aseguramiento social (Maceira, D. y otros, 2010, p.13).

En las últimas décadas las obras sociales provinciales (OSP) ocupan un lugar preponderante en el sistema de financiación de salud argentino, enmarcadas en un sistema solidario de atención y con presencia en las diferentes regiones del país.

En este marco, el Consejo de Obras y Servicios Sociales Provinciales de la República Argentina (COSSPRA), acuerda en 2011 un proyecto con la Universidad Nacional del Litoral para el desarrollo del Observatorio de Seguridad Social Provincial cuyo principal propósito es el monitoreo de los sistemas provinciales de atención de la salud y el desarrollo de indicadores de gestión, en la búsqueda de conformar una base de datos única que permita mejorar los sistemas de información para la toma de decisiones de las obras sociales provinciales.

Objetivos

A partir de relevamientos realizados en el Observatorio los objetivos de esta ponencia son:

- Identificar el grado de cobertura del Sistema de Salud Argentino para los distintos segmentos con énfasis en la Seguridad Social Provincial y la población sin cobertura formal, según regiones y provincias.
- Establecer el porcentaje de población bajo gestión en su cobertura y aseguramiento de salud por los Estados Provinciales.
- Determinar la participación en el financiamiento del sistema de salud argentino, proveniente del subsector de la seguridad social provincial.

Metodología

La investigación que se aborda en el presente trabajo es descriptiva cuantitativa. En primer lugar se realizó un relevamiento de información secundaria abordando bibliografía específica, así como también estadísticas publicadas por organismos oficiales. Luego, se consensuó con las 23

obras sociales que participan activamente de COSSPRA, los temas que se consideraban necesarios y factibles de relevar a los efectos de generar indicadores útiles para la gestión de cada OSP.

Para la generación de datos primarios se elaboró una encuesta que fue enviada por tres años consecutivos a la totalidad de las obras sociales provinciales y abordó los siguientes ejes temáticos: formas de contratación; tipologías de prestadores contratados; plazos de pago; población beneficiaria; volumen anual de un grupo de prestaciones significativas (consultas ambulatorias, días cama en piso y en área crítica, imágenes, etc.); valores de referencia provinciales; monto y desagregación de los principales componentes del gasto prestacional.

El porcentaje de respuestas recibidas fue, en promedio, del 70% de las Obras Sociales Provinciales con una representatividad promedio del 86% de los beneficiarios.

Resultados

De acuerdo a los datos del último censo poblacional de los más de 40 millones de argentinos[1], un 63,9% de los mismos tienen cobertura formal de Obra Social o Plan de Salud, el 36,1% restante no la tiene y su atención está a cargo exclusivamente del Estado.

Si desagregamos el grupo de población con cobertura de seguro de salud observamos que el sistema de las leyes 23.660 - 23.661 de Seguro de Salud y de Obras Sociales incluyen la mayor parte de la población asegurada; casi uno de cada dos asegurados (47,7%) se encuentra dentro de este grupo. Le siguen los afiliados de las obras sociales provinciales agrupadas en el COSSPRA, que representan el 25% de este grupo, los incorporados a seguros voluntarios (14%) y finalmente aquellos que reciben servicios de PAMI (7%).

La importancia de las OSP es significativa tanto a nivel de población asegurada como del total de la población. El 16% de la población del país o el 25% de los asegurados pertenece a las Obras Sociales provinciales. Los porcentajes observados varían según la región[2], desde el 12% al 28% de la población total si lo analizamos por regiones y desde el 17% al 40,5% dentro de la población asegurada.

Encontramos que en regiones como NOA y SUR la incidencia sobre la población asegurada por el Estado provincial supera el 40%, alcanzando los estándares más significativos sobre el total de la población, aunque en base a dos realidades diferentes. En la región SUR influye la participación del empleo estatal sobre el total, en cambio NOA sobresale por el bajo aseguramiento de las demás OS y mayores índices

de población que cuenta solo con cobertura del estado.

La población asegurada por las OSP creció, entre censos, 36% en valores absolutos, que provocó un aumento de la población cubierta de un 12% (52% al 64%). La variación fue disímil en las regiones, mientras que no se notaron cambios significativos en la región SUR y CUYO, se redistribuyeron las participaciones porcentuales entre las regiones NOA – NEA, las que disminuyeron su participación en el total nacional, contra la Región CENTRO, quien absorbió los 8 puntos de diferencia. En términos absolutos, la única región que posee un menor aseguramiento es NOA, quien disminuyó el mismo en los últimos 9 años en 62 mil beneficiarios aproximadamente, perteneciendo el 90% de los mismos a una sola provincia.

Los crecimientos en términos absolutos de asegurados en las provincias de Buenos Aires, Santa Fe y Córdoba, son las que marcaron significativamente la tendencia. En términos porcentuales, los crecimientos estuvieron encabezados, por Buenos Aires, Tierra del Fuego, Santa Cruz, Chubut y San Luis (creciendo por encima del 49%), y decrecieron en su aseguramiento solo dos provincias (por encima del 20%).

Los indicadores de consumo relevados para el período 2011-2013, muestran un promedio nacional de 5.6 consultas por beneficiario año[3] y en 12.3 egresos cada 100 beneficiarios[4]. Estos indicadores si bien no miden la calidad de atención son sensibles directamente a la accesibilidad y uso del sistema, brindándonos información importante al determinar que las OSP nucleadas en el COSSPRA financian anualmente más de 30 millones de consultas y más de 760 mil egresos.

Componente central es el financiamiento. Un sistema sin financiamiento restringe sus redes de atención, suma co-pagos y por ende restringe sus prestaciones y coberturas a sus beneficiarios. Según PNUD (2011)[5], en el año 2008 el gasto de las Obras Sociales Provinciales representó el 0,74% del PBI, estimando esta participación para el año 2013, comparando con el gasto equivalente de 2003[6], se concluye que el gasto de este segmento se ha multiplicado por 10 durante ese lapso. El financiamiento del sub-sector de la Seguridad Social Provincial, se puede expresar en el 8.2% del Gasto del Sistema de Salud, estimando este último en el 10,2% del PBI.

Conclusiones

La población analizada, beneficiarios de Obras Sociales Provinciales, es suficientemente representativa de la población con cobertura de seguro de salud (25% del total) mostrando una dispersión geográfica que asegura la presencia

en todo el país. Esta incidencia le otorga el carácter de grupo referente dentro de los seguros de salud.

En función de lo expresado anteriormente, la identificación de la Presencia, Cobertura y Financiamiento del Segmento dentro del Subsector de la seguridad social y dentro del sistema de salud tiene gran importancia. La sumatoria de la población cubierta únicamente por el estado provincial y los que poseen cobertura de la seguridad social provincial, representa el 52% de la población del país. Esto muestra el rol fundamental que ocupan los estados en la construcción de políticas públicas sanitarias y la necesaria interacción que requiere el sector, para poder generar una sinergia positiva de las partes.

El trabajo de campo a través de las encuestas anuales realizadas sistemáticamente por primera vez, procesamiento de datos, discusión conjunta y elaboración de indicadores permitió contar con información homogénea y comparable tanto secuencialmente como entre provincias y regiones.

Los resultados obtenidos en promedio para el universo COSSPRA permiten dimensionar al sector financiando más de 30 millones de consultas anuales y más 760 mil egresos en todos los niveles de complejidad, convirtiéndose este segmento en una parte central a ser integrado en la construcción de políticas públicas sanitarias, dado su presencia activa dentro del subsector de la seguridad social.

Se destaca el crecimiento y la importancia del financiamiento de este segmento (OSP) dentro del subsector de la seguridad social y del sistema de salud. El mismo en 10 años creció 10 veces y se expresa en el 0,74% del PBI nacional, (estimado en 2013 - \$23000 millones), la representatividad del mismo dentro del gasto de nuestro sistema de salud es del 8,2%.

[1] Censo Nacional de Población y Vivienda 2010. Indec

[2] COSSPRA está organizada en cinco regiones geográficas que agrupan provincias con características similares, a saber: Región I Sur, integrada por Santa Cruz, Neuquén, Río Negro, Tierra del Fuego y La Pampa; Región II Cuyo, integrada por Mendoza, San Juan, San Luis, La Rioja y Córdoba; Región III NOA, integrada por Tucumán, Santiago del Estero, Catamarca, Salta y Jujuy; Región IV NEA, integrada por Misiones, Entre Ríos, Corrientes, Chaco y Formosa; Región V Centro, compuesta por Buenos Aires, C.A.B.A. y Santa Fe.

[3] Cosspra Unl (2013)

[4] Cosspra Unl (2013)

[5] PNUD, 2011. Op. Cit. Pag 38 Cuadro 10

[6] R. Torres (2004) op. Cit.



CONTRARREFERENCIA EN REDES DE ATENCIÓN PERINATAL. UN ESTUDIO DE CASO EN LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES.

Daniel Maceira¹; Alfredo Palacios²

1. CEDES-CONICET.
2. UNLP-UBA-CEDES.

Introducción

El nivel de gasto en salud argentino es considerado elevado para el promedio regional, y supera al de naciones latinoamericanas con similar ingreso per cápita. Sin embargo, sus indicadores de resultados sanitarios dejan percibir una "brecha de eficiencia", en tanto alcanzan valores menos favorables que los esperados a iguales niveles de desarrollo económico y gasto.

Asimismo, la amplia descentralización sectorial en Argentina, tanto entre provincias y municipios con capacidad de financiamiento y prestación autónoma, como de las instituciones de seguridad social, de profunda segmentación, exigen una mirada sub-nacional que identifique cómo aprovechar de la mejor manera los recursos invertidos en el sector. Esta mirada debe concentrar su atención en los mecanismos de coordinación existentes tanto a nivel de aseguramiento como de gestión de servicios, condición que es imprescindible en un sistema fuertemente atomizado.

En este sentido, la estructura de operación del sistema de salud en redes de atención constituye un tema clave para conocer el funcionamiento sectorial (OPS 2008, 2010).

La literatura sobre redes de atención es, mayoritariamente, normativa (Artaza Barrios et al (2011), López Puig et al (2009), entre otros). Un factor que es comúnmente identificado como obstáculo para el funcionamiento eficiente del sistema de atención en red es la falla en los sistemas de referencia y contrarreferencia.

En relación al primero, Waller y Hodgkin (2000), Neal et al (2001), entre otros, sugieren que las características socio-demográficas de los pacientes son de relevancia para explicar el acceso al sistema de atención en red, aunque Cosgrove (1990) destaca que las características propias del sistema podrían jugar un rol clave en la problemática. Sin embargo, no se han identificado estudios que analicen el funcionamiento del sistema de contrarreferencia desde un punto de vista cuantitativo.

Objetivo

Analizar uno de los elementos fundamentales de todo modelo de atención en red: la contrarreferencia de pacientes desde el hospital cabecera hacia los centros de atención primaria, en un marco específico de salud perinatal.

En particular, se analizará la probabilidad de asistencia de los recién nacidos y puérperas al control programado de contrarreferencia en base a un conjunto de variables vincu-

ladas con las características de las pacientes y el funcionamiento del sistema de atención en red.

Metodología

Se seleccionó, a modo de caso de estudio, a uno de los hospitales públicos más relevantes de la Provincia de Buenos Aires, tanto desde una perspectiva de escala de atención como de ubicación estratégica dentro del modelo de atención provincial.

Se tuvo acceso a dos fuentes de información: a) Base de datos administrativa de la Oficina de Referencia y Contrarreferencia del hospital, que contiene las fechas del alta hospitalaria de la puérpera y el recién nacido, las fechas de los turnos para la consulta de contrarreferencia para cada uno de ellos, y la situación de asistencia o no a dichos controles, y b) Base de datos del Sistema Informático Perinatal (SIP), que reporta información sobre las características básicas de la mujer y su embarazo, la situación del parto y los resultados de salud del recién nacido. La combinación de ambas bases de datos fue posible gracias al número de documento de la madre, teniendo en cuenta las fechas de parto y control. El periodo de tiempo cubierto por la base de datos resultante es Enero 2011-Mayo 2012.

La variable de interés del estudio, que denotaremos por y , es la asistencia, o no, del recién nacido/puérpera al control programado de contrarreferencia. Consideramos un vector x de K variables explicativas, entre las que se encuentran las características básicas de la puérpera (edad, educación, estado civil, número de controles prenatales), el peso del recién nacido, y las características del sistema de atención en red (contrarreferencia), representada por la demora en el turno del control programado para recién nacidos y puérperas.

La probabilidad de asistencia de estos últimos al control programado de contrarreferencia es estimada a través de métodos econométricos multivariados, en particular, se utilizan modelos de Mínimos Cuadrados Ordinarios, Probit y Logit. En dichas estimaciones se consideran diferentes tipos de controles, como estacionales (trimestres del año) y locacionales (área geográfica de residencia de la puérpera y del centro de atención de referencia).

Resultados

Bajo un análisis de estadística descriptiva, y sobre un total de aproximadamente 1.420 altas, se registra un promedio de edad de la puérpera de veinticuatro años, con una

extrema dispersión, que va desde los doce a cuarenta y cinco años. Los años de educación de la puérpera promedian los ocho años y medio, lo que correspondería a un nivel educativo de secundaria incompleta. Un 12% de las puérperas reportó ser soltera, y el promedio de consultas prenatales alcanzó las siete visitas, con extremos de entre ninguna y dieciocho. Por otra parte, la demora promedio en el turno de contrarreferencia para un recién nacido es de 6.7 días, con valores mínimo y máximo de uno y treinta y ocho días, respectivamente, mientras que la demora promedio en el turno para puérperas es de 6.3 días, con valores mínimo y máximo similares al caso de la demora en el turno para el control de recién nacidos. La información disponible sobre la asistencia al control de contrarreferencia muestra que un 81% de las madres llevó a su hijo a la consulta, mientras que un 73% asistió a su propio control postparto.

Los resultados de las estimaciones econométricas son robustos a las diferentes especificaciones (MCO, Probit y Logit), y muestran que la edad de la puérpera presenta signo negativo, implicando que, en promedio, los hijos de puérperas de mayor edad tienen menor probabilidad de asistir al control programado de contrarreferencia, aunque esta variable no es estadísticamente significativa. Por otra parte, la cantidad de años de educación la puérpera presenta signo positivo, sugiriendo que los hijos de madres más educadas tienen mayor probabilidad de asistir al control, aunque esta variable tampoco resulta significativa desde el punto de vista estadístico. Algo llamativo sucede con la condición de puérpera soltera, ya que estas últimas presentan una mayor probabilidad de llevar a sus recién nacidos al control de contrarreferencia que aquellas puérperas que tienen pareja, y la diferencia resulta estadísticamente significativa al 10%. Por su parte, el número de controles prenatales guarda una relación positiva con la probabilidad de que el recién nacido reciba cuidados luego del alta hospitalaria, y esta variable resulta estadísticamente significativa al 1%. El peso del recién nacido parece no afectar la probabilidad de asistencia

al control programado de contrarreferencia. Finalmente, la variable de demora en días en el turno de contrarreferencia para el recién nacido presenta signo negativo, sugiriendo que conforme se incrementa la demora en el turno menor será la probabilidad de que el recién nacido asista al mismo. Esta variable resulta estadísticamente significativa al 1%.

Resultados similares se obtienen para las estimaciones de la probabilidad de asistencia al control de contrarreferencia por parte de las puérperas.

Conclusiones

La capacidad de un sistema de salud de atender las necesidades de su población a cargo descansa fuertemente en la organización de sus redes de atención. Ellas determinan los mecanismos de coordinación y cooperación entre diferentes niveles de atención, facilitando el uso eficiente de los recursos, promoviendo modos sistemáticos de atención de las necesidades, implementando políticas de promoción y prevención, y definiendo reglas de referencia y contrarreferencia imprescindibles al momento de tratar casos agudos. De algún modo, el funcionamiento de las redes de atención permite inferir la capacidad del sistema sanitario para administrar un programa complejo de cuidado, prevención y restauración de la salud.

Los resultados obtenidos sugieren que tanto las características de las pacientes como el funcionamiento del sistema de atención en red guardan una relación estadísticamente significativa con la probabilidad de que el recién nacido y la puérpera asistan al control programado de contrarreferencia.

Desde una perspectiva de política pública, surgen recomendaciones que apuntan al fortalecimiento de la red de atención perinatal mediante mayores espacios de decisión conjunta y líneas de financiamiento específicas para dicha red, de modo de facilitar la puesta en práctica de una estrategia sanitaria común.



HOSPITAL BALESTRINI: CUANTIFICANDO ALGUNOS DE SUS BENEFICIOS

Germán Reyes¹; Nicolas Epele¹; León Salim¹

1. Ministerio de Economía de la Provincia de Buenos Aires

En ese trabajo se realiza una evaluación ex ante del Hospital Zonal General de Agudos Dr. Alberto Edgardo Balestrini, emplazado en la localidad de Ciudad Evita, partido de La Matanza. Entre los beneficios que se esperan obtener de la puesta en marcha del Hospital Balestrini se desatacan una mayor cobertura en servicios materno-infantil, principalmente en la población de bajos ingresos y una mejora en la salud de la población atendida; además de todas las ventajas derivadas de una mayor oferta hospitalaria en una región densamente poblada.

En relación con esto último, el objetivo de este trabajo es cuantificar los ahorros monetarios (costo de viaje) y no monetarios (distancia de recorrido y tiempo de viaje) sobre aquellas mujeres que modificarían su recorrido a partir de la puesta en marcha del hospital.

La principal fuente de información empleada es la Encuesta Perinatal 2008. El número inicial de observaciones obtenido de dicha fuente es de 10.899. De esta muestra inicial se tomó el subconjunto de mujeres bonaerenses que residían en el Gran Buenos Aires (GBA), de las cuales se georreferenciaron a 437 puérperas cruzando número de teléfono fijo declarado con la dirección que surge de Páginas Blancas.

Para evaluar el efecto del Hospital Balestrini sobre los corredores sanitarios a través de la modificación del tiempo de viaje y distancia de recorrido de las puérperas se realizaron dos cálculos complementarios. En primer lugar se estimó la distancia de recorrido y el tiempo de viaje entre el hogar de la embarazada y el hospital al cual asistió la parturienta para parir. En segundo lugar, se realizó el mismo cálculo pero esta vez entre el hogar de la puérpera y el Hospital Balestrini. Para llevar a cabo estas estimaciones se utilizó la interfaz de programación de aplicaciones de matriz de distancia Google Maps.

Entre los resultados encontrados, se encuentra que el 17% de las mujeres de la muestra presentan ahorros de distancia positivos, esto es, para ese porcentaje de mujeres la distancia al Hospital Balestrini resulta inferior a la del hospital que efectivamente acudieron. Para el grupo de mujeres que reportan elegir de acuerdo a la cercanía del hospital, esta proporción se reduce al 9%. La caída en este porcentaje es natural si tenemos en cuenta que este grupo ya procuraba minimizar la distancia entre el hogar y el hospital, dejando menos margen para obtener ganancias en esta dimensión. Por otro lado, para el grupo de mujeres que reportan decidir por criterios distintos al de cercanía, el porcentaje que presenta ahorros asciende al 22%. En este caso existe mayor lugar para obtener ganancias en términos de ahorro de distancia de recorrido. El máximo ahorro en distancia de

recorrido estimado para las puérperas que eligieron el hospital por su cercanía rondaría los 26 kilómetros, mientras que para aquellas que eligieron su hospital por otras razones sería de 44 kilómetros.

Resulta importante destacar que, en términos generales, el grupo de mujeres que "elige por otras razones" distintas a la cercanía o la facilidad de llegada prioriza la calidad del nosocomio, por lo cual el Hospital Balestrini podría atraer una demanda por salud más allá de la cercanía.

Cuando la variable bajo análisis es el tiempo de viaje, el porcentaje de mujeres a las cuales el Hospital Balestrini les hubiera representado un ahorro asciende al 26%. Con lo cual, las ganancias potenciales son mayores que en el caso de la distancia. Asimismo, para el sub conjunto de mujeres que reportan elegir de acuerdo a la cercanía del hospital, el porcentaje de observaciones con ahorros positivos de tiempo de viaje se ubica en el 15%. Por otro lado, el 33% de las mujeres que reportan decidir por criterios distintos al de cercanía hubieran tenido ganancias de tiempo de viaje. En este caso, el máximo ahorro en tiempo de viaje posible para las embarazadas que eligieron el nosocomio por su cercanía sería de 30 minutos, mientras que para aquellas que eligieron su hospital por otras razones rondaría los 44 minutos.

La pregunta que surge a continuación es cuál sería la magnitud del ahorro (tanto en tiempo de viaje, distancia de recorrido y costo de viaje) para aquellas mujeres que se verían beneficiadas si hubieran elegido ir al Hospital Balestrini. En este sentido se encontró que los ahorros pueden resultar muy significativos: en términos de distancia de recorrido el ahorro promedio sería de 20,2 kilómetros, en términos de tiempo de viaje de 22 minutos y el ahorro de viaje en de taxi de \$111.

Para determinar quiénes serían las principales beneficiarias de estos ahorros se desagregaron los beneficios del Hospital Balestrini de acuerdo al nivel socioeconómico de las puérperas y se clasificaron a las mujeres de la muestra en las siguientes tres categorías: "Pobre extremo", "Pobre moderado" y "No pobre". En este punto se encontró que la mayoría de las mujeres beneficiadas de la muestra presenta condiciones de pobreza moderada (40,6% del total), seguidas de las puérperas que superan la línea de pobreza (32,6%) y finalmente aquellas que no superan la línea de pobreza extrema (26,8%).

El beneficio promedio de las mujeres de pobreza moderada en términos de distancia sería de poco más de 18 kilómetros y en términos de tiempo de viaje de 22 minutos; el beneficio de aquellas que superan la línea de pobreza de 20 kilómetros y 22 minutos; y el de las pobres extremas de 20 kilómetros y 21 minutos. Finalmente, en términos de ahorros monetarios, las

puérperas que superan la línea de pobreza ahorran un 1,3% del ingreso total familiar mensual, mientras que las pobres moderadas el 5,7% y las pobres extremas el 14,1%.

Si bien los beneficios estimados en términos de tiempo de viaje y distancia de recorrido son muy similares en los tres estratos, cuando se analiza el ahorro en términos de ingreso los números resultan muy claros: los beneficios del hospital están mayormente asignados a las personas más vulnerables y su impacto en dichas personas es considerablemente mayor.

En síntesis, la migración de las gestantes constituye un factor de gran relevancia para la planificación de acciones tendientes a mejorar la calidad asistencial del Área Metropolitana de Buenos Aires. El Hospital Balestrini resulta un elemento relevante para alterar la dinámica de los corredores sanitarios. El análisis muestra que para una de cada cua-

tro puérperas del GBA, el Hospital Balestrini hubiera estado más cerca (en términos de tiempo de recorrido) que el hospital al que efectivamente concurren en 2008. Eso resulta importante ya que brindar una pronta atención a la puérpera constituye una ventaja al momento de tener el parto, especialmente en los casos de urgencias.

Asimismo, los resultados muestran que en promedio el ahorro de distancia de recorrido sería de 20,2 kilómetros, el ahorro de tiempo de viaje de 22 minutos y el ahorro de costo de taxi de \$111. Al desagregar por nivel de ingreso, se observa que de las mujeres beneficiadas el 40% presentan condiciones de pobreza moderada y el 26% condiciones de pobreza extrema. Para estas mujeres, el ahorro monetario como porcentaje del ingreso total familiar mensual está en el rango del 5,7% al 14%, dando cuenta de que se trata de una inversión focalizada en los grupos vulnerable.





SELECCIÓN DE RESUMENES PUBLICACIÓN



ANÁLISIS ECONÓMICO DE LA ESTRATEGIA DE VACUNACIÓN UNIVERSAL CON DOSIS ÚNICA CONTRA LA HEPATITIS A EN ARGENTINA

Carla Vizzotti¹; Tomás Pippo¹; Analia Urueña¹; Juan Altuna¹; Gastón Palopoli¹; Fernanda Artola¹; Laura Hernández¹; Hugo Fernández¹; Pablo Orellano¹; Maria Cristina Cañero-velazco²; Mirta Ciocca³; Margarita Ramonet⁴; Máximo Diosque¹

1. Ministerio de Salud de la Nación,

2. Hospital de Niños de San Justo, PBA,

3. Hospital Alemán,

4. Hospital Nacional "Profesor Alejandro Posadas"

Introducción

La hepatitis A (HA) es una de las enfermedades prevenibles por vacunación, con mayor distribución mundial. Existen diferentes vacunas contra la HA que demostraron ser seguras, eficaces y costo efectivas pero su alto costo y la necesidad de dos dosis podrían explicar su uso limitado a nivel global.

En Argentina la HA era una enfermedad de intermedia o alta endemicidad según la región que se considere. A partir de 2003 y 2004 se produce un brote epidémico que compromete todas las regiones del país y hasta ese momento la vacunación contra HA era parte de una estrategia limitada de control de brote. A partir de junio de 2005, el Ministerio de Salud de la Nación decide introducir en el Calendario Nacional la vacuna contra la HA con un esquema de una dosis para todos los niños de 12 meses de edad, con el fin de controlar el brote y reducir la mortalidad y morbilidad asociada a esta patología, en lugar del esquema tradicional de dos dosis.

Objetivo

Estimar la evolución de los costos asociados a la prevención y al tratamiento de la HA en el período 2000-2010 en Argentina y compararlos entre los períodos quinquenales pre y post-vacunación universal (2000-2004 vs. 2006-2010).

Metodología

Se realizó un análisis retrospectivo de los casos de HA y hepatitis no especificadas reportados al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud entre 2000 y 2010. Se clasificaron los casos por nivel de severidad y forma de presentación clínica, a partir de ellos se estimaron los costos desde una perspectiva sanitaria y social. Se incluyeron costos médicos, no médicos y costos del programa de vacunación para el mismo período. Los valores fueron estimados en pesos argentinos (AR\$) 2011.

Los costos médicos fueron calculados en base a un conjunto de Nomencladores de prestaciones de salud de Hospitales Públicos y consultas a expertos para especificar la cantidad de prácticas y recursos necesarios. Los costos asociados a la procuración de órganos e implantes fueron brindados por el INCUCAI.

Los costos del programa de vacunación fueron estimados a partir de la información provista por el Programa Nacional de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles (ProNaCEI).

Los costos no médicos incluyeron: la estimación de los gastos de bolsillo de los pacientes y familiares (traslados, alojamiento y comida), para los casos que requerían trasplante hepático; la pérdida de productividad diaria por ausencia escolar, que se calculó en base al Gasto Público Educativo Provincial por alumno del Sector Estatal y por último, la pérdida de productividad laboral diaria, que se estimó a partir del ingreso medio de bolsillo de los ocupados que trabajaron por lo menos 35 horas semanales, ajustado por desempleo.

Se proyectaron los costos de la medicación inmunosupresora de por vida para los trasplantados y la pérdida de productividad por muerte prematura y se calcularon a valor presente utilizando una tasa de descuento del 6,25%, según lo recomendado por el Fondo de Convergencia Estructural del MERCOSUR para proyectos sociales.

Se compararon los costos entre los períodos pre-vacunación universal (2000-2004) y post-vacunación (2006-2010). Dado que la estrategia de vacunación comenzó en junio del año 2005, solo se incluyeron para este año los costos de prevención en la etapa post-vacunación, pues se asumió que esa cohorte fue alcanzada por los beneficios de la vacuna durante los años posteriores, pero no fueron considerados los costos médicos y no médicos en ninguna de los dos períodos.

Por último, se realizó un análisis de sensibilidad determinístico y univariado para considerar la incertidumbre de algunos parámetros (tasas de descuento, tasa de riesgo de hepatitis fulminante, exclusión de casos de hepatitis no especificadas, etc.) y de esta forma evaluar la robustez de los resultados obtenidos.

Resultados

Los costos médicos y no médicos del período 2000-2010, tuvieron una variación en un rango de 50 a 112 millones de pesos anuales hasta 2004. A partir de la introducción de la vacuna comienzan a descender en forma precipitada hasta llegar a una cifra cercana a los 2 millones de pesos en 2010, ante la evolución decreciente de los casos de HA y hepatitis sin especificar.

En el análisis de la composición relativa de los costos en ambos períodos, se observa que en la etapa previa a la vacunación universal, los costos no médicos fueron los más representativos (80,3%), principalmente asociados a gastos de las familias y pérdida de productividad por ausencia escolar y laboral por hepatitis no fulminantes, seguidos de los costos médicos (13,5%) y los costos de inmunización (6,2%). Luego de iniciada la vacunación universal, esos valores se modificaron en forma inversa ya que la mayor composición de costos se atribuyó al programa de vacunación (80,2%), reduciéndose los no médicos y los médicos (16,9% y 2,8% respectivamente).

La mayor reducción de costos de tratamiento observada en el período 2006-2010 derivó de la disminución de casos de HA y complicaciones en el grupo de edad de 2 a 14 años. Sin embargo, la reducción de casos notificados y de costos vinculados al tratamiento de la enfermedad luego de iniciada la vacunación universal fue significativa en todos los grupos de edad.

El total de costos médicos y no médicos del período 2000-2004 se redujo en un 88,7% en relación a la etapa 2006-2010 (pasando de 407,5 a 46 millones de pesos). A su vez, la estrategia de vacunación universal implicó un incremento de casi seis veces en el costo del programa de inmunización en lo que respecta a la prevención de la HA (de 27 a 186 millones de pesos).

Aun incorporando los costos del programa de vacunación dentro de los costos totales, la reducción de costos entre ambos períodos es de un 46,5% (de 434,4 a 232,5 millones de pesos).

Para evaluar la solidez de los resultados se realizó un análisis para aquellos parámetros cuyo valor no era conocido con certeza o que se consideraron críticos en el resultado final. Del resultado de este análisis se observó una reducción de costos entre ambas etapas que alcanzó un máximo de 62,2% cuando se contempló una probabilidad de hepatitis fulminante de 0,6%, y un mínimo de 27,3% cuando se excluyeron los casos de hepatitis sin especificar. En un escenario con la perspectiva exclusivamente sanitaria (costos médicos y de vacunación), los valores se revirtieron con un incremento de los costos de un 126%, cuando no se consideraban los costos no médicos.

Conclusiones

En este estudio se estimó la evolución de los costos asociados al manejo de la HA y sus complicaciones durante

el período 2000-2010, desde una perspectiva sanitaria y social. A partir de la implementación de la vacunación universal con dosis única, se observó una acentuada y progresiva disminución de los costos vinculados al manejo de la HA, siendo 2010 el año que registró los costos más bajos del período evaluado.

Antes de 2005, la HA era la principal causa de falla hepática fulminante y trasplante hepático en población pediátrica y en concordancia con esto, la mayor reducción de costos de tratamiento observada derivó de la disminución de casos en el grupo de edad de 2 a 14 años. Sin embargo, la reducción fue significativa en todos los grupos de edad, por lo tanto, teniendo en cuenta que sólo los niños de 12 meses fueron vacunados, se destaca la importante protección de rebaño que se produjo con esta vacuna.

Para evaluar la solidez de los resultados se contempló la incertidumbre de algunas variables. De este análisis surgió que el único caso donde los costos del período 2006-2010 (incluido el programa de vacunación desde 2005) resultaron superiores a los costos del período 2000-2004 fue cuando se consideró exclusivamente la perspectiva sanitaria. Esto puede ocurrir en proyectos de alcance social pues generalmente presentan resultados negativos en términos financieros, sin embargo, el Estado suele intervenir a través de este tipo de proyecto, dado que los beneficios que se generan para la sociedad en su conjunto, se deben valorar en términos epidemiológicos, clínicos pero también socioeconómicos.

En el resto de las variables incluidas en el análisis de sensibilidad, los resultados de costos totales del período post vacunación universal fueron en todos los casos muy inferiores a aquellos incurridos durante el quinquenio anterior, incluso cuando se excluyen los casos de hepatitis sin especificar.

En conclusión, luego de la incorporación de una dosis única de vacuna contra HA para todos los niños de 12 meses de edad, se observó una notable reducción de los costos desde una perspectiva social, producto de la fuerte caída de los casos notificados (manteniéndose en esos niveles hasta el presente). La implementación de la vacunación universal significó el reemplazo de una estrategia basada casi exclusivamente en el tratamiento de la enfermedad y sus complicaciones, por otra con énfasis en la prevención mediante un programa de vacunación universal. Por lo tanto, esta estrategia innovadora, menos costosa y más fácil de implementar que el esquema tradicional de dos dosis, puede ser una buena alternativa para países donde la HA sigue siendo endémica.



ESTUDIO DE USO Y GASTO EN MEDICAMENTOS ANTIHIPERTENSIVOS EN EL SUBSECTOR PÚBLICO DE SALUD DE LA PROVINCIA DEL NEUQUÉN, ARGENTINA EN 2012 Y 2013

Laura Lamfre¹; Santiago Hasdeu¹; Ernesto Ruiz¹; Laura Pison¹; Marco Fazzi¹

1. Comité Provincial de Biotecnologías de Neuquén

Introducción:

La hipertensión arterial tiene una prevalencia del 33,2% en Neuquén, y es el factor de riesgo cardiovascular con mayor mortalidad atribuible y el quinto respecto a la carga de enfermedad. Un 84% de los hipertensos dice estar recibiendo tratamiento farmacológico. Estudios previos realizados en otros países y en Argentina han mostrado que el patrón de prescripción de antihipertensivos no se ajusta a las recomendaciones vigentes, representando un uso poco eficiente de los recursos.

Los estudios de uso de medicamentos analizan la regulación, comercialización, distribución, prescripción, dispensación y uso de fármacos en una sociedad, haciendo especial hincapié en las consecuencias médicas, económicas y sociales de este uso. Este tipo de estudios pueden permitir mejorar la gestión de los medicamentos, lograr un uso más racional y optimizar los recursos terapéuticos, con el objetivo final de mejorar la salud de las poblaciones. Un estudio sobre el uso de antihipertensivos en atención primaria Argentina, encontró, tanto a nivel nacional como en la Provincia del Neuquén, algunos patrones de prescripción alejados de las recomendaciones vigentes.

El Subsector Público de Salud de Neuquén se organiza geográficamente en seis Zonas Sanitarias y cuenta con herramientas para favorecer el uso racional de medicamentos como un Formulario Terapéutico Provincial (FTP) actualizado al 2014, Guía de Práctica Clínica (GPC) basada en la evidencia actualizada para el tratamiento de la HTA y un Programa Provincial de Riesgo Cardiovascular.

Objetivos

Evaluar el patrón de uso de medicamentos antihipertensivos, costos asociados y grado de adecuación a la Guía de Práctica Clínica y al Formulario Terapéutico provinciales, en el Sistema de Salud Pública de la Provincia del Neuquén.

Metodología

Los medicamentos ingresan por licitaciones públicas, compras directas y/o licitaciones privadas de la Subsecretaría de Salud, a través de la Dirección General de Abastecimiento y a través de Programas Nacionales como Remediar+Redes.

Se obtuvo la información completa sobre los medicamentos provistos por la Dirección General de Abastecimiento de la Subsecretaría de Salud de Neuquén, y las entregas

del Plan Remediar a los Centros de Atención Primaria de la Salud de Neuquén para el período 2012-2013. Siguiendo las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud sobre estudios de utilización de medicamentos, los consumos de los distintos fármacos antihipertensivos se expresaron en dosis diaria definida (DDD) por mil habitantes. La DDD es una unidad técnica de medida que se define como la dosis media diaria de mantenimiento de un medicamento cuando se usa en su principal indicación en adultos.

Los medicamentos antihipertensivos considerados fueron los incluidos en el FTP con esa indicación: alfametildopa, amlodipina, atenolol, enalapril, furosemida, hidroclorotiazida, losartan y nifedipina, ya fuesen provistos por la Subsecretaría de Salud o por el Programa Remediar.

Se estimó la población de pacientes con hipertensión arterial asistidos por el subsector público de salud de Neuquén en base a la proyección de población del Censo 2010 y a la prevalencia de HTA de la ENFR, teniendo en cuenta que el 35% de la población no tiene cobertura social,

Se obtuvo la información completa sobre los medicamentos provistos por la Dirección General de Abastecimiento de la Subsecretaría de Salud de Neuquén, y las entregas del Plan Remediar a los centros de atención primaria de salud (CAPS) de Neuquén para el período 2012-2013.

Resultados

El gasto provincial en medicamentos antihipertensivos representó en el período en estudio un 1% del total del gasto anual en medicamentos (\$440.688/\$43,9 millones en 2013). El capítulo Cardiovascular representa el 3,1% del total del gasto en medicamentos y las drogas antihipertensivas representan el 39% del gasto y el 92% de las DDD del ese capítulo.

El gasto total de Salud Pública en medicamentos antihipertensivos fue de \$429.588 y \$644.628 en 2012 y 2013 respectivamente. Salud Pública financia dos tercios partes del gasto en medicamentos antihipertensivos y el Plan Remediar financia el tercio restante.

El total de drogas antihipertensivas provistas por la provincia en 2012 y 2013 fueron 75,5 y 86,7 DDD por cada 1000 habitantes, respectivamente.

En el período analizado no se dispensaron medicamentos antihipertensivos no incluidos en el formulario terapéutico provincial. Más de dos tercios de las DDD de antihipertensivos corresponden a enalapril e hidroclorotiazida en todas las Zonas Sanitarias. En todas las zonas predomina

la prescripción de enalapril por sobre la de hidroclorotiazida, siendo la relación de entre 5 a 1 (en Zona Metropolitana) hasta de 16 a 1 (en Zona V). Las compras de antihipertensivos por Salud Pública de Neuquén fueron realizadas en más de un 90% por licitación pública lo que representa una forma de compra más eficiente que las compras directas.

En cuanto a otros antihipertensivos, del 2012 al 2013 se observa un incremento significativo en el uso de amlodipina (del 90%), de atenolol (del 60%) y de losartan (del 40%). Los otros antihipertensivos son menos utilizados, con la excepción de las Zonas I y V donde el uso de atenolol supera el uso de hidroclorotiazida, y la Zona IV donde el uso de amlodipina supera el uso de hidroclorotiazida.

En términos absolutos, ajustado por población, se entregan más DDD de antihipertensivos en la Zona Metropolitana, IV y V en comparación con las Zonas I, II y III. La zona Metropolitana y IV entregan un 34% más de DDD de antihipertensivos por habitante que la Zona Sanitaria III.

Conclusiones

El gasto total en medicamentos antihipertensivos representa una mínima parte del gasto provincial en medicamentos (1%). Salud Pública financia dos terceras partes del gasto en medicamentos antihipertensivos y el Plan Remediar financia el tercio restante. Las compras de antihipertensivos por Salud Pública de Neuquén fueron realizadas en más de un 90% por licitación pública lo que puede ser considerado como una forma de compra eficiente.

A partir del análisis del uso, se observa que el patrón de prescripción de antihipertensivos no se adecua completamente a las recomendaciones vigentes. Esto ocurre tanto en los hospitales como en los CAPS, y en todas las Zonas Sanitarias de la provincia. Se destaca que el antihipertensivo de primera línea hidroclorotiazida no es el medicamento más prescripto, sino el enalapril que debería ser de segunda línea según las guías vigentes. La relación entre DDD entregadas de hidroclorotiazida-enalapril es inversa a la recomendada. Pese a esto, el 80% de las DDD de antihipertensivos dispensados corresponden al uso de estos dos medicamentos, que son los más eficientes para el control de la HTA teniendo en cuenta la relación entre beneficio, seguridad y costo. Al

desagregar el análisis por Zona Sanitaria se observan diferencias regionales que merecen una mirada más profunda, especialmente en Zonas donde antihipertensivos de segundas y terceras líneas superan el uso de los medicamentos de primera línea en base a las guías vigentes. Se observa un incremento importante del 2012 al 2013 en el uso de amlodipina, losartan y atenolol. Dado que la serie temporal incluye sólo dos años, es difícil obtener conclusiones. Es mínima la utilización de fármacos antihipertensivos con un perfil de eficacia similar a un mayor costo, y no se encuentra utilizada ninguna asociación a dosis fija. Estos resultados confirman y amplían las observaciones de otros estudios nacionales y provinciales.

Este estudio presenta como debilidad que al no contar con datos nominalizados de los pacientes, se trabaja sobre promedios que pueden en algunos casos no reflejar exactamente la realidad. Al no poder conocer exactamente cuántos pacientes utilizan más de un fármaco, no pueden conocerse las combinaciones más utilizadas.

Por otra parte, presenta como fortaleza que los datos de gastos son centralizados, confiables y completos, y que pudo reunirse la información de dos años de todo el Subsector Público de Salud de la provincia. Hasta que se cuente con la información nominalizada por paciente, este tipo de estudios representa una valiosa herramienta para el análisis de gestión de medicamentos y del patrón de prescripción.

En base a estos resultados, se recomienda articular esfuerzos para aumentar la adecuación de la prescripción a guías, con especial énfasis en los CAPS y en Zonas Sanitarias donde se observan indicadores menos favorables, así como trabajar para obtener datos nominalizados por paciente y por médico.

Pese a identificarse algunas desviaciones, el patrón de prescripción de antihipertensivos en Salud Pública de Neuquén se ajusta a las recomendaciones vigentes en las líneas más importantes. Esto refleja que la existencia de un FTP y de una GPC actualizados pueden constituir herramientas eficaces para favorecer el uso racional de medicamentos antihipertensivos en un Sector Público de Salud.

Publius, P. Ibem Palabunte in publicus nerfici terobse nterionest gra det? Quodiem frit. menatu sidesti, Patis iam. Torte



ENFERMEDADES CATASTRÓFICAS-COSTO DEL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE TRES PATOLOGÍAS EN ARGENTINA Y ESCENARIOS POSIBLES PARA SU CONTENCIÓN: ENFERMEDAD DE GAUCHER, HEMOFILIA Y CÁNCER DE MAMA

Gabriela Hamilton¹

1. Municipalidad de La Matanza - Dirección de programas sanitarios.

Introducción

Las enfermedades catastróficas constituyen un grupo de patologías que deben su nombre a las consecuencias económicas que acarrearán a quienes las padecen y las financian.

Las enfermedades catastróficas son, en general, de alto costo y están vinculadas con un medicamento de alto costo (MAC). Para que haya acceso a la salud, no solo debe haber un sistema de salud organizado que permita la atención médica de las personas, sino también una cantidad de insumos y servicios que cubra las necesidades a un precio razonable. A esto debemos sumarle la selección del tratamiento más costo efectivo para evitar el uso abusivo de tecnologías médicas. Ambos, precio y selección racional, permiten que el financiamiento sea sustentable a lo largo del tiempo.

Este conjunto de enfermedades que involucran tratamientos de alto costo comienzan a influir en la sostenibilidad de los sistemas de salud. Su peso económico en crecimiento, demanda políticas y estrategias para racionalizar la expansión de la cobertura, reducir la incertidumbre del resultado y disminuir la desigualdad en el acceso a los tratamientos.

En este documento se describe una metodología para calcular los gastos relacionados con el tratamiento de 3 enfermedades consideradas catastróficas y que presentan incidencias bajas, medias y alta, como son: la enfermedad de Gaucher, la Hemofilia y el Cáncer de mama.

La Enfermedad de Gaucher es considerada una enfermedad rara, con mayor prevalencia en la población judía ashkenazi. Es causada por el déficit de Glucocerebrosidasa. Su prevalencia se estima en 1 caso cada 250.000 habitantes y su incidencia, en 1 cada 18 millones de personas por año. Se estiman alrededor de 30.000 casos a nivel mundial. En Argentina existen alrededor de 160 personas bajo tratamiento, según datos del 2012.

La Hemofilia se trata de un trastorno genético ligado al cromosoma X. Existen dos tipos de hemofilia: La tipo A, por déficit de factor VIII de coagulación, y la hemofilia tipo B, por déficit de factor IX. La incidencia de hemofilia A es de 8.9 cada 100.000 varones. En cambio, la hemofilia B presenta una incidencia aproximada de la quinta parte de la anterior. Habría en la Argentina unos 2.100 varones con la enfermedad.

El cáncer de mama es el tipo de cáncer de mayor incidencia en las mujeres de la Argentina. Durante el año 2008, se registraron 18.717 nuevos casos y 5.200 defunciones por esta enfermedad, con una tasa de mortalidad ajustada por edad de 22.4 por 100.000 mujeres. A su vez, un estudio

de carga de enfermedad en la Argentina demostró que este cáncer es responsable de más del 6 % de los años de vida prematuramente perdidos, ajustados por discapacidad en el sexo femenino.

El 95 % de los cánceres de mama son carcinomas infiltrantes, de los cuales el 80-85 % son ductales. Un estudio sobre las formas de presentación inicial del tumor mostró que los estadios clínicos fueron: en 6,7 % de las pacientes se catalogaron como tumores in situ (0), 43,5 % como carcinomas tempranos (I-IIA), 42,3 % como tumores localmente avanzados (IIB-IIIC) y 7,3 % como carcinomas metastásicos (IV).

Objetivo:

Analizar 4 escenarios posibles de disminución de gasto en la Enfermedad de Gaucher, Hemofilia y Cáncer de mama.

Metodología:

1-Evaluación de las guías de tratamiento disponibles de las enfermedades catastróficas seleccionadas.

Se relevaron fuentes secundarias nacionales e internacionales. La búsqueda se basó en la identificación de protocolos y guías de tratamiento que se encuentren publicadas en las páginas web oficiales de distintos países, así como en las páginas de las principales agencias de evaluación de tecnologías sanitarias y epidemiología clínica existentes, entre las que se mencionan el National Institute for Clinical Excellence de Inglaterra, United States Preventive Task Force Services de Estados Unidos, y Canadian Task Force Services de Canadá, entre otras. Además, se realizaron búsquedas electrónicas en journals de acceso abierto y se relevaron las revisiones sistemáticas y meta-análisis disponibles en la Colaboración Cochrane. La información recabada fue evaluada según el grado de evidencia disponible.

La información concerniente a incidencia, prevalencia, morbimortalidad, seguimiento, tratamiento y complicaciones de los problemas de salud abordados fue obtenida de las páginas web y departamentos de estadísticas de distintos países, así como de las agencias internacionales (WHO/PAHO) y los recursos provenientes de organizaciones de pacientes e instituciones académicas.

2- Determinación del costo anual promedio en el tratamiento farmacológico.

Este valor se estimó a partir del costo unitario de la medicación involucrada y la posología promedio recomenda-

da para la enfermedad. Se tomaron como medidas estándar una persona adulta de 70 Kg. y una superficie corporal de 1,73 m² y en pacientes pediátricos, 30 kg y 0,6 m². Estos datos fueron procesados mediante hojas de cálculo Excel y presentados en tablas comparativas.

Para la determinación de los costos se realizó:

- Una selección de los medicamentos involucrados en el tratamiento de la enfermedad
- Un relevamiento de las marcas comerciales disponibles en la Argentina para cada una de las drogas, sus formas de presentación y precios. (fuentes secundarias)
- Determinación del precio de cada forma de presentación comercial y por unidad.
- Cálculo del costo promedio de tratamiento. Se consideró un año de tratamiento. Asimismo se consideraron todas las presentaciones disponibles de cada droga. Fueron excluidas presentaciones cuya fecha de actualización de precios superaba los dos años en el Manual Kairos o en el Alfa beta.
- Cálculo de los costos extremos (bajo y alto) de tratamientos.
- Establecimiento de un costo medio, alto y bajo ponderado para cada patología. Según la siguiente fórmula
Costo medio ponderado = F1 X C1 + F2 X C2 + + Fn X Cn

Siendo

F: frecuencia de utilización de una terapéutica determinada
C: costo del tratamiento con una terapéutica determinada.

Limitaciones del método

Se consideró una aproximación al costo total de las enfermedades sobre la base de las descripciones de fuentes secundarias donde se establece un porcentaje del costo vinculado a los medicamentos, que sí han sido calculados en cada caso. El porcentaje correspondiente a los otros servicios se realizó sobre la base de bibliografía y, cuando no se contó con la información o la misma tenía más de 4 años de vigencia, se realizó una aproximación a un 50 %.

Resultados

Los resultados de la metodología aplicada se presenta en los cuadros 1 y 2

Estas tres patologías presentan un gasto de 1582 millones de dólares y de aplicar el escenario 4 implicaría un ahorro de 1226 millones de dólares o sea del 77%

Conclusiones

En Gaucher existen grandes variaciones en los costos del tratamiento frente a pequeños ajustes asociados a la gestión clínica. Si en lugar de 60 UI el tratamiento es de 30 UI, para un paciente de 70 kg el costo anual sería de 202 mil dólares/año versus 403 mil correspondiente al de 60 UI. El precio de venta al público del producto ha sido informado por Genzyme dado que no se encuentra publicado en los manuales farmacéuticos.

Hemofilia Es posible conseguir reducciones de precios que oscilan entre los 21 y 25 % sólo eligiendo la opción terapéutica más económica, tanto en la Hemofilia A como en la B en niños como adultos. Cabe destacar que en este desarrollo no fueron consideradas opciones de tratamiento de fabricación pública

Cáncer de mama Al analizar las variaciones de costos entre las opciones terapéuticas de mayor y menor costo, el mayor porcentaje se observa en el esquema 1- Ductal In situ (65 %), pero en los esquemas 2- Estadios I y II Invasivo temprano y 3- Localmente avanzado, en los que la disminución es cercana al 40 %.

Las enfermedades catastróficas constituyen un desafío creciente para los sistemas de salud porque el alto costo económico que involucra su tratamiento afecta a la sostenibilidad del sistema. En un contexto de recursos limitados, esto significa que se destinan cada vez más recursos a enfermedades que afectan a pocos, en detrimento de otras acciones que alcanzan a una población más amplia.

Cuadro 1- Enfermedades catastróficas seleccionadas. Costo anual de medicación principal (menor, medio y mayor) y costo total de tratamiento (medicación y servicios médicos) por paciente. En dólares. Argentina. 2013

	Costo medio de medicación principal paciente/año Dolares	Costo menor de medicación principal paciente/año Dolares	Costo mayor de medicación principal paciente/año Dolares	Costo medio de tratamiento paciente/año Dolares
Gaucher	403.075	403.075	403.075	474.218
Hemofilia	575.238	465.448	701.944	676.751
Cáncer de Mama	17.829	9.826	20.009	40.018

Observación: El cálculo se realizó con un dólar 6,31\$ (Diciembre 2013)

Fuente: Elaboración propia en base a Tobar, F.; Hamilton, G.; Olaviaga, S. y Solano, R. (2012). Un Seguro Nacional de Enfermedades Catastróficas: fundamentos para su implementación Documento de Trabajo N° 100. Buenos Aires: CIPPEC.

Cuadro 2- Enfermedades catastróficas seleccionadas. Gasto anual de medicamentos en su fase inicial y en escenarios alternativos. En millones de dólares. Argentina, 2013

	Número estimado de pacientes	Escenario 1	Escenario 2	Escenario 3	Escenario 4
Gaucher	160	64,5	50,9	32,2	18,7
Hemofilia	2100	1208	954,3	604	283,5
Cáncer de Mama	18700	309,7	244,6	154,8	53,6

Observación: El cálculo se realizó con un dólar 6,31\$ (Diciembre 2013)

Fuente: Elaboración propia en base a Tobar, F.; Hamilton, G.; Olaviaga, S. y Solano, R. (2012). Un Seguro Nacional de Enfermedades Catastróficas: fundamentos para su implementación Documento de Trabajo N° 100. Buenos Aires: CIPPEC.

EVALUACIÓN ECONÓMICA DE COSTOS DE LA LÍNEA DE CUIDADO DE LA HIPOACUSIA PRELINGUAL EN ARGENTINA

Gabriel Yedlin¹; Ricardo Yanco¹; Margarita Acosta¹; Gastón Palópoli¹; Iván Redini Blumenthal¹; Manuela Robba¹; Mariana Razquin¹; Mabel Remón¹

1. Ministerio de Salud de la Nación.

Introducción

Si bien no existen estadísticas oficiales, se estima que la prevalencia de la hipoacusia en Argentina oscila entre 1 a 3 casos por cada 1.000 nacidos vivos y que existen alrededor de un millón de hipoacúsicos de diverso grado y edad. Ello pone de relieve la magnitud de la problemática en el país, imposibilitando a las personas de adquirir el lenguaje oral y las consecuencias sociales que esto trae aparejado. En Argentina, el abordaje de la hipoacusia tiene carácter de política de Estado. A través de la Ley N° 25.415 del año 2001, el Congreso Nacional materializó la voluntad política de hacer frente a la hipoacusia a partir de la creación del Programa Nacional de Detección Temprana y Atención de la Hipoacusia en el ámbito del Ministerio de Salud, a través del cual el Estado implementa políticas específicas en la materia destinadas a mejorar el acceso a la atención de la hipoacusia en Argentina. Sólo a través de la detección temprana y la atención en la etapa previa a la adquisición del lenguaje es posible lograr una adecuada oralización de los niños con hipoacusia. En caso contrario, es improbable que pueda adquirirse el lenguaje oral. El estudio se encuentra justificado por la falta de información actualizada sobre los costos asociados a la hipoacusia bilateral profunda prelingual, tanto en el plano nacional y a nivel internacional, tratándose de información estratégica para apoyar la gestión sanitaria y la toma de decisiones en la materia.

Objetivo

Estudiar los costos asociados a la línea de cuidado de la hipoacusia bilateral profunda prelingual en Argentina, describiendo la línea de cuidados de la hipoacusia prelingual implementada por el Subsector Público en Argentina e identificando las implicancias sociales asociadas a la hipoacusia bilateral profunda prelingual en Argentina. Se estiman costos (médicos y no médicos) asociados a la línea de cuidado de la hipoacusia bilateral profunda prelingual frente a su ausencia en Argentina y se establecen parámetros de comparación con el Subsector Privado y la Seguridad Social en Argentina.

Metodología

El abordaje del estudio es de carácter multidisciplinario, a través del estudio de un caso "tipo" de hipoacusia infantil que aún no se encuentra en etapa de oralización, donde se ofrece información inédita sobre las implicancias económicas de la hipoacusia en Argentina considerando tres dimensiones de análisis: médica, educativa y laboral, estudiando los costos afrontados por la sociedad en conjunto, incorporando al Estado y las familias. El modelo adoptado es el de árbol de decisión, que contempla dos ramas excluyentes: con intervención oportuna, ya sea con

audífono y/o implante, y sin intervención. La rama "con intervención" contempla en primer término la asignación del audífono (bilateral). Según los resultados médicos obtenidos el niño se quedará con dicha tecnología o deberá transitar hacia el implante. En cada rama, se analizan las implicancias económicas en el plano médico, educativo y laboral.

En el plano médico, se empleó la técnica del microcosteo, utilizando el criterio de costeo directo a partir del cual en cada caso se imputaron costos, fijos y variables, que se encuentran asociados de forma inequívoca al producto final o servicio en cuestión.

En el plano educativo, se estimaron los costos asociados a la formación educativa del niño con hipoacusia, financiados por el Estado y particulares, desagregando por nivel Inicial, Primario y Secundario y añadiendo las etapas de Formación Temprana y Pre-Inicial para rehabilitación. En el plano laboral, se llevó a cabo un proceso cualitativo de entrevistas a personas viviendo con hipoacusia bilateral profunda, con y sin equipamiento, a fin de conocer las distintas implicancias sociales asociadas a dicha condición auditiva, con eje en la identificación de implicancias laborales, tanto en relación con la inserción laboral como en la posibilidad de mantener la fuente de trabajo y obtener ascensos. Los hallazgos obtenidos fueron empleados como base para establecer supuestos sobre la dimensión laboral del caso de estudio incorporado al modelo, donde se incluyeron costos asociados a las pensiones otorgadas y al costo de oportunidad de no ingresar al mercado laboral.

Resultados

Los resultados obtenidos permiten inferir que la estrategia de no intervención es más costosa, en términos sociales, que la estrategia de intervención oportuna (audífono/implante). En adición, los costos estimados para el subsector público se encuentran por debajo de los costos de los otros subsectores. A su vez, si se compara el costo de adquisición de la tecnología, el subsector público cuenta con valores sensiblemente menores que los disponibles para compras del sector privado.

Conclusiones

Los resultados obtenidos otorgan fundamento económico a favor de la política pública implementada por el Estado por medio de la cual se propicia la intervención oportuna de los casos de hipoacusia bilateral profunda, sea con audífono o implante. La no intervención supondría mayores costos para la sociedad en su conjunto. Por su parte, debe notarse que el estudio constituye un aporte de información estratégica para la gestión pública sanitaria en la medida que ofrece información inédita y actualizada sobre los costos asociados a la línea de cuidados de la hipoacusia en Argentina.

COSTO ECONÓMICO DE LAS LESIONES CAUSADAS POR TRÁNSITO EN ARGENTINA

Laura De Los Reyes¹; Eugenia Perez Ponsa¹; Ivan Redini Blumenthal¹

1. Dirección de Economía de la Salud - Ministerio de Salud.

Introducción

Según destaca la OMS cada año mueren más de 1,3 millones de personas por lesiones por causas asociadas a tránsito en el mundo y se registran entre 20 y 50 millones de traumatismos no mortales. En la mayoría de las regiones del mundo, estas cifras lejos de disminuir continúan en aumento, estimándose para 2020 en aproximadamente 1,9 millones de víctimas mortales. El problema no afecta sólo a automovilistas sino a todos los usuarios de la red vial. Cerca de la mitad de los fallecidos son peatones, ciclistas y motociclistas. Un aspecto distintivo de las lesiones causadas por tránsito es que pueden ser prevenibles. Si se aplican acciones relacionadas a la seguridad vial y de salud pública, las cifras pueden disminuir. En Argentina, el estado de situación de la seguridad vial requiere la atención de las políticas públicas dado que las lesiones, si bien están por debajo del promedio mundial, resultan en una responsabilidad del sistema de salud pública.

Objetivo

Estimar el costo económico asociado con el actual nivel de lesiones por tránsito en la Argentina para el año 2011, bajo una perspectiva social.

Metodología

El presente trabajo consta de dos partes. En la primera sección se realiza una revisión de la problemática en sus diferentes niveles (mundial, regional y nacional), con un

análisis para el caso nacional. Dicha sección cuenta con dos apartados, donde se llevó a cabo una estimación de los años de vida potencialmente perdidos y de la cantidad de víctimas no fatales que debieron ser hospitalizadas. En la segunda sección se estiman los costos económicos, de oportunidad, sanitarios y no sanitarios, asociados a las lesiones.

Resultado

El impacto en cuanto a pérdida de productividad por muerte prematura se estima en valor presente en pesos argentinos de 2011 en aprox. \$2.519 millones. En el 2011 la pérdida de productividad por ausentismo laboral ascendió a \$20.210.404. Los costos sanitarios anuales asociados se estiman en \$87.617.300 (valores presentes a precios de 2011). Los costos totales asociados a lesiones causadas por tránsito ascienden a aprox. \$ 2.627 millones. (valores presentes a precios de 2011).

Conclusiones

La realización de estos diagnósticos de situación permite brindar a los tomadores de decisiones la evidencia necesaria para darle prioridad en la agenda de salud, así como también para el desarrollo de programas de prevención adecuados e integrados. En esta línea, permite plantear diversas líneas de estudio y acción como la implementación de estrategias de prevención y promoción, favoreciendo la participación activa de las personas y promoviendo acciones multidisciplinarias e intersectoriales.



PERCEPCIÓN DE LOS PROFESIONALES ACERCA DE LA IMPLEMENTACIÓN DE LA LEY 26.657 EN LA GUARDIA DE SALUD MENTAL

Gabriela Santimaria¹

1. Facultad de Psicología UBA

Introducción

En el siguiente trabajo se propone indagar sobre la incidencia de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, respecto de la disponibilidad y uso de recursos, a partir de la percepción de los profesionales en los dispositivos de guardia de distintos hospitales de la CABA y Prov. de Bs As.

Se toma como referencia para ello los resultados obtenidos en la investigación UBACyT 2012-2015 "Los dispositivos para alojar la urgencia en Salud Mental, desde la mirada de los profesionales, psiquiatras y psicólogos, que intervienen en ellos". Para el análisis de los mismos se seleccionan, en cada uno de los protocolos que integran la muestra, las respuestas relacionadas con el tema en cuestión.

Objetivo

El interés particular se centra en el estudio de la incidencia de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, sobre la disponibilidad de recursos en los dispositivos de guardia (a tres años de su sanción y a un año de su reglamentación).

Se busca conocer, a través de la opinión de los profesionales, la percepción respecto de los dispositivos de guardia a partir de la implementación de la nueva Ley, considerando las mejoras esperadas ligadas a ésta.

Metodología

La investigación UBACyT 2012-2015 "Los dispositivos para alojar la urgencia en Salud Mental, desde la mirada de los profesionales, psiquiatras y psicólogos, que intervienen en ellos" es un estudio exploratorio descriptivo interpretativo cuyo objetivo general es aproximarse a la realidad de los dispositivos hospitalarios que reciben urgencias, desde la mirada de los profesionales en Salud Mental.

En la misma se plantea como hipótesis que el incremento de las consultas de urgencia en salud mental requiere de dispositivos que den respuestas eficaces para su tratamiento, que es necesario establecer los diversos modelos de dispositivos existentes y conocer, desde la perspectiva de los profesionales que trabajan en el área, qué aspectos contribuyen y cuáles obstaculizan la resolución de la urgencia.

Su propósito es aportar datos sobre las fortalezas y debilidades de los dispositivos mencionados.

Para ello se administraron 50 entrevistas semi-dirigidas a profesionales psicólogos y psiquiatras que trabajan en guardias en hospitales públicos, monovalentes y polivalentes, de CABA y de la Provincia de Buenos Aires.

A partir del análisis de las entrevistas se intenta definir

los diversos modos de funcionamiento de los dispositivos asistenciales en las guardias de los hospitales públicos tomando como variable de primer orden: "impresión de los profesionales acerca de las fortalezas y debilidades de los diferentes dispositivos" y tal como se explicita en la introducción, en este artículo el análisis se centra en los datos obtenidos a partir de la sub- variable: Incidencias de la ley 26.657 en el dispositivo.

Para conocer ventajas y desventajas, según la percepción de los profesionales, se toman en consideración los protocolos de las 50 entrevistas semi-dirigidas centrando el estudio específicamente en las preguntas relacionadas con el tema que se desarrolla. Las mismas fueron respondidas por psicólogos y psiquiatras de guardia de hospitales generales y monovalentes de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y también de la Provincia de Buenos Aires.

Del protocolo se seleccionan las siguientes preguntas:

- 1- A partir de la sanción de la ley 26.657: ¿Se han producido modificaciones en el dispositivo de guardia?, ¿Cuáles?
- 2- A partir de la sanción de la ley 26.657: ¿Qué ventajas podría destacar y cuáles obstáculos ubica al respecto?

Resultados

A partir del análisis de los testimonios, se obtiene que el 79,4% de los profesionales que respondieron las preguntas seleccionadas explicitan que la sanción de la Ley en cuestión ha incidido en el trabajo de las guardias de salud mental, destacando aspectos positivos y negativos en la implementación de la misma. Entre las ventajas se resalta la creación del equipo interdisciplinario de salud mental para las guardias externas de los hospitales públicos conformados por un médico psiquiatra, un psicólogo y un trabajador social. Quienes se encuentran trabajando bajo esta modalidad valoran dicho abordaje como enriquecedor tanto para el que consulta como para los profesionales.

Otro punto al que se le otorga relevancia está referido al espíritu de la ley en materia de derechos humanos. Los profesionales refieren como positivo que las internaciones sean voluntarias, pudiéndose realizar en hospitales generales y no necesariamente en hospitales monovalentes así como que se atienda a pacientes con problemáticas relacionadas al consumo de sustancias.

Entre los obstáculos más mencionados, se subraya: la complejidad administrativa, la falta de recursos humanos y materiales para implementar lo que la Ley establece y el desconocimiento de la vigencia de la ley por parte de algunos profesionales.

En los testimonios se encuentra que en la mayoría de los casos se identifican como obstáculos la falta de recursos tanto materiales como humanos para realizar lo que la ley propone. Esta percepción se identifica en el 56% de las encuestas seleccionadas.

En su artículo 11º se explicita que: “se debe promover el desarrollo de dispositivos tales como: consultas ambulatorias; servicios de inclusión social y laboral para personas después del alta institucional; atención domiciliaria supervisada y apoyo a las personas y grupos familiares y comunitarios; servicios para la promoción y prevención en salud mental, así como otras prestaciones tales como casas de convivencia, hospitales de día, cooperativas de trabajo, centros de capacitación socio-laboral, emprendimientos sociales, hogares y familias sustitutas”

Según los profesionales, muchos de estos dispositivos aun no se han organizado, obstaculizando la implementación de la misma e impidiendo cumplir con lo establecido por el artículo 9º en cuanto al proceso de atención que debería realizarse preferentemente fuera del ámbito de internación hospitalario.

En este mismo sentido se menciona la situación de algunos hospitales generales que aún no cuentan con un equipo de salud mental en la guardia externa, especialmente en provincia de Buenos Aires, o que no disponen de salas de internación para salud mental debiéndose internar en las salas ya existentes, como por ejemplo clínica médica.

El recurso de internación en hospitales generales ha generado problemas sobre todo en casos de pacientes con descompensación psicótica o con problemáticas de consumo de sustancias ya que como relatan los profesionales entrevistados, la estructura edilicia no está preparada para recibir a este tipo de pacientes y además, el personal tanto técnico como profesional no se ha formado en dicho campo de trabajo, lo cual genera situaciones de temor y otras veces de rechazo.

Por otro lado, se consigna como un aspecto negativo la desestimación de la vigencia de esta ley por parte de algunos profesionales que insisten en sostener su práctica amparados en artículos de leyes ya derogados, lo cual genera una tensión entre profesionales que obstaculiza el desarrollo del trabajo en equipo.

Verificamos en las entrevistas que la mayoría de los hospitales generales de la Ciudad de Buenos Aires aun no cuentan con salas de internación en Salud Mental, teniendo

que pedir derivación para internar a los pacientes en hospitales monovalentes, lo que iría en contra del espíritu de la Ley 26.657. Sin embargo, estos hospitales generales sí cuentan con guardias de Salud Mental compuestas por psiquiatra, psicólogo y trabajador social, de acuerdo con la ley 448 sancionada en el año 2008 (CABA 2008).

Conclusiones

Luego de seleccionar las respuestas de los entrevistados en relación al tema abordado, se explicitan algunas de las reflexiones que se desprenden como producto del estudio.

En principio valoramos el hecho de contar con una ley específica sobre salud mental a nivel nacional que proporciona un marco legal para elaborar políticas públicas que permitan abordar las problemáticas de Salud Mental y Derechos Humanos. De esta manera entendemos que su sanción la convierte en una herramienta fundamental para llevar a cabo la transformación que se propone.

Subrayamos que partir de los fundamentos que propone la ley, cambia el modo de concebir la salud mental y como consecuencia el modo de abordaje, transformaciones que resultan necesarias para dar respuestas acorde a las complejas problemáticas que se presentan en la actualidad.

Sin embargo encontramos a la hora de su aplicación una serie de problemas que obstaculizan y en muchas ocasiones impiden el desempeño de los profesionales. Destacamos “la falta de recursos” a la que hacen referencia los entrevistados, lo que significaría, considerando estas apreciaciones subjetivas, que no estaría cumpliéndose el artículo 32 de la ley: “en forma progresiva y en un plazo no mayor a 3 años a partir de la sanción de la presente ley, el Poder Ejecutivo debe incluir en los proyectos de presupuesto un incremento en las partidas destinadas a salud mental hasta alcanzar un mínimo del 10% del presupuesto total de salud”.

Estudiando por ejemplo la evolución del porcentaje destinado Apoyo y Promoción de la Salud Mental con la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones como responsable de ejecución, registramos un incremento porcentual anual pero que aún no alcanza a superar el 10% pautado.

En presente análisis queda pendiente un relevamiento numérico más detallado del incremento presupuestario destinado a salud mental, con el objeto de confirmar que aún no se estaría cumpliendo con el artículo 32º de la Ley, lo cual significaría obstáculos continuos en la implementación de la misma.



OS DETERMINANTES DA FECUNDIDADE NO BRASIL

César Augusto Oviedo Tejada¹; Livia Madeira Triaca¹; Flávia Katrein Da Costa¹; Franciele Hellwig¹

1. Universidade Federal de Pelotas

Introdução

Nas últimas décadas o Brasil apresentou uma queda na taxa de crescimento populacional, fruto da acentuada diminuição das taxas de fecundidade. Entretanto, esta redução não eliminou as disparidades entre os grupos populacionais. A partir destas considerações, nota-se a necessidade de uma análise da relação entre a fecundidade das mulheres brasileiras e as suas condições socioeconômicas, demográficas e comportamentais.

Objetivos

Avaliar os determinantes da taxa de fecundidade entre mulheres brasileiras de 15 a 49 anos.

Metodologia

Os dados utilizados são provenientes da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde de 2006 e as análises envolveram estimações através da regressão de Poisson. Foram analisadas informações socioeconômicas, demográficas, geográficas, reprodutivas, comportamentais e de doenças crônicas.

Resultados

Os principais resultados mostram que estar entre 15 e 24 anos, residir na região Norte, não ser branca, não trabalhar, ter menor nível de escolaridade, menor nível socioeconômico, estar em uma situação conjugal de união, ter tido a primeira relação sexual antes dos 16 anos e ter tido o primeiro filho antes dos 20 anos foram fatores que se mostraram positivamente relacionados com aumento no número de filhos.

Conclusões

Há associação significativa entre maior taxa de fecundidade e menor idade (entre 15 e 24 anos), menor escolaridade e maior pobreza. Dessa maneira, é importante aumentar a atenção a essa parcela da população, implementando ações de políticas públicas eficientes que busquem melhorar a condição destas mulheres, de tal forma que não se mantenha um círculo vicioso entre alta taxa de fecundidade e pobreza.



INCIDENCIA DE LA PRODUCCIÓN PÚBLICA DE MEDICAMENTOS DENTRO DE UN MERCADO DE ECONOMÍA MIXTA

José Arturo Berardo¹; María Daniela Blanche¹

1. Laboratorio Industrial Farmacéutico S.E..

Introducción

Durante los años 2000 y 2001 la crisis económica que sufrió Argentina impactó en la economía en general, afectando en forma particular y poniendo en evidencia fallas en la producción, distribución y acceso a medicamentos.

El carácter de bien social atribuible a los medicamentos es indispensable para la posibilidad de que las personas puedan acceder y ejercer plenamente el derecho humano a la salud y seguramente aquí radica una de las definiciones angulares a la luz de la cual abordar la problemática de dotar a los mismos de los atributos que lo constituyen en bien social que, entre otros, son: disponibilidad, acceso, oportunidad, calidad, efecto terapéutico científicamente comprobado y precio relacionado con los costos de producción.

Estos factores han impulsado el desarrollo de políticas gubernamentales tendientes a favorecer el acceso, disminuir inequidades y controlar el desabastecimiento de medicamentos desde el ámbito estatal como forma de garantizar derechos.

En este contexto, el estado nacional a través del Programa Nacional de Producción Pública de Medicamentos ha asumido acciones para dar un marco formal a tal producción, considerándola como un factor estratégico en el proceso de garantizar el derecho a la salud con todos los atributos que contribuyen a la construcción de una sociedad saludable, e interviniendo activamente con independencia de la industria privada.

Surge por lo tanto la necesidad de una investigación esencial que permita encontrar caminos para alcanzar los objetivos propuestos con economía de medios, y de esta manera dar respuesta eficiente a una demanda creciente, que debe afrontarse con una escasez relativa de recursos.

El modo de intervención más empleado por los estados, habitualmente se concentra en el aspecto regulatorio del mercado de medicamentos. Algunos utilizan también la herramienta de la provisión gratuita intentando asistir aquellos sectores con mayores urgencias con el fin garantizar el acceso y de reducir el impacto regresivo que genera el gasto en los presupuestos familiares.

Al respecto, Tobar (1) postula "...se han ensayado a nivel internacional una serie de alternativas de política para resguardar o mejorar el acceso de la población a los medicamentos. En primer lugar, se encuentran las acciones de provisión pública que, como ha sido mencionado, constituyen el mecanismo más efectivo para garantizar el acceso a medicamentos esenciales pero que por su alto costo son más difíciles de sustentar que las medidas reguladoras".

La cita anterior omite quizás la importancia estratégica

que implica la producción pública y su impacto sobre la reducción de precios, básicamente porque la fijación de precios desde el sector público naturalmente se realiza con una lógica diferente a la descrita por dicho autor, ya que el estado no persigue lucro y no necesita gastar en costosas campañas de marketing.

En un artículo más reciente De La Puente y Tobar (2) afirman que "La producción pública jugó un rol central en las políticas para garantizar el acceso a medicamentos esenciales en el pasado", y a continuación destacan que "En algunos países parece jugar un rol estratégico para la producción de esenciales de avanzada como antiretrovirales".

¿Qué impide que el estado avance sobre la Producción Pública de Medicamentos?. La respuesta generalmente se concentra en cuestionar la eficiencia del sector público como productor de bienes y servicios de naturaleza privada (en el caso de los servicios de salud y los medicamentos). Un análisis exhaustivo en el campo de la Producción Pública de Medicamentos (PPM) puede aportar información útil y desmitificar una imagen muchas veces fomentada a través de la industria privada sobre la acción pública en este ámbito.

Objetivos

La temática de la investigación entonces estuvo centrada en el análisis de la estructura de costos, organizacional y funcional del Laboratorio Industrial Farmacéutico (LIF), con el objetivo de demostrar que dicha PPM es una alternativa válida y eficiente de aprovisionamiento de fármacos para la sociedad e incide en el mercado de medicamentos.

Metodología

El estudio fue de carácter descriptivo – exploratorio – explicativo. Se comenzó con una investigación documental sobre la historia de la salud pública y el mercado farmacéutico en Argentina, se siguió con una exploración exhaustiva de la organización interna del LIF, dilucidando su estructura funcional, sus procesos y, en particular, su sistema de costos como una herramienta para la gestión eficiente. En última instancia se abordó una etapa explicativa donde se conjugó toda la información recabada, exponiendo indicadores claros que muestran al LIF como un laboratorio público eficaz y eficiente.

Resultados

Luego de un extenso análisis cuali-cuantitativo se puede inferir que el LIF S.E., laboratorio de producción pública,

incide tanto en el Sistema de Salud provincial de Santa Fe como en el nacional, proveyendo medicamentos de calidad comprobada (habilitados por ANMAT), a precio razonable (ya que ganó varias licitaciones públicas). Además se puede afirmar que dichos precios, además de ser razonables son bajos ya que son fijados en proporción a los costos productivos y generan un ahorro considerable para el Estado (ya que provee el 64% del consumo total de medicamentos en la provincia de Santa Fe, utilizando tan solo el 11.5% del presupuesto destinado a tal fin) por lo que se concluye que dicha incidencia es positiva.

Los indicadores más relevantes que sustentan esta afirmación se exponen, a modo de síntesis, a continuación:

- El LIF SE posee una cartera de productos compuesta por 43 especialidades, de las cuales 24 constituyen especialidades de producción propia, 15 son de producción asociada con otros laboratorios y 4 resultan de un programa de intercambio que se realiza periódicamente con el Laboratorio de Especialidades Medicinales de la Municipalidad de Rosario (LEM SE).
- Del total de genéricos que integran la cartera, 17 cuentan con Certificado ANMAT, lo que permite una comercialización a nivel nacional de los mismos, mientras que el resto de la cartera productiva cuenta con habilitación provincial para la dispensa en la provincia de Santa Fe.
- Se comprobó que el LIF ha provisto, durante el período 2006 a 2010, aproximadamente el 94% de las unidades farmacológicas que la Provincia de Santa Fe ha aportado al sistema público provincial para Atención Primaria de la Salud y, considerando al Sistema Provincial de Salud en su totalidad, el LIF ha aportado con su producción el 64% de las unidades farmacológicas utilizadas.
- Mientras que la inversión total de la provincia en medicamentos para dar respuesta a la demanda del Sistema Público de Salud ha crecido en un 181% en cinco años, el presupuesto del LIF se incrementó un 93% (prácticamente la mitad) en igual período de tiempo.
- El LIF para realizar toda la producción del ejercicio 2010 consumió solo el 11,5% del monto total invertido por la provincia en medicamentos.
- La producción del LIF no solo impacta a nivel provincial, sino también a nivel nacional, en primer lugar, a través de su participación en el Plan Remediar, siendo esta en una primera oportunidad de manera directa y luego a través de licitaciones públicas internacionales. En un período de 6 años, el LIF SE aportó 77,3 millones de unidades al Plan Remediar, compitiendo en costos, precio y

calidad con laboratorios nacionales e internacionales de primera línea.

- La constitución de un Fideicomiso le ha permitido al LIF competir en el mercado de producción privada de medicamentos, participando en licitaciones públicas en varias provincias del país, como Misiones, Buenos Aires, Entre Ríos, etc., compitiendo con laboratorios y droguerías privados.
- En 2010 el LIF elaboró un medicamento de los llamados huérfanos, Efedrina comprimidos 5 mgs, aprobando la ANMAT una excepción a la norma que restringe el uso de la efedrina como materia prima de la industria farmacéutica, al tratarse de una única medicación efectiva para el tratamiento de una única persona de la provincia de Formosa.
- El LIF cuenta con la capacidad de producción, de organización y de gestión necesaria, en un marco jurídico y legal adecuado para cumplir con sus objetivos y asegurar el acceso de medicamentos esenciales a la población de la Provincia de Santa Fe carente de recursos y que no puede adquirir los medicamentos en el mercado privado. Medicamentos que cumplen con estándares de calidad y eficacia, habilitados por ANMAT, participando también en el mercado nacional de medicamentos.

Conclusiones

Esta investigación intenta dejar a los políticos una alternativa veraz de producción eficiente de medicamentos. Deja además herramientas de gestión que pueden servir a otros laboratorios públicos para seguir la senda que comenzó a marcar el LIF de Producción Pública de Medicamentos, que en conjunto con otros laboratorios estatales pueden aportar al país grandes beneficios económicos y sociales, desde el punto de vista de la accesibilidad a los medicamentos y de la regulación del mercado.

Este estudio concluye en demostrar que el LIF es eficaz, eficiente e incide en el mercado de medicamentos y que la PPM es una herramienta de financiación para el Estado con respecto a los Sistemas de Salud.

- (1) Tobar, F. Acceso a los medicamentos en Argentina: diagnóstico y alternativas. Boletín Fármacos. Año 2002.
- (2) De la Puente, C. y Tobar, F. Políticas y estrategias de adquisición de medicamentos esenciales: Un análisis sistematizado de modelos y experiencias clave en América Latina. Serie de Estudios ISALUD N° 4, Pág. 61-63. Año 2008.

