



UNIVERSIDAD NACIONAL
DE LA PLATA
FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS

**Escuela de Economía de la Salud
y Administración de
Organizaciones de Salud**

**Tesis de Maestría en Economía de la Salud
y Administración de Organizaciones de Salud:**

**“El Banco de Drogas del Ministerio de Salud de la
Provincia de Buenos Aires: estudio de su
funcionamiento y propuesta para su optimización”**

Septiembre 2004

Tesista: Dr. Gustavo H. Marin

Director: Lic. Carlos Castro

INDICE

| | |
|--|-----|
| Introducción | 4 |
| <u>Planteo del Problema</u> | 37 |
| Fundamentos para Elección del Tema | 39 |
| Descripción Universo de Análisis | 40 |
| Formulación de Objetivos | 44 |
| Hipótesis | 45 |
| Materiales y Métodos | 46 |
| Resultados | 56 |
| Propuestas de Intervención | 72 |
| Acciones de Intervención | 73 |
| Evaluación del Impacto de las Acciones | 83 |
| Conclusiones | 91 |
| Bibliografía | 92 |
| ANEXO A | 95 |
| ANEXO B | 114 |
| ANEXO C | 126 |

Agradecimientos:

A mi familia: mi esposa Marcela, mis hijas Lupe, Gina, Cloe y a mi hijo Theo, por ser generosos con su tiempo en el período de elaboración de esta tesis.

A mi Director de Tesis, el Lic. Carlos Calvo por su comprensión y sus consejos.

Al Cuerpo Directivo y Docentes de la Maestría por su apoyo permanente.

A la Dra. Bárbara Balestra por su ayuda metodológica.

Al Estudio de Arquitectura PRAGMA por su colaboración en la Propuesta de Intervención .

Al los Analistas en Sistemas Oswaldo Perozo y Pablo Cuscina por su ayuda en la elaboración del programa de análisis de datos.

A las Autoridades del Ministerio de Salud y del Banco de Drogas de la Provincia de Buenos Aires por su brindar su apoyo en la realización de este Proyecto.

Prólogo del Trabajo

El trabajo pretende demostrar que la transformación de las Instituciones Estatales hacia entidades más eficientes y socialmente respetadas, constituye aún una opción válida para el futuro para las mismas.

Focalizando en una de estas Instituciones, como lo es el Banco de Drogas de la Provincia de Buenos Aires, se tratará de demostrar este punto.

El Banco de Drogas Provincial es una Dirección dentro del Ministerio de Salud, que provee gratuitamente de medicación, a aquellas personas sin cobertura que habiten el suelo bonaerense y se encuentren afectados de una enfermedad maligna.

El tema se abordó dividiendo el trabajo en varios capítulos:

La Introducción y el marco teórico inicial están destinados a recorrer los distintos países del mundo y determinar cual es la situación de estas instituciones en los mismos, finalizando con una comparación con la realidad Nacional y Provincial.

Posteriormente se fundamentó la elección del tema y se formuló la Hipótesis del Trabajo.

Primeramente se realizó un Diagnóstico de Situación destinado a evaluar la condición inicial de la Institución.

A continuación se describieron los métodos y herramientas con las cuales se trabajó.

Se mostró los Resultados obtenidos, y se presentó una Propuesta de Intervención que se llevó a cabo con posterioridad.

Finalmente se midió el impacto de estas acciones y enunciaron las conclusiones finales del trabajo.

“El Banco de Drogas del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires: estudio de su funcionamiento y propuesta para su optimización”

INTRODUCCIÓN Y MARCO TEÓRICO

En los últimos siglos de historia humana, lo económico se identifica muy claramente con lo que da ganancia a un sector de la población. Por eliminación, lo social fue todo aquello que no daba – mensurablemente al menos – ganancia ostensible a nadie. Tal vez fue esta la razón por la cual durante mucho tiempo, tampoco nadie se ocupó de este aspecto. Sin embargo, la humanidad comenzó a experimentar notables cambios en los 3 últimos siglos¹. En el medioevo, la organización social y económica se centraba en áreas rurales o semi-rurales, próximas al castillo del Señor Feudal, quien a cambio del cumplimiento de determinadas funciones, trabajo y sumisión, le brindaba protección, alimento y cuidados a las familias de campesinos a su cargo. Con el advenimiento de la Revolución Industrial, el requerimiento de mano de obra que demandaba la incipiente industria, hizo migrar a los campesinos a las ciudades. El Señor Feudal fue reemplazado por el dueño de la fábrica, quien ya no tenía el antiguo compromiso social de protección y cuidado, sino que estaba interesado únicamente en la contraprestación de pago por trabajo. La rápida acumulación de capital, el crecimiento exponencial de la capacidad de producción, y la avaricia de ganancia que poseían los empleadores, crearon una realidad insostenible para aquellos obreros de fines de siglo XIX². Las jornadas de 15 o 18 horas, el hacinamiento en las escasas viviendas de las capitales europeas, las enfermedades y epidemias originadas en la miseria, comenzaron a tallar en la mente de los obreros un sentimiento de rebeldía ante esta situación. A raíz de estos hechos, el capitalismo industrial del siglo XIX, descubre fundamentalmente dos cosas: 1) que sería necesario implementar políticas destinadas a mejorar el nivel de vida de la clase trabajadora a fin de evitar estallidos de intolerancia popular que pongan en riesgo el floreciente modelo, y por otro lado 2) al reconocer que con los elevados niveles de la producción se había alcanzado un “techo” y, con la imposibilidad inmediata de incorporar nuevas regiones del mundo al mercado, se advierte la necesidad de “crear” nuevos sectores de la población con niveles de consumo superiores al de la mera

subsistencia. Es entonces que surge el bienestar y la seguridad social³. Esto ocurre, no por una cristiana reflexión ética sobre los tremendos costos sociales ocasionados por la revolución industrial, sino por temor a una revuelta popular y por necesidad de crear nuevos consumidores que evitarían una disminución en el pujante ritmo de producción. Así, paulatinamente, los líderes de los países más industrializados de Europa adhieren a este pensamiento. Tal vez el mayor ejemplo de mutualismo histórico lo brindó el canciller Otto Bismark, quien cimentó con él, el sistema de seguridad alemán, aunque existen también, otros ejemplos similares en diversos países.

Posteriormente, debido al agravamiento de las condiciones sociales vividas en la primer guerra mundial y en la gran depresión económica que siguió a la misma, fue necesario no solo mantener las medidas de Estado de Bienestar⁴ (EB), sino intensificarlas con fuerte intervención estatal en las políticas de los países centrales. Luego de la segunda Guerra Mundial, estos conceptos se renovaron con los nuevos paradigmas aportados por el economista británico John Maynard Keynes⁵. El estado de Bienestar keynesiano significó una ruptura con la etapa liberal previa a la década de 1930 y respondió a las motivaciones de índole político-social de aquella época⁶. Demostró que el “laissez faire” llevaba a perturbaciones que ponían en riesgo el capitalismo como sistema económico, y, para evitarlas, propuso la intervención del Estado para corregir las derivaciones y fomentar la demanda de consumo y de inversión, a través de procesos monetarios y fiscales. Pero también Keynes marcó sustanciales diferencias con el Estado de Bienestar inicial, reemplazando los instrumentos rígidos utilizados por éste, es decir derechos garantizados jurídicamente e incorporados como derechos adquiridos en la conciencia de la población, por unos más flexibles para poder ser utilizados anticíclicamente. Los cambios propuestos por Keynes también operan en el campo de la inversión y la producción mientras que el EB puro, lo hacía en el terreno de una redistribución que pretende permitir el acceso a amplios sectores de la población al consumo de bienes y servicios⁷. La mayoría de los países Europeos ajustaron las consignas del EB de Bismark con los postulados de Keynes⁸.

En Inglaterra, esas ideas se plasmaron en un proyecto de Lord William Beveridge, decano de la Universidad de Oxford durante los años de la 2da guerra, que consistía en establecer desde el Estado y el ámbito público, las bases precisas para una Seguridad Social Inglesa, en lo que respecta a ayuda social, cobertura universal en Salud, leyes concernientes a la vejez y seguros de desempleo para los trabajadores. Finalmente quedaron instaurados al menos 3 variedades clásicas de dicho modelo:

- 1) Un tipo de política social expresada en actividades de bienestar de índole residual, o sea: el hombre satisface sus necesidades en un libre mercado privado de acuerdo a sus posibilidades individuales o familiares. Solo ante quiebras graves de tales posibilidades actúan las instituciones públicas de bienestar. (este esquema corresponde a etapas iniciales del desarrollo histórico de los programas de bienestar , pero se llevó a cabo en tiempos más contemporáneos en países como EEUU y Chile.
- 2) Un segundo tipo de política social está vinculada al crecimiento económico, que institucionaliza actividades de bienestar basadas en méritos y logros personales y en la productividad, completando así un sistema de incentivos y recompensas con efecto sobre el ritmo de desarrollo.
- 3) Un tercer perfil de política social involucra acciones de bienestar de cobertura universal sobre la población llevadas a adelante según principios de necesidad individual o familiar y totalmente fuera de las reglas del mercado. Este esquema presupone el funcionamiento de importantes mecanismos redistributivos y se asienta en una doctrina de igualdad social⁹.

Cada cambio evidenciado en las áreas de economía y política, impacta en el área social y de la salud.

Tabla Resumen de los Principales Modelos de los Sistemas de Salud que quedan establecidos a fines del siglo XX

| Sector | Modelo | Financiamiento | Carácter | Cobertura |
|---------------|---------------|--------------------------|-----------------|--------------------------|
| Público | Beveridge | Rentas Grales | Obligatorio | Universal |
| Social | Bismark | Aportes y Contribuciones | Obligatorio | A beneficiarios |
| Privado | Aseguradoras | Bolsillo | Voluntario | A quienes pagan servicio |

Uno de los elementos más importantes que tienen en cuenta los gobiernos para tomar la decisión política respecto al modelo de Salud que desean elegir para su población, es la inversión económica que deberá destinar al área. El mayor responsable del incremento de los costos de la Atención Médica en un país, ha sido en los últimos años, la incorporación de tecnología y la prescripción de medicamentos asociada a cada acto médico¹⁰.

La producción de medicamentos ha alternado con la industria bélica el primer puesto en rentabilidad para las empresas multinacionales. Muy pocos países son productores desde el Estado de los medicamentos necesarios para la cobertura de su población y por lo tanto, la gran mayoría deberá adquirir los mismos a precios internacionales. Por esta razón, la decisión política de cada país respecto al concepto de “medicamento como bien social”, es clave en la elección del modelo de salud y la forma de financiar del mismo .

No es extraño pues, que en el mundo, existan varios modelos para que la población pueda acceder a la Atención de su Salud y a los medicamentos necesarios para tratar las enfermedades que la afectan. Existen tanto modelos como formas de financiación, algunos de los cuales se expresan a continuación:

- *Modelo del Estado como único pagador.* Una forma es que el propio Estado asuma directamente el costo total de la Atención de la Salud y del medicamento con distribución sin cargo entre la población que los requiera.
- *Modelo de Seguro de Salud:* cuenta con una organización que cumple la función de administrar los gastos realizados por la Salud en general incluyendo aquellos gastos ocasionados por los medicamentos. Esta organización no es directamente el Estado, sino que es un Seguro Nacional de Salud que puede recibir financiación completa o parcial del Estado, y que además recibe el aporte de los trabajadores y empleadores.
- *Tercer Pagador.* es semejante al anterior, generalmente es utilizado en países donde el seguro Nacional está ausente. El aporte del trabajador es deducido de su salario y sumado al aporte patronal, van destinados al fondo de su *Obra Social*, quien se encargará parcial o totalmente a pagar por gastos en Salud. Existe dentro de este modelo, la posibilidad de un aporte voluntario a un sistema *Pre-Pago*, para que una empresa de Salud cumpla el rol de pagador.
- *Listado de Medicamentos:* Este es el caso en que tanto el Estado en forma directa, el Seguro Nacional de Salud, o las Obras Sociales elaboran en forma racional, un listado de medicamentos que, por su eficacia y seguridad en el tratamiento de las enfermedades más frecuentes en ese país (patologías prevalentes), son seleccionados para integrar una nómina de drogas que será cubiertas parcial o totalmente por el sistema.

- Sistema de Reembolso: Otra política en este sentido es permitir que la población pague las prácticas que utiliza o bien adquiera por cuenta propia los medicamentos que se le prescriban, y luego el Estado, el Seguro o el tercer pagador, reembolsarán (en forma total o parcial) el gasto realizado.
- Sistema de Co-pago: Otra forma de enfocar la política de medicamentos desde el Estado, es el de absorber parte del costo de los fármacos que el paciente necesita, y solicitar a dicho enfermo que se haga cargo de la otra parte del costo.
- Pago completo de Bolsillo: La última opción es considerar que la Salud/enfermedad es un proceso individual y solamente le compete al paciente, razón por la cual, se espera que los enfermos realicen el pago directo de las prácticas que utilizan o de aquellos fármacos que consumen.

Cada modelo posee una alternativa distinta para atender las necesidades de Salud de los diferentes estratos sociales de su comunidad. En la siguiente tabla, se puede ver un resumen de cómo cada modelo de Salud propone financiar dichas alternativas.

**Tabla sobre los Modelos de Financiamiento de los Sistemas de Salud
Según el Sector de la Población**

| <i>Sector de la población</i> | <i>Modelo Asistencialista</i> | <i>Modelo del Seguro</i> | <i>Modelo Universalista</i> | <i>Modelo de Seguro Privado</i> | <i>Modelo Mixto</i> |
|-------------------------------|--------------------------------|----------------------------|--------------------------------------|---------------------------------|---|
| Carenciados y Desempleados | Recursos fiscales y donaciones | Sin recursos definidos | Recursos fiscales y contrib.sociales | Sin recursos definidos | Recursos Fiscales |
| Trabajadores formales | Pago directo por los servicios | Contribuciones sociales | Recursos fiscales y contrib.sociales | Pago directo de las primas | Contrib.sociales s/salarios |
| Grupo de altos ingresos | Pago directo por los servicios | Pago directo los servicios | Recursos fiscales y contrib.sociales | Pago directo de las primas | Pago directo por los servicios y primas |

Toda forma de cobertura tiene sus defensores y detractores, y para evaluar los pro y contra de cada sistema, se debe recurrir a trabajos científicos. Por ejemplo, la bibliografía internacional nos dice que el sistema de co-pago, reduce notablemente el uso de la capacidad instalada de sistema de Salud y también de la tasa de uso de los medicamentos, pero disminuye la accesibilidad de la población a los mismos, siendo los hogares de menores ingresos los mayormente afectados. Algo semejante ocurre con el sistema de reembolso. En cambio, los modelos en los cuales el Estado es el

único pagador o los modelos basados en el seguro social y de salud Estatales, llevan al abuso en las prestaciones brindadas, inequidad en la utilización e ineficiencia institucional.

Antes de situar y evaluar la realidad, resultará útil conocer aspectos generales de como se organiza la Salud en nuestro planeta, de los diversos modelos de Atención Médica existentes, el gasto que ellos implican, los programas destinados a atender patologías graves como el Cáncer (al que utilizaremos como patrón referencial para medir calidad de cobertura), la accesibilidad que posee la población a los medicamentos y políticas de medicamentos que se llevan a cabo en los distintos países. Esto nos proveerá de ciertos contenidos que permitirán comparar nuestro Sistema de Salud y sus programas con los existentes en el resto del mundo.

PANORAMA INTERNACIONAL: LOS DISTINTOS MODELOS DE ATENCIÓN DE LA SALUD

La organización Sanitaria varía de país en país, y a su vez existen distintas políticas en lo que respecta a la cobertura de Salud en general y a los medicamentos en particular.

Se plantean a continuación, y a modo de ejemplo, alguna de las realidades que pueden observarse en los distintos continentes:

La América del Desarrollo: 2 modelos bien distintos

Canadá: “ Un Modelo Americano con impronta Europea”.

El Canadá tiene un sistema de gobierno federal, con poderes repartidos entre el gobierno central de Ottawa y las 10 provincias y 3 territorios. La Constitución de 1982 (que refleja y confirma principios establecidos en la Ley de la Norteamérica Británica de 1867) asigna la responsabilidad de la mayor parte de la cobertura de salud a las provincias. El gobierno federal tiene responsabilidad directa sobre las poblaciones aborígenes, las fuerzas armadas, y los miembros del Parlamento, y es co-responsable de la financiación del sistema público (hospitales y servicios médicos). En otras palabras, el rol del gobierno central es aportar fondos para que las provincias cumplan con su obligación constitucional¹¹ .

El sistema de salud canadiense se estructura en base a un mandato constitucional por el cual el estado debe garantizar una cobertura del 100% de los servicios médicos y

hospitalarios, en base a los principios de universalidad, accesibilidad, integralidad, portabilidad y administración pública. **Organización del Sistema Canadiense:** Si bien el 70% de la salud en Canadá tiene financiamiento público (federal y provincial), casi la totalidad de los servicios son provistos por el sector privado. Casi todos los hospitales pertenecen a asociaciones sin fines de lucro. La mayor parte de los médicos sin una afiliación académica se dedica a la práctica privada, según la modalidad de "pago por prestación". Los médicos pueden optar por ejercer su profesión en el sistema público, o solamente en la medicina privada, retirándose de los sistemas provinciales/federales. En algunas provincias, sin embargo, se permite el desempeño en ambos sistemas.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) describe el sistema de atención de salud del Canadá de este modo: "Depende de los médicos de atención primaria (médicos de familia y generalistas), que representan el 60% de los médicos en actividad. Ellos son los puntos de contacto inicial con el sistema de atención de salud oficial y controlan el acceso a los especialistas, prestadores paramédicos, el ingreso a hospitales, las pruebas de diagnóstico y la prescripción de medicamentos. Los médicos no son empleados del Estado: ejercen como profesionales particulares, gozan de un alto grado de autonomía, reciben honorarios por servicios y reclaman su cobro directamente al plan de seguro provincial"

A los fines operativos, OPS señala: "La tarjeta de seguro médico se expide a todo residente, según requisitos en cada provincia; no hay pago directo por servicios del hospital ni del médico; tampoco hay pagos deducibles, ni co-pagos, ni límites en dólares para la cobertura. Más de 95% de los hospitales canadienses son administrados por entidades sin fines de lucro que dirigen consejos de administración fiduciaria, instituciones de beneficencia o los municipios. Existen servicios médicos suplementarios que se prestan mediante financiación privada; y de acuerdo a las leyes provinciales, los aseguradores privados no pueden ofrecer una cobertura que duplique la de los programas oficiales, pero pueden competir en el mercado de las prestaciones suplementarias. Puesto que las autoridades federales, provinciales y territoriales comparten la responsabilidad de la atención sanitaria, incluida la provisión de agua potable, el tratamiento de aguas residuales, la vigilancia de enfermedades transmisibles y la educación para la salud, se ha establecido una estructura que permite la consulta y la cooperación entre ellas. Esta estructura comprende la Conferencia de Ministros de Salud, comités de asesoramiento federales, provinciales y

territoriales, y numerosos subcomités y grupos de trabajo. El Ministro de Salud de cada provincia o territorio es el responsable político del funcionamiento del sistema de atención de salud en su esfera de competencia

Las fallas del Sistema: La ley canadiense no ha explicitado qué cobertura le corresponde a una variedad de servicios de salud, que precisamente han ido expandiéndose en los últimos años (por ejemplo, medicamentos ambulatorios, cuidados domiciliarios, odontología y óptica). En estas áreas, la cobertura pública varía de provincia en provincia, y es posible contratar seguros privados. En otras palabras, a medida que la cobertura de la salud se centra en el hospital y en los servicios médicos (actualmente, ambas categorías representan menos de la mitad del gasto canadiense en salud), menos servicios ambulatorios quedan cubiertos por el sistema público.

Dos problemas pusieron a prueba la solidez de los principios del sistema de salud canadiense: en primer lugar, la aparición de clínicas o grupos privados que se concentraban en actividades de alto rendimiento económico y bajo riesgo (cirugía de cataratas, resonancia magnética, densitometría ósea, y artroscopía). El segundo problema consiste en que algunas clínicas ofrecen servicios cubiertos y no cubiertos (privados), y dan prioridad a sus "clientes" de los servicios privados para ocupar los turnos de los servicios públicos.

Accesibilidad a los Medicamentos: Con respecto a los medicamentos, se considera que la mitad del gasto en fármacos ambulatorios por prescripción es solventada privadamente, sea como gasto de bolsillo de los pacientes o a través de seguros de cobertura privados. Todas las provincias ofrecen planes de cobertura o descuento por medicamentos para los ancianos, individuos que reciben asistencia social estatal, y diversos tipos de situaciones con necesidades especiales, pero estos planes no son uniformes.

Las Enfermedades Oncológicas: Siendo Canadá un país federal, la realidad respecto a los programas de atención del Cáncer y provisión de medicamentos para esta patología, es sumamente heterogéneo. Dos de las 10 provincias y tres territorios (New Brunswick y la Isla Príncipe Eduardo) no tienen agencias provinciales de coordinación de servicios para pacientes con cáncer. Ontario acaba de reestructurar su agencia provincial (Cancer Care Ontario), y Quebec sólo recientemente ha establecido un consejo coordinador. En este marco, un consorcio multilateral que agrupa a la más

grandes organizaciones canadienses vinculadas con el tema, se prepara para convencer a los funcionarios federales y provinciales para que adopten una propuesta amplia, denominada Estrategia Canadiense para el Control del Cáncer, destinada a organizar todos los programas y la provisión de medicamentos.

En el área fármaco-económica, sobresalen las agencias provinciales de cáncer de Ontario (Cancer Care Ontario) y de British Columbia, que han desarrollado sistemas y herramientas para la toma de decisión sobre cobertura de nuevas drogas antitumorales (estudios sobre la relación costo-efectividad, mecanismos para la inclusión de drogas, etc), y para la preparación de guías y recomendaciones de tratamiento. Se acepta financiar la entrega sin cargo alguno de aquellos fármacos que deben ser administrados en forma hospitalaria, y solo una fracción de aquellas drogas antineoplásicas de consumo ambulatorio.

Estados Unidos de Norteamérica: “Un modelo que excluye gran parte de su población”.

De los países desarrollados, EEUU es el único país que no posee cobertura universal para la atención médica y menos aún para los medicamentos. Este concepto se apoya en la Constitución Norteamericana, la cual considera a la Salud como un asunto de responsabilidad individual.

Tipos de Cobertura en EEUU

La cobertura financiera de la atención de la salud en los Estados Unidos está dada esencialmente por dos tipos de seguros, que de acuerdo a la proveniencia de los fondos son¹²:

1) Los seguros privados (HMO) :

Los seguros privados representan al 70% de los individuos, 197 millones de personas disponen de algún tipo de cobertura privada. La cobertura es muy variable en cantidad de prestaciones por cuanto existe una enorme variedad de planes; algunos muy completos, pero otros extremadamente básicos.

2)_Los seguros públicos

Los seguros públicos cubren el 30-35 % de la población y pueden dividirse en tres grandes grupos de acuerdo a la población cubierta:

a) El **Medicare**: Asistencia a mayores de 65 años y discapacitados menores de 65 años (Medicare): 40 millones de personas, alrededor del 14,2% de la población

b) El **Medicaid**: Asistencia a pobres (Medicaid): 36 millones de personas, alrededor del 12,8% de la población

c) El **State Children's Health Plan (SCHIP)**: Asistencia a niños pobres con estándares de pobreza que no califican para Medicaid (State Children's Health Insurance Program; SCHIP) 2,8 millones, el 1% de la población

El Estado además financia dos tipos de poblaciones, por programas especiales de atención de la salud:

d) Los **Veteranos de guerra** : Asistencia a Veteranos de guerra: 11 millones de personas; el 4% de la población

e) Los **Indígenas**: Asistencia a población Indígena: 1,4 millones de personas; el 0,5% de la población

- *Otros tipos de cobertura Estatal*: 7 millones de personas; el 2,5% de la población

Fuerzas armadas y familiares

Fuerzas de seguridad y familiares

Población carcelaria

Programas Federales de cobertura de determinadas enfermedades: Tuberculosis, enfermedades mentales y otras

4. **Población sin Cobertura**: La población norteamericana sin cobertura es de 42 millones de personas, es decir el 15 % de la población.

A pesar de tener gran parte de su población sin cobertura alguna, EEUU destina 14.9% (cifras del 2002) de su producto bruto interno (U\$ 1.6 trillones) en salud, unos 5.440 dólares por persona y por año o bien 533 dólares por persona y por mes

La distribución de este gasto se realiza según el siguiente detalle:

- Hospitales: 41,5%.
- Honorarios médicos: 20%
- Medicamentos: 12,5%.
- Nursing Homes: 8%
- Costos administrativos: 5%

- Odontólogos: 5%
- Otros servicios: 8%

El Origen de los fondos para dichos gastos en salud (año 2.002) fueron los siguientes:

- 1) 46% a cargo del Estado: 34% el Gobierno Federal y 12% los Estados federales autónomos:
 - Medicare: 17% (\$ 267 billones)
 - Medicaid: 16% (\$ 249 billones)
 - Otros gastos a cargo del Estado (especialmente veteranos, personal militar, accidentes del trabajo, salud escolar): 13% (204 billones)
- 2) 35% corresponde a los seguros privados: en su gran mayoría son provistos por los empleadores (90%)
- 3) 14% es gasto de bolsillo: gasto directo de las familias
- 4) 5% correspondiente a otros fondos privados, especialmente organizaciones filantrópicas

Estructura Sanitaria:

De los 5.890 hospitales de todo tipo (en el año 2.000), la propiedad correspondía a:

- a) **Hospitales públicos propiedad del Gobierno Federal:** 264 hospitales; esto es el 4,5% del total de hospitales. Incluye esencialmente hospitales de la Administración de Veteranos, personal militar y nativos indígenas y de Alaska.
- b) **Hospitales no Federales o Community Hospitals:** 5.626 hospitales, esto es el 95,5% del total de hospitales. De estos hospitales no federales, 670 hospitales, el 11,4% del total, son hospitales para pacientes con enfermedades crónicas, psiquiátricos y no psiquiátricos, particularmente para pacientes con enfermedades respiratorias. El resto, 4.956, son nosocomios de agudos denominados Community Hospitals, que representan el 84.1% del total de hospitales.

Los 5.626 Community Hospitals (año 2.000), se agrupaban según la propiedad en:

- c) **Hospitales privados not for profit (sin fines de lucro):** 3.012 hospitales; el 51,1% del total de hospitales, conformado esencialmente por fundaciones, organizaciones religiosas y filantrópicas.
- d) **Hospitales privados for profit (con fines de lucro):** 747 hospitales, el 12,7% del total de hospitales.
- e) **Hospitales de Gobiernos locales:** 1.197 hospitales, el 20,3% del total de hospitales

Las Enfermedades Neoplásicas en EEUU: Basándose en los datos del CDC (Center of Disease Control) aportados en el año 2000, el cáncer provoca 187,2 muertes anuales por 100.000 habitantes y es la segunda causa de muerte, ubicándose ligeramente por detrás de las enfermedades Cardiovasculares (209.6 muertes por 100.000 habitantes), y muy por delante de las demás causas como son los accidentes cerebro-vasculares (46,9 muertes por 100.000 habitantes), enfermedades crónicas pulmonares (25,8 muertes por 100.000 habitantes) y accidentes automovilísticos (15,5 muertes por 100.000 habitantes).

Los Medicamentos en EEUU y la accesibilidad de la población a los mismos:

En EEUU el gasto anual en medicamentos es de aproximadamente 200.000 millones de dólares y su distribución es la siguiente:

El 74% del total del gasto son de medicamentos prescritos por médicos. Mientras que el 26% restante son de medicamentos no prescritos por médicos u otro personal de Salud (es decir automedicación realizada por la población).

Sin embargo ante la imposibilidad de contratar un servicio personal para cobertura en salud, 42 millones de personas tampoco contarán con chances de acceder a los medicamentos. A ello hay que sumarle la población que, contando con cobertura para atención médica, carece en forma total o parcial de cobertura para los medicamentos. Estudios al respecto demuestran que en una familia tipo cuyo ingreso es mayor a 20.000 dólares anuales gasta el 2.2% de su salario en el pago de bolsillo por medicamentos, mientras que los hogares más humildes con salarios < a 10.000 dólares, el porcentaje asciende al 3.7%, y en aquellas familias en las cuales existe un miembro de la misma afectado por una enfermedad neoplásica el porcentaje es del 11%.

Europa Occidental : El bienestar Social en sus diferentes matices

Gran Bretaña

Gran Bretaña, posee una gran paradoja en cuanto a su sistema sanitario. A pesar de ser la cuna del capitalismo y del ideario sobre la responsabilidad personal en Salud ("Salud Individual"), las grandes epidemias de fines del 1800 se encargaron de demostrar a las autoridades, que sería necesario una política pública activa al respecto. Es por ello que actualmente el sistema nacional de Salud Británico, es un ejemplo organizacional en Salud, ya que provee una cobertura total para la Atención Médica y Odontológica¹³.

Los medicamentos: El sistema de salud posee un listado de medicamentos llamado British National Formulary (BNF) con el cual se provee a la población de fármacos esenciales. El posicionamiento del Estado como gran usuario/comprador de medicamentos, lo ubica en una posición de fortaleza en la negociación ante la industria farmacéutica, y por esta razón los costos para el sistema nacional, son uno de los menos onerosos a nivel mundial. Los requisitos para pertenecer al modelo es habitar en forma legal el suelo británico e integrar el sistema de aporte a través del programa de empleo.

Las Enfermedades Neoplásicas: Con respecto a las enfermedades malignas, los medicamentos requieren un pago de bolsillo que cubrirá un porcentaje del costo total de las drogas necesarias (y que figuren en el BNF) para dichos tratamientos. Sin embargo, existe cobertura gratuita para aquellos desempleados o empleados con ingreso mínimo.

España

España posee el modelo europeo de atención de salud centrado en un Seguro Nacional que incluye desde la Atención Primaria hasta el trasplante¹⁴.

Medicamentos: Con respecto a los medicamentos, los españoles poseen cobertura total de algunas drogas consideradas esenciales y parcial para drogas de alto costo como las necesarias para el tratamiento del Cáncer.

La ex-ministra de Sanidad y Consumo, Ana Pastor, realizó una presentación del informe final (previo a la entrega de Gobierno al Dr. Zapatero, actual presidente de

España), que se refiere a la necesidad de reafirmar el compromiso para que el paciente sea "el centro" del sistema sanitario, ya que en la sociedad del siglo XXI es "el paciente quien decidirá, por lo que debe tener una buena información para evitar riesgos", dijo. Además agregó que "hay que cambiar este sistema tan burocrático a otro más adecuado a los pacientes crónicos (entre los cuales se encuentran los oncológicos) que, en muchas ocasiones, no cuentan el cien por cien de la cobertura deseada para su patología". Solo el 61% de esos enfermos españoles no paga nada por los fármacos que consume, el 34% financia una parte, y el 3% abona el precio en su totalidad.

El gobierno del PSOE se encuentra en estos momentos estudiando la manera de transformar estos aspectos para que el modelo sea aún más inclusivo.

Francia

En Francia todos los trabajadores (o aquellos que hayan trabajado alguna vez y actualmente se encuentren desocupados), poseen cobertura en Salud merced a la Seguridad Social Nacional (que se financia en su 99% con los aportes de los trabajadores y el 1% del Ministerio de Salud)¹⁵. Existe obligación de contar con algún tipo de cobertura en Salud, de manera tal que aquellos individuos que no integren la Seguridad Social, deberán contratar un seguro privado. Con respecto a los medicamentos, el sistema galo no establece contratos con la farmacia como lo hacen las obras sociales en Argentina sino que reembolsan parcialmente los gastos de medicamentos a sus afiliados contra presentación de factura.

Para aquellos individuos que desean recibir atención médica por fuera del sistema de Asistencia Pública, existen consultorios y hospitales privados (generalmente de menor jerarquía científica que la primera mencionada (Estatad), pero con mayor celeridad en lo que respecta a turnos).

Según los resultados obtenidos por el mayor estudio realizado al respecto por el Centre de Recherche d' Etude et de Documentation en Economie de la Santé - CREDES- Francés sobre una muestra amplia de beneficiarios de la seguridad social de ese país, se sabe que el gasto promedio en Salud por persona por año es de 2.400 dólares. Un análisis más pormenorizado de estos datos muestra que sólo un cuarto de la población causa del 80% del gasto total y solamente el 5% de las personas concentran cerca de la mitad de dicho gasto. El grupo de los grandes consumidores de

servicios médicos muestran características y una estructura de consumos particulares. Ellos están frecuentemente los afectados de enfermedades crónicas como las neoplasias.

Se pueden pues evidenciar esquemáticamente estos dos tipos de consumo. El primer grupo está constituido por la mayoría de la población que efectúa los consumos más frecuentes relacionados con los cuidados de salud. Se trata de las consultas de primer nivel (a médicos generalistas) y corresponde al 43% del gasto total. El segundo grupo de consumos de salud involucra a un escaso porcentaje de personas en el curso de un mismo año. Se trata de eventos de relativamente baja prevalencia o baja frecuencia de repetición en un mismo usuario, pero con alto costo para el sistema. Entre ellos figuran los que ocurren pocas veces en la vida de un afiliado, tales como enfermedades neoplásicas, las cuales poseen un alto costo en medicamentos (le corresponde el 57% del total del gasto). La cobertura para el tratamiento de dichas enfermedades es total, con un sistema de reembolso para aquellos pacientes ambulatorios (en el caso de los hospitalizados, el pago lo realiza directamente la Seguridad Social).

Alemania:

Alemania es el país europeo con mayor gasto en Salud per cápita realizado desde el Estado. Este gasto está destinado a mantener al 80% del sistema de Salud en la esfera Estatal mediante un Seguro Nacional de Salud¹⁶.

Los Medicamentos: En Alemania el precio de los medicamentos es aquel que recomienda el Servicio de Proveedores y que figura en el listado nacional (formulario), donde aparte de figurar la droga y sus características, también figura un precio oficial recomendado. El Estado se hace cargo de parte del costo que figura en el listado, y la otra parte la aporta el propio paciente (en forma de co-pago).

Holanda

En Holanda, existe un Seguro Nacional de Salud y las drogas prescritas para las patologías más comunes son cubiertas por dicho seguro¹⁷. En el caso de patologías oncológicas y trasplantes son parcialmente cubiertas por el AWBZ (Exceptional Medical Expenses Act) que proporciona una fracción del costo total de los fármacos y el resto debe cumplimentarse con el co-pago que realizan los enfermos sin seguro adicional.

Italia

En Italia, como en la mayoría de los países europeos occidentales, existe un Seguro Nacional de Salud. Los medicamentos considerados como esenciales por el Estado por ser necesarios para el tratamiento de las patologías prevalentes, son pagados por los usuarios, y luego reembolsados en forma completa por el Seguro¹⁸. Para aquellos fármacos destinados a tratar otro tipo de enfermedades como las neoplásicas, dicho reembolso es parcial y requiere de un co-pago personal por parte del paciente.

Otros Países , otros Modelos

Israel

Toda persona residente en Israel puede registrarse como miembro del Instituto del Seguro Nacional. Este Seguro se financia por el aporte que realiza el Ente Recaudador del Seguro Nacional de Salud, que es el que recibe un porcentaje de los salarios de los trabajadores (3.1% de aquellos salarios por debajo del promedio nacional y 4.8% de los que se encuentran por encima de dicho promedio).

Todos deben aportar al Seguro Nacional de Salud a excepción de los menores de 18 años.

La canasta de servicios incluye el costo parcial de los medicamentos que se encuentren en el listado nacional . Es decir, hay un pago de bolsillo por cada práctica, a excepción de visitas médicas por enfermedades neoplásicas a las que se le autorizan visitas frecuentes y gratuitas, pero las cuales no incluyen tratamiento . Puede entonces recurrirse a una política de co-pago impulsada por el Ministerio de Finanzas y el de Salud, implementada a través de los “Fondos de Salud” privados (semejantes a los HMO del sistema Norteamericano). Uno de los más grandes y renombrados es el Klait Health Services que se hace cargo del co-pago de sus afiliados para la mayoría de las drogas que integran la canasta de servicios aprobada por el Seguro Nacional de Salud, hasta un máximo de un 50% del costo total de los medicamentos en cuestión¹⁹.

Australia:

El Commonwealth es responsable de pagar parte del precio de las drogas que integran el listado del Plan Nacional de Medicamentos en Australia, incluidas aquellas

consideradas como de alto costo. Este sistema contempla el co-pago por dichas drogas. El programa incluye cobertura parcial en la internación y atención ambulatoria incluyendo las medicaciones oncológicas. El sistema por el cual el Estado se hace cargo de su parte de pago, es por reembolso y solo pagará por el precio de lista que figura en los listados Nacionales. Si el paciente paga un precio mayor por los fármacos, deberá hacerse cargo de la diferencia. La prescripción de una droga que no se encuentre en el listado oficial, no será reembolsada. Solo integran el programa de medicamentos, aquellos individuos australianos residentes en el territorio nacional²⁰. Los residentes no permanentes deben contratar en forma obligatoria una cobertura privada para obtener visa de permanencia en el país.

Sudáfrica:

Sudáfrica, en 1997, tomó la importante decisión de adoptar leyes sanitarias que autorizaban a las empresas locales a producir o importar drogas para tratar algunas patologías potencialmente peligrosas para la Salud global de su población (Ej.: SIDA), sin tener en cuenta las patentes de las grandes compañías. Las grandes firmas farmacéuticas estadounidenses incitaron a su gobierno (al entonces vicepresidente Al Gore) a tomar medidas en represalia contra los países “rebeldes” tomando como “leading case” a Sudáfrica. Algunas de estas medidas fueron fomentar a dichas empresas a iniciar una serie de planteos legales en tribunales locales e internacionales, que finalmente resultaron desfavorables para las industrias farmacéuticas. Solo el programa de SIDA se vio beneficiado, aumentando la accesibilidad a los fármacos a gran parte de su población²¹. En lo que respecta a los demás medicamentos necesarios para el tratamiento de otras patologías como el cáncer, solo se encuentran con cobertura parcial, aquellos individuos que trabajan en condiciones legales, mientras que la gran parte de la población continúa aún sin acceso a estos fármacos.

LATINOAMÉRICA

México

México posee un sistema público con capacidad instalada propia brindada desde el Estado y que cubre en forma inespecífica al 56% de la población en materia de

atención médica y la provisión de un escasa cantidad de drogas consideradas esenciales. El 44% restante (los asalariados) pertenece la Seguridad Social a través del Instituto Mexicano del Seguro Social -IMSS -²²

Las Enfermedades Neoplásicas en México: El Instituto Nacional de Cancerología (INC) coordina 20 centros oncológicos estatales para el tratamiento del cáncer . Las personas que acuden espontáneamente a estos centros reciben tratamiento sin cargo. Esto constituye una muy pequeña parte de los habitantes. Los asalariados como se dijo, se encuentran cubiertos IMSS y reciben tratamiento gratuito contra el cáncer (siempre que la prescripción se realice en el marco del listado de medicamentos del seguro). Aquellos que no trabajan formalmente y que no acuden espontáneamente a algún centro del INC quedan excluidos del sistema.

Brasil

En Brasil, existe un Sistema Único de Salud (SUS) basado en la Atención Primaria Familiar. Es un excelente sistema destinado a brindar atención a toda la población, pero que hasta el momento, por la lenta incorporación de profesionales, solo se encuentra bajo cobertura el 68% de los habitantes. Aún no está funcionando correctamente el sistema de referencia, con lo cual, si las patologías detectadas son de mayor complejidad (ejemplo: Cáncer), la derivación de los pacientes al 2do y 3er nivel de atención (Atención Hospitalaria), se encuentra desarticulado y con baja accesibilidad²³.

Con respecto al tratamiento de las patologías prevalentes, el Brasil considera al medicamento como bien social, y por lo tanto comenzó a normatizar el uso y a generar una producción propia de algunos fármacos (listado RENAME) esgrimiendo razones humanitarias. Hoy posee 16 laboratorios Estatales que si bien no alcanzan a abastecer a toda la población, actúan como formadores de precio y como factor de presión para la negociación de los mismos en el mercado. Cabe destacar que la mayoría de las drogas oncológicas de alto costo, no forman parte del listado y su provisión se realiza en forma errática dependiendo de los programas “Estadales” .

Chile

Chile es el país sudamericano que más se apoya en el Seguro de Salud Nacional. Hasta Los años '80 existía un único seguro nacional de asalariados. Cambios implementados a partir de aquella década, hicieron que los trabajadores chilenos

tengan que optar por 1 de 3 empresas aseguradoras, todas con diferente grado de participación del estado y de los capitales privados²⁴. Existe también un sistema de pre-pagos en pleno crecimiento.

La situación de otros Países en Desarrollo

Tradicionalmente, los gobiernos de la mayoría de los países desarrollados, centran sus políticas en asegurar la eficacia, la seguridad, la prescripción racional, y la dispensación responsable a través del registro, licencia y regulación de los medicamentos del mercado. En contraste, los países en desarrollo centran sus políticas en la accesibilidad de su población a los medicamentos y es por ello que se generan acciones políticas destinada a elaborar programas para enfatizar el acceso a los medicamentos considerados esenciales por la Organización Mundial de la Salud²⁵. Este efecto es una respuesta a la iniciativa de la OMS llevada a cabo desde los años 1970 hasta la actualidad, que convoca a los países en desarrollo miembros de la organización, a resolver los problemas de accesibilidad y del uso racional de los medicamentos. El documento elaborado en la Conferencia sobre el uso racional de medicamentos (1985) comprometió a todos los países en vías de desarrollo a formular, implementar y desarrollar acciones políticas para resolver los problemas de accesibilidad.

Estudios para evaluar dichas acciones políticas han sido llevados a cabo desde entonces. Estas acciones fueron clasificadas en tres tipos: una política de drogas nacional (NDP), un aporte gubernamental para aumentar la accesibilidad a los fármacos compartiendo el costo de los medicamentos entre el Estado y los individuos particulares, y solamente políticas regulatorias sin provisión directa de los medicamentos a la población²⁶. De todas estas evaluaciones, resulta interesante remarcar algunas conclusiones como las siguientes: Los altos costos de los medicamentos sumado a la necesidad de un co-pago por parte del paciente, actúa como una barrera económica que atenta contra la accesibilidad a los medicamentos²⁷. Los países como Bangladesh, Iran, Tailandia y Brasil tienen una enorme diferencia respecto a los demás ya que entre sus aspiraciones no solo incluye la accesibilidad sino también la autosuficiencia, con una política clara de producción propia de fármacos esenciales²⁸. En Irán, y en Tailandia la provisión de drogas se realiza desde

1986, pero en este último país, desde 1981 existen cooperativas en pequeñas ciudades para la provisión (de manera irregular) de medicamentos esenciales. En Guatemala, el programa de medicamentos (listado de medicamentos esenciales) se realizó solo parcialmente en la región de Solola . En Gambia la política consiste en una nueva ley de medicamentos aprobada 4 años atrás (regulación de la producción, importación y dispensación) y un listado mínimo de medicamentos esenciales para el sector público presente desde 1991²⁹.

Doce países (Bulgaria, Chad, Colombia, Guinea, India, Mali, Filipinas, Sri Lanka, Vietnam, Zambia, y Zimbabwe) participaron de la evaluación realizada por la OMS, el Instituto Karolinska y la Escuela de Salud Pública de Harvard en 1996³⁰ . De dicho estudio surge que Bulgaria y Vietnam aún no tiene listado de medicamentos nacional, y el acceso al medicamento depende exclusivamente del poder adquisitivo de individuo. En los demás países existe un formulario nacional, pero la lista se compone de 54 medicamentos en Filipinas y Zambia, y de 100 en Sri Lanka.

En países como Colombia, se encuentra muy avanzado el aspecto legislativo, pero las leyes, según dicho estudio, no se cumplen y las acciones políticas están ausentes.

Solo India llevó a cabo una política activa de producción de medicamentos, pero estos productos están destinados en su mayoría a la exportación y no al consumo interno.

En el resto de los países, las políticas de medicamentos se centran en lo legislativo o bien tienen programas parciales de cobertura, la mayoría con sistema de co-pago oficialmente establecido o encubierto³¹ .

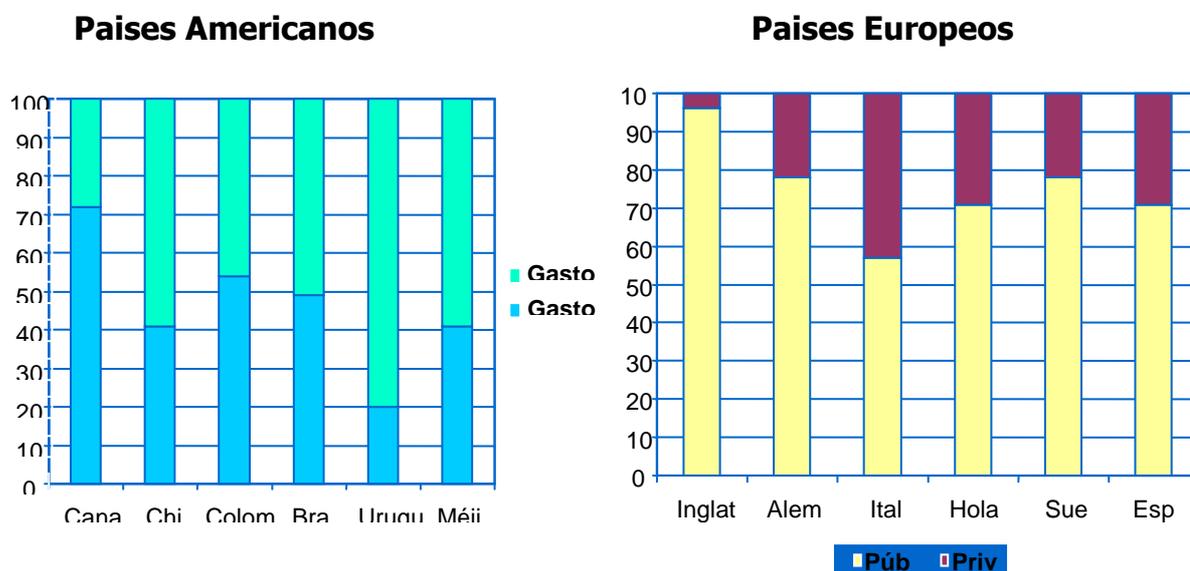
Todos los sistemas de salud que se han descrito, ameritan realizar un gasto diferente en el área. Este gasto requiere un desigual aporte del Estado y de capitales privados, según el sistema del que se trate, como veremos a continuación en los siguientes cuadros.

Cuadros Comparativos entre los diferentes países respecto al gasto en Salud

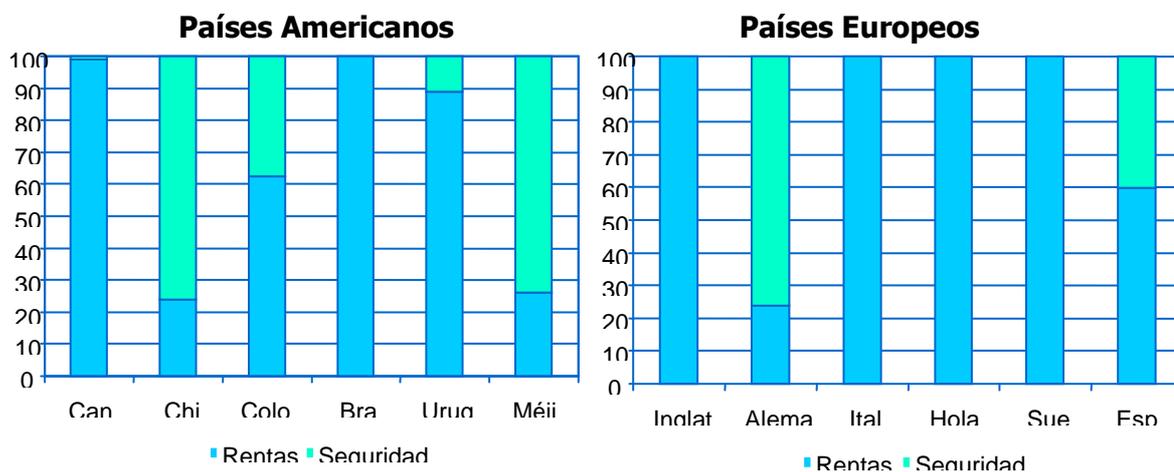
Gasto Salud per Cápita³²

| América | | Europa | |
|-----------------|------------------------|-------------------|------------------------|
| País | Gasto (en U\$S) | País | Gasto (en U\$S) |
| Canadá | 1783 | Inglaterra | 1303 |
| Chile | 315 | Alemania | 2713 |
| Colombia | 247 | Italia | 1855 |
| Brasil | 319 | Holanda | 2041 |
| Uruguay | 660 | Suecia | 2456 |

Relación Gasto Público/Privado en Salud ³²



Composición del Gasto Público en Salud ³²



Datos del año 1999 de la Organización Mundial de la Salud. Can: Canadá; Chi: Chile; Colom: Colombia, Bra: Brasil; Urugu : Uruguay; Meji: Méjico; Inglat: Inglaterra; Alem: Alemania; Ital: Italia; Hola: Holanda; Sue: Suecia; Esp: España; Púb: Público; Priv: Privado.

LA SITUACIÓN DE LA SALUD EN LA REPÚBLICA ARGENTINA

ASPECTOS NACIONALES

La Argentina tiene un mapa Sanitario extremadamente heterogéneo³³. En la mayoría de las provincias existe cobertura inespecífica (universal brindada desde el Estado) para la atención de la Salud (atención de la demanda espontánea en Hospitales Públicos tanto Municipales como Provinciales).

Además conviven con este modelo, las Obras Sociales (algunas estatales nacionales como PAMI y otros Provinciales como IOMA y otras sindicales - transformadas actualmente en una caja de recursos desde donde se financian los sindicatos-), y la Medicina Prepaga³⁴. Aproximadamente un 25% de la población es menor de edad y por lo tanto no efectúa aportes. Por otro lado las personas mayores de 60 años (pasivos que tampoco aportan al sistema) son 4.900.000, de las cuales el 71% está afiliada al PAMI (3.500.000 afiliados). El pertenecer a esta Obra Social no asegura la accesibilidad a prácticas diagnósticas complejas o a los fármacos ya que el co-pago resulta excesivo para los salarios que se reciben y la parte que le corresponde a la Obra Social, ingresa frecuentemente en cesación de pagos, razón por la cual los proveedores cortan sus servicios (Por ejemplo: en diciembre del 2003 las farmacias dejaron de vender remedios a los afiliados de PAMI). Al complejo esquema planteado hay que sumarle aproximadamente un 20% de la población que se encuentra desempleada y que tiene como única posibilidad, la cobertura estatal inespecífica anteriormente descripta³⁵.

En la siguiente tabla, se observan los distintos subsistemas que coexisten en Argentina³⁶:

| <i>Subsistema</i> | <i>Cobertura</i> | <i>Financiamiento</i> |
|--------------------------------------|---|---|
| Público | Universal | Impuestos, Rentas Generales. Nación, Provincia, Municipios |
| Subsistema del Seguro Social (OO.SS) | Sectores medios, integrados al mercado formal de trabajo | Aportes y contribuciones s/salarios transferidos a OO.SS nacionales, provinciales o municipales |
| Subsistema privado | Compra directa o seguros privados por parte de grupos de mayores ingresos | Gasto privado o gasto de las familias |

Población bajo Cobertura según Sector

| ARGENTINA | OO.SS de Convenio | OO.SS fuera de Convenio | PAMI | Prepagas | Total |
|--|-------------------|-------------------------|-----------|-----------|-------------------|
| OO.SS de Convenio | 11.500.000 | | | 200.000 | |
| OO.SS fuera de Convenio | | 500.000 | | 300.000 | |
| Autónomos | | 300.000 | | 1.300.000 | |
| Jubilados | 300.000 | | 4.000.000 | 200.000 | |
| Totales | 11.800.000 | 800.000 | 4.000.000 | 2.000.000 | 18.600.000 |
| Sector Público (cobertura inespecífica) | | | | | 18.000.000 |
| Total de la Población | | | | | 36.000.000 |

El Gasto en Salud en la República Argentina:

Con el aporte directo del Estado y de las Obras Sociales oficiales, el gasto en salud promedió el 9% del PBI (entre 20.000 y 22.000 millones de pesos) para el 2000 y 7.9% en el 2001.

La discriminación de dicho gasto se puede observar en las siguientes tablas:

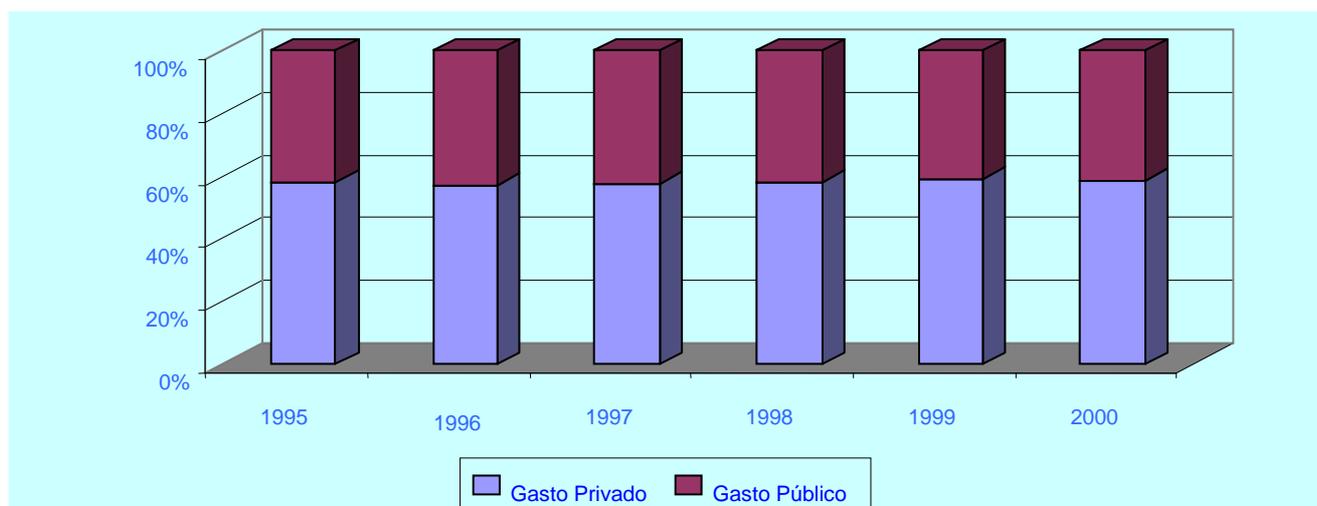
Gasto en Salud en Argentina (año 2000) ³⁷

| AGENTES | FUENTES | | | | | TOTALES |
|-----------------------------------|------------|-------------|------------|-------------|--------------|---------------|
| | NACION | PROVINCIAS | MUNICIPIOS | EMPRESAS | HOGARES | |
| MINISTERIO. DE SALUD NACIONAL | 805 | | | | | 805 |
| MINISTERIOS DE SALUD PROVINCIALES | | 3913 | | | | 3913 |
| SECRETARÍAS DE SALUD MUNICIPALES | | | 842 | | | 842 |
| SECTOR PUBLICO | 805 | 3913 | 842 | | | 5.560 |
| OSS NACIONALES | 112 | | | 2298 | 1451 | 3861 |
| OSS PROVINCIALES | | 1149 | | | 963 | 2112 |
| I.N.S.S.J.P. | | | | 261 | 2009 | 2.270 |
| SEG. SOCIAL | 112 | 1149 | | 2559 | 4423 | 8.243 |
| FONDO DE HOGARES | | | | | 10390 | 10390 |
| SECTOR PRIVADO | | | | | 10390 | 10.390 |
| TOTAL | 917 | 5062 | 842 | 2559 | 14813 | 24193 |

Gasto en Salud en el 2001³⁷

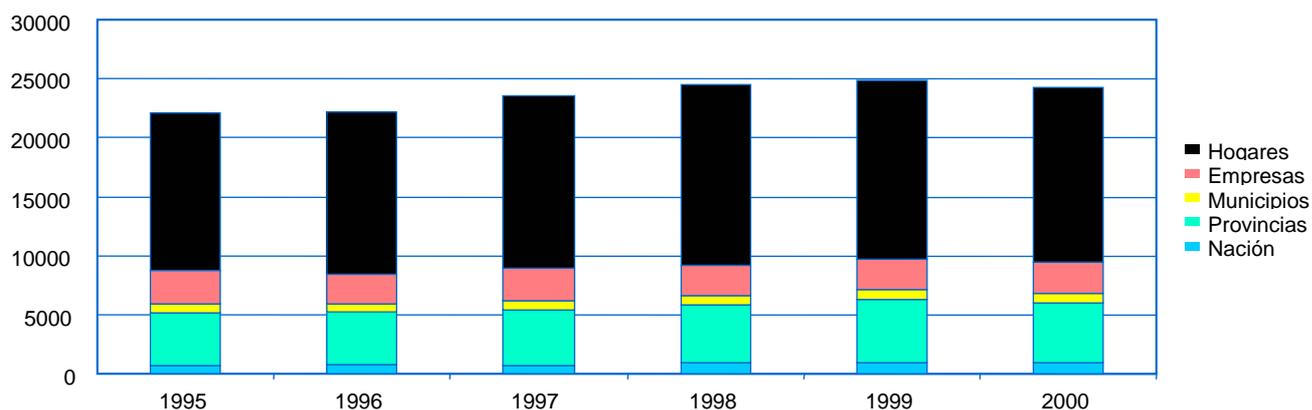
| Tipo de Cobertura | Población | Gasto | Per cápita | % PIB |
|--|-------------|---------------|--------------|------------|
| | (Mill) | (Mill \$/año) | (\$/enf Mes) | (%) |
| OS Nacionales (SNSS) | 12.3 | 4.600 | 31.2 | 1.6 |
| PAMI | 3.5 | 2.100 | 50.0 | 0.8 |
| OS Provinciales y otras | 6.0 | 1.900 | 26.4 | 0.7 |
| SUB TOTAL Seguros Públicos | 21.8 | 8.600 | 32.9 | 3.1 |
| Hospital Público, programas de salud y estructuras | 13,2 | 5.100 | | |
| GASTO PÚBLICO EN SALUD | 35.0 | 13.700 | | 4.9 |
| Aseguradores privados | 3.0 | 2.800 | 69.4 | 0.9 |
| Gasto de bolsillo | | 8.700 | | |
| GASTO PRIVADO EN SALUD | 3.0 | 10.500 | | 3.0 |
| Doble cobertura | 1.0 | | | |
| GASTO TOTAL EN SALUD | 37.0 | 24.200 | 50.0 | 7.9 |

Dicho gasto es mayormente privado, aunque existe gran porcentaje de gasto público, como se observa a continuación³⁷:

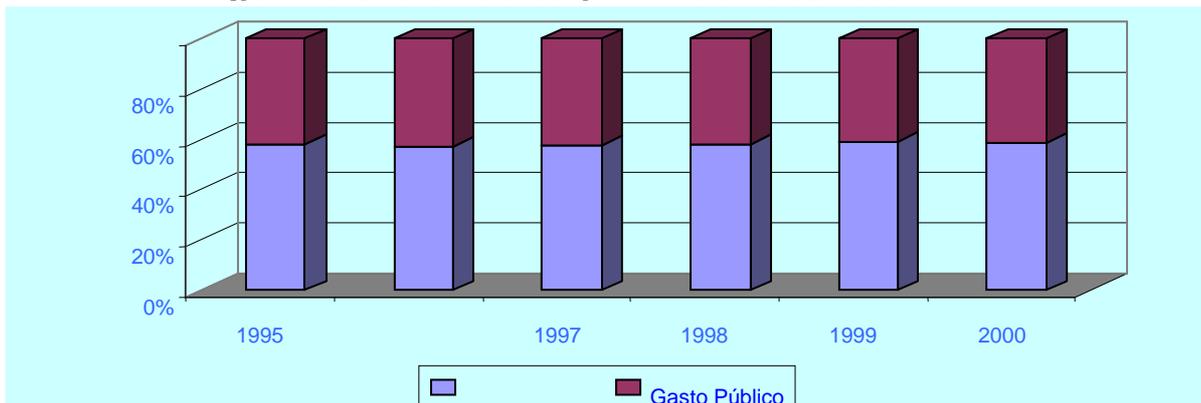


Asimismo, la evolución de dicho gasto fue recayendo paulatinamente en los hogares según se refleja en el siguiente gráfico de barras :

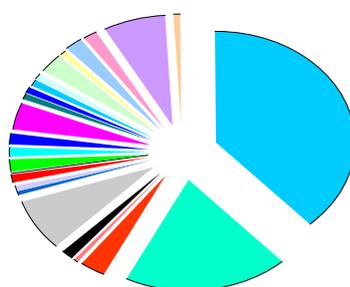
Gasto según fuentes de financiación³⁸:



Argentina Gasto Público y Privado. 1995/2000³⁸

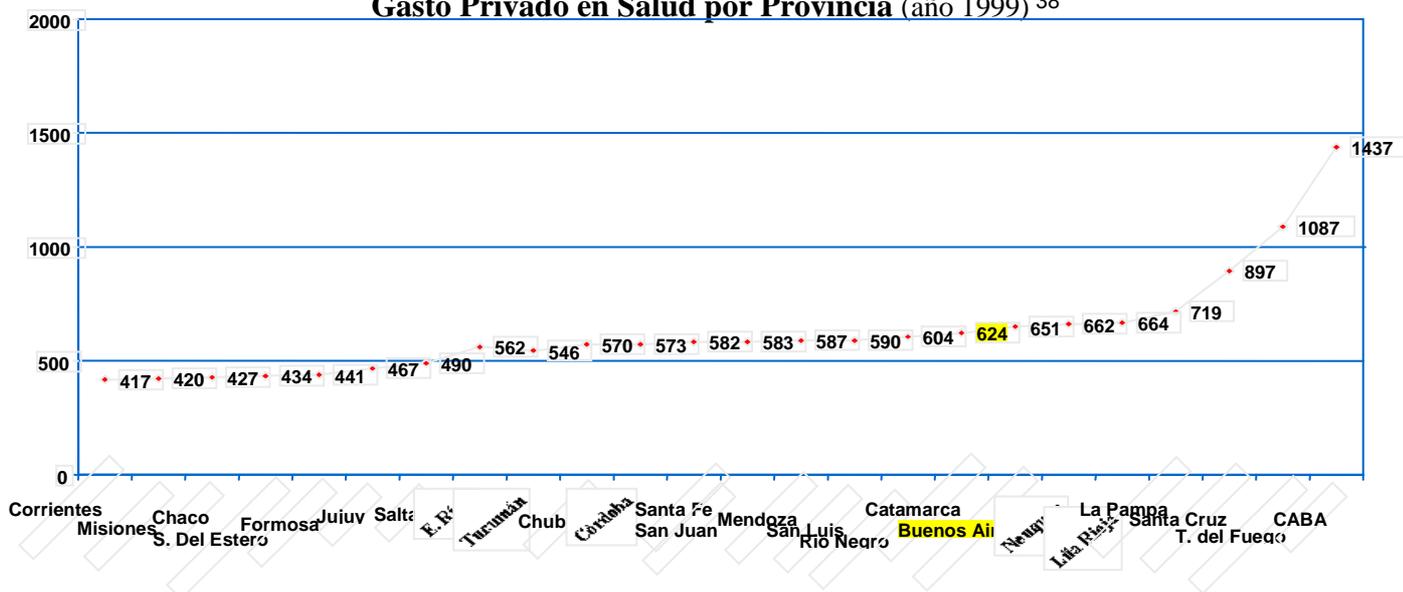


Composición del Gasto en Salud por Provincia (año 1999)³⁹



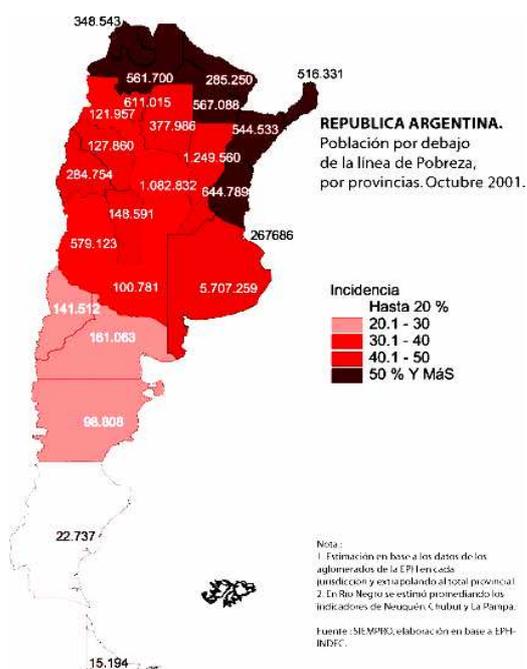
- | | | | | |
|-------------|--------------|------------|----------------|-----------------|
| ■ Bs. As. | ■ CABA | ■ Tucumán | ■ T. del Fuego | ■ S. Del Estero |
| ■ S.Fe | ■ S. Cruz | ■ San Luis | ■ San Juan | ■ Salta |
| ■ Río Negro | ■ Neuquén | ■ Misiones | ■ Mendoza | ■ La Rioja |
| ■ La Pampa | ■ Jujuy | ■ Formosa | ■ E. Ríos | ■ Chubut |
| ■ Chaco | ■ Corrientes | ■ Córdoba | ■ Catamarca | |

Gasto Privado en Salud por Provincia (año 1999)³⁸



Evolución anual del gasto en Salud Provincial. en millones \$ año³⁸.

| | 1995 | 1996 | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 |
|-------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| CABA | 4004 | 4090 | 4364 | 4581 | 4622 | 4485 |
| Bs. As | 8219 | 8374 | 8921 | 9151 | 9341 | 9093 |
| Córdoba | 1638 | 1586 | 1717 | 1727 | 1743 | 1732 |
| Santa Fe | 1670 | 670 | 1750 | 1781 | 1796 | 1766 |
| Corrientes | 351 | 339 | 368 | 389 | 376 | 365 |
| Tucumán | 667 | 672 | 703 | 718 | 722 | 706 |
| Total | 22105 | 22205 | 23701 | 24472 | 24840 | 24193 |



Observamos además que en consonancia a las diferencias en el gasto realizado en Salud por cada provincia, se advierte una disparidad en la población que se encuentra por debajo de la línea de pobreza.

De ello se deduce que la capacidad de pago de bolsillo de los habitantes de dichas provincias será reducido, al igual que la recaudación obtenida.

Ambas situaciones reflejan que tales diferencias serán siendo objetivadas en nuestro país por largo tiempo aún.

Ahora bien, si se discrimina la naturaleza del gasto realizado en Salud⁴⁰ en la República Argentina, observaremos que el $\frac{1}{4}$ del mismo corresponde a MEDICAMENTOS.⁴¹ Si comparamos dicho porcentaje con el realizado por algunos países desarrollados de nuestro continente, veremos que el mismo es varias veces superior. (ver tabla adjunta)⁴²

| País | Canadá | Estados Unidos | Argentina |
|---|--------|----------------|-------------------|
| Gasto anual en salud <i>Per capita</i> | 1.900 | 4.000 | 700 |
| Gasto en salud como % del PBI | 9.8 | 14 | 9 |
| Gasto anual en Medicamentos <i>Per capita</i> | 320 | 450 | 165 ^a |
| Medicamentos, en % del gasto en salud | 10.8 | 7.3 | 25.0 ^a |

Valores en dólares norteamericanos; año 2000. Números aproximados por redondeo para gastos per capita. PBI: producto bruto interno.

Fuentes: PHRMA (Asoc. Norteamericana de Laboratorios Farmacéuticos) - www.pharma.org; Organización Panamericana de la Salud y cálculos propios en base a IMS^a

Si además observamos como es ese gasto en los diferentes estratos sociales de nuestra población, veremos que aquellos más pobres, destinan el 80% del su gasto en salud en los medicamentos, mientras que aquellos más pudientes, solo el 30% (ver gráfico adjunto)⁴³.

Distribución del Gasto de Medicamentos según el ingreso

Fuente: Siempro (1997)

Quintil de MAYOR ingreso

Gasto en Salud



Quintil de MENOR ingreso

Gasto en Salud



La cobertura de los medicamentos en Argentina se realiza pues, para la mayoría de los habitantes en forma parcial, requiriéndose de un co-pago en todos los casos. En los últimos años, a pesar de contar con cobertura específica, este porcentaje de la exigencia de pago por parte del afiliado se incrementó (por ejemplo, en IOMA, se pasó

de una cobertura por parte de la O.S. del 80 y 90% en la mayoría de los fármacos, a solo un 40 y 50% en la actualidad para los mismos fármacos).

Este hecho sumado a la población que no cuenta con Obra Social, provoca una accesibilidad restringida a los medicamentos en la mayor parte de la población⁴⁴ y solo algunos programas Nacionales (como Banco de Drogas Nacional que distribuye de manera esporádica y discontinua, medicamentos antitumorales y contra el SIDA, o bien el Programa REMEDIAR destinado solo a los medicamentos esenciales) o algunos programas provinciales (como los Bancos de Drogas de la provincia de Buenos Aires, Santa Fé, Córdoba, y la Ciudad Autónoma de Bs. As. que cubren principalmente tratamientos para enfermedades severas relacionadas con el cáncer⁴⁵) intentan cambiar este panorama.

Si se analiza específicamente esos programas Nacionales, podremos describir la siguiente realidad sobre los mismos:

1) El programa **Remediar**, cuya aparición data de Agosto del 2003, aumentó sensiblemente la accesibilidad a los medicamentos básicos para la atención primaria a un 40% de la población desprotegida⁴⁶. Pero solo posee 38 medicamentos esenciales para patologías de baja complejidad, no existiendo cobertura general para enfermedades malignas.

Dicho plan se basa en la compra de medicamentos genéricos a empresas multinacionales, en forma masiva, para luego distribuir en Centros de Atención Primaria de todo el país. Dicha compra se realiza merced a créditos obtenidos a través del Banco Mundial para tal fin. Tal vez el problema mas grande que tenga este plan sea el de no poder garantizar su continuidad a futuro, ya que no se explota la capacidad local (estatal o privada) de producción de medicamentos, para que haga económicamente viable el proyecto a largo plazo, sino que se limita a la compra del producto manufacturado en el exterior (tal cual lo indican las bases del crédito) en vez de invertir en las propias plantas de producción que asegurarían la provisión del insumo a futuro, independientemente de la obtención o no de créditos⁴⁷.

2) Programa Nacional de Control del Cáncer

Su objetivo general es reducir la morbimortalidad por cáncer y mejorar la calidad de vida y sobrevida global del paciente oncológico, realizando actividades vinculadas con la programación, normatización y fiscalización del empleo y distribución de los quimioterápicos, a fin de garantizar el acceso de la población al uso correcto de los mismos.

Objetivos específicos del Programa Nacional del Cáncer⁴⁸

- Lograr una cobertura de 22.000 tratamientos anuales a través de la provisión de medicación oncológica a pacientes sin obra social.
 - Desarrollar programas de prevención primaria y secundaria que permitan la detección precoz de cáncer de: cuello uterino, colorectal, mama, detección del dolor y cuidados paliativos.
- Actualizar del Primer Vademécum de drogas oncológicas compuesto por 75 productos.
- Desarrollar de protocolos de tratamientos oncológicos de eficacia probada para las distintas patologías tumorales (oncología – oncohematología – oncopediatria).

De los puntos anteriores, sólo se han cumplido parcialmente los primeros 2, mientras que resta actualizar un listado de medicamentos y promover los protocolos más racionales a utilizar en cada patología. Al respecto, el intento de proponer dichos protocolos desde el nivel central, fracasó debido a que se impuso la decisión de un solo profesional de la especialidad, quien los eligió de manera arbitraria y escasamente científica, con lo cual se logró el rechazo rotundo y el repudio generalizado a este intento.

Con respecto a las provincias, el funcionamiento de cada Banco de Drogas provincial, es esporádico y con gran discontinuidad en todas ellas, con excepción de la Provincia de Buenos Aires que se analizará en detalle a continuación.

Es decir que, a modo de resumen del análisis realizado respecto a la Salud en Argentina, se puede decir que a pesar de la inversión en este área, en especial en medicamentos, que constituyen el 25% del total del gasto, aún existe 15 millones de argentinos carecen de accesibilidad a los medicamentos.

REALIDAD DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES

Específicamente en la Provincia de Buenos Aires, habitan actualmente 13 millones de bonaerenses. Aproximadamente la mitad de los mismos no posee cobertura social específica y del resto, la mitad se encuentra bajo la cobertura de una obra social estatal (PAMI 11.2%, IOMA 9.5%). Vale decir que el Estado se hace cargo directa o indirectamente de la atención de la salud de aproximadamente 2/3 de la población. Los gastos que esto implica se descomponen en un 56.6% a salarios y 43.4% a bienes y servicios, de los cuales los **medicamentos** son el componente principal (55% del sector). Con respecto a este último punto, la provincia de Bs. As. cuenta con varios programas que co-existen en el mismo período. Se recibe de forma heterogénea el Programa REMEDIAR (al que ya se hizo mención en el nivel Nacional). Se cuenta además con el Programa Materno-Infantil destinado a proveer a la madre y al recién nacido, servicios de atención médicas y algunos pocos medicamentos (sulfato ferroso y ácido fólico) . Finalmente para aquellos pacientes que sufren de algún tipo de cáncer, existe un Banco de Drogas Oncológicas al cual se hará particular mención, por ser el tema central de este trabajo.

ALGUNAS CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS SOBRE MEDICAMENTOS

Si bien la realidad presentada anteriormente es bastante heterogénea, se puede afirmar que en Occidente, con excepción de escasos ejemplos, los países poseen políticas de medicamentos que van desde la provisión de los mismos desde el propio Estado, en forma total o parcial, hasta el pago de bolsillo de los fármacos por los individuos, pero muy pocos toman el rol de productores. Por esta razón, más allá de la política elegida, tanto el Estado como los propios ciudadanos en forma directa, son compradores de dichos insumos a la Industria que los produce. Es decir que la industria farmacéutica es la encargada de producir, comercializar y dotar de un valor nominal de mercado a los medicamentos en el mundo. Es ella entonces, la interesada en generar una demanda y asegurar que el mercado le brinde ganancias en los distintos países.

Según datos del Instituto Mundial de Salud, el gasto de los medicamentos en un pool de países seleccionados por dicho Instituto tomado desde junio de 2002 a junio de 2003 fue de 259.570 millones de dólares y para los citostáticos (drogas utilizadas en el tratamiento del Cáncer) catalogados como clásicos (quedan excluidos los de reciente desarrollo o aquellos que por su mecanismo de acción no destruyen la célula en forma

directa) fueron 13.300 millones (es decir un poco más del 5%). Si a este gasto se le suman los nuevos fármacos como los Interferones, los anticuerpos monoclonales o los inhibidores de tirosinkinasa o moléculas de membrana o citoplasmática, que superan en más de mil veces el costo de los “viejos” antineoplásicos, el gasto sería 20 veces superior.

El mercado de los medicamentos posee pues alta rentabilidad y alto ritmo de renovación del mix de paquetes de ventas. La principal fuente de rentabilidad del mercado de medicamentos es justamente esa alta rotación del portafolio de productos vendidos por las empresas farmacéuticas, asociado a las innovaciones. Esta estrategia de diferenciación del mercado ocurre entonces mediante la introducción de nuevos productos o por cambio marginal de los ya existentes, que salen a mercado con mayores precios.

La oncología y oncohematología son un claro ejemplo de esta estrategia. Los protocolos de tratamiento no han presentado grandes modificaciones desde 1950 hasta mediados de los 90, años en que hicieron su aparición los anticuerpos monoclonales y los inhibidores de tirosinkinasa, fármacos que aún hoy no han demostrado disminuir la mortalidad de los pacientes tratados pero que han logrado incrementar en forma exponencial los gastos en Salud.

Entre 1993 y 1999 se incrementaron las ventas de medicamentos en América y Europa, mientras que en Asia y África disminuyeron. En América Latina, para una población de 511 millones de habitantes, el Gasto en medicamentos pasó de 18 mil millones de dólares en 1993 a 20.5 mil millones en 1999. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el alza de los precios de los medicamentos alcanzó un 44% en Méjico, 24% en Brasil y 16% en Argentina⁴⁹. Este hecho es consensuado por los acuerdos existentes entre las industrias farmacéuticas, que aspiran a una monopolización de todo lo viviente (incluyendo fármacos, material biológico y genético) por solo un puñado de empresas (20 empresas son dueñas de los dos tercios del mercado mundial) que continúan fusionándose para abaratar costos e imponer los precios⁵⁰.

A pesar de las diferencias políticas y económicas existentes entre los países occidentales, hay algunas similitudes remarcables en la organización para la atención de la salud y especialmente en la accesibilidad a los medicamentos de sus habitantes⁵¹.

En el caso de los EEUU, como ya se hizo mención, existen coberturas solo para algunos sectores de la sociedad mientras que casi el 20% de su población se encuentra totalmente desprotegida en materia de accesibilidad a medicamentos.

En Europa, el acceso a los medicamentos en particular, a través de un sistema de Seguridad Social (o Seguro de Salud), provee cobertura parcial para medicamentos ambulatorios y total en lo que respecta a costos de honorarios e internación, pero solo se encuentran incluidas en el sistema, aquellas personas que poseen empleo o que han tenido empleo hasta hace 6 meses y perciben la ayuda estatal de desempleo. Por lo antepuesto se deduce que en los países Europeos, la población desempleada por grandes períodos, pierde su cobertura Social y cualquier accesibilidad al sistema de Salud o a los medicamentos se ve restringida. No existe pues en Comunidad Europea, un sistema estatal totalmente gratuito para cubrir las necesidades de medicamentos para aquellos habitantes desprotegidos o marginados sociales que se hallan por fuera del sistema laboral.

Los gobiernos se encuentran presionados por la sociedad, para buscar una mayor equidad en el acceso a los medicamentos y los empresarios farmacéuticos no parecen dispuestos a colaborar en hallar nuevos caminos. Basta observar los enunciados del director general del Sindicato Nacional Francés de la Industria Farmacéutica, Bernard Lemoine quien manifestó: “ No veo por qué se le exigirían esfuerzos a la industria farmacéutica, para con la población. Nadie le pide a Renault que regale autos a quienes no lo tienen”⁵². Estas declaraciones tuvieron el apoyo de otros representantes de la Industria en todo el mundo. Resulta claro entonces que no se puede esperar un acuerdo político con la Industria, al menos en forma inmediata, para proveer de medicamentos esenciales a la población local.

Los grupos farmacéuticos tienen una indudable responsabilidad en los gastos de salud de cada país, pero no se puede eximir a los gobiernos de su responsabilidad respecto a asegurar un precio justo, y la accesibilidad de la población a los medicamentos esenciales.

Cabría citar la frase del premio Nobel en Economía Amartya Sen : “El verdadero enemigo no es la prudencia financiera sino el uso de los fondos públicos para fines cuyo interés social está lejos de ser evidente... Enfermedad y muerte es el posible precio a pagar por la inactividad y la apatía”⁵³.

Es por ello que algunos de los países que aquí se ejemplificaron (entre ellos la Argentina), incluyen dentro del Sistema de Salud público, la provisión parcial o total de medicamentos a sus habitantes a través de distintos programas .

No sólo el gasto público en medicamentos debe ser un ítem importante a considerar por el Estado, sino que también deber serlo el asegurar la calidad y seguridad de los fármacos que se distribuyan. Según la OMS de las más de 16.000 preparaciones comerciales que actualmente existen en el mercado argentino, solo 300 son las drogas que han demostrado tener un beneficio superior al riesgo que los mismos provocan. Si es Política de Estado proveer medicamentos desde los Ministerios de Salud Provinciales para la población sin cobertura social específica, es entonces una obligación de la autoridades, velar por garantizar que dichos medicamentos tengan un claro beneficio en el tratamiento para las indicaciones prescriptas, con un mínimo de riesgo y al menor costo posible; para lograr así que la inversión reditúe en un mejoramiento de la Salud y las condiciones de vida de nuestro pueblo.

Todas las frases antepuestas no hacen más que avalar la imperiosa necesidad de una acción firme desde las Instituciones Estatales y gubernamentales en lo que respecta a temas de Salud y los medicamentos. El Estado debe permitirse dar la discusión respecto a como ser más eficaz con su presupuesto y más eficiente en sus acciones.

Dichas acciones pueden pasar por regular la oferta y el precio de los medicamentos (tarea sumamente difícil por lo expuesto anteriormente) además de hacer que el gasto realizado en este rubro resulte una buena inversión y se traduzca en los mejores resultados posibles para la población expuesta. Para ello, el político deberá también evidenciar que este hecho resulta importante para la gente, y a su vez necesita que sus esfuerzos sean reconocidos por la Sociedad.

Por los conceptos vertidos en la introducción, este escrito no se centró en analizar si la provisión de drogas debe realizarse o no desde el Estado, sino que por el contrario, se realizó un diagnóstico de situación del Banco de Drogas evaluando su imagen pública, su eficacia y eficiencia; para luego proponer intervenciones que permitieran optimizar estos tres últimos aspectos.

PLANTEO DEL PROBLEMA:

En el marco teórico se planteó que el modelo de Bismark y Keynes trajo consigo un agrandamiento del Estado en todas las naciones, incluida la Argentina, una superpoblación de empleados y un alto nivel de burocratización que a lo largo de las décadas crearon desconfianza, rechazo y descreimiento en la eficacia del sistema Estatal en la resolución de los problemas de la población en general y de la Salud en particular.

Los usuarios consideran que el Estado perdió legitimidad y liderazgo, que es desorganizado e ineficaz y los propios empleados no poseen la idea de pertenencia al mismo, ni una visión de conjunto que los involucre con su labor.

Es necesario discutir valores, principios, y propósitos que permitan con una confrontación y no con silencios ni con la opacidad de los tecnicismos, una militancia sanitaria y una idea de pertenencia a las instituciones en las que se trabaja. Nuestros servicios de salud llegaron a esa condición de vulnerabilidad y nuestras políticas de salud llegaron a esos bajos niveles de efectividad por la incapacidad política. Por ello, si bien es cierto que existe una severa crisis económica (evidenciada por la prorroga de la Emergencia Sanitaria Nacional hasta el 2005), el eje de la crisis sanitaria es fundamentalmente política. En Salud, la política se imbrica con lo científico. Lo científico se involucra con el compromiso que se posee con el progreso y con el mismo rigor de la ciencia. Existe una realidad insuperable: la ciencia siempre avanza y el Estado no. Así se establece una verdadera puja entre la ciencia y la política. La ciencia domina la técnica y la ofrece al servicio del Estado y de otros prestadores de Salud. Pero el instrumento, si está desprovisto de ideología, de política, y de valores, limitará los beneficios y la potencialidad que es capaz de brindar.

En el Estado se pasó de lo netamente ideológico a lo científico en forma alternada a lo largo de los años, cayendo en aquello que es inevitable: la falta de premisas claras, y de valores comunitarios, que llevan tanto a empleados como a usuarios, a defender y priorizar sus intereses personales sobre los del conjunto, lo cual constituye un grave problema para la instituciones.

La conjunción de las Instituciones Públicas desorganizadas, y el rápido avance de lo tecnológico y científico, especialmente en la industria farmacéutica, ha resultado nefasto para el sostenimiento político y Económico del modelo sanitario que se ofrece desde el Estado. El sistema de Salud y de Atención Médica se ve afectado por esta

situación y su funcionamiento deficiente tendrá un impacto directo en la morbimortalidad de los habitantes .

La atención de los pacientes con cáncer es un buen ejemplo para medir la eficiencia y la eficacia de ese sistema ya que es la segunda causa de muerte en nuestra Provincia⁸ y cambios en la política de salud en esta área podrá evidenciarse en las tasas de mortalidad por esta causa. Existen anualmente unos 23.000 bonaerenses que fallecen debido a alguna enfermedad maligna, y si se tiene en cuenta que el 46% de los habitantes de la provincia no tienen cobertura social alguna⁵⁴, la cantidad de personas que en teoría estarán anualmente a cargo del Estado Provincial en forma directa son 11.000. La cantidad histórica de pacientes atendidos en el Banco de Drogas está en el rango de los 3000 a 7000⁵⁵ al año.

Durante décadas, a los habitantes del territorio bonaerense, ante la terrible noticia personal y en el entorno familiar que significa poseer algún tipo de cáncer, el Estado Provincial los ha provisto de drogas antineoplásicas en forma totalmente gratuita.

En el último lustro, la aparición de nuevas drogas oncológicas en el mercado con un valor 1100 veces superior a las drogas ya existentes, ha incrementado los costos en forma exponencial. Actualmente, el costo de los insumos en general (de los cuales los medicamentos constituyen el 55% del total), es el 37% del gasto en Salud de la Provincia de Buenos Aires⁵⁶ y cada vez es mas difícil dar respuesta a las indicaciones médicas prescriptas.

Por otro lado, la población considera que el acceso a dicha medicación ya es un derecho adquirido y no piensa renunciar a dicho beneficio, y a su vez los profesionales desean que se les respete la prescripción tal cual ha sido realizada y no acepta una sustitución.

Este hecho ha sido recientemente objetivado por la Sociedad Médica y de Hematología en una encuesta anónima realizada especialmente para este trabajo, la cual mostró que la percepción tanto de pacientes como de profesionales respecto a que el Banco de Drogas es el de una institución ineficiente, desorganizada y que incumple con las expectativas que ambos, usuarios y profesionales, depositan en ella. Todo ello ha llevado a la opinión pública, a los propios empleados ministeriales, y a la prensa, a atacar severamente a dicho departamento. Esta ola de inconformidad, llevó en los últimos tiempos a que los propios médicos del sistema público, usuarios del sistema, iniciaran acciones legales contra el Banco, por la provisión inadecuada de

medicamentos para sus pacientes, llegándose querellar judicialmente y a solicitar el enjuiciamiento de la responsable del área y del Sr. Ministro de Salud por esta causa⁵⁷.

FUNDAMENTOS DE LA ELECCIÓN DEL TEMA

En la concepción del pueblo argentino, el cuidado de la Salud es un deber indelegable del Estado para con la población.

Los sucesivos gobiernos nacionales han destinado una gran cantidad de fondos (entre 7 y 9% del PBI según el año) en cumplir con esta obligación. A pesar de ello, la Salud de los habitantes de nuestro país no ha mejorado en las últimas décadas⁵⁸.

Alto gasto y exiguos resultados es la peor combinación.

En el caso de la Provincia de Buenos Aires, los componentes más importantes de este gasto en Salud son dos, uno fijo (los sueldos del personal) y uno variable (los insumos). En cuanto a los variables, los medicamentos constituyen los mayores responsables del gasto del Estado Bonaerense en ese rubro⁵⁹. Dentro de los medicamentos, la provisión de drogas oncológicas a partir del programa provincial del Banco de Drogas de la Provincia, dependencia del Ministerio de Salud Provincial es el elemento principal de ese gasto⁶⁰.

Es función del Banco de Drogas Oncológicas de la Provincia desde 1974⁶¹, proveer sin cargo alguno, fármacos antineoplásicos a aquellos pacientes que siendo bonaerenses o teniendo su domicilio legal en la Provincia de Buenos Aires, se enferman de algún tipo de cáncer.

El Banco tiene pues dos tipos de usuarios: los pacientes a quienes las drogas van destinadas en forma directa, y los profesionales médicos pertenecientes a los Hospitales Públicos que solicitan dichos medicamentos para sus pacientes.

A pesar de esta digna misión y del esfuerzo conjunto del gobierno provincial y del personal ministerial, este no es considerado, ponderado ni apreciado por la población bonaerense, por los pacientes o por los profesionales usuarios, quienes poseen una imagen negativa del mismo⁶².

Ejemplo de ello son las innumerables críticas que recibe a diario el Banco de Drogas de la Provincia de Buenos Aires por parte tanto de sus usuarios directos como de los profesionales.

Un proyecto destinado a identificar todos los problemas existentes en la actualidad y enfocado a determinar las causas de la percepción negativa entre los usuarios, y la ineficacia logrará iluminar el camino para reencausar a la institución en su rol comunitario brindando una eficaz provisión de aquellos medicamentos oncológicos que demuestren la mejor relación beneficio/riesgo/costo, y respetando las opiniones de los profesionales y pacientes usuarios del sistema.

DESCRIPCIÓN DEL UNIVERSO DE ANÁLISIS

DESCRIPCIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS DEL BANCO DE DROGAS ONCOLÓGICAS DEL MINISTERIO DE SALUD DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES

•

En la actualidad el Banco de Drogas Oncológicas de la Provincia de Buenos funciona en el propio ámbito Ministerial, cita en Calle 51 n° 1120 de la Ciudad de La Plata, Buenos Aires, Argentina. Si bien el Banco existe desde 1974, pasaron 20 años hasta que el mismo se normatizó (mediante la resolución ministerial n° 1413/94 , gestada en la Subsecretaría de Coordinación y Atención de la Salud en fecha 25-07-1994). Allí se establece que el propósito y funciones del Banco son las siguientes:

Propósito General del Banco: Su objetivo es el de proveer de drogas oncológicas a aquellas personas no mutualizadas que se atiendan en los hospitales públicos de la Provincia de Buenos Aires y padezcan de algún tipo de neoplasia.

Funciones del Banco: Recibir las solicitudes de Medicación de los Profesionales, Evaluar y auditar dichas solicitudes, determinar sobre la conveniencia de los pedidos realizados para cada paciente en particular, atender a los usuarios directos (pacientes) y a los médicos que generan la demanda, proveer el medicamento, y distribuir el mismo a cada paciente o centro hospitalario demandante.

Se pueden establecer los siguientes procesos :

Procesos :

- ***Inicio del trámite:*** Al surgir la necesidad de tratar un paciente oncológico en algún hospital de mayor complejidad que atienda este tipo de patologías y que además pertenezca al Sector Público de la Provincia de Bs. As., se genera una solicitud que se

entrega al familiar o al propio interesado para que inicie el trámite en el Banco de Drogas (Central o regionales).

- **Ingreso del trámite:** Al ingresar al Banco de Drogas una solicitud (mediante el traslado del propio paciente o su familiar), se verifica que en la misma figure edad, datos personales, peso, altura, superficie corporal, patología oncológica que aqueja al paciente, dosis adecuada, protocolo de tratamiento elegido, número de ciclos de medicaciones que se desean realizar.
- **Auditoría:** Posteriormente al ingreso del trámite, se audita la solicitud confirmando que la indicación formulada sea realmente la correcta para la patología descrita en el paciente.
- **Autorización :** Se emite una autorización o un rechazo del trámite, por parte de los auditores del sistema.
- **Comunicación:** Se informa al paciente y al médico solicitante de este dictamen.
- **Dispensación:** De resultar favorable la solicitud, se elabora la orden de provisión de los medicamentos: Algunos pocos se dispensarán desde el propio Banco de Drogas para la mayoría (debido a la terciarización de la provisión de medicamentos según Convenio Ministerio de Salud – Colegio de Farmacéuticos y anteriormente Ministerio de Salud con Farmacias particulares) se emitirá la orden de entrega a las farmacias autorizadas las cuales, luego de un trámite interno, entregan los medicamentos al propio paciente o su familiar por mostrador. En la mayoría de los casos , el paciente o su familiar, se traslada hasta el Banco de Drogas o hasta la Farmacia autorizada para retirar los fármacos correspondientes. Algunos medicamentos de muy alto costo, se licitan y compran para almacenar en la Central, desde donde se dispensan a quien le corresponda. En el año 2003, la dispensación y provisión de drogas pasó a manos de una droguería (DROFASA) mediante un convenio Ministerial, y en el presente año 2004, dicho rol recayó parcialmente en la empresa “SOCIAL CONGRESO” encargada de dispensar las drogas convencionales, mientras que las de alto costo las licita, almacena y entrega el Ministerio de Salud Provincial utilizando una partida especial mediante un crédito especialmente otorgado para tal fin por el PNUD (Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo).

PROCESOS



Recursos Humanos : El personal con el cual cuenta actualmente el Bco. de Drogas de la Provincia de Buenos Aires es el siguiente:

- *Directivos*: 1
- *Profesionales Auditores*: 2
- *Administrativos*: 5 (2 para la atención al público, 2 para manejo de datos en fichero de las regionales y la Central, 1 para el archivo de remitos emitidos hacia la farmacia)
- *Servicios Generales* : 1 encargado de depósito.

Planta Física: La planta física posee en total 212.53 m² cubiertos (124.95 en planta baja y 87.58 de entrepiso) dentro del pabellón izquierdo del Ministerio de Salud Provincial. Dicho espacio físico se encuentra subdividido por paneles móviles en 5 áreas, una corresponde a la zona de atención al público, una para el personal administrativo, una para archivo de expedientes, una para almacenamiento de drogas y una para los auditores. Separada de las áreas anteriores se encuentra el despacho de la directora del Banco.

Equipamiento: El equipamiento con el que cuenta el banco actualmente es el siguiente:

- 2 computadoras
- 1 Telefax
- 4 escritorios (3 para los administrativos y 1 para los auditores).
- 2 Archivos para el almacenamiento de la fichas de los expedientes.

Sistema de Registro de Datos: Los registros de datos son almacenados en forma no informatizada en carpetas divididas por regionales, en las cuales se archivan los originales de solicitudes y la autorización o el rechazo de los mismos.

Organización del Sistema: El sistema está organizado en una Central y 19 Regionales. La Central se encuentra ubicada en Calle 51 entre 17 y 18 de la ciudad de La Plata y es la encargada de registrar todos los datos del sistema, recepcionar los pedidos, auditar las solicitudes, emitir las autorizaciones, y monitorear la dispensación de las drogas oncológicas. En las Regionales solamente se recepciona el trámite (para evitar que los pacientes se trasladen a La Plata), y luego desde cada una de ellas, una vez por semana, se envían todos los trámites por vía terrestre mediante una ambulancia destinada para tal fin a la Central de La Plata para su autorización. Aquellos trámites catalogados como “urgentes” son adelantados vía fax para su consideración especial en la Central La Plata.

Distribución: Una vez aceptado el protocolo de tratamiento solicitado, el Banco de Drogas emite una autorización para distribuir y entregar la droga al solicitante. La distribución que se realizada en el año 2002 por una farmacia de la ciudad de La Plata que proveía dentro de la semana de autorizada la orden, a la regional correspondiente, las drogas solicitadas (en el caso de La Plata y adyacencias, los pacientes o familiares retiraban por mostrador el pedido).

Las 19 regionales están ubicadas estratégicamente en toda la provincia, y son las siguientes:

- Área La Plata (fusionada con la Central).
- Área Bahía Blanca
- Área Tres Arroyos

- Área Tandil
- Área Junín
- Área Pergamino
- Área San Martín (funcionando en el Hospital Thompsom)
- Área Lanús
- Área Haedo
- Área Mar del Plata
- Área Gral. Rodríguez
- Área Azul
- Área Ciudadela
- Área Hospital Parrosien
- Área Chivilcoy
- Área San Isidro
- Área Avellaneda
- Área Vicente López
- Área La Matanza

FORMULACIÓN DE OBJETIVOS PARA ESTA TESIS

OBJETIVOS GENERALES

- Identificar las causas por las cuales el Banco de Drogas de la Provincia de Buenos Aires es percibido por la mayoría de los usuarios como una entidad ineficaz.
- Proponer acciones que resuelvan las causas que llevan a los usuarios a tener una imagen negativa de dicho Banco.
- Demostrar como dichos cambios , bien implementados, son capaces de mejorar la imagen y la eficacia del Banco.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar las principales dificultades que poseen los profesionales médicos para solicitar los protocolos de tratamiento y acceder a la solicitud para obtener dichos fármacos
- Obtener un detalle de los inconvenientes existentes en la atención del público usuario
- Evaluar la predisposición del personal del Banco de Drogas para con la tarea que desarrollan.
- Analizar el trabajo de auditoría de las solicitudes de rutina que diariamente se evalúan en el Banco.
- Realizar un diagnóstico de los problemas registrados en el sistema de provisión y distribución de drogas oncológicas por parte del Banco.
- Proponer modificaciones que permitan mejorar la imagen del Banco a través de la optimización del sistema de atención a los profesionales y el público usuario.
- Evaluar si dichos cambios son capaces de modificar la imagen negativa del Banco en la población usuaria.

HIPÓTESIS DE TRABAJO

“Los problemas de funcionamiento e infraestructura han construido una imagen negativa del Banco de Drogas Provincial. Modificar estos aspectos revertirá dicha impresión entre sus usuarios y permitirá aumentar la eficacia optimizando los resultados”.

MATERIALES Y MÉTODOS

Definición de las Etapas del Trabajo :

En el paso inicial del proyecto, se definieron las etapas en las cuales se dividiría el trabajo, a fin optimizar tiempo y recursos a utilizar en el mismo.

Para la autorización del Proyecto :

Debido a que el Banco de Drogas es una dependencia Oficial, como etapa previa a comenzar con el trabajo, se programó iniciar un trámite ministerial a fin de lograr la autorización del Sr. Ministro de Salud y obtener así un libre acceso a la realización del proyecto.

Para el Diagnóstico de Situación :

- Se realizó, mediante una pasantía de una semana en el Banco, una *observación de los procesos* que componen la actividad diaria del Banco, incluyendo los protocolos utilizados los fármacos incorporados a ellos, la forma de la solicitud, procesamiento de la información, auditoría, aceptación o rechazo de los pedidos, notificación a la farmacia para la provisión de los fármacos y distribución de los mismos.
- Se realizaron *entrevistas* con los empleados, auditores y autoridades del Banco para evaluar la opinión de los mismos respecto a la labor que desarrollan y las sugerencias destinadas a mejorar los procesos.
- Se evaluó el *área física* donde se desarrollan las actividades principales de Banco.
- Se *determinaron los centros* (sedes) desde donde se generan las solicitudes y los profesionales responsables de los pedidos.
- Se realizó una evaluación de los *medicamentos prescritos y utilizados* durante el año 2002.
- Se determinó la *cantidad de pacientes atendidos* en el Banco de Drogas de la Provincia en forma anual y *de cada enfermedad* neoplásica por separado, de manera tal de realizar un promedio de la relación enfermedad/paciente/año, y

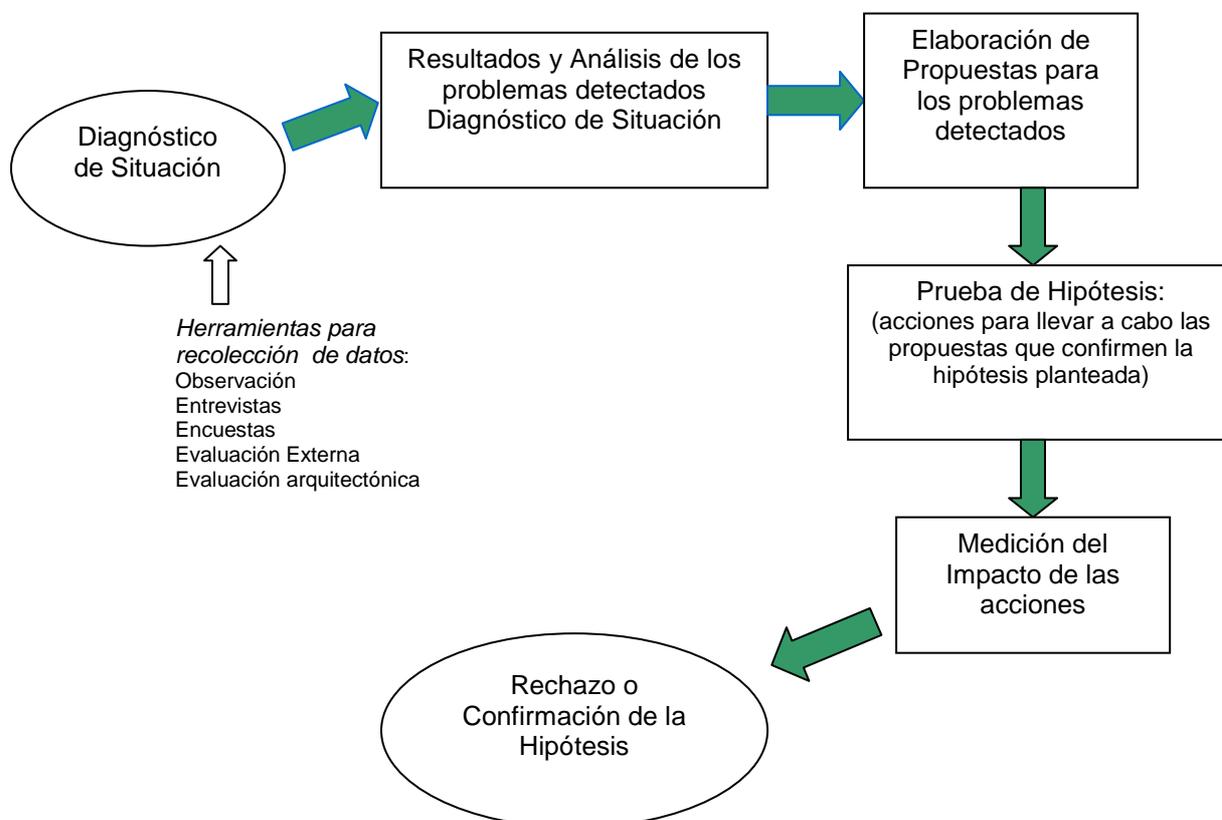
estimar la cantidad de usuarios a quienes el Banco deberá cubrir en los próximos años.

- Se realizó una *encuesta* de los usuarios directos y una nueva encuesta detallada de los médicos generadores de la demanda, con el fin de recabar información respecto a la percepción del funcionamiento actual del sistema y de cada proceso en particular.

Para la Elaboración de las Propuestas y las Acciones destinadas a resolver los Problemas detectados en el Diagnóstico de Situación:

- De acuerdo a los resultados obtenidos en la etapa diagnóstica, se elaboraron propuestas de escenarios alternativos y acciones de intervención que permitieran confirmar o rechazar la hipótesis planteada. Las programadas en este sentido fueron: repetir las encuestas a usuarios profesionales y pacientes, talleres de capacitación al personal con la metodología propuesta por la Organización Panamericana de la Salud y el PNUD⁶⁴

ESQUEMA DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN ESTE TRABAJO



Diseño del Objeto y de los Procedimientos

Dimensión y Selección de las Variables:

Las variables seleccionadas para el cumplimiento de los objetivos y la comprobación de hipótesis del presente trabajo son:

De funcionamiento:

- a) Procesos
- b) Recursos Humanos
- c) Resultados

De Infraestructura:

- a) Planta Física
- b) Equipamiento

Indicadores de cada dimensión:

*** Funcionamiento**

Procesos: (tiempo invertido en cada uno de estos procesos)

- a) Inicio del Trámite
- b) Ingreso del Trámite
- c) Auditoría
- d) Autorización
- e) Comunicación
- f) Dispensación
- g) Tiempo total desde la solicitud del trámite hasta la recepción del los medicamentos solicitados

Recursos Humanos : (cualitativos: grado de compromiso del personal y los profesionales usuarios para con la Institución, capacitación de cada uno de los actores sociales intervinientes)

- a) Personal Administrativo
- b) Personal Técnico
- c) Personal Profesional

Resultados: (Cualitativos: Grado de satisfacción de los destinatarios)

- a) Pacientes (*Grado de Satisfacción del Usuario*)
- b) Profesionales (*grado de Satisfacción del Usuario y Grado de aceptación de los protocolos ofertados desde el banco de Drogas*)

*** Infraestructura**

- a) Planta Física: ergonometría (Evaluación de la utilización de las instituciones para con las labores que se realizan)
- b) Equipamiento: Equipos, Software, archivos, con los que se cuenta para cumplir con la función destinada al Banco.

Definición Operacional de Variables:

Basada en los conceptos explicitados en el fundamento teórico, a las variables surgidas de las encuestas se les otorgó una expresión operacional siendo las cuantitativas resumidas en forma numérica y las cualitativas asumiendo valores no numéricos. Las variables utilizadas para dicha determinación fueron tanto cualitativas como cuantitativas. Para las variables cualitativas se utilizó escala de medición con 5 ítem (opciones graduadas) de respuesta o bien nominal dicotómica. Para las variables cuantitativas se utilizaron escalas numéricas discretas. Las determinaciones de infraestructura se realizaron mediante una evaluación externa (tercializada).

Tipo de Estudio:

El tipo de estudio y su diseño, se seleccionó en base a los objetivos propuestos, la disponibilidad de recursos y a la aceptabilidad de tipo ético. Es por ello que se optó por un estudio prospectivo destinado a determinar el grado de satisfacción del usuario y las causas de su satisfacción o insatisfacción.

Abordaje y Recolección de Datos:

a) Instrumentos Utilizados: Observación, estudio de la base de datos (para el análisis del tipo de prescripción realizada), estudio arquitectónico de la funcionalidad y aspecto edilicio, una encuesta anónima y entrevistas a pacientes, profesionales y empleados del Banco.

Descripción de los instrumentos de medición utilizados:

ENCUESTA A LOS PROFESIONALES USUARIOS DEL SISTEMA

CUESTIONARIO RESPECTO AL BANCO DE DROGAS DE LA PROVINCIA

Este cuestionario tiene como objeto evaluar el grado de satisfacción de los profesionales usuarios del sistema público de provisión de drogas oncológicas por parte del Banco de Drogas del Ministerio de Salud de la Provincia de Bs. As. La encuesta es realizada por la U.N.L.P. y la información que surja de la misma será anónima y confidencial y solo se utilizará para realizar una propuesta alternativa para el funcionamiento del Banco de Drogas.
Solicitamos a Ud. responder con total sinceridad respecto al tema. Gracias a vuestra su colaboración podremos elaborar propuestas para el continuo mejoramiento del sistema en beneficio de nuestros pacientes.

1) Conoce Ud. el Banco de Drogas del Ministerio de Salud de la Provincia de Bs. As. y su sistema de provisión de fármacos para pacientes oncológicos? SI NO

2) Indica Ud. a sus pacientes fármacos para ser provistos por el Banco de Drogas? SI NO

3) Con que frecuencia utiliza Ud. el sistema de provisión de drogas del Banco de Drogas? (Elija una solo opción)

A diario
 Muy frecuentemente (semanalmente)
 Frecuentemente (al menos cada 15 días)
 Usualmente (mensualmente)
 Raramente (cada 6 meses)
 Muy raramente (1 vez al año)
 Nunca

4) Como considera Ud. que el funcionamiento del sistema de provisión de drogas en la actualidad? (Elija una solo opción)

Extremadamente eficiente
 Muy eficiente
 Eficiente
 Regular
 Poco eficiente
 Ineficiente
 Extremadamente Ineficiente

5) Dónde considera Ud. que residen el problema más importantes del funcionamiento del Banco de Drogas? Por favor elija solo una respuesta

En la metodología de solicitud de drogas
 En la atención del paciente
 En el proceso de autorización
 En la provisión de drogas en la farmacia y distribución de la misma
 En la sistema de registro de datos para obtener los nuevos ciclos de tratamiento de ese mismo protocolo.
 En todos los items anteriores
 En ninguno de los items anteriores. No considero que existan grandes problemas en el Banco.

6) El Banco de Drogas provee los fármacos que pertenecen a alguno de protocolos de tratamiento de enfermedades neoplásicas sobre los cuales tiene cobertura. Respecto a estos protocolos Ud. podría decir que:

Estoy totalmente de acuerdo con todos los protocolos cubiertos por el banco.
 Estoy de acuerdo con la mayoría de los protocolos cubiertos por el banco.
 Estoy de acuerdo con algunos protocolos cubiertos por el banco.
 No concuerdo con algunos protocolos cubiertos por el banco.
 No concuerdo con la mayoría de los protocolos cubiertos por el banco.
 No estoy de acuerdo con ninguno de los protocolos cubiertos por el banco.
 Estoy totalmente en desacuerdo con el tipo y la forma de cobertura que brinda el banco.

6) Cuanto tiempo demora Ud. desde que realiza la solicitud hasta que tiene una confirmación de trámite autorizado? Marque con un círculo 1 sola respuesta por favor.
(En Días)

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (ó+)

7) Cual es su opinión respecto al personal que actualmente se desempeña en la atención del Banco de Drogas?. Elija una única opción.

Es altamente capacitado y cumple con tareas en forma incomparable.
 Desempeña correctamente sus labores.
 El desempeño de las tareas por parte del personal es la esperada para ese tipo de trabajo.
 Desempeña las tareas en forma ligeramente deficiente.
 Las tareas son cumplidas por lo regular en forma ineficiente.
 Las tareas cumplidas por el personal es altamente ineficiente.
 No puedo opinar respecto al personal ya que lo desconozco.

8) Cual de las siguientes opciones propondría Ud. para optimizar la imagen del Banco de Drogas de la Provincia?. Elija una única opción.

Mejorar el sistema de base de datos y registro de pacientes del banco.
 Optimizar la conexión y el diálogo entre los solicitantes y el personal del banco.
 Optimizar la relación Banco/Farmacia/Paciente/Hospital.
 Optimizar el sistema de evaluación y auditoría del banco.
 Aumentar la cobertura a más protocolos y más drogas.
 Realizar todas las acciones anteriormente descritas.
 No propondría ninguna acción en particular ya que considero que el Banco actualmente posee una buena imagen.

El siguiente cuestionario es de carácter anónimo y está destinado a evaluar la calidad de servicio que brinda el Banco de Drogas de la Provincia. Solo a través de su colaboración podremos mejorar el mismo. Le rogamos entonces que por favor lea cuidadosamente cada ítem y marque con la letra (x) la respuesta que usted considere.

| Item | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|--|----------|------|---------|-------|-----------|
| | Muy malo | Malo | Regular | Bueno | Excelente |
| Ubicación de la Institución | | | | | |
| Vías de acceso | | | | | |
| Comodidad de las instalaciones. | | | | | |
| Horario de Trabajo del Banco | | | | | |
| Disponibilidad del personal para su atención | | | | | |
| Conocimiento de las labores por parte del empleado | | | | | |
| Tiempo de espera en su trámite | | | | | |
| Tiempo para la Entrega de la medicación | | | | | |
| Forma de la Entrega de la medicación | | | | | |
| Manejo de las quejas y reclamos (aceptación y solución en tiempo y forma de los reclamos) | | | | | |

ENTREVISTAS A PACIENTES, PROFESIONALES Y EMPLEADOS

La organización de cada entrevista fue abierta, iniciándose con la presentación del proyecto, e insistiendo en el origen independiente y en el carácter anónimo de la misma. El pilar de la entrevista radicó en 4 preguntas:

- ¿ Cual cree que es el fin del Banco de Drogas?,
- ¿Cree Ud. que se está cumpliendo adecuadamente las funciones del Banco? ¿Por Qué?,
- ¿Cómo cree que se podría mejorar el servicio?
- ¿Ud. se siente integrado a la Institución?

MUESTRA: Selección y tamaño de la muestral

La selección de la muestra se realizó en forma estratificada entre pacientes, profesionales y empleados del propio Banco.

Para la ENCUESTA: El tamaño de la muestra para la Encuesta fue de 200 pacientes, y 72 profesionales (los médicos especialistas en Hematología y oncología por hospital usuarios del sistema), y el total de empleados de Banco (9 personas). Es decir que se tomaron en cuenta para la herramienta "ENCUESTA" 281 unidades de análisis. Criterios de inclusión: Se incorporaron al estudio los primeros pacientes que concurrieron al Banco de Drogas o a sus Regionales y cada día hábil durante el período Julio-Diciembre del año 2002. El número de pacientes encuestados correspondientes a la Central o a cada Regional, se pre-estableció teniendo en cuenta el porcentaje histórico que representa la Central y regional La Plata (50%) en relación con las Regionales (50%) en la emisión de solicitudes de cobertura. Con respecto a los profesionales, se encuestaron 72 de los 85 profesionales habilitados por el Banco para realizar prescripciones.

Para la ENTREVISTA: El tamaño de la muestra para la Entrevista fue de 5 pacientes, y 5 profesionales (médico especialista en Hematología u oncología de un hospital usuario del sistema), y 5 empleados del Banco de Drogas.

Para el ANÁLISIS de la PRESCRIPCIÓN REALIZADA: Se tomaron como muestra para el análisis prescriptivo, todas las solicitudes de drogas efectuadas ante el Banco realizadas durante el año 2002.

Aspectos Éticos:

Los datos obtenidos tanto de la base de datos prescriptivos del Banco, como los nombres de los entrevistados o los resultados de las encuestas realizadas se manejaron con estricta reserva debido a los mismos pueden atentar contra el secreto médico o bien pueden ser utilizados por los prestadores del estado para accionar sobre los prescriptores que generan la demanda de fármacos ante el Banco.

Aspectos Legales:

Antes de comenzar con el estudio, se inició un expediente Ministerial destinado a lograr la autorización oficial para realizar el trabajo.

Para realizar la propuesta de solución a los problemas detectados, se solicitó formalmente un acuerdo Ministerial en relación con lograr un espacio en la página WEB del Banco dentro de la página principal del Ministerio y un apoyo para realizar el Taller de Consenso de profesionales prescriptores.

Plan de Análisis:

El modelo de análisis de los datos utilizado para las variables recolectadas fue el porcentaje del total de unidades de análisis.

PLANIFICACION DE LAS ETAPAS DEL TRABAJO

- a) **Etapa: *Preparación y Presentación del Expediente Ministerial destinado a la obtención de la autorización correspondiente.***

- b) **Etapa: *Diagnóstico de Situación:***
 - A través de las entrevistas con los empleados, auditores y autoridades del Banco se evaluó la opinión de los mismos respecto a la labor que desarrollan y las sugerencias destinadas a mejorar los procesos.
 - Se realizaron además una encuesta a los usuarios directos (pacientes) y una nueva encuesta detallada de los médicos generadores de la demanda, con el fin de recabar información respecto a la percepción del funcionamiento actual del sistema y de cada proceso en particular, destinándose un especial interés en determinar las causales de las insatisfacciones detectadas.
 - Se elaboró una evaluación externa del Banco de Drogas de la Provincia de Buenos Aires dirigida a determinar las debilidades y fortalezas de cada uno de los procesos que involucra una solicitud ante la institución.
 - Se evaluaron los RRHH pertenecientes al Banco, su rol y su grado de capacitación.
 - Evaluación cuali-cuantitativa de la población usuaria del sistema
 - Identificación de los recursos materiales con los que el Banco cuenta en la actualidad

c) **Etapa: *Análisis de Resultados***

- Análisis de las encuestas de satisfacción de profesionales y pacientes usuarios del sistema.
- Enumeración de los problemas que presenta actualmente el Banco.
- Clasificación de los Problemas según la importancia que le otorgan los usuarios del sistema.

▪

d) **Etapa: *Evaluación de Problemas detectados y de la Imagen del Banco***

- Basándose en el diagnóstico realizado en la etapa previa, se realizó una conclusión respecto a si se cumplía o no con la primer premisa formulada en la hipótesis en referencia a la imagen del Banco ; y de los principales problemas en cada área : sistema actual de solicitud, recepción de trámites, funcionamiento interno, auditoría y provisión de fármacos.

▪

e) **Etapa: *Elaboración de Propuestas y Acciones que se llevaron a cabo para confirmar la segunda parte de la Hipótesis respecto a la factibilidad de transformar la imagen del Banco mediante la modificación de los problemas detectados***

Teniendo en cuenta los problemas detectados, se elaboraron propuestas para la modificación de los mismos y. realización de una Prueba Piloto (acciones) destinada a evaluar la factibilidad de llevar adelante las propuestas realizadas en anteriores etapas.

f) **Etapa: *Evaluación del impacto logrado con las acciones derivadas de las propuestas.***

- Encuestas Post-Acciones realizadas destinadas a medir el impacto logrado con la prueba piloto.

RESULTADOS

a) ASPECTOS LEGALES: TRÁMITE PARA LA AUTORIZACIÓN DEL PROYECTO

Con el objetivo de poder acceder a la Institución Oficial (Banco de Drogas Provincial), en el mes de Diciembre de 2001 se inició el trámite a nivel Ministerial a través del expediente nº 2900-30087/01 , que permitió trabajar libremente tanto en el Ministerio de Salud de la Provincia, como en los distintos Hospitales Provinciales y Municipales; además de contar con el apoyo de la Secretaria de Salud para realizar las entrevistas, encuestas y actividades programadas.

b) DIAGNÓSTICO DE SITUACIÓN:

RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN EXTERNA

Con el fin de realizar un diagnóstico de situación de la Institución, se realizó una evaluación externa mediante una pasantía de una semana de duración, llevada a cabo por el autor de este trabajo en la dependencia Central del Banco de Drogas Provincial en el mes de Abril de 2003. Se determinó la cantidad y tipo de usuarios, el tipo de medicación solicitada y entregada, los procesos, el equipamiento, el registro de datos, la organización del sistema y los recursos humanos con los que cuenta la institución, , se realizó una observación de todas las actividades realizadas en la misma.

Análisis de la Población Objetivo del Banco: Los Pacientes Usuarios del Sistema: El sistema cubrió aproximadamente 4000 pacientes (promedio en los último 5 años) a quienes les provee las drogas necesarias para el tratamiento completo de su patología oncológica. Concretamente el análisis de año 2002 mostró que se tuvo bajo cobertura 3216 pacientes, 1324 de los cuales pertenecen directamente a la Regional La Plata o “Central”.

Tipos de Protocolos cubiertos. En la mayoría de los casos (77%), los protocolos pedidos al Banco fueron considerados como “clásicos” para tratar las patologías para las cuales se solicitó. Sin embargo, en 740 de los 1324 pacientes cubiertos (23%), los

tratamientos solicitados fueron considerados de alto costo (aproximadamente \$60.000 el costo total de cada tratamiento), habiendo sido autorizados solo el 11% (354 pacientes) del total de las solicitudes emitidas.

Recursos Humanos. El Banco cuenta con nueve empleados en su sede Central / La Plata

Equipamiento Disponible. Como ya se dijo previamente, el equipamiento con que cuenta el Banco, son 2 computadoras, 1 telefax, y 2 archivos para el almacenamiento de datos. En la semana de evaluación, se determinó que 2 de los 5 días hábiles no se contó con el Fax debido a falta de comunicación telefónica del Banco con el exterior. Las computadoras disponibles están subutilizadas, ya que allí solo hay una base de datos desactualizada de algunos pacientes ingresados en el año 2001, y son destinadas tipear informes sobre las resoluciones emanadas de auditoría.

Análisis de los Procesos. En la evaluación externa se cronometraron tiempos, y se objetivaron el total de trámites recepcionados y aceptados. De dicha observación se construyó las siguientes tablas de resultados:

Producción Laboral

| Cantidad de trámites diarios recepcionados | Cantidad diaria de trámites analizados por auditores | Cantidad diaria de trámites respondidos | Cantidad de medicación distribuida en forma diaria | Porcentaje de solicitudes respondidas en el día |
|--|--|---|--|---|
| 41 (promedio) | 11 (promedio) | 9 (promedio) | 2 (promedio) | 4.8 % |

Tiempo en cada proceso

| Espera promedio de cada paciente | Tiempo de interacción entre el paciente y el recepcionista | Número de veces que el recepcionista debe ingresar al interior del Banco para consulta | Tiempo invertido en la verificación de los datos de cada solicitud | Tiempo de análisis de cada trámite por el médico auditor | Número de consultas telefónicas o contactos por fax que debe realizar el auditor al prescriptor |
|--|--|--|--|--|---|
| 52.88 minutos (promedio) | 7.23 minutos (promedio) | 3.00 veces (promedio) | 6.05 minutos (promedio); | 4.14 horas (promedio); (rango 30 minutos a 98 hs) | 23.66 % (tiempo promedio de interacción: 6.12 minutos) |
| Tiempo de búsqueda para evaluar si existen datos previos del paciente (fichas) | Tiempo de interacción entre el paciente y el recepcionista | Tiempo invertido en preparación de la orden de aceptación del trámite | Tiempo invertido por el personal (auditores y administrativos) en contestar trámites rechazados, expedientes por trámites de excepción y demandas judiciales | Tiempo de preparación de la autorización que se eleva a la prestadora del servicio de distribución | Tiempo de demora en la entrega de los medicamentos una vez que es aceptado * |
| 22.15 minutos (promedio) | 7.23 minutos (promedio) | 11.27 minutos (promedio) | 4.54 horas (promedio) | 31.54 minutos (promedio) | 40.15 horas (promedio) |

* en el caso que las drogas se distribuyan desde la Farmacia

Conclusión de la Evaluación Externa: El Banco cuenta con Recursos Humanos y Equipamiento que no son aprovechados en plenitud. Las computadoras no se las utiliza para almacenar datos ni para acelerar la búsqueda sino que las mismas se realizan en forma manual con el lógico retardo en los procesos. Se reciben diariamente numerosos trámites con solicitudes de provisión de medicamentos pero solamente el 4.8% de los mismos son respondidos con celeridad. El motivo de tan baja respuesta es porque la mayor parte del personal se encuentra avocado a verificar datos del paciente o la veracidad de los datos del prescriptor, o bien realizando tareas administrativas destinadas a responder informes, expedientes, o trámites judiciales de solicitudes rechazadas previamente por el Banco.

- **RESULTADO DE LAS ENTREVISTAS REALIZADAS:**

De las entrevistas realizadas surge los siguientes resultados:

EMPLEADOS:

Un auditor, 3 administrativos, y 1 empleado de servicios generales del Banco aceptaron ser entrevistados para este trabajo. Cada entrevista tuvo como eje 5 preguntas:

¿ Cual cree que es el fin del Banco de Drogas?:

“Entregar drogas oncológicas a los no mutualizados ” fue la respuesta en todos los casos , “Proveer a los Hospitales Públicos de medicamentos para los pacientes que allí se atienden” aclara además la auditora entrevistada.

¿Cree Ud. que se está cumpliendo adecuadamente las funciones del Banco?¿Por Qué?, No (4/5 respuestas), “Con mucha dificultad y en la medida de nuestras posibilidades” (respondió la auditora). “Los motivos fueron principalmente la falta de organización interna”; “la ausencia de comunicación con los hospitales y los profesionales que generan la solicitud”; las demoras en la entrega de la medicación solicitada”.

¿Cómo cree que se podría mejorar el servicio? Con mayor rapidez en la entrega de los pedidos, una mejor atención a los pacientes que concurren al Banco a realizar un trámite o reclamo

¿Ud. se siente integrado a la Institución? Por Que? NO (4/5), Parcialmente (1/5), “debido a que el trabajo que realizo no es reconocido ni por los jefes ni por los pacientes” fue el argumento más esgrimido; “la falta de estabilidad que tengo en mi cargo, no me permite planificar a largo plazo”.manifestó la auditora.

“...no existe comunicación con la jefa o con los compañeros y muchas veces no sabés que pasa, o si estás haciendo bien tu tarea... me gustaría saber si la forma en la cual hago mi trabajo se puede hacer mejor o que defecto tengo al hacerlo ...” nos dice uno de los empleados administrativos entrevistados.

¿Quiere decir algo más respecto al Banco? Me gustaría cambiar la imagen interna y externa que tiene el Banco para que nos reconozcan que lo que hacemos acá adentro es importante y mejorar el servicio para ayudar de mejor manera a la gente que tanto lo precisa”. Me gusta lo que hago pero me pone mal tratar con la gente

PROFESIONALES USUARIOS

Se entrevistaron 5 profesionales de distintos hospitales (1 hospital de La Plata, 1 hospital de Necochea, 1 hospital de Bahía Blanca, 1 hospital de Avellaneda, 1 hospital de Vicente López), los cuales respondieron de la siguiente manera a las preguntas anteriores:

¿ Cual cree que es el fin del Banco de Drogas?: “Proveer de los medicamentos necesarios para tratar a nuestros pacientes” “Proveer a los Hospitales Públicos de medicamentos para los pacientes que allí se atienden” fueron 2 de las respuestas mas esgrimidas.

¿Cree Ud. que se están cumpliendo adecuadamente las funciones del Banco?¿Por Qué?, No (5/5 respuestas) El motivo principal fue en todos los casos la falta de correlación de la solicitud realizada con la entrega de medicamentos cumplimentada. Además, la Dra. Mariana de Necochea y Carmelo de Avellaneda enfatizan sobre las demoras en dicha entrega. Daniel de Bahía Blanca agrega que “es sumamente difícil contactar al personal del Banco para poder explicarles respecto a casos especiales que requieren mayor celeridad en la entrega”... “imaginate que tenés leucemias agudas en las que hay que empezar el tratamiento dentro de las 24 horas, y lo más rápido que logramos recibir un medicamento fue en 72 horas, y encima te mandan lo que quieren y no lo que vos le pediste ”.

¿Cómo cree que se podría mejorar el servicio? “Entregando los medicamentos y protocolos solicitados y que dicha entrega se realice en tiempo y forma”, fue el común denominador en todas las respuestas.

¿Ud. se siente integrado a la Institución? Por Que? NO (5/5), “El Banco de Drogas pertenece al nivel Central del Ministerio de Salud y nosotros estamos en contacto con el paciente, somos la cara visible del sistema, y no queremos ni podemos hacernos cargo de las ineficiencias del nivel Central” dicen Mariana y Daniel. “Yo estoy del lado del paciente y ellos le cuidan el bolsillo al gobierno; tal es así, que tuve que iniciar en dos oportunidades, acciones legales contra el Banco y sus responsables, para que me entreguen las drogas que yo les pido” nos dice el entrevistado de Vicente López, “y te cuento que al final aflojaron y me tuvieron que dar lo que yo quería” completa.

PACIENTES:

Se entrevistaron a 5 pacientes (1 de La Plata, 1 de Fcio. Varela, 1 de Lobos, 1 de Olavarría y 1 de Avellaneda)., a quienes se le realizaron las siguientes preguntas:

¿ Que opina de la tarea que cumple el Banco? ¿ Funcionó en tu caso? “El fin es bueno, pero te pelotean de acá para allá” dijo Darío de Fcio. Varela afectado de una Leucemia Linfooblástica Aguda; “Siempre te faltan cinco para el peso, tenés que volver al hospital porque te falta un sello, los pedidos están mal hechos, no le dan lo que mi médica pide, y cuando se lo dan tardan una barbaridad” refiere José oriundo de Lobos; “Yo aprecio tener los medicamentos gratis pero tardan un montón en dártelos. Si me quedo en Olavarría, los recibo al mes, y así me atrasé varias veces con la quimio, por eso ahora, una vez que el doctor me hace el pedido, prefiero perderme el día, pero ir a La Plata y hacer los trámites” dice Esteban, afectado de un Linfoma no Hodgkin recaído. “Lo que yo le critico al Banco de Drogas es que no tienen conciencia de lo importante que resulta para nosotros los pacientes el tener la medicación. Mirá, por suerte en el Hospital donde me atienden tienen una pequeña reserva de drogas, que sino me puedo morir tranquila que a nadie le importa” expresa críticamente Estela de Avellaneda. “Yo estoy agradecida. Le confieso que tengo una Obra Social, pero después de intentar casi por dos meses que me dieran la medicación, mi médico me aconsejó hacer los trámites por el Banco y por suerte pasó. Ahora desde hace 4 meses que estoy recibiendo las drogas gratis, tardan un poco pero al final te las dan” dice María de La Plata.

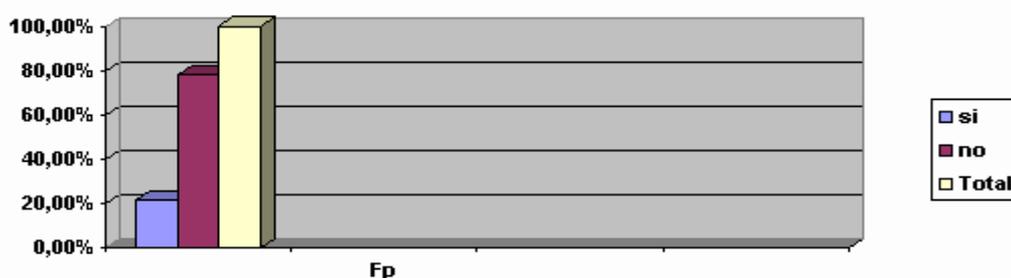
- **RESULTADO DE LAS ENCUESTAS REALIZADAS:**

Encuesta a los Empleados: (anónimas)

1. ¿Considera que existe una comunicación efectiva entre usted y su jefe inmediato en su aspecto laboral?

Respondieron positivamente 2 de los 9 empleados 22,22% y negativamente 7 (77,78%)

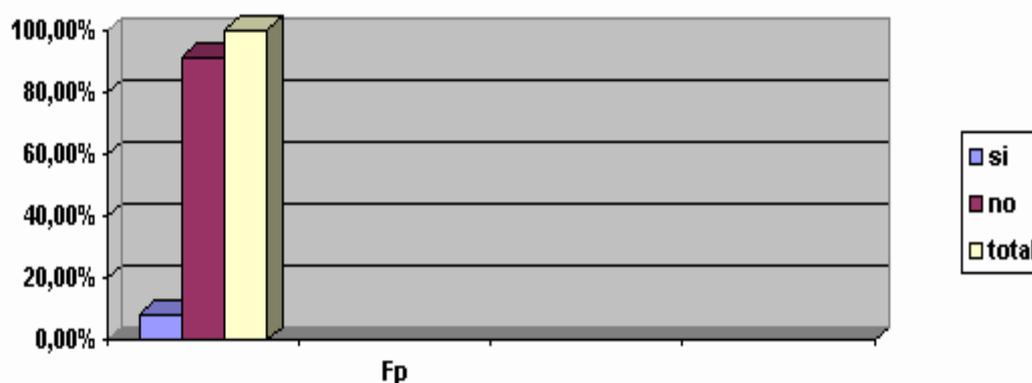
Gráfico n° 1: Comunicación



2. ¿Existe algún procedimiento estandarizado dentro de la organización?

Solo 1 empleado (11,11%) opinó que existían procedimientos estandarizados mientras que 8 (el 88,89 %) manifestó lo contrario.

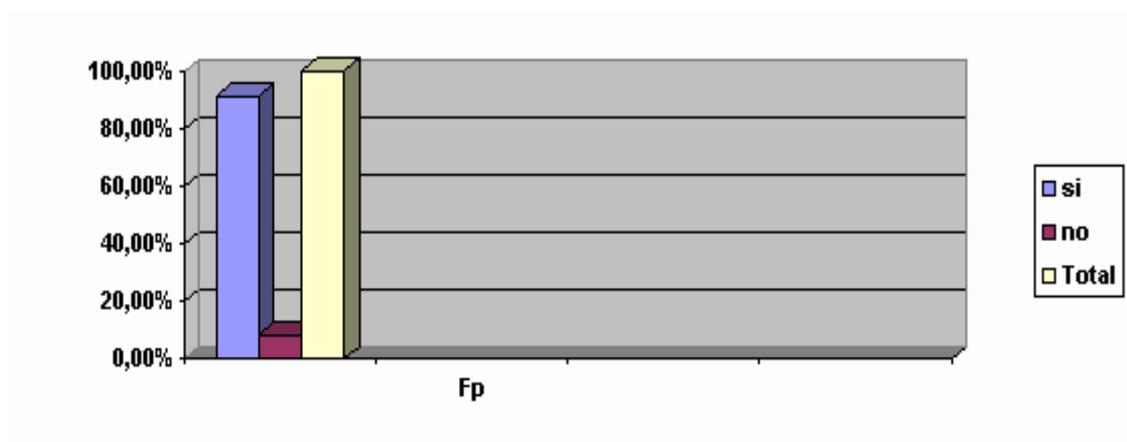
Gráfico n° 2: Procedimiento Estándar



3. ¿Está usted al tanto de los problemas que puedan existir en su área?

El 88.89% (8) de los encuestados refirió estar al tanto de los problemas existentes en su área y 1 de ellos (11,11%) negó este conocimiento.

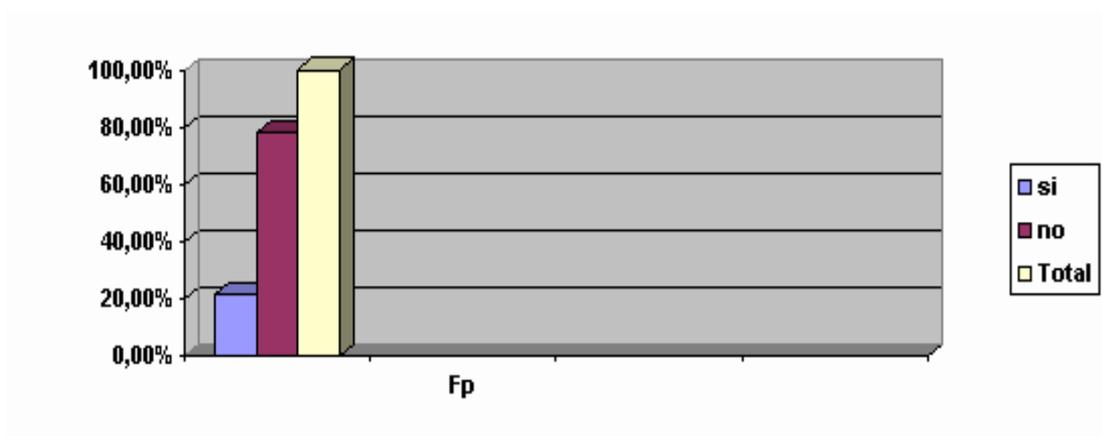
Gráfico n° 3. Gerencia Visual



4. ¿Se siente motivado a través de incentivos (sueldos, cursos de capacitación, promociones y ascensos) que ofrece la organización?

Dos de las personas encuestadas (22,22%) respondieron por la afirmativa y 7 (77,78%) refirieron no sentirse motivados.

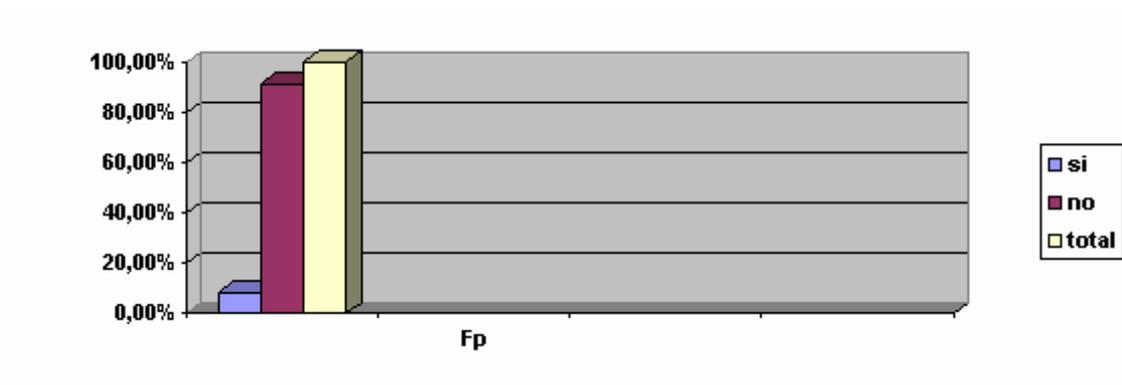
Gráfico n° 4 : Motivación



5. ¿Cuenta el Ministerio con algún Departamento de Control y Verificación, tanto de los trámites realizados, como del proceso de atención al cliente?

Ocho encuestados (88,89%) respondieron negativamente y solo 1 (11,11%) considera que efectivamente existe un control ministerial en los trámites y en los procesos de atención al cliente. Cabe aclarar que a la respuesta positiva en este punto el respondente agrega que es por la afirmativa ya que existe una Delegación de Economía (dependiente de la Contaduría General de la Provincia, órgano de la Constitución Provincial), que audita y verifica los aspectos económicos, el funcionamiento tanto del banco como todo el Ministerio.

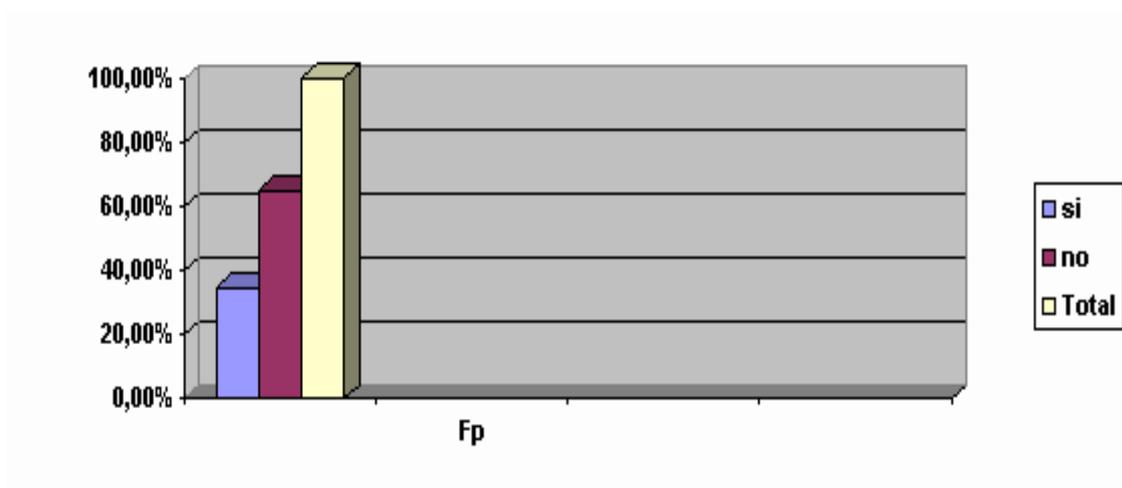
Gráfico n°5 :Puntos de Control y Verificación



6. ¿Posee un solo jefe inmediato y éste supervisa constantemente su trabajo?

Tres empleados (33,33%) consideran que sólo recibe órdenes de un solo jefe incluyendo a la Directora que responde a un Director de Políticas de Medicamentos , mientras que 6 de ellos opinaron que deben responder a más de 1 jefe .

Cuadro N° 6 : Supervisores



Encuesta a los Profesionales Usuarios:

RESPUESTA AL CUESTIONARIO REALIZADO A LOS PROFESIONALES RESPECTO AL BANCO DE DROGAS PROVINCIAL

TOTAL DE ENCUESTADOS: 72

TOTAL DE ESPECIALISTAS USUARIOS EN LA PROVINCIA: 85

PORCENTAJE DE ESPECIALISTAS ENCUESTADOS: 84.7%

- 1) Respuestas obtenidas ante la pregunta: ¿Conoce Ud. el Banco de Drogas del Ministerio de Salud de la Provincia de Bs. As. y su sistema de provisión de fármacos para pacientes oncológicos?.

Respuestas:

Si = 72 Porcentaje: 100% No = 0

- 2) Respuestas obtenidas ante la pregunta: ¿Indica Ud. a sus pacientes fármacos para ser provistos por el Banco de Drogas?

Respuestas:

Si = 72 Porcentaje: 100% No = 0

- 3) Respuestas obtenidas ante la pregunta: ¿Con que frecuencia utiliza Ud. el sistema de provisión de drogas del Banco de Drogas?

| Frecuencia | Nº absoluto | Porcentaje |
|---|--------------------|-------------------|
| A diario | 1 | 1.38% |
| Muy frecuentemente (semanalmente) | 60 | 83.33% |
| Frecuentemente (al menos cada 15 días) | 9 | 12.50% |
| Usualmente (mensualmente) | 2 | 2.77% |
| Raramente (cada 6 meses) | 0 | 0.00% |
| Muy raramente (1 vez al año) | 0 | 0.00% |
| Nunca | 0 | 0.00% |

- 4) Respuestas obtenidas ante la pregunta: ¿Como considera Ud. al funcionamiento del sistema de provisión de drogas en la actualidad?

| Respuesta | Nº absoluto | Porcentaje |
|----------------------------|-------------|------------|
| Extremadamente eficiente | 0 | 0.00% |
| Muy eficiente | 0 | 0.00% |
| Eficiente | 3 | 4.16% |
| Regular | 22 | 30.55% |
| Poco eficiente | 23 | 31.94% |
| Ineficiente | 20 | 27.77% |
| Extremadamente Ineficiente | 4 | 5.55% |

5) Respuestas obtenidas ante la pregunta: ¿Dónde considera Ud. que residen los problemas más importantes del funcionamiento del Banco de Drogas?

| Opción | Nº absoluto | Porcentaje |
|---|-------------|------------|
| En la metodología de solicitud de drogas | 2 | 2.77% |
| En la atención del paciente | 3 | 4.16% |
| En el proceso de autorización | 3 | 4.16% |
| En la provisión de drogas en la farmacia y distribución de la misma | 3 | 4.16% |
| En la sistema de registro de datos para obtener los nuevos ciclos de tratamiento de ese mismo protocolo | 4 | 5.55% |
| En todos los items anteriores | 54 | 79.16% |
| En ninguno de los items anteriores | 0 | 0.00% |
| No considero que existan grandes problemas en el Banco | 0 | 0.00% |

6) Respuestas obtenidas en el ítem: El Banco de Drogas provee los fármacos que pertenecen a alguno de protocolos de tratamiento de enfermedades neoplásicas sobre los cuales tiene cobertura. Respecto a estos protocolos Ud. podría decir que:

| Opción | Nº absoluto | Porcentaje |
|--|-------------|------------|
| Estoy totalmente de acuerdo con todos los protocolos cubiertos por el banco | 0 | 0.00% |
| Estoy de acuerdo con más del 75% de los protocolos cubiertos por el banco | 0 | 0.00% |
| Estoy de acuerdo con más del 50% de los protocolos cubiertos por el banco | 6 | 8.33% |
| Estoy de acuerdo con más del 25% de los protocolos cubiertos por el banco | 25 | 34.72% |
| Estoy de acuerdo con menos del 25% de los protocolos cubiertos por el banco | 28 | 38.88% |
| No estoy de acuerdo con ninguno de los protocolos cubiertos por el banco | 11 | 15.27% |
| Estoy totalmente en desacuerdo con el tipo y la forma de cobertura que brinda el banco | 2 | 2.77% |

7) Respuestas obtenidas ante la pregunta: ¿Cuanto tiempo demora Ud. desde que realiza la solicitud hasta que tiene una confirmación de trámite autorizado?

Opciones (en días de demora):

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10(ó+) |
|-----------|-----------|-----------|-------------|-------------|------------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| 0 (0.00%) | 6 (8.33%) | 6 (8.33%) | 22 (30.55%) | 20 (27.77%) | 11(15.27%) | 7 (9.72%) | 0 (0.00%) | 0 (0.00%) | 0 (0.00%) |

- 8) Respuestas obtenidas ante la pregunta: ¿Cual es su opinión respecto al personal que actualmente se desempeña en la atención del Banco de Drogas?.

| Opción | Nº absoluto | Porcentaje |
|---|-------------|------------|
| Es altamente capacitado y cumple con tareas en forma incomparable | 0 | 0.00% |
| Desempeña correctamente sus labores | 2 | 2.77% |
| El desempeño de las tareas por parte del personal es la esperada para ese tipo de trabajo | 10 | 13.88% |
| Desempeña las tareas en forma ligeramente deficiente | 26 | 36.11% |
| Las tareas son cumplidas por lo regular en forma ineficiente | 28 | 38.88% |
| Las tareas cumplidas por el personal es altamente ineficiente | 6 | 8.33% |
| No tengo una opinión formada respecto al desempeño del personal del banco | 0 | 0.00% |

- 9) Respuestas obtenidas ante la pregunta: ¿Cual de las siguientes opciones propondría Ud. para optimizar la imagen del Banco de Drogas de la Provincia?.

| Opción | Nº absoluto | Porcentaje |
|---|-------------|------------|
| Mejorar el sistema de base de datos y registro de pacientes del banco | 0 | 0.00% |
| Optimizar la conexión y el diálogo entre los solicitantes y el personal del banco | 1 | 1.38% |
| Optimizar la relación Banco/Farmacia/Paciente/Hospital | 1 | 1.38% |
| Optimizar el sistema de evaluación y auditoría del banco | 2 | 2.77% |
| Aumentar la cobertura a más protocolos y más drogas | 16 | 22.22% |
| Realizar todas las acciones anteriormente descriptas | 52 | 72.22% |
| No propondría ninguna acción en particular ya que considero que el Banco actualmente posee una buena imagen | 0 | 0.00% |

Encuesta a los Pacientes :

Se les solicitó a 200 usuarios del sistema que respondan a la encuesta a la que ya se hizo mención en materiales y métodos (100 de los mismos pertenecían a la Central y el resto según se detalla a continuación: Área La Plata (fusionada con la Central) 100; Área Bahía Blanca 10; Área Tres Arroyos 3; Área Tandil 5; Área Junín 2; Área Pergamino 3; Área San Martín (funcionando en el Hospital Thompsom) 10; Área Lanús 10; Área Haedo 10; Área Mar del Plata 15; Área Gral. Rodríguez 2; Área Azul 2; Área Ciudadela 3; Área Hospital Parrosien 2; Área Chivilcoy 2; Área San Isidro 5; Área Avellaneda 8; Área Vicente López 3; Área La Matanza 5

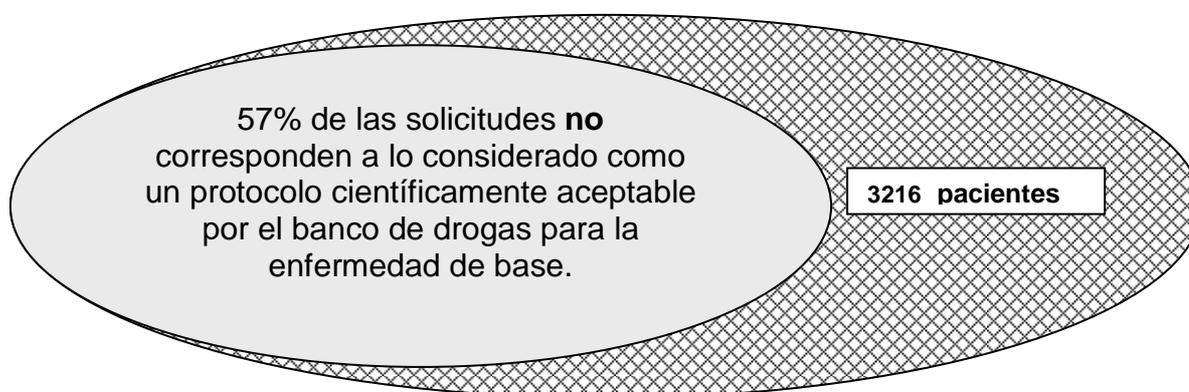
| Resultados de la Encuesta a Pacientes Usuarios del Sistema | | | | | | | | | | | | |
|--|---|----|----|----|----|---|----|----|----|----|--|--|
| VALORES | Central | | | | | Regionales(promedio) | | | | | ANÁLISIS | |
| | 1: Muy malo; 2: Malo; 3: Regular; 4: Bueno; 5: Excelente | | | | | 1: Muy malo; 2: Malo; 3: Regular; 4: Bueno; 5: Excelente | | | | | | |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | |
| Ubicación de la Institución | 10 | 11 | 13 | 36 | 30 | 15 | 16 | 18 | 29 | 22 | Los encuestados están mayormente conformes con la ubicación geográfica del Banco | |
| Vías de acceso | 24 | 29 | 19 | 18 | 10 | 20 | 31 | 19 | 17 | 13 | La Mayoría de los usuarios manifestaron estar disconformes con las vías de acceso que permiten llegar a la Institución. | |
| Comodidad de las instalaciones. | 47 | 38 | 12 | 3 | 0 | 36 | 27 | 22 | 12 | 3 | En este ítem se evidencia por parte del usuario, una percepción de falta de comodidad en el área destinadas a atención al público sobre todo en la Central. | |
| Horario de Trabajo | 15 | 19 | 20 | 23 | 23 | 16 | 20 | 22 | 21 | 21 | Los usuarios manifestaron estar relativamente conformes con el horario de atención al cliente. | |
| Disponibilidad del personal para su atención | 19 | 29 | 28 | 20 | 4 | 17 | 32 | 26 | 14 | 11 | Se presume de la actitud del usuario una disminución en la confiabilidad por no cumplir las expectativas referentes a la satisfacción oportuna de sus necesidades. | |
| Conocimiento de las labores por parte del empleado | 21 | 24 | 23 | 20 | 12 | 27 | 21 | 20 | 21 | 11 | El usuario está regularmente satisfecho con el conocimiento que el empleado posee de lo que el cliente desea en realidad. | |
| Tiempo de espera en su trámite | 35 | 39 | 11 | 10 | 5 | 41 | 40 | 11 | 6 | 2 | Los usuarios se quejan constantemente de la demora en la solución de su trámite, especialmente en las regionales. | |
| Tiempo para la Entrega de la medicación | 42 | 35 | 15 | 5 | 3 | 49 | 36 | 10 | 4 | 1 | Los usuarios se quejan constantemente de la demora en la entrega. | |
| Forma de la Entrega de la medicación | 39 | 37 | 18 | 5 | 1 | 40 | 39 | 11 | 7 | 3 | Los usuarios se quejan constantemente de la forma de la entrega | |
| Manejo de las quejas y reclamos (aceptación y solución en tiempo y forma de los reclamos) | 28 | 25 | 22 | 15 | 10 | 30 | 23 | 22 | 17 | 8 | Los usuarios manifestaron que las quejas y reclamos no son solucionadas en su totalidad ni a su debido tiempo. | |

- RESULTADO DE LA EVALUACIÓN DEL PERFIL PRESCRIPTIVO DE LOS PROFESIONALES USUARIOS DEL BANCO:**

Durante el año 2002 se tuvo bajo cobertura a 3216 pacientes atendidos en Hospitales Públicos Provinciales. Dos mil doscientos diez pacientes fueron de primera vez, y mil

seis pacientes (sea por recaída de su enfermedad o por continuación de esquemas previos) ya habían sido atendidos previamente.

En 740 de los casos (23%), los tratamientos solicitados fueron considerados de alto costo (aproximadamente \$60.000 el costo total de cada tratamiento), habiendo sido autorizados solo el 11% (354 pacientes) del total de las solicitudes emitidas. El 77% de las solicitudes son consideradas medicaciones estándar, de costo aceptable, aunque un 53% de las mismas no correspondía al tratamiento indicado como el más racional reconocido por el banco de drogas (basándose en los estudios científicos publicados hasta esa fecha) para aquellas patologías oncológicas u oncohematológicas.



Es decir, que el Banco considera que las patologías deben tratarse con un protocolo quimioterápico determinado y los prescriptores (los médicos tratantes de los pacientes), realizan la solicitud por otros protocolos aún sabiendo que los mismos no son cubiertos habitualmente por el banco.

Tal vez lo mas interesante es que a pesar de existir un 61% de rechazos de trámites iniciales por parte de los auditores, más de la mitad de los mismos (53%) finalmente fueron aceptados y entregados por el nivel ministerial merced a un trámite de excepción, una aceptación ministerial directa o bien una orden judicial.

| Pacientes | Nº de solicitudes realizadas | Protocolos que no correspondían a lo habitualmente aceptado por el banco | Rechazos desde Auditoría | Protocolos no habituales que finalmente se entregaron |
|-----------|------------------------------|--|--------------------------|---|
| 3216 | 14.899 * | 10.131 (68%) | 9.088 (61%) | 4816 (53%) |

* a cada paciente se le solicitó 4.62 veces la repetición del esquema prescrito.

Es decir que si bien los médicos prescriptores reconocen que lo que solicitan, no está dentro de lo habitualmente aceptado por el Banco, generalmente inician igualmente el trámite, ya que existen altas posibilidades que igualmente se les entregue la medicación solicitada.

- **RESULTADO DE LA EVALUACIÓN ARQUITECTÓNICA DEL BANCO:**

El Estudio de Arquitectura PRAGMA colaboró gentilmente en realizar una evaluación del estado edilicio y de las características estructurales del Banco de Drogas de la Provincia.

La observación del funcionamiento se realizó durante 5 días consecutivos (de lunes a viernes) por 3 Arquitectos. Los mismos destinaron su tiempo en recabar datos de las actividades que deben desarrollar todos los integrantes de la organización y de aquellas que deben realizar los pacientes. El seguimiento de cada uno de los trámites recibidos durante esa semana, y las entrevistas informales realizadas por los arquitectos a cada uno de los actores del Banco, permitieron arribar a los resultados que se detallan a continuación:

El Banco de Drogas de la Provincia de Buenos Aires se encuentra en la Calle 51 entre 17 y 18, en dependencias del propio Ministerio de Salud de la Provincia.

El lugar posee 2 posibles accesos: por el frente o por detrás (calle 51 y por patio interno orientado hacia calle 17). Ambos son de muy difícil acceso ya que por calle 51 se debe atravesar el Departamento de "Mesa de Entradas" y donde hay ausencia de señalización adecuada. El segundo acceso obliga al usuario a ingresar ya sea por la entrada principal de calle 51 y 18, o por calle 17 (en teoría entrada de automóviles pero que los peatones utilizan permanentemente); en ambos casos se accede al estacionamiento y posteriormente a un patio interno donde en uno de sus lados se encuentra ubicado el Banco. Existen pequeños carteles muy precarios que señalizan la orientación del Banco, pero que son poco visibles. Uno de cada 3 pacientes/familiares usuarios entrevistados, equivocó inicialmente su camino y 2 fueron los destinos erróneos: un primer patio interno y el pasillo que da acceso a la oficina del Ministro conocida internamente como "La Privada". La puerta que permite la entrada al Banco forma parte de un conjunto de 5 puertas similares, solo reconocible por un pequeño cartel indicador (ver foto adjunta). La recepción del usuario se realiza en un espacio de 3 mts de ancho x 4 mts de largo x 7 de alto, en el cual, un mostrador de enormes

dimensiones separa el sector del público de los empleados. En sector de los usuarios se ubican 3 sillas y del lado interno una silla una pequeña mesa y un monitor con una PC que en el momento de la visita no se hallaban funcionando. Un muro de material corrugado pone límite a la recepción y permite el acceso al sector conocido por los empleados como “cocina”, donde en realidad se sitúa una mesa de reunión informal y donde también se encuentran las heladeras para el depósito de material biológico inestable a temperatura ambiente. Todo esta área, posee un entrepiso, al cual se accede por una escalera lateral, destinado al almacenamiento de papeles y documentos actualmente sin importancia.

De nuevo en planta baja, una puerta situada a la izquierda de la “cocina”, permite el acceso a la sala principal de 8 de ancho x 12 de largo x 7 mts de alto, lugar donde funciona el depósito de drogas y en el cual, mediante separadores de aluminio y material corrugado, se encuentran la oficina de datos y la de auditores.

La variedad de actividades que desarrollan los distintos empleados del Banco dentro de un mismo ámbito físico, sobre todo en esta última sala, permitió observar al equipo de arquitectos que la circulación del personal es caótica se desenvuelven con gran dificultad. Las conversaciones entre el personal son masivas y las comunicaciones internas se desarrollan en un ambiente de bullicio permanente.

Los empleados de atención al público debieron consultar a los auditores 9 de cada 10 trámites solicitados por mostrador, y para ello debieron atravesar el área de depósito para poder acceder hasta ellos.

Los archivos, al hallarse éstos en su mayoría no digitalizados, convierten al sistema de cómputos en área con un mínimo uso y además obliga a consultar permanentemente las carpetas foliadas (organizadas por Región) que se encuentran en estantes ubicados en el sector opuesto a la atención al público y a los auditores (sobre calle 51 hacia 18) lo que obliga a los agentes a circular hacia distintas direcciones para resolver cada trámite.

Es decir, luego de la auditoría externa, la conclusión del estudio de Arquitectura Pragma señala: “El Banco de Drogas posee un gran área de extensión dentro del Ministerio de Salud de la Provincia, sin embargo, su estructura edilicia es anárquica y poco funcional a las tareas que allí se desarrollan. La mala distribución de los sectores, obliga a una permanente circulación interna de todos los empleados en distintos sentidos para poder cumplir con sus tareas. El paciente/familiar usuario aguarda la resolución de su trámite o la entrega de la medicación, durante largos períodos de

tiempo, hacinado con otros usuarios sin poder acceder, en su mayoría, a realizar sentado dicha espera. ”

CONCLUSIONES DEL DIAGNÓSTICO DE SITUACIÓN

Las herramientas utilizadas para realizar un diagnóstico de situación, muestran que el Banco de Drogas Provincial cuenta con empleados poco compenetrados con la institución para la cual trabajan y desmotivados para con la tarea que deben desempeñar. El personal expresó que no existe comunicación con su jefe inmediato ni con sus colegas, ni reciben una devolución con opiniones respecto a la forma con la cual han desarrollado sus tareas. La mayoría del tiempo invertido por los empleados del Banco se utiliza en la verificación de datos de las solicitudes o en responder trámites rechazados o demandas judiciales.

Los profesionales usuarios del Banco se encuentran disconformes con el Banco principalmente por las demoras en la autorización de trámites y en la entrega de la medicación y en la discrepancia existente entre los protocolos solicitados (los deseados por el prescriptor), y aquellos que el Banco considera como los indicados para dicha patología y que por lo tanto termina proveyendo. Esta situación provoca frecuentemente roces entre los profesionales y los empleados del Banco, y enfrentan a los pacientes con el personal de la Institución. Prueba de ello son las numerosas presentaciones de demanda judiciales que involucran tanto a la Directora del Banco, como a Secretarios de Salud, Ministro y otras autoridades provinciales (varias de las mismas aún en curso y sin sentencia).

Los pacientes consideran que la provisión de medicamentos por parte del Estado para las enfermedades tan terribles como las que les aquejan, es una obligación, y que en estas situaciones, los Bonaerenses poseen un derecho adquirido. Sin embargo están disconformes con el Banco en parte por la influencia que ejercen sus médicos tratantes y por sobre todas las cosas por la falta de celeridad en la entrega de la medicación solicitada. Cabe destacar que debido a las severas enfermedades que compromete su vida (o a la carga emocional que afecta a los familiares de los pacientes que puedan encontrarse realizando el trámite) consideran que de la pronta resolución del pedido de drogas realizado, dependerá su suerte y sus chances de curación. Por esta razón, cualquier inconveniente que pueda experimentar reaccionará en forma negativa.

Estos resultados detectados a través del diagnóstico de situación evidencian problemas de funcionamiento y de infraestructura que confluyen en la construcción de una imagen negativa del Banco, comprobándose así la primer parte de la hipótesis planteada.

Con el fin de evaluar la segunda parte de la hipótesis, es decir si modificando algunos aspectos de los procesos y la estructura de la Institución era posible revertir dicha impresión y optimizar los resultados, se enunciaron alguna propuestas de intervención.

Propuestas de Intervención

Se sabe por las encuestas y entrevistas obtenidas con anterioridad a este estudio, que las mayores críticas al sistema realizadas por parte profesionales médicos radican en los protocolos bajo cobertura del Banco y los procedimientos de solicitud de medicamentos.

Al confirmar este supuesto con nuevas encuestas realizadas en el marco del presente trabajo, se propondrán distintas acciones con el fin de modificar dichos aspectos u otros elementos que surgen del estudio.

PROPUESTAS

- Las encuestas previas a este estudio, muestran que los profesionales médicos están disconformes con : a) el tipo de tratamientos y medicamentos que actualmente provee el Banco y b) la forma en la cual el Banco recepciona, y analizan las solicitudes de provisión de drogas.
- Al confirmar con nuevas encuestas el supuesto que hace responsable al funcionamiento y a la propia estructura del Banco, la imagen negativa del mismo, se propusieron realizar distintas acciones con el fin de modificar dichos aspectos.
- Las acciones que se propusieron entonces fueron:
 - a) Promover que se consensúe un tratamiento estándar para cada patología y que los mismos sean aceptados por la mayoría de los profesionales usuarios del sistema, utilizando como herramienta la metodología de Taller para lograr dicho consenso.

- b) Estimular de la motivación del personal para con la Institución mediante tareas grupales de automotivación y de capacitación en Calidad de Servicio.
- c) Capacitar al personal para que éste pueda realizar un correcto desempeño de sus tareas (Atención al Público, funciones del Banco)
- d) Proponer de un nuevo mecanismo de distribución de drogas al usuario
- e) Informar a los Jueces de Primera Instancia con competencia en la jurisdicción del Banco de Drogas respecto a los riesgos individuales y sanitarios que implica autorizar la provisión de nuevas drogas del mercado que aún carecen de suficiente evidencia científica sobre su seguridad y eficacia comprobada en ensayos clínicos controlados.
- f) Crear un sistema informático alternativo de registro, manejo de los datos y comunicación de los médicos usuarios, con el Banco de Drogas.
- g) Proponer una modificación en la estructura del Banco para que ésta sea más funcional a las tareas que allí se desarrollan.

DESARROLLO DE LAS ACCIONES DE INTERVENCIÓN

Se llevó a cabo una prueba piloto en la que se pusieron en práctica la mayoría de las propuestas, con el fin de objetivar si la transformación de los procesos, funcionamiento y de estructura del Banco, son capaces de cambiar la imagen negativa de la Institución.

a) Acciones de Intervención llevadas a cabo para lograr un "Consenso" en los tratamientos a ser cubiertos desde el Banco de Drogas

Como ya se planteó anteriormente en el diagnóstico de situación, los profesionales médicos están disconformes con el tipo de tratamientos autorizados por el Banco, que en su mayoría no coincide con la voluntad del prescriptor. A su vez, esta disconformidad es transmitida por el profesional a sus pacientes, los cuales se

predisponen negativamente en contra del Banco aún antes de comenzar el trámite y en algunos casos llegan a iniciar demandas judiciales contra el mismo.

Se propusieron pues, acciones para modificar dichos aspectos, que tienen que ver con la creación de un consenso en el tipo y la calidad de cobertura que se brinda desde el Banco. Para ello se solicitó a las entidades Universidades y Sociedades Científicas que realicen en conjunto con los profesionales usuarios, la evaluación crítica de los protocolos de tratamiento actuales de acuerdo a la eficacia, resultados, seguridad, conveniencia y costos de los medicamentos incorporados a los mismos, de manera tal que estos fueran consensuados y aceptados por la mayoría de los médicos usuarios del sistema. La herramienta para conseguir dicho consenso fueron Talleres de Trabajo

TALLERES PARA LA SELECCIÓN RACIONAL DE PROTOCOLOS DE TRATAMIENTO:

Se contactó a las autoridades Ministeriales (Sr. Secretario de Salud Dr. Fariña y Sr. Director de Medicina Preventiva: Dr. Troiano) con el fin de presentar el diagnóstico de situación realizado y las propuestas de acción elaboradas. Se consiguió el apoyo oficial para realizar un taller de Consenso de tratamientos a cubrir desde el Ministerio.

Se cursaron invitaciones formales del Sr. Ministro de Salud Provincial a cada Hospital de la Provincia desde donde se generan las solicitudes hacia el Banco, y se contó así con al menos un representante de cada Centro.

Cada Hospital fue representado por su jefe de Servicio (o su mayor prescriptor según la base de datos del Banco). Se realizó un taller de 3 días con los 45 referentes de los 40 Hospitales Públicos desde donde se originan todas las solicitudes al Banco de Drogas de cobertura de medicamentos. Participaron además las Sociedades Científicas de la Especialidad y la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de La Plata. El lugar de reunión fue la Fundación FEMEBA, calle 54 entre 13 y 14 de la ciudad de La Plata. Se contaron allí con todas las bases de información médica-científica disponible tanto en forma digitalizada como impresa. Además cada grupo de trabajo poseía una conexión directa con las bases de datos sobre información científica disponible en la Web.

Los días en los que se desarrolló el Taller fueron el 29, 30 y 31 de Mayo del año 2003.

Durante los 3 días se trabajó en pequeños grupos con una Integración global final, abocándose todos a una enfermedad por vez, para la cual, basándose en los criterios de selección de EFICACIA en el control de la enfermedad, SEGURIDAD para el paciente, CONVENIENCIA en el uso del protocolo y sus drogas, y teniendo en cuenta el COSTO total del tratamiento, y buscando estos criterios en el mayor nivel de evidencia existente, se seleccionó el protocolo de tratamiento más adecuado (ver ANEXO A).

A cada participante se le entregó una certificación oficial de 3 entidades (Ministerio de Salud, Dto. Graduados Facultad de Ciencias Médicas-UNLP, y Sociedad Médica) como co-autor de la Normatización de Tratamiento de las patologías Oncológicas.

El nivel de los participantes y las conclusiones vertidas por el taller, tuvieron una repercusión de magnitud nacional, y que por tanto ha sido adoptada por algunas Obras Sociales (Ej: FEMEBA Salud) para normatizar la autorización de tratamientos a entregar por cada Obra Social a sus afiliados. El consenso fue también publicado en una de las 2 revistas de la especialidad existentes en Argentina: **“FORUM HEMATOLÓGICO” Año 5, Vol. 7; Nº2, páginas 17-28, 2003.**

.

Los detalles completos del Taller se exponen en el **ANEXO A**.

Como se observa en las fotos aquí expuestas, en un clima cordial y de camaradería, con toda la información científica disponible hasta la fecha, los representantes de cada dependencia arribaron a un consenso respecto a como tratar cada una de las patologías cubiertas por el Banco. Luego del Taller, cada uno de los participantes (aquellos que generan la solicitud al Banco) firmó un documento en el cual se compromete a solicitar al Banco la provisión únicamente de los protocolos consensuados en el Taller. Asimismo, aseguran su participación (o la de un referente de su Hospital) en la próxima actualización de dichos protocolos a realizarse en el año 2005



b) Motivación del personal para con las tareas que desarrolla

Para confirmar la segunda parte de la hipótesis, se realizaron talleres con el personal del Banco destinados a exaltar la motivación y compromiso del personal para con la Institución

ACTIVIDAD DE MOTIVACIÓN: El primer tipo de Taller fue destinado a elevar el grado de compromiso con la Institución y la motivación de los empleados para con sus labores.

Se desarrollaron 4 encuentros: El primero de ellos fue realizado con la totalidad de los empleados de Banco durante el mes de Octubre de 2002 (3 horas semanales los días miércoles, durante el horario de trabajo –en total 4 actividades-). En la primera actividad se narró la Historia del Ministerio de Salud, y la creación del Banco. Se

expusieron las estadísticas provinciales respecto a la estructura social de la población bonaerense, a los afectados por algún tipo de Cáncer en la Provincia, a los indicadores de cobertura en salud del año 2001 en Buenos Aires.

El segundo encuentro fue destinado al planteo de la importancia de contar con un sistema estatal de provisión de medicamentos para aquellas personas que no cuentan con cobertura específica de Salud. Se presentaron algunos casos reales (pacientes) que narraron su vida y la de sus familias, y del impacto que tuvo en ellas la noticia de verse afectado por una enfermedad neoplásica.

También aquí se invitó a un profesional de la especialidad que ejerce en un Hospital Público del Conurbano Bonaerense a conversar sobre la realidad que significa la Atención Médica de estas afecciones en su ámbito.

El tercer encuentro se destinó a evidenciar los sentimientos personales respecto al trabajo diario en el Banco, a la relación con los compañeros y jefes, a los problemas internos que sufren. Utilizando la técnica de escribir en tarjetas los problemas evidenciados por cada empleado y posteriormente agrupar por afinidad cada problema para finalmente priorizarlos, se establecieron los mayores problemas internos evidenciados por el grupo. De la misma manera se propusieron diversas formas de solucionar los mismos.

El último encuentro estuvo destinado primeramente al tema "Comunicación" y su importancia en los grupos de trabajo y las Instituciones. Una segunda parte se destinó a una conferencia de la Dra. Marina Khoury (Academia Nacional de Medicina) sobre Motivación de grupos y estimulación del compromiso del personal para con los quehaceres diarios y el rol de cada uno de los integrantes del grupo en el engranaje de la Institución.

c) Capacitación del personal para realizar las tareas que desarrolla habitualmente en el Banco

ACTIVIDAD PARA LA CAPACITACIÓN PARA EMPLEADOS: Se realizaron 2 tipos de actividades de capacitación : Una conferencia sobre Calidad en la Atención y Satisfacción del Usuario, y tres actividades prácticas en Computación sobre el manejo de Access, Excel (para el archivo y organización de datos) y de herramientas de Internet , y otro de capacitación técnica en la atención al público, auditoría y

computación (manejo de software para archivo y organización de datos y herramientas de Internet).

d) Propuesta para una nueva forma de distribución de los fármacos

La propuesta consistía en asegurar mediante una cláusula de entrega de la medicación en Hospital en que se origine el pedido y dentro de las 48hs de realizado el mismo, incorporar una cláusula a la licitación servicio de provisión de drogas. Las propias autoridades al adjudicar a la empresa "Social Congreso", ya se aseguraron de esta modalidad de entrega en los pliegos.

e) Información a Jueces de Primera Instancia respecto a los riesgos de autorizar un tratamiento nuevo sin los ensayos clínicos adecuados.

Como se hizo mención en la introducción, la incorporación al mercado de nuevas drogas es permanente. La mayoría de las mismas aún no hay cumplido con los requisitos de eficacia comprobada para todas sus indicaciones, es decir que aún no existen estudios comparativos de la misma con el tratamiento estándar para una enfermedad dada. Menos aún cuenta con datos sobre seguridad, ya que según la Organización Mundial de la Salud, una droga debe al menos tener 5 años de uso masivo en la población (Fase IV-Farmacovigilancia) para objetivar efectos adversos graves. La gran mayoría de los fármacos, luego de su autorización, no cumplen con criterios de eficacia . Peor aún, una gran parte de las innovaciones debe ser retirada de circulación, por presentar graves consecuencias para la Salud, como es el caso de la Troglitazona (hace 5 años llamada la panacea y hoy retirada del mercado por causar hepatitis fulminante). La presión de la Industria Farmacéutica por introducir estos nuevos productos a los protocolos habituales, empujan al profesional a seleccionarlos y a los pacientes a requerirlos, y a los jueces a librar un recurso de amparo para proveerlos, esgrimiendo el principio ético de beneficencia pero justamente violándolo por no tener en cuenta las posibles consecuencias nocivas para la Salud del paciente que tiene el uso de una droga desconocida. Finalmente, y como ya se dijo, teniendo en cuenta que estos nuevos fármacos tienen un costo cientos de veces superior, existe un impacto negativo para el Estado, y que igualmente deberá proveer a requerimiento del Poder Judicial.

La propuesta consistió pues en informar a los jueces respecto a los pasos que debe cumplimentar una droga antes de irrumpir en el mercado (y que muchas veces no se completan e igualmente autorizada), las formas de objetivar eficacia de tratamiento a través de Ensayos Clínicos Controlados Aleatorizados, y advertir sobre los riesgos que implica la utilización de un fármaco de reciente aparición. Para ello se propuso realizar una invitación a todos los jueces de primer Instancia a participar una reunión informativa sobre estos aspectos y a un debate posterior que ayude a fijar posiciones en este sentido. Esta reunión aún no se ha podido llevar a cabo, pero las autoridades del Banco han explicado estos aspectos en forma individual a 2 de los 9 jueces en cuestión. Cabe aún evaluar el impacto de dicha interacción a futuro, tomando como parámetros objetivos el número de recursos de amparo para la provisión de medicamentos que provengan de dichos magistrados.

f) Creación de un Sistema Informático de registro, manejo de datos, y comunicación con el médico usuario

Se diseñó un programa de solicitud de provisión de medicamentos, registro datos y autorización de trámites automático, al cual se accede a través de una página Web en Internet destinada para tal fin.

En dicho programa, se permitió :

- Incorporar los datos del paciente (si el paciente ya figura en el sistema, automáticamente es reconocido).
- Advertir si al paciente estaba solicitando la medicación está mutualizado con IOMA o FEMEBA Salud (otras Obras Sociales aún no han brindado sus bases de datos para establecer la conexión).
- Acceder a las Opciones Terapéuticas según el tipo de enfermedad que presenta el paciente.
- Autorizar o Rechazar en forma totalmente automática, la solicitud enviada.
- Informar a la Coordinadora Farmacéutica respecto a dicha autorización (estableciendo fecha y hora de dicha autorización)
- Calcular automáticamente la dosis necesaria (según peso, altura y superficie corporal del paciente) de cada droga del protocolo de tratamiento.
- Calcular la cantidad de envases de cada medicación que la Farmacia debe dispensar y que el Hospital debe recibir.

- Informar a la Farmacia sobre a que paciente se debe cubrir, que cantidad de envases debe entregar, quien recepciona y donde debe realizar la entrega.

Todos los Hospitales incorporados al sistema de provisión provincial de medicamentos y todos los protocolos que fueron seleccionados en el Taller de Consenso, fueron incorporados a la página.

Cada profesional integrante del sistema y que se encontraba autorizado para utilizarlo, se le entregó una clave de acceso identificatoria que el programa le solicitará para continuar con el pedido.

Se realizó una prueba del programa accesible desde Internet durante 2 semanas de mes de Octubre del 2003. Aún hoy se puede acceder al sistema en la siguiente dirección de la Web: www.gastroenlared.com/bancodrogas (aunque sin la habilitación de prueba obtenida sólo para el mes de Octubre de 2003)

Las paginas del programa se pueden observar en forma completa el **ANEXO B** al final de este trabajo.

g) Modificar la estructura edilicia del Banco convirtiéndola en mas funcional y comfortable

Siguiendo las premisas establecidas en el diagnóstico de situación de la primer etapa, se elaboró una propuesta de reforma estructural que respete un diseño práctico basado en la calidad de atención de pacientes usuarios, la optimización de los procesos a realizar en la Central del Banco y el confort de los empleados del Banco para explotar al máximo la motivación y su compromiso con la entidad.

Cabe aclarar que esta propuesta resta aún como tal, y que solo se ha cumplido la primer etapa de reforma edilicia del Banco que es el traslado momentáneo del personal para recuperación de los revoques y eliminación de las separaciones.

PROYECTO ARQUITECTÓNICO PARA LA AMPLIACIÓN Y REFORMA DEL BANCO DE DROGAS DEL MINISTERIO DE SALUD DE LA PROVINCIA DE BS. AS.

Aquí se incorpora un resumen de dicho proyecto:

MEMORIA DESCRIPTIVA

OBRA: AMPLIACION Y REMODELACION BANCO DE DROGAS –MINISTERIO DE SALUD DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES

A partir de la necesidad de organizar el funcionamiento y generar mas espacio útil, se decidió realizar un entrepiso sobre el salón principal que se comunica con el existente, donde se ubicaran las áreas de trabajo administrativo, el office de personal y el archivo, dejando toda la planta baja para la atención al publico y profesionales y almacenamiento de drogas solamente.

Al ingreso se ubicará el área de atención al publico, organizando un sector de espera, un mostrador de atención general y un escritorio para la atención mas personalizada.

En el entrepiso nuevo sobre el sector de almacenamiento se ubicaran las oficinas de registro y auditoria a modo de puente para poder establecer contacto visual con el sector de almacenamiento y clasificación de las drogas.

El área de almacenamiento se estructuró en 3 sectores diferenciados, el de almacenamiento en frío reubicando las heladeras existentes, el de clasificación de drogas y el de almacenamiento en estanterías a modo de deposito.

Se mejorarán las instalaciones existentes y se realizarán todas las instalaciones necesarias para garantizar el funcionamiento propuesto.

Se acondicionarán los diferentes sectores según las necesidades con revestimientos en paredes y piso.

ESPECIFICACIONES TÉCNICAS

OBRA: AMPLIACION Y REMODELACION BANCO DE DROGAS –MINISTERIO DE SALUD DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES

A continuación desarrollamos los ítems a presupuestar y realizar según la propuesta presentada para la remodelacion , ampliación y acondicionamiento del Banco de Drogas del Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires.

SUPERFICIE A REMODELAR Y AMPLIAR = PLANTA BAJA = 124.95 m²

PLANTA ALTA = 87.58 m²

ITEMS PRESUPUESTADOS Y A REALIZAR

A – RUBROS DE OBRA

1-TRABAJOS PRELIMINARES.

Desarmar toda la tabiqueria existente, sacar para reubicar en otro lugar la escalera de madera existente.

2-ALBAÑILERIA

Abrir vano en muro para conectar los entrepisos, colocando perfiles doble T como dintel.

Amurar los 2 perfiles doble T No 26 como estructura del entrepiso.

Retocar los revoques que sean necesarios.

3-ESTRUCTURA ENTREPISO

Armar el entrepiso con estructura de perfiles No 26, tirantes de madera de 2x6 y machimbre de 1" de espesor.

Completar el entrepiso de madera en el espacio de la escalera existente.

4-INSTALACIONES

Instalación eléctrica nueva completa y colocación de artefactos de iluminación.

Instalación de gas para estufas y anafe.

Instalación para aire acondicionado (Split), PC, teléfono (Internet)

5-TABIQUERIA INTERIOR

División de oficinas en Planta alta con panelería de aluminio y vidrio.

6-REVESTIMIENTOS

Pisos del sector de almacenamiento y heladeras, colocación de piso de goma color a designar, sobre madera existente.

Pisos del sector oficinas en el entrepiso, colocación de piso de goma color a designar, sobre madera .

Revestimiento de paredes en sector de almacenamiento y heladeras, cerámicos hasta altura 2.00 m color blanco.

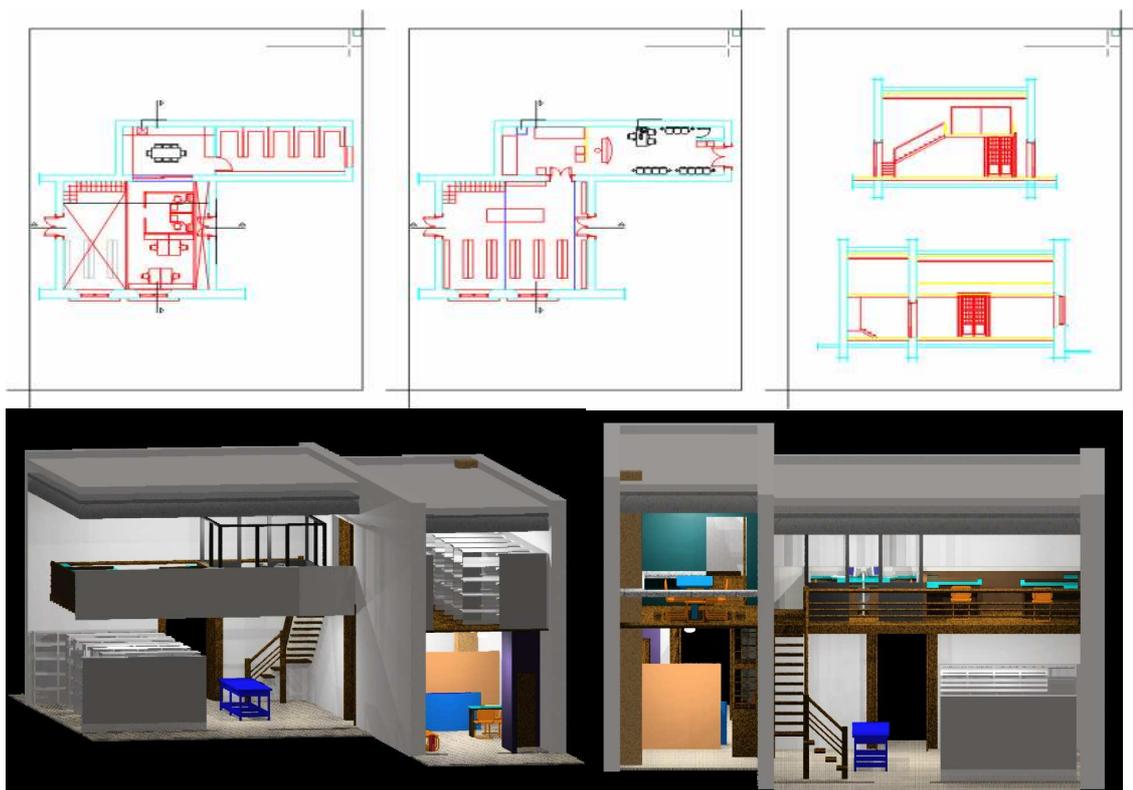
7-PINTURAL GENERAL

Pintura de muros, preparado de paredes, fijador y 2 manos de látex para interior con pintura de 1era marca.

Pintura de carpinterías, entrepiso y escalera de madera, 2 manos de barniz de 1era marca.

Pintura de cielorrasos de yeso.

Propuesta de Remodelación de la Estructura del Banco puede verse en forma completa en el **ANEXO C**



EVALUACIÓN DEL IMPACTO DE LAS ACCIONES REALIZADAS EN EL MARCO DE LA PRUEBA DE HIPÓTESIS, EN LA IMAGEN DEL BANCO

Con posterioridad a llevar a cabo las acciones propuestas, se realizaron nuevamente las mismas encuestas de opinión entre personal, pacientes y profesionales usuarios del sistema, y una nueva evaluación externa. Si bien ambas herramientas de recolección de datos se realizaron casi dos años después de las primeras, cabe destacar que las únicas variables que se modificaron durante dicho período fueron las implementadas por las propuestas de acción de este trabajo y la empresa de distribución de medicamentos con la cual el Ministerio realiza el convenio.

A continuación se adjuntan los resultados de dichas encuestas y de la evaluación externa.

- **RESULTADO DE LAS ENCUESTAS REALIZADAS LUEGO REALIZAR LAS ACCIONES PROPUESTAS (PRUEBA DE HIPÓTESIS)**

Encuesta a los Empleados: (anónimas)

1. ¿Considera que existe una comunicación efectiva entre usted y su jefe inmediato en su aspecto laboral?

Cuadro N° 1 : Comunicacion

| Categoría | Número Absoluto | Porcentaje |
|-----------|-----------------|------------|
| SI | 6 | 66.66% |
| NO | 3 | 33.33% |
| TOTAL | 9 | 100% |

2. ¿Existe algún procedimiento estandarizado dentro de la organización?**Cuadro N° 2 : Gerencia Visual, Procedimientos**

| Categoría | Número Absoluto | Porcentaje |
|-----------|-----------------|------------|
| SI | 5 | 55.55% |
| NO | 4 | 44.44% |
| TOTAL | 9 | 100% |

3. ¿Está usted al tanto de los problemas que puedan existir en su área?**Cuadro N° 3 : Gerencia Visual**

| Categoría | Número Absoluto | Porcentaje |
|-----------|-----------------|------------|
| SI | 9 | 100%% |
| NO | 0 | 0% |
| TOTAL | 9 | 100% |

4. ¿Se siente motivado a través de incentivos (sueldos, cursos, promociones y ascensos que ofrece la organización?)

Cuadro N° 4 : Motivación

| Categoría | Número Absoluto | Porcentaje |
|-----------|-----------------|------------|
| SI | 7 | 77,78% |
| NO | 2 | 22,22% |
| TOTAL | 9 | 100% |

5. ¿Cuenta el Ministerio con algún Departamento de Control y Verificación, tanto de los trámites realizados, como del proceso de atención al usuario?

| Categoría | Número Absoluto | Porcentaje |
|-----------|-----------------|------------|
| SI | 7 | 77,78% |
| NO | 2 | 22,22% |
| TOTAL | 9 | 100% |

Consignaron el "Observaciones" que luego de los talleres de Capacitación realizados, los jefes del área farmacia concurren más asiduamente a verificar el proceso de atención al usuario, y que el software desarrollado, controla automáticamente el trámite realizado.

6. ¿Posee un solo jefe inmediato y éste supervisa constantemente su trabajo?

Cuadro N° 6 : Supervisores

| Categoría | Número Absoluto | Porcentaje |
|-----------|-----------------|------------|
| SI | 7 | 77,78% |

| | | |
|-------|---|--------|
| NO | 2 | 22,22% |
| TOTAL | 9 | 100% |

Encuesta a los Profesionales Usuarios Post-Intervención con el Programa:

RESPUESTA AL CUESTIONARIO REALIZADO A LOS PROFESIONALES RESPECTO AL BANCO DE DROGAS PROVINCIAL

TOTAL DE ENCUESTADOS: 20

TOTAL DE ESPECIALISTAS USUARIOS EN LA PROVINCIA: 74

PORCENTAJE DE ESPECIALISTAS ENCUESTADOS (post-intervención): 13.5%

- 1) Respuestas obtenidas ante la pregunta: ¿Conoce Ud. el Banco de Drogas del Ministerio de Salud de la Provincia de Bs. As. y su sistema de provisión de fármacos para pacientes oncológicos?.

Respuestas:

Si = 100% No = 0%

- 2) Respuestas obtenidas ante la pregunta: ¿Indica Ud. a sus pacientes fármacos para ser provistos por el Banco de Drogas?

Respuestas:

Si = 100% No = 0%

- 3) Respuestas obtenidas ante la pregunta: ¿Con que frecuencia utiliza Ud. el sistema de provisión de drogas del Banco de Drogas?

| Frecuencia | Nº absoluto | Porcentaje |
|--|--------------------|-------------------|
| A diario | 2 | 10.00% |
| Muy frecuentemente (semanalmente) | 10 | 50.00% |
| Frecuentemente (al menos cada 15 días) | 6 | 30.00% |
| Usualmente (mensualmente) | 2 | 10.00% |
| Raramente (cada 6 meses) | 0 | 0.00% |

| | | |
|------------------------------|---|-------|
| Muy raramente (1 vez al año) | 0 | 0.00% |
| Nunca | 0 | 0.00% |

- 4) Respuestas obtenidas ante la pregunta: ¿Como considera Ud. que el funcionamiento del sistema de provisión de drogas en la actualidad?

| Respuesta | Nº absoluto | Porcentaje |
|----------------------------|-------------|------------|
| Extremadamente eficiente | 2 | 10.00% |
| Muy eficiente | 2 | 10.00% |
| Eficiente | 10 | 50.00% |
| Regular | 6 | 30.00% |
| Poco eficiente | 2 | 20.00% |
| Ineficiente | 0 | 0.00% |
| Extremadamente Ineficiente | 0 | 0.00% |

- 5) Respuestas obtenidas ante la pregunta: ¿Dónde considera Ud. que residen el problema más importantes del funcionamiento del Banco de Drogas?

| Opción | Nº absoluto | Porcentaje |
|---|-------------|------------|
| En la metodología de solicitud de drogas | 0 | 0.00% |
| En la atención del paciente | 3 | 15.00% |
| En el proceso de autorización | 2 | 10.00% |
| En la provisión de drogas en la farmacia y distribución de la misma | 10 | 50.00% |
| En la sistema de registro de datos para obtener los nuevos ciclos de tratamiento de ese mismo protocolo | 0 | 0.00% |
| En todos los items anteriores | 0 | 0.00% |
| En ninguno de los items anteriores | 0 | 0.00% |
| No considero que existan grandes problemas en el Banco | 5 | 25.00% |

- 6) Respuestas obtenidas en el ítem: El Banco de Drogas provee los fármacos que pertenecen a alguno de protocolos de tratamiento de enfermedades neoplásicas sobre los cuales tiene cobertura. Respecto a estos protocolos Ud. podría decir que:

| Opción | Nº absoluto | Porcentaje |
|---|-------------|------------|
| Estoy totalmente de acuerdo con todos los protocolos cubiertos por el banco | 0 | 0.00% |
| Estoy de acuerdo con más del 75% de los protocolos cubiertos por el banco | 3 | 15.00% |
| Estoy de acuerdo con más del 50% de los protocolos cubiertos por el banco | 15 | 75.00% |
| Estoy de acuerdo con más del 25% de los protocolos cubiertos por el banco | 2 | 10.00% |
| Estoy de acuerdo con menos del 25% de los protocolos cubiertos por el banco | 0 | 0% |
| No estoy de acuerdo con ninguno de los protocolos cubiertos por el banco | 0 | 0% |
| Estoy totalmente en desacuerdo con el tipo y la forma de cobertura que brinda que brinda el banco | 0 | 0% |

- 7) Respuestas obtenidas ante la pregunta: ¿Cuanto tiempo demora Ud. desde que realiza la solicitud hasta que tiene una confirmación de trámite autorizado?

Opciones (en días de demora):

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10(ó+) |
|----------|---------|--------|--------|-------|-------|-------|-------|-------|--------|
| 11 (55%) | 7 (35%) | 1 (5%) | 1 (5%) | 0.00% | 0.00% | 0.00% | 0.00% | 0.00% | 0.00% |

8) Respuestas obtenidas ante la pregunta: ¿Cual es su opinión actual respecto al personal que se desempeña en la atención del Banco de Drogas?.

| Opción | Nº absoluto | Porcentaje |
|---|-------------|------------|
| Es altamente capacitado y cumple con tareas en forma incomparable | 2 | 10.00% |
| Desempeña correctamente sus labores | 9 | 45.00% |
| El desempeño de las tareas por parte del personal es la esperada para ese tipo de trabajo | 9 | 45.00% |
| Desempeña las tareas en forma ligeramente deficiente | 0 | 0.00% |
| Las tareas son cumplidas por lo regular en forma ineficiente | 0 | 0.00% |
| Las tareas cumplidas por el personal es altamente ineficiente | 0 | 0.00% |
| No tengo una opinión formada respecto al desempeño del personal del banco | 0 | 0.00% |

9) Respuestas obtenidas ante la pregunta: ¿Cual de las siguientes opciones propondría Ud. para optimizar la imagen del Banco de Drogas de la Provincia?.

| Opción | Nº absoluto | Porcentaje |
|---|-------------|------------|
| Mejorar el sistema de base de datos y registro de pacientes del banco | 0 | 0.00% |
| Optimizar la conexión y el diálogo entre los solicitantes y el personal del banco | 0 | 0.00% |
| Optimizar la relación Banco/Farmacia/Paciente/Hospital | 6 | 30.00% |
| Optimizar el sistema de evaluación y auditoría del banco | 11 | 55.00% |
| Aumentar la cobertura a más protocolos y más drogas | 1 | 5.00% |
| Realizar todas las acciones anteriormente descriptas | 2 | 10.00% |
| No propondría ninguna acción en particular ya que considero que el Banco actualmente posee una buena imagen | 0 | 0.00% |

Encuesta a los Pacientes :

| Resultados de la Encuesta a Pacientes Usuarios del Sistema | | | | | | | | | | | | |
|---|--|---|---|---|---|--|---|---|---|---|--|--|
| (Se encuestaron a nivel central los 2 familiares que concurren a la sede y de La Plata atendidos en hospitales; mientras de la Regionales se encuestaron a 5 pacientes: 2 de Bahía Blanca, 1 de Avellaneda, 1 de Mar del Plata y 1 de Vicente López) | | | | | | | | | | | | |
| VALORES | Central | | | | | Regionales(promedio) | | | | | | |
| | 1:Muy malo; 2: Malo; 3: Regular; 4: Bueno; 5: Excelente | | | | | 1:Muy malo; 2: Malo; 3: Regular; 4: Bueno; 5: Excelente | | | | | | |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | |
| Ubicación de la Institución | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | No hubo contacto del paciente con el empleado de las Regionales (el trámite lo realizó el médico por la Web) | | | | | | |
| | Solo 2 pacientes concurren a la Central | | | | | | | | | | | |
| Vías de acceso | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | | | | | | | |
| | Solo 2 pacientes concurren a la Central | | | | | | | | | | | |
| Comodidad de las instalaciones. | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | | | | | | | |
| | Solo 2 pacientes concurren a la Central | | | | | | | | | | | |
| Horario de Trabajo | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | | | | | | | |
| | Solo 2 pacientes concurren a la Central | | | | | | | | | | | |
| Disponibilidad del personal para su atención | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | | | | | | | |
| | Solo 2 pacientes concurren a la Central | | | | | | | | | | | |
| Conocimiento de las labores por parte del empleado | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | | | | | | | |
| | Solo 2 pacientes concurren a la Central | | | | | | | | | | | |
| Tiempo de espera en su trámite | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | | | | | | | |
| | Solo 2 pacientes concurren a la Central | | | | | | | | | | | |
| Tiempo para la Entrega de la medicación | 0 | 0 | 0 | 3 | 2 | | | 1 | 2 | 2 | | |
| Forma de la Entrega de la medicación | 0 | 0 | 1 | 2 | 2 | 0 | 0 | 0 | 2 | 3 | | |
| Manejo de las quejas y reclamos (aceptación y solución en tiempo y forma de los reclamos) | | | | 1 | | No hubo reclamos en la semana de testeo del programa implementado | | | | | | |
| | Cabe destacar que solo se realizó un solo reclamo | | | | | | | | | | | |

• RESULTADO DE LA EVALUACIÓN DEL PERFIL PRESCRIPTIVO DE LOS PROFESIONALES USUARIOS DEL BANCO POST-INTERVENCIÓN:

De las 45 solicitudes de provisión de droga realizadas en el día en que se evaluó el impacto post-intervención, 43 estaban dentro del consenso de tratamiento realizado por los profesionales usuarios. Solamente 2 de los casos ameritaron un tratamiento de excepción debido a que se trataba de un paciente con insuficiencia cardiaca severa que no podía recibir una medicación cardiotóxica, por lo tanto su médico solicitaba una alternativa (que fue aceptada); y otro caso en el que se solicitaba una medicación de alto costo fundamentando la temprana edad del paciente (a la cual no se le hizo lugar y finalmente se autorizó el tratamiento estándar).

• **RESULTADO DE LA EVALUACIÓN EXTERNA DE LOS PROCESOS REALIZADOS EN EL BANCO POST-INTERVENCIÓN:**

Producción Laboral durante el ultimo día de prueba del programa desde la Web

| Cantidad de trámites recepcionados en el día | Cantidad de trámites analizados por auditores | Cantidad de trámites respondidos en el día | Cantidad de medicación distribuida en el día | Porcentaje de solicitudes respondidas en el día |
|--|---|--|--|---|
| 45 | 2 * | 44 | 36 | 97.7 % |

* solo 2 de los 43 tramites de la semana requirieron una atención especial por parte de los auditores, mientras que el resto fue autorizado automáticamente por el programa.

• ***Tiempo en cada proceso***

| Espera promedio de cada paciente (solo 5 paciente concurrieron) | Tiempo de interacción entre el paciente y el recepcionista | Número de veces que el recepcionista debe ingresar al interior del Banco para consulta | Tiempo invertido en la verificación de los datos de cada solicitud | Tiempo de análisis de cada trámite por el médico auditor | Número de consultas telefónicas o contactos por fax que debe realizar el auditor al prescriptor |
|--|--|--|--|--|---|
| 16.11 minutos (promedio) | 9.23 minutos (promedio) | 1.00 veces (promedio) | 5.56 minutos (promedio); | 3.98 horas (promedio); | 2.22 % (1 solo caso de los 45) |
| Tiempo de búsqueda para evaluar si existen datos previos del paciente (fichas) | Tiempo de interacción entre el paciente y el recepcionista | Tiempo invertido en preparación de la orden de aceptación del trámite | Tiempo invertido por el personal (auditores y administrativos) en contestar trámites rechazados, expedientes por trámites de excepción y demandas judiciales | Tiempo de preparación del pedido una vez que es aceptado * (en depósito) | Tiempo de demora en la entrega de los medicamentos una vez que es aceptado *** |
| 1.15** minutos (promedio) | 7.11 minutos (promedio) | 5.21 minutos (promedio) | 4.20 horas (promedio) | 18.31 minutos (promedio) | 9.25 horas (promedio) |

** El tiempo de búsqueda está prorrateado entre los 5 pacientes que concurrieron al banco (en los cuales se demoró un promedio de 10.04 minutos en incorporarlo a la base de datos, y sin tiempo alguno para el resto (aquellos 40 que fueron incorporados automáticamente por el programa desde la Web- en este caso el tiempo de incorporación corre a cargo del prescriptor y no del empleado del Banco)

*** en este caso se promediaron los tiempos en la demora de las 44 entregas realizadas estableciendo en el programa la hora de la solicitud y contactando al prescriptor/receptor respecto a la hora en la cual recepción la medicación .

CONCLUSIONES

La comparación de los resultados de las encuestas pre y post intervención, evidencian claramente que modificando y trabajando sobre las causas que dan origen a la imagen negativa, es posible modificarla en todos los actores de sistema (pacientes, profesionales usuarios y los propios empleados del Banco).

Asimismo, la evaluación externa muestra que los tiempos de demora en la incorporación de datos, análisis de las solicitudes, autorización de las mismas y distribución de la medicación, son reducidos a la mínima expresión con la incorporación del programa en la Web.

Se observa allí también que en realidad, si bien los pacientes poseen una mejor impresión respecto a la atención en la Sede del Banco, los tiempos de los procesos se acortan solo ligeramente. Es decir que la mejor forma de maximizar el uso del tiempo por parte de los empleados del Banco, no será a través de mayor celeridad en dicha Atención, sino en realidad se trata de evitar que el paciente concurra personalmente al Banco y sea su médico quien a través de la Web realice la solicitud, y que la entrega la realice la empresa farmacéutica (adjudicataria del convenio con el Ministerio) directamente en el Hospital de origen de la solicitud. Este hecho, no solo evitará a los empleados y autoridades ministeriales a vivenciar roces y enfrentamientos con los pacientes o sus sufrientes familiares, sino que podrán tener el tiempo necesario para trabajar adecuadamente, sin presiones y dedicándose plenamente a las tareas para las cuales ha sido capacitado.

Con respecto al perfil prescriptivo de los profesionales usuarios, se puede decir que luego de la intervención, claramente se modificó su conducta. Se trabajó sobre la base de evitar la imposición jerárquica (desde arriba hacia abajo, desde nivel ministerial a los Hospitales) como se venía realizando hasta la prueba de Hipótesis, sino que el Consenso les dió la posibilidad de "elegir". No obstante, con el fin de salvaguardar la salud de los pacientes y el derecho que poseen a recibir aquella medicación que tenga estudios científicos de eficacia en la enfermedad que los afecta; las consignas establecidas con anterioridad a realizar el Taller de Consenso para seleccionar los protocolos más adecuados, radican solo en información científica que aporte niveles máximos de evidencia, con lo cual se logra que los profesionales elijan solo aquellos tratamientos clásicos que tengan una relación beneficio/riesgo elevada. Los nuevos fármacos (usualmente de alto costo) generalmente carecen de estudios clínicos

controlados en forma aleatoria, razón por la cual aún no posee ese nivel de evidencia y no corresponderá incorporarlos en el Consenso. Como se calcula que el realizar tales trabajos capaces de aportar dicha evidencia científica, tardan aproximadamente 5 años en realizarse, se propone realizar reuniones periódicas de ajuste de los consensos cada 2 o 3 años.

Limitaciones del Estudio:

Si bien en la provincia de Buenos Aires vive el 40% de la población argentina, el presente estudio es desarrollado íntegramente en el territorio provincial, y la realidad observada es, por lo tanto, válida solo para el Sector Público de la Provincia de Buenos Aires. El perfil de los usuarios y los datos obtenidos del perfil prescriptivo, y el sistema, no son transpolables al resto del país, ni a los demás Bancos de Drogas existentes en las demás provincias, y solo serán útiles para modificar el sistema bonaerense de provisión pública de drogas oncológicas.

Bibliografía:

1. Neri A. "Estado y Política Social". En: Salud y Política Social.Hachette. Bs. As. 1983,p.63-77.
2. Oszlak O. "Estado y Sociedad:las nuevas fronteras. Programa de Posgrado en Administración Pública, UBA – Instituto Nacional de Administración Publica 1990, p.47-77.
3. Baldwin P. The Politics of Social Solidarity: Class Bases of the European Welfare State, N.Y., Cambridge University Press; 1990.
4. Rimlinger G. Welfare policy and Industrialization. John Wilery and Sons, New York. 1971.
5. Maddison A. Phases of Capitalist Development.Oxford University Press, Londres, 1982.
6. Gallego Mendez M.T. "Estado Social y Crisis del Estado" En: Rafael del Aguila, Manual de Ciencias Políticas. Ed. Trotta Madrid, España, 1997.
7. Isuani E. Bismark o Keynes ¿Quién es el Culpable? En: Pobreza y Política Social, EUDEBA Bs. As.1986.
8. Flora P y Heidenheimer A . "The historical care and changing boudaries of welfare state". En: Flora P y Heidenheimer A. The Development of Welfare States in Europe and America. Transaction Books, Londres 1982.
9. Paganini JM. "La Evaluación de la accesibilidad, cobertura, calidad y equidad en Salud.Washington DC. OPS 1991, p.1-19.
10. Katz J.M. Salud, Innovación Tecnológica y Marco regulatorio. Desarrollo Económico. Revista de Ciencias Sociales.IDES 1995; (138) 309-16.

11. Lewis S. The future of Health Care in Canada. *British Medical Journal* 2001;323:926-929.
12. Lee J, Mc Kercher PL. Statistical Comparison of Drug Expenditures. *Clinical Therapeutic* 2002;24(6):1003-16.
13. Freemantle N. UK National Health Service. *Health Policy* 46 (1999) 255–265
14. Pastor Ana. Informe de gestión. *Jano On-Line* 22-03-2004.
15. “Francia: Disminución del gasto en Medicamentos”. *Scrip* nº2543, 2000
16. The German experience in reference pricing. *Center for Health Economics CESAV, Mario Negri Institute Health Policy* 44 (1998) 73–85
17. Bakker FM, van Vliet RC. Discretionary Purchases to Assess Drug Affordability. *Health Policy* 1995; 31:53-65.
18. Fattore G., Jommi C. The new pharmaceutical policy in Italy. *Health Policy* 46 (1998) 21–41
19. Reuveni H, Sheizaf B, Elhayany A. Israel Health. *Health Policy* 2002; 62:1-13.
20. The Australian experience. David Hailey. <http://chpe.buseco.monash.edu.au/pubs/wp58.pdf>
21. Beck S. Health Policy, Health Services, and Cancer Management in the New South Africa. *16 Journal of Pain and Symptom Management*. 1999; (17) 17-26.
22. Funciones de Desarrollo Social en México. Informe de la Cuenta de la Hacienda Federal, Gobierno de México 1999.
23. Ministerio da Saúde. Relacao Nacional de Medicamentos –RENAME. Brasilia DF 2000.
24. CEPAL “Panorama Social América Latina” Santiago de Chile 2002.
25. Integrating Public Health Concerns into Patent Legislation in Developing Countries. Correa C. South Centre, Ginebra, OMS, 2000.
26. Ratanawijitrasin S. Do National medicinal drug policies and essential drugs programs improve drug use?. *Social Science & Medicine* 2001;53: 831-844.
27. Helling-Borda. *Health in Developing Countries*. WHO 1995.
28. *National Drugs Policies*. WHO/DAP 1991.
29. MIR K. *Pharmaceutical Pricing: law of the jungle*. Acción Internacional por la Salud, Amsterdam, OMS 2000.
30. Poullier, J, Hernández P. Patterns of Global Health Expenditures. *World Health Organization*. Nov. 2002
31. Sachs, J. (Chairman) Report of the Commission of Macroeconomics & Health 2001. Geneva, World Health Organization
32. Banco Mundial. Informe sobre desarrollo mundial. Washington DC. Oxford University Press. 2000 OECD. OECD Health data 2001. A comparative analysis of 30 countries. 2001 Paris, France, OECD
33. Informe Desarrollo humano, PNUD 2003. <http://www.undp.org/hdr2003>
34. Belmartino S. y Bloch C. “Fundamentos históricos de la construcción de relaciones de poder en el Sector Salud, Argentina 1940-1960” OPS, Buenos Aires, 1991.
35. Arce H. “Naturaleza y Perspectiva de la Seguridad Social”. En: *El Territorio de las decisiones Sanitarias*. Ed. Macchi México 1994.
36. Tobar F. Herramientas para el análisis del sector Salud *Rev. Medicina y Sociedad*. Vol 23. Jul. 2000
37. G.García, G. Tobar F. Mas Salud por el mismo dinero. Grupo Editor Latinoamericano 1996
38. Molina R. Pinto, P. Gasto y Financiamiento en Salud. Situación y Tendencias. *Rev. Panam. De Salud Pública*. Am. J. Public Health 8 (1/2), 2000

39. Tobar F. y col. El Gasto en Salud en la Argentina y su Método de Cálculo. Programa de Investigación Aplicada. Instituto Universitario Fundación ISALUD, Secretaría de C & T
40. Fuente: SIEMPRO : elaboración en Base a la EPH-INDEC 2001.
41. Situación de Salud en Argentina. OPS/OMS 2003. . <http://www.msn.org.ar>
42. Fuente: PHRMA (Asociación Norteamericana de Laboratorios Farmacéuticos) www.pharma.org
43. Fuente: SIEMPRO : elaboración en Base a la EPH-INDEC 1997.
44. Programa Argentino de Desarrollo Humano: la agenda de fin de siglo, nuevos consensos. En: Informe Argentino sobre desarrollo humano 1995; 27-54.
45. Atención de la Salud en la Argentina. IAPOS- Instituto Autárquico Provincial de Obra Social, Sta. Fé. 1999; p.7-62.
46. ¿Porqué los pobres pagan más? Una encuesta muestra la disparidad de los precios de los medicamentos. Boletín de Medicamentos, OMS nº 28, 2000.
47. Gonzalez Gacia G. "Remedios políticos para los medicamentos" Ediciones ISALUD. Buenos Aires, 1994.
48. Informe de Gestión Nacional, Ministerio de Salud de la Nación. año 2002.
49. (Informe sobre la Salud en el Mundo-2000. Documento OMS, 2000.
50. "Globalization and access to drugs. Perspective on the WTO/TRIPS Agreement" Economía de la Salud y Medicamentos EDM nº7, OMS, 1996.
51. Frenk J. "El Concepto y medición de la Accesibilidad". Salud Pública de México 1985; 27-35):438-453.
52. Bulard M. "El apartheid sanitario " Le Monde Diplomatique Marzo 2000. Entrevista al Director del Sindicato Nacional de la Industria Farmacéutica Francesa Bernard Lemoine.
53. Amartya Sen "Salud y Desarrollo" Discurso pronunciado en la quincuagésimo segunda Asamblea Mundial de la Salud, Ginebra, mayo de 1999.
54. Encuesta Provincial de Salud. Subsecretaría de Planificación de la Salud, Ministerio de Salud, Provincia de Buenos Aires, 1998.
55. Características de la Mortalidad General, Estadísticas Vitales y Demográficas, Subsecretaría de Planificación de la Salud, Provincia de Buenos Aires, 1999.
56. Gonzalez Gacia G., Abbadie P, Llovet J, Ramos S. El gasto en Salud y en Medicamentos. Editorial Humanitas. Buenos Aires 1988.
57. Querellas judiciales al Banco de Drogas dependiente del Ministerio de la Provincia de Buenos Aires.
58. La Salud de las Américas: Argentina, OPS, Edición 98, Vol.II, 1998..
59. Gonzalez Gacia G., Abbadie P, Llovet J, Ramos S. El gasto en Salud y en Medicamentos. Editorial Humanitas. Buenos Aires 1988.
60. Vargas de Flood MC. El Gasto de Argentina en Salud. Medicina y Sociedad Vol.21 nº3, 1998.
61. Funciones del Banco de Drogas, Informe de gestión 2002.
62. Imagen negativa del Banco (recortes de diarios).
63. Encuesta de Satisfacción del Usuario sobre el Banco de Drogas dependiente del Ministerio de la Provincia de Buenos Aires. Sociedad de Hematología y Hemoterapia de La Plata, año 2000.
64. Trabajadores de la Salud por el Cambio: Guía de Talleres para mejorar la calidad de atención . OPS/PNUD/Banco Mundial/OMS. Serie PALTEX 2000.

ANEXO A

Taller de Consenso sobre elección de Protocolos de Primera Línea de Tratamiento en patologías Oncohematológicas para el Sector Público de la Provincia de Buenos Aires

En los días 30 y 31 de Mayo de 2003, la Sociedad de Hematología y Hemoterapia de La Plata en forma conjunta con el Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, la Cátedra de Farmacología de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de La Plata, el Departamento de Graduados de la Facultad de Ciencias Médicas, U.N.L.P., y la Fundación FEMEBA; organizaron un Taller de Consenso sobre elección de Protocolos de Primera Línea de Tratamiento en patologías Oncohematológicas para el Sector Público de la Provincia de Buenos Aires.

A continuación se describen los detalles del Taller y un resumen de las actividades del mismo

➤ **Propósitos del Taller:**

- ▶ **Establecer y Jerarquizar desde un criterio racional y científico, los protocolos que ameritan ser cubiertos por el Banco de Drogas de la Provincia de Bs. As. para proveer a los hospitales públicos bonaerenses.**
- ▶ **Generar un conocimiento interpersonal entre los distintos profesionales de los Servicios de Hematología de los Hospitales Públicos Provinciales.**
- ▶ **Estimular la buena relación entre las Autoridades Ministeriales y sus Agentes de Salud usuarios del sistema de provisión de drogas oncológicas.**
- ▶ **Generar un vínculo directo entre las Instituciones Académicas Oficiales (Universidad Nacional de La Plata) y las Instituciones Asistenciales del Sector Público Provincial (Hospitales Públicos de la Provincia) para el mismo sirva de apoyo técnico y científico permanente entre ambos.**
- ▶ **Consensuar con los profesionales usuarios del Banco de Drogas Provincial, basándose en la evidencia científica existente, los protocolos de tratamiento para neoplasias hematológicas que se considera debe proveer la Provincia de Buenos Aires.**

➤ **Objetivos:**

- ▶ **Ejercitar entre los profesionales del sector público una metodología racional de selección de tratamientos en oncohematología, basado de criterios científicos.**
- ▶ **Analizar los protocolos de tratamientos actuales para patología hematológicas, considerando su relación beneficio/riesgo y beneficio/costo.**
- ▶ **Seleccionar aquellos los protocolos de tratamiento de primera línea en oncohematología que deben ser provistos a los hospitales provinciales dependientes del Ministerio de Salud de la Provincia, basándose en la metodología racional ejercitada.**

- **Población Objetivo** : El Taller fue dirigido a todos los integrantes de los Servicios de Hematología de los Hospitales Públicos Bonaerenses, usuarios del sistemas de provisión de drogas provincial.
- **Certificación**: Certificaciones Oficiales a los participantes de la Universidad Nacional y Ministerio de Salud.
- **Material Científico para el trabajo en Taller**: Bases de Datos (Medline, EMBASE, SIETES, LILACS, MICROMEDEX), Libros de Textos de Farmacología y Hematología, Publicaciones Periódicas provistas por la Biblioteca de la Fac. de Cs. Médicas UNLP, Centro de Documentación Sociedad Hematología La Plata y Fundación FEMEBA.
- **Forma de Trabajo**: Conferencias Introductorias seguidas de Talleres Grupales de Trabajo de 6 profesionales cada uno, para la resolución de problemas basados en las patologías oncohematológicas más comunes. Conclusiones consensuadas y toma de decisiones respecto a los tratamientos de primera línea y recaídas, para cada una de dichas patologías.
- **Inscripción**: Por invitación formal desde el Ministerio de Salud Provincial a cada Servicio de Hematología de Hospitales Provinciales habitualmente usuario de Banco de Drogas de la Provincia. La cantidad total de inscriptos fue de 45 profesionales.
- **Financiación**:

A Cargo del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires: Invitación Formal a cada Hospital Provincial.

A Cargo de la Universidad Nacional de La Plata: Cuerpo Docente, Material Bibliográfico, Base de Datos, Material Didáctico (Pizarras , Rotafolios y Retroproyectores para cada grupo, Marcadores, Data-Show Cañon, Pantalla).

A cargo de Fundación FEMEBA: Lugar Físico adecuado para los trabajos en Taller, Base de Datos, Folletería y Papelería

➤ **Responsable del Evento**

Dr. Gustavo H. Marin

➤ **Cuerpo Docente**

Prof. Dr. Héctor Buschiazzo
Prof. Dra. Perla Mordujovich
Dr. Gustavo H. Marin
Dr. Carmelo Cappa
Dra. Marta Gelemur
Dr. Martín Cañas
Dra. Nora Duymovich
Dra. Soledad Carlson

Programa del Taller:

Día 30/5/03:

- 8.00 a 9.30 hs. Niveles de Evidencia (Dr. Martín Cañas)
- 9.30 a 10.30 hs Conferencia Introductoria: “Búsqueda de Información Científica para la práctica Médica” (Prof. Dr. Juan Fraguela.).
- 10.30 a 11.15 hs Responsabilidad profesional ante la elección de una terapéutica (Dr. Gustavo Marin)
- 11.15 a 11.30 hs. Organización Actual del Sistema de Provisión de Medicamentos a nivel Provincial (Dr. Gustavo Marin)
- 11.30 a 12.00 hs. Metodología de Trabajo de Taller (Dr. Gustavo Marin)
- 12.00 a 13.00 hs Almuerzo en el mismo lugar del encuentro.
- 13.00 a 15.00 hs. Taller: Selección del Tratamiento Farmacológico Racional para la *Enfermedad de Hodgkin en Primera Línea. Incluyendo la Charla que el Prof. Diehl daría al día siguiente en el ASCO y que gentilmente nos envió especialmente para nuestro encuentro.*
- 15.00 a 17.00 hs. Taller de Selección del Tratamiento Farmacológico Racional para *Linfomas No Hodgkin Indolentes (Bajo Grado): Protocolos de Primera Línea.*
- 17.00 hs a 19.00 hs. Taller de Selección del Tratamiento Farmacológico Racional para *Linfomas No Hodgkin Agresivos: Protocolos de Primera Línea.*

Día 31/5/03:

- 8.00 a 9.00 hs. Mostración completa de la Charla de Prof. Diehl que daría ese día en el ASCO.
- 9.00 a 10.00 hs. Selección del Tratamiento Farmacológico Racional para la *Leucemia Mieloblástica Aguda* (incluyendo el subtipo *Promielocítica*) .
- 10.00 a 11.00 Selección del Tratamiento Farmacológico Racional para la *Leucemia Linfoblástica Aguda* .
- 11.00 a 12.00 Conferencia: “El Mercado de los Medicamentos en la República Argentina” (Prof Dr. Héctor O. Buschiazzo).
- 12.00 hs. 14.00 Selección del Tratamiento Farmacológico Racional para el *Mieloma Múltiple* .
- 14.00 a 15.00 hs Almuerzo en el Restaurante de la Catedral (enfrente al lugar del Encuentro) .
- 15.00 a 17.00 hs. Selección del Tratamiento Farmacológico Racional para la *Leucemia Mieloide Crónica* (1era línea).
- 17.00 a 19.00 hs. Selección del Tratamiento Farmacológico Racional para la *Leucemia Linfoide Crónica*
- 19.00. Conclusiones Finales de la Reunión. Proyecciones Futuras.

DETALLES DEL PROGRAMA

Niveles de Evidencia

El Dr. Martín Cañas desarrolló los distintos niveles de evidencia y fundamentó el valor científico de cada uno de ellos otorgado por los distintos Organismos Internacionales.

Del debate planteado, surgió la necesidad de fundamentar nuestras decisiones terapéuticas en los **Ensayos Clínicos Controlados y Randomizados**, y en **Metaanálisis**. (ver “Los Niveles de Evidencia” en el artículo de nuestra Revista Forum destinado a tal fin).

Búsqueda de Información Científica para la práctica Médica

En su exposición, el Profesor Dr. Juan Fraguela comentó las distintas Fuentes de Información Científica disponibles en la actualidad, las formas de acceder a las mismas y las ventajas y desventajas de cada una de ellas.

Responsabilidad profesional ante la elección de una terapéutica

En esta conferencia, se planteó la forma en la cual los medicamentos son habilitados en el ANMAT, , las leyes N° 16463 y otras, los decretos 1890/92 Y 177/93, 968/92, 150/92, las disposiciones 1680/94 y resoluciones 268/92, 470/92, y toda la legislación que rige el actual uso de los medicamentos en la República Argentina y en la Provincia de Buenos Aires.

Se evaluó también las sanciones pedidas por la Defensoría de la Nación para con los profesionales médicos que infringieron recientemente estas normas, y se analizó algunos de estos casos puntuales que tuvieron origen en algunas ciudades nuestra provincia.

Finalmente se concluyó con un debate acerca de como deberíamos proceder para evitar problemas éticos y legales en nuestra especialidad.

Metodología de Trabajo

En esta conferencia, se explicó la forma de trabajo en taller. Cada tema utilizaría como disparador de la discusión, un problema de Salud con la patología en cuestión.

Luego de la discusión grupal, cada integrante se plantearía los objetivos que pretenden lograr tratando dicha patología. ¿Curación? ¿Mayor Sobrevida?.

Se propondrá luego analizar 3 items fundamentales para todo tratamiento:

EFICACIA: ¿Eficacia para que? En otras palabras, que le voy a pedir a los fármacos que hagan? Si el Objetivo es Curación y Mayor Sobrevida Global, no podré entonces considerar como eficacia una remisión completa pero sin prolongar la sobrevida global, tampoco una mayor duración de la remisión obtenida o bien una reducción de la masa tumoral, solo se deberá considerar como eficaz aquel esquema terapéutico que cumpla con el Objetivo Planteado.

RIESGO: Efectos adversos del protocolo de tratamiento que se esta evaluando.

COSTO: Se toma como costo total, a la suma de todos los medicamentos que compone un determinado protocolo, considerando el total de ampollas o comprimidos necesarios para tratar a un paciente con una superficie corporal estándar de 1.7 m2, multiplicado por el número de ciclos necesarios para completar el tratamiento.

Posteriormente, basándose en los resultados obtenidos en los items anteriores, (relación Beneficio/Riesgo/Costo) se arribará a una conclusión respecto a cual será la primera opción para la patología en cuestión.

TALLERES

Para llevar a cabo los talleres, cada grupo tenía en su mesa de trabajo contaba con:

Bibliografía Impresa: Cada mesa contaba con una carpeta con **todos** los Ensayos Clínicos Controlados y Randomizados publicados hasta el momento de la patología en cuestión, en forma impresa en su versión original. Para la obtención de todos estos trabajos, agradecemos muy especialmente a la Biblioteca de la Université de Paris VII, el Centre Hayem del Hôpital Saint-Louis, Francia; y las bibliotecas de la Facultad de Medicina de la UNLP, el centro de Documentación de la Agronomía Médica Platense, la Academia Nacional de Medicina y la Biblioteca del Hospital de Clínicas de la UBA.

Conexión Permanente con Internet: Se contó con Computadoras conectadas las 24hs con la red.

Base de Datos MicroMedex: Se contó con Computadoras para uso de la Base de datos Micromedex.

Base de Datos Cochrane: Se contó con Computadoras para uso de la Base de datos Cochrane.

Base de Datos Medline: Se contó con Computadoras para uso de la Base de datos Medline (desde la propia base y desde la Red).

Base de Datos EMBASE: Se contó con Computadoras para uso de la Base de datos EMBASE.

Base de Datos LILACS: Se contó con Computadoras para uso de la Base de datos LILACS a través de la red .

Base de Datos SIETES (Barcelona-España): Se contó con Computadoras para uso de la Base de datos SIETES.

MATERIAL PARA EVALUAR COSTOS: Formulario Terapéutico Nacional 2003 de COMRA, Manual Kairos Mayo 2003, Listado de costos del Ministerio.

Describiremos aquí, a modo de ejemplo, algunos de los talleres destinados al análisis de 6 patologías Oncohematológicas.

Como se dijo anteriormente, en cada grupo se planteó antes de analizar cada enfermedad, cuales son los Objetivos que se pretenden cumplir con la terapéutica, ¿Qué se pretende lograr con el tratamiento? ¿ Se quiere Eficacia para que? ¿A que riesgo? ¿ Con qué costo?

Luego de ello se arriba a una conclusión que se discutió con los demás grupos, llegando finalmente a un conclusión general en la integración intergrupar.

Los datos expuestos en este resumen son reflejo del resultado de estos trabajos de Taller y el cuadro de conclusión final consensuada por todos los grupos se coloca al final de cada patología.

Taller para la Selección del Tratamiento Farmacológico Racional para la Enfermedad de Hodgkin en Primera Línea

OBJETIVOS

Al finalizar esta actividad el participante debería estar en condiciones de:

- Definir un Objetivo Terapéutico Inicial para el tratamiento de una Enfermedad de Hodgkin estándar.
- Utilizar las bases de datos y el material con el que se cuenta en la mesa, para analizarlo críticamente.
- Analizar y Jerarquizar el material distribuido en las mesas.
- Seleccionar un protocolo de tratamiento adecuado que mejor cumpla con el objetivo planteado y posea la mejor relación beneficio/riesgo/costo. .

Problema:

Una paciente de 38 años de edad concurre a su Servicio de Hematología derivada del médico clínico del Hospital, por presentar un ensanchamiento mediastinal y adenomegalia cervical. Luego de los estudios anatomopatológicos del ganglio cervical, se informa una Enfermedad de Hodgkin Esclerosis Nodular. Realizados los estudios de estadificación, Ud llega a la conclusión que la joven presenta un estadio IIIB.

- a) Complete la tabla de multiatributos y compara los diferentes protocolos según los criterios de Eficacia, Seguridad, Conveniencia y Costo.
- b) De los numerosos protocolos existentes para el tratamiento de la enfermedad de Hodgkin, seleccione uno de ellos, de acuerdo a la mejor relación beneficio riesgo costo.
- c) Fundamente su elección. Explique por que no seleccionó las otras opciones.
- d) Realice la prescripción e informe al Banco de Drogas del Ministerio de Salud, su decisión tomada y coteje si dicha elección hoy es cubierta por el sistema de provisión de medicamentos.

Algunos de los trabajos analizados en el taller se muestran aquí.

| N | Protocolo | Características | Resultados | Referencia | Conclusión |
|----|--|---|---|------------------------------------|--|
| 1 | BEACOPP vs COPP/ABVD | 505 pacientes | Resp.84 vs 75% SLE a 2 años igual | J Clin Oncol 1998;16(12):3810-21 | Igual SG |
| 2 | MOPP vs ABVD vs MOPP/ABVD | 361 pacientes | RC 67%,82%,83% SLE 50,61,65 SG: 66,73,75 | N Engl J Med 1992;327(21):1478-84. | Igual SG y SLE ABVD menos tóxico |
| 3 | RT vs QT+RT o QT vs QT+RT | 1740 pacientes Avanzado Metaanálisis | > control de la enfermedad con RT pero=SG | J Clin Oncol 1998; 16:818-29 | > control de la enfermedad con RT pero=SG |
| 4 | RT vs RT+QT | 3888 pacientes estadios tempranos Metaanálisis | 77.1 vs 77.0 de SG 10 años | J Clin Oncol 1998; 16:830-43 | Mas control, =SG |
| 5 | RT extensa vs RT local vs RT+QT | 2999 pacientes I y II Metaanálisis 22 estudios | SLE a 12 años con combinación | Cancer 1990;65:1155-1160. | =SG SLE > con RT+QT |
| 6 | MOPP vs ABVD 2da Neoplasias | 1329 pacientes | 10.2 vs 0% de 2das neoplasias | J Clin Oncol 1986;4 830-837. | > 2das neop con procarbazona |
| 7 | ChIVPP/ PABIOE vs PABIOE | 679 pac | RC 78 vs 64 SLE 77 vs 58 SG 91vs85 | Br J Cancer 2001;84(10)1293-1300. | Mayor combinación |
| 8 | MOPP/ABV hibrido vs MOPP/ABVD secuencial | 691 pacientes | 83% hibrido vs 75% sec SLE a 8 años 64 vs 54% SG 79 vs 71% (signif) | J Clin Oncol 1998;16(1):19-26 | Hibrido mejor para SG y SLE |
| 6 | MOPP vs ABVD | 427 pacientes (seguimo a 10 años) | SLE 67 vs 69% SG 74 vs 72% (MOPP 6% 2da.neopl) | J Clin Oncol 1996;14(5):1421-30 | Igual SG y SLE ABVD menos tóxico |
| 9 | MOPP vs ABVD | 232 pacientes | SG 67 vs 77% + toxic para MOPP | J Clin Oncol 1987;5(1):27-37 | ABVD con mejor relacion Benef/Riesgo |
| 10 | ABVD vs MOPP/ABV | 856 pacientes (ECCR) | RC 76 vs 80 SG 82 vs 81% (SMD en MOPP) | J Clin Oncol 2003; 21 (4):607-14. | Resultados semejantes > toxicidad con MOPP |
| 11 | ABVD vs Stanford V vs MEC | 355 pacientes (ECCR) | RC 89, 74, 93% SG = | Ann Oncol 2002;13 suppl1:102-6 | SG igual |
| 12 | BEACOPP vs COPP/ABVD | 130 pacientes | SG igual SLE 81 vs 72 | Ann Oncol 1998;9 suppl 5: S 67-71 | SG igual |

SELECCIÓN DE PROTOCOLO RACIONAL PARA ENFERMEDAD DE HODGKIN

CONCLUSIONES INTERGRUPALES

Objetivo Terapéutico para la enfermedad en cuestión:

Curación Aumento Sobrevida Global
 Aumento Sobrevida Libre de Enfermedad
 Remisión Completa Otros:.....

| Protocolo | Eficacia * | Riesgo ** | Costo Tratamiento Total | Total |
|------------------|------------|-----------|-------------------------|----------|
| ABVD | +++ | + | \$ 3780 (6 ciclos) | X |
| MOPP | ++ | ++ | \$ 1200 | |
| MOPP/ABVD | +++ | ++ | \$ 4980 | |
| BEACOPP | +++ | +++ | \$ 4920 (sin FEC) | |

* Cuantificar con signo + (1 a 4 cruces)

** Cuantificar con signo - (1 a 4 cruces)

Verifique también la Conveniencia en cada caso según lo consensuado en las conferencias

CONCLUSIÓN: ABVD es menos tóxico e igualmente eficaz o más eficaz que las otras opciones.

Taller para la Selección del Tratamiento Farmacológico Racional para LNH Agresivos en Primera Línea

OBJETIVOS

Al finalizar esta actividad el participante debería estar en condiciones de:

- Definir un Objetivo Terapéutico Inicial para el tratamiento de un LNH Agresivo.
- Utilizar las bases de datos y el material con el que se cuenta en la mesa, para analizarlo críticamente.
- Analizar y Jerarquizar el material distribuido en las mesas.
- Seleccionar un protocolo de tratamiento adecuado que mejor cumpla con el objetivo planteado y posea la mejor relación beneficio/riesgo/costo. .

Problema:

Un paciente de 49 años de edad concurre al Hospital, derivado de la Unidad Sanitaria aledaña. El motivo de dicha derivación es la detección de una adenomegalia supraclavicular. Realizada la biopsia, se le informa que se trata de un LNH difuso a células grandes. La estadificación muestra un conglomerado de adenomegalias retoperitoneales. Ud. llega a la conclusión que el caso se trata de un LNH a células grandes estadio III, (IPI bajo-Intermedio).

- a) Complete la tabla de multiatributos y compara los diferentes protocolos según los criterios de Eficacia, Seguridad, Conveniencia y Costo.

- b) De los numerosos protocolos existentes para el tratamiento de un LNH agresivo, seleccione uno de ellos, de acuerdo a la mejor relación beneficio/riesgo/costo.
- c) Fundamente su elección. Explique por que no seleccionó las otras opciones.
- d) Realice la prescripción e informe al Banco de Drogas del Ministerio de Salud, su decisión tomada y coteje si dicha elección hoy es cubierta por el sistema de provisión de medicamentos.

Algunos de los trabajos analizados en el taller se muestran aquí.

| LNH AGRESIVOS | | | | |
|---|--|--|---|---|
| Protocolo | Características | Resultado | Cita | Conclusión |
| ESTADIOS LOCALIZADOS | | | | |
| RT vs RT+CHOP | LNH agresivos localizados estadio I | 47% vs 83% a 7 años | Cancer 1993 Apr 1;71(7):2342-50 | Hacer RT + CHOP |
| CHOPx3+RT CHOPx8 vs | 401 LNH LOCALIZADOS agresivos | SG 82 vs 72% a 5 años | N Engl J Med 1998 Jul 2;339(1):21-6 | CHOP x 3 fue superior |
| ESTADIOS AVANZADOS | | | | |
| CHOP vs CHOP HD | 70 pacientes con LNH agresivo | SLE a 3 años 43% Chop vs 31 CHOP HD | Ann Oncol 2002 Sep;13(9):1347-55. Japan Clinical Oncology Group Itoh K et al. | Efectividad = Toxicidad > con super CHOP |
| ACVBP(CHOP) vs CFM-Epi-Vinde-Bleo-Pred x 3 + TAMO día60 | 370 pacientes LNH agresivos | SG y SLE 60% y 46% vs 52 y 39 respectivamente. | J Clin Oncol 2002 May 15;20(10):2472-9 Gisselbrecht C (GELA) | ACVBP superior a HDcorto + transplante |
| ACVBP (CHOP) vs. VIMMM/ACVBP/ VIM/ACVM | 810 pacientes entre 55 y 69 años con LNH agresivos | RC 52% vs 48%, nd SLE a 5 años 33% vs 28%, SG 40% vs 36% | Hematol J 2001;2(4):279-85 (GELA) | El tratamiento agresivo no mejora eficiencia y sí aumenta toxicidad. |
| CHOP vs CHOP+ IFN α | 465 pacientes LNH agresivos | = RC, SLE y SG a 3 años | Leuk Lymphoma 2000 Dec;40(1-2):95-103, Intern.OncoStudyGroup | No hay ventaja en incorporar IFN |
| CHOP vs CIOP (Ida) | 103 pacientes LNH agresivos | = eficacia | Leuk Lymphoma 1995 Oct;19(3-4):329-35 | No hay diferencia en cuanto a resultados. < toxicidad cardíaca con CIOP |
| CHOP+ Etopósido vs Altas dosis | 312 pacientes | RC 62.9% vs 69.9% SG: 63% vs 62% SLE: 49% vs 59% a 5 años. | J Clin Oncol 2002 Nov 15;20(22):4413-9 | No se justifica el uso de altas dosis |
| CHOP vs PACEBOM | 459 pacientes | RC 57% vs 64% SG a 8 años 49% vs 59% | Ann Oncol 2000;11 Suppl 1:87-90 | Con Etoposido ligeramente superior |
| CHOP o CNOP vs CAVPE | 205 pacientes (LNH de bajo grado e intermedio) (GATLA) | CHOP CNOP vs CAVPE | Sangre (Barc) 1993 Feb;38(1):17-23 | >RC y >SLE en el grupo con Etoposido |
| CHOP vs EPOCH | 78 pacientes | RC 67 vs 50% SG 71% vs 42 a 4 años SLE 54% vs 30 a 4 años | Ann Oncol 1999 Dec;10(12):1489-92 | El etoposido no mejoró los resultados del CHOP |
| CHOP vs. CHOP/VIA | 132 pacientes | SG 53.5% vs 48% a 3 años | Med Clin (Barc) 1998 May 9;110(16):601-4 | Iguals resultados |

| | | | | |
|--|---|---|---|---|
| (VP16-Ifosfamida) | | | (Montserrat) | |
| CHOP vs PEEC/CHOP Etop/metotrex | 325 pacientes | SG = (seguimiento a 9 años) | | Iguals resultados |
| CHOP vs regimens m-BACOD, ProMACE-CytaBOM, and MACOP-B | LNH agresivos | SG a 6 años : CHOP 42%, m-BACOD 40%, ProMACE-CytaBOM 46%, and MACOP-B 41% | Cancer Chemother Pharmacol 1997;40 Suppl:S42-6 (SWOG) | CHOP debe seguir siendo el elegido para el tratam. inicial |
| CHVmP vs CHVmP VB (vincrist-Bleo) | 141 LNH agresivos | 26 vs 43 SLE a 5 años 29 vs 48 SG a 5 años | Ann Oncol 1991; 2: 431-435. (EORTC) | = resultados |
| CHOP vs m-BACOD | 325 LNH agresivos | RC =, SLE y SG a 5 años = | N Engl J Med 1992; 327; 1342-1349. | Sin diferencias a 5 años CHOP globalmente superior |
| CHOP vs MACOP-B | 236 LNH agresivos | SG a 8 años 45 vs 36% | Ann Oncol 1997;8 Suppl 1:71-5, Grupo Australiano | Sin diferencias a 8 años (ligera diferencia a los 5 años para el MACOP-B) |
| CHOP vs m-BACOP vs ProMACE-CytaBOM vs MACOP-B | 899 LNH agresivos | Sin diferencias en cuanto a SLE y SG a 3 años. | N Engl J Med 1993; 328: 1002-1006. | Sin diferencias, CHOP menos toxico, CHOP debe ser el elegido |
| CHOP vs. m-BACOD vs. ProMACE-CytaBOM vs. MACOP-B | 1138 pacientes con LNH agresivos avanzados | > RC pero = SLE y SG | Ann Oncol 1994;5 Suppl 2:91-5; SWOG | SLE y SG =; CHOP con menor toxicidad: Se recomienda el CHOP |
| CHVmP-VB vs ProMACE-MOPP | 430 LNH agresivos avanzados | SLE 59% vs. 59% SG 55% vs. 49% | Ann Oncol 1994;5 Suppl 2:85-9 | = igual SG ; elegir CHVmP |
| CHOP vs PROMACE-Cytabom | 134 LNH agresivos | RC 57 vs 62, SLE 49 vs 56 a 5 años, SG 42 vs 41 | Blood 1991; 78 (supl 1): 498A (Montserrat). | =SG |
| CHOP vs CHOP anti-CD20 | 399 pacientes Observación: Conflicto de intereses | SG a 2 años 57 vs 70% Recaidas 7 vs 10% | N Engl J Med. 2002 Jan 24;346(4):235-42 (Coiffier) | >Respuestas, >EFS, >SG en pac. > de 60 años. |
| CHOP vs CNOP | 148 LNH agresivos adultos mayores | | J Clin Oncol, 1995; 13: 2530-39. | |
| CEOP vs CIOP | 169 LNH agresivos adultos mayores | | Anticancer Drugs 1997; 8: 937-42. | |
| CHOP-BLEO vs CEOP-BLEO | 24 LNH agresivos adultos mayores | | Med Oncol Tumor Pharmacotherap 1989; 6:163-9. | |
| CHOP VS chop | 38 LNH agresivos adultos mayores | | J Clin Oncol, 1995; 13: 2386-93. | CHOP es tratamiento de elección en adultos mayores |
| CHOP vs VMP | 120 LNH agresivos adultos mayores | | J Clin Oncol, 1998; 16: 27-34. | |
| CVTP vs CVP | 453 LNH agresivos adultos mayores | | J Clin Oncol, 1997; 15: 2945-53. (GELA) | |
| CHOP vs PROMACE-Cytabom | 78 LNH agresivos adultos mayores | = SG | Eur J Hematol 1996; 57: 377-83. | CHOP es tratamiento de elección en adultos mayores |
| CHOP vs MACOP-B | 77 LNH agresivos adultos mayores | | J Clin Oncol, 1994; 12: 769-78. | |

| | | | | |
|----------------------------|-----------------------------------|--|--|--------------|
| CHOP vs m-BACOD | 167 LNH agresivos adultos mayores | | N Engl J Med 1992; 327, 1342-49. | |
| PROMACE-CYTABOM VS MACOP-B | 71 LNH agresivos adultos mayores | | Leuk-Lymphoma 1995; 17, 313-20. (GISI: Italiano) | |
| MACOP-B c/dox y c/epi | | | Cancer 1998;82:2282-8. | Epi + tóxica |

SELECCIÓN DE PROTOCOLO RACIONAL LNH AGRESIVOS CONCLUSIONES INTERGRUPALES

Objetivo Terapéutico para la enfermedad en cuestión:

- Curación Aumento Sobrevida Global
 Aumento Sobrevida Libre de Enfermedad
 Remisión Completa Otros:.....

| Protocolo | Eficacia * | Riesgo ** | Costo Tratamiento Total | Total |
|------------------------|------------|-----------|-------------------------|----------|
| CHOP | ++++ | ++ | \$2300 (x 6 ciclos) | X |
| MACOB-B | ++++ | +++ | \$ 2994 | |
| BACOP-B | ++++ | +++ | \$ 3222 | |
| m-BACOD | ++++ | +++ | \$ 3246 | |
| CHOP+anti-CD20 | ++++ | +++ | \$ 45.536 | |
| PROMACE-CyTABOM | ++++ | ++++ | \$ 5980 | |

* Cuantificar con signo + (1 a 4 cruces)

** Cuantificar con signo - (1 a 4 cruces)

Verifique también la Conveniencia en cada caso según lo consensuado en las conferencias

CONCLUSIÓN: *El protocolo CHOP sigue siendo una opción eficaz (aún no ha podido ser superado en eficacia para los objetivos terapéuticos planteados), con un riesgo moderado y a un menor costo.*

Taller para la Selección del Tratamiento Farmacológico Racional para LNH Indolentes en Primera Línea

OBJETIVOS

Al finalizar esta actividad el participante debería estar en condiciones de:

- Definir un Objetivo Terapéutico Inicial para el tratamiento de un paciente afectado por un LNH Indolente.
- Utilizar las bases de datos y el material con el que se cuenta en la mesa, para analizarlo críticamente.
- Analizar y Jerarquizar el material distribuido en las mesas.
- Seleccionar un protocolo de tratamiento adecuado que mejor cumpla con el objetivo planteado y posea la mejor relación beneficio/riesgo/costo. .

Problema:

Un paciente de 63 años de edad concurre a su consultorio por presentar una adenomegalia cervical detectada en un examen de rutina. Luego de los estudios anatomopatológicos, se le informa un LNH folicular mixto (Grado II). Al realizar los estudios de estadificación, se objetiva una infiltración medular difusa, hepatoesplenomegalia leve y adenopatías retroperitoneales de pequeño tamaño. Ud. llega a la conclusión que el caso se trata de un LNH Folicular (bajo grado) estadio IV (IPI bajo-Intermedio).

- a) Complete la tabla de multiatributos y compara los diferentes protocolos según los criterios de Eficacia, Seguridad, Conveniencia y Costo.
- b) De los numerosos protocolos existentes para el tratamiento de un LNH indolente, seleccione uno de ellos, de acuerdo a la mejor relación beneficio riesgo costo.
- c) Fundamente su elección. Explique por que no seleccionó las otras opciones.
- d) Realice la prescripción e informe al Banco de Drogas del Ministerio de Salud, su decisión tomada y coteje si dicha elección hoy es cubierta por el sistema de provisión de medicamentos.

Algunos de los trabajos analizados en el taller se muestran aquí.

SELECCIÓN DE PROTOCOLO RACIONAL LNH INDOLENTES CONCLUSIONES INTERGRUPALES

Objetivo Terapéutico para la enfermedad en cuestión:

- Curación Aumento Sobrevida Global
 Aumento Sobrevida Libre de Enfermedad
 Remisión Completa Otros:.....

| Protocolo | Eficacia * | Riesgo ** | Costo Tratamiento Total | Total |
|----------------|------------|-----------|-------------------------|----------|
| CHOP | ++++ | ++ | \$2300 (x 6 ciclos) | X |
| MACOB-B | ++++ | +++ | \$ 2994 | |
| BACOP-B | ++++ | +++ | \$ 3222 | |
| m-BACOD | ++++ | +++ | \$ 3246 | |

| | | | | |
|------------------------|------|------|-----------|--|
| CHOP+anti-CD20 | ++++ | +++ | \$ 45.536 | |
| PROMACE-CyTABOM | ++++ | ++++ | \$ 5980 | |

* Cuantificar con signo + (1 a 4 cruces)

** Cuantificar con signo - (1 a 4 cruces)

Verifique también la Conveniencia en cada caso según lo consensuado en las conferencias

CONCLUSIÓN: *El protocolo CHOP sigue siendo una opción eficaz (aún no ha podido*

Taller para la Selección del Tratamiento Farmacológico Racional para Mieloma Múltiple en Primera Línea

OBJETIVOS

Al finalizar esta actividad el participante debería estar en condiciones de:

- Definir un Objetivo Terapéutico Inicial para el tratamiento de un paciente afectado por un Mieloma Múltiple..
- Utilizar las bases de datos y el material con el que se cuenta en la mesa, para analizarlo críticamente.
- Analizar y Jerarquizar el material distribuido en las mesas.
- Seleccionar un protocolo de tratamiento adecuado que mejor cumpla con el objetivo planteado y posea la mejor relación beneficio/riesgo/costo. .

Problema:

Un ex-residente de Clínica de su Hospital (actualmente ejerciendo en la Localidad de Lobos) le envía en consulta un paciente de 60 años de edad, quien luego de un correcto estudio diagnóstico, llegó a la conclusión que se trata de una gamapatía monoclonal del tipo Mieloma Múltiple.

Ud. coincide con ese diagnóstico y le envía su parecer respecto a cual debe ser la conducta terapéutica a tomar en dicho paciente. Por favor descríbalas.

- a) Complete la tabla de multiatributos y compara los diferentes protocolos según los criterios de Eficacia, Seguridad, Conveniencia y Costo.

| Fundamente su elección. Explique | Protocolo | Características | Resultado | Cita | Conclusión |
|----------------------------------|--|--------------------------------------|---|---|---|
| 1 | Tratamiento MP al Diagnóstico o Referido | 145 pacientes con MM Estadios I | Sin diferencia en los grupos | Br J Cancer 2000 Apr;82(7):1254-60 | Empezar tratamiento al diagnóstico no mejora SG |
| 2 | VBMCP vs VBMCP+IFN o +CFMHD | 653 pacientes | SG = para todos los grupos | Cancer 1999 Sep 15;86(6):957-68 (ECOG) | SG igual, duración de remisión > con IFN |
| 3 | MP vs MP+BCNU+VCR | 79 pacientes | SG a 5 años: MP 19% vs 26% no significativa | Cancer 1997 Apr 15;79(8): 1561-7 . ECOG | SG = ; Tratam. Agresivo remision + prolongada |
| 4 | VAMP vs VAMP+ infusión semanal de CFM (C-VAMP) | 204 pacientes | Total Remisiones ambos grupos 71% pero RC 8% vs 24%, EFS y SG = | Br J Haematol 1997 Apr;97(1):153-60 | La administración de CFM semanal no aporta beneficios en EFS y SG |
| 5 | MP vs poliQT (VBAMDex) | 406 pacientes todos los estadios | Respuestas 43% vs 64% Recaidas a 13 meses 50% ambos | Eur J Cancer 1995;31A(2):146-51 | Igual resultado de SLE y SG |
| 6 | MP vs PoliQT | 164 pacientes solo estadios II y III | Resp. 56 vs 69% Sobrevida Media 26 y 24 meses | Br J Haematol 1990 ;74(2): 185-91 (Estudio Sueco) | No hay ventaja en tratar con poli QT |
| 7 | VAD vs VAD+MF+TAMO | 261 pacientes | >resp, > tiempo para la progresión, pero = EFSySG | Blood 2003;101 (6):2144-51 | =EFS, =SG |

| | | | | | |
|----|---------------------------------|--|--|---|--|
| 8 | QT+agresiva vs MP | 6633 pacientes Metaanálisis | Respuesta Globales 60 vs 53% | J Clin Oncol 1998;16:3832-3842. | = SG |
| 9 | IFN+QT vs QT | 2333 pacientes Metaanálisis | >SG con IFN >SLE | Ann Oncol 2000;11:1427-36. | > SG y SLE (aumentada en 4 meses) |
| 10 | IFN vs QT | 3948 pac (30 estudios) Metaanálisis | >SG (en 8 meses) >SLE (en 4 meses) | Acta Oncológ 200;39(7):815-821 | >SG (en 8 meses) >SLE (en 4 meses) |
| 11 | IFN vs QT | 4012 pac (Metaanálisis) | SG a 3 años 53 vs 49 p0.01 (tiempo max en remision 6 meses) | Br J Haematol 2001;113:1020-34 | SG a 3 años 53 vs 49 Aumenta SLE en 4 meses |
| 12 | VCMP/VBAP x 12 con o sin IFN | 92 pacientes | SG = | Leukemia1998 12(7):1144-8. PETHEMA (grupo Español) | SG igual, duración de remisión > con IFN |
| 13 | VMCP vs MMPP (Procarbazina) | 91 pacientes | Con Procarbazina ligero aumento respuesta y SG | Cancer Chemother Pharml 1997;39(4):279- 85 | MMPP es mas eficaz en respuesta y SG |
| 14 | MP vs VCMP/VBAP | 487pacientes | | J Clin Oncol 1993 Jun;11(6):1165-71 PETHEMA | Igual resultado de SLE y SG excepto IgA |
| 15 | MP vs VBAM Dex | 277 pacientes todos los estadios | Remisión 51% vs 70% SLE = a 7 meses | Onkologie 1990 Dec;13(6):458-60 | Mayor Remisión para QT HD pero igual SLE |
| 16 | MP vs VMCP/VBAP | | | J Clin Oncol 1991; 9:444-48. | QT agresiva no es mejor que MP |
| 17 | MP vs QT HD | | | J Clin Oncol 1992; 10:334-42. | = SG |
| 18 | MP vs MP+IFN | Grupo CALGB | | J Clin Oncol 1993;11:155-160. | El IFN no aporta beneficio |

b) D

e los numerosos protocolos existentes para el tratamiento de la MM, seleccione uno de ellos, de acuerdo a la mejor relación beneficio riesgo costo.

- c) Realice la prescripción e informe al Banco de Drogas del Ministerio de Salud, su decisión tomada y coteje si dicha elección hoy es cubierta por el sistema de provisión de medicamentos.

Algunos de los trabajos analizados en el taller se muestran aquí:

Ensayos Clínicos Randomizados entre Melfalán (MP) y

| <u>Autor y año del estudio</u> | Combinación de la PQ | Nº pacientes Melfalán | Nº pacientes con PQ | SG media (meses) MP | SG media (meses) PQ | Significancia Estadística |
|---------------------------------------|-----------------------------|------------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------------|
| Mac Lennan & Cusick ,1985 | VMP | 269 | 261 | 26 | 26 | N.S. |
| Tribalto, 1985 | VMCP | 43 | 44 | 30 | 45 | N.S. |
| Hansen , 1985 | VBMCP | 33 | 31 | 21 | 30 | N.S. |
| Kildahl-Andersen, 1986 | VMP | 34 | 33 | 32 | 33 | N.S. |
| Oken , 1987 | VBMCP | 219 | 214 | 30 | 31 | N.S. |
| Palva, 1987 | VBMCP | 66 | 64 | 45 | 41 | N.S. |
| Pavlovsky 1988 | MPmeCCV | 145 | 115 | 42 | 44 | N.S. |
| Peest 1988 | VMCP | 170 | 150 | >54 | 42 | <0.02 |

Ensayos Clínicos Randomizados entre Melfalán (MP) y Poliquimioterapia (PQ) (con Doxorrubicina) previos a 1990

| <u>Autor y año del estudio</u> | Combinación de la PQ | Nº pacientes Melfalán | Nº pacientes con PQ | SG media (meses) MP | SG media (meses) PQ | Significancia Estadística |
|--------------------------------|----------------------|-----------------------|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------------|
| Salmon ,1983 | VBAP/VMCP | 77 | 160 | 24 | 40 | 0.01 |
| Alexanian & Dreicer, 1984 | VBAP/VMCP | 312 | 315 | 23 | 29 | N.S. |
| Mac Lennan 1988 | ABCM | 44 | 42 | 28 | 24 | 0.0004 |
| Osterberg ,1989 | VBAP/VMCP | 188 | 189 | = | = | N.S. |
| Bladé , 1989 | VBAP/VMCP | 146 | 158 | = | = | N.S. |
| Boccardo ,1989 | VBAP/VMCP | 53 | 53 | 26 | 24 | N.S. |

SELECCIÓN DE PROTOCOLO RACIONAL MIELOMA MÚLTIPLE CONCLUSIONES INTERGRUPALES

Objetivo Terapéutico para la enfermedad en cuestión:

- Curación Aumento Sobrevida Global
 Aumento Sobrevida Libre de Enfermedad
 Remisión Completa Otros:.....

| Protocolo | Eficacia * | Riesgo ** | Costo Tratamiento Total | Total |
|-----------|------------|-----------|-------------------------|-------|
|-----------|------------|-----------|-------------------------|-------|

| | | | | |
|--|-----|-----|----------|----------|
| VAD x 6 ciclos | +++ | +++ | \$ 1.190 | X |
| Melfalan-Prednisona x 6 ciclos | ++ | + | \$ 1.098 | |
| Talidomida | ++? | ++ | ----- | |

* Cuantificar con signo + (1 a 4 cruces)

** Cuantificar con signo - (1 a 4 cruces)

Verifique también la Conveniencia en cada caso según lo consensuado en las conferencias

CONCLUSIÓN: *El protocolo VAD fue considerado por los participantes del taller como el que poseía la relación beneficio/riesgo/costo más favorable. No obstante la combinación Melfalan-Prednisona sigue siendo una opción válida para aquella población añosa.*

Los participantes consideraron al TAMO con la opción más útil en pacientes jóvenes. Consideraron útil recomendar al banco de drogas la cobertura de Palmidronato como terapia adyuvante de la quimioterapia.

Taller para la Selección del Tratamiento Farmacológico Racional para la Leucemia Linfática Crónica en Primera Línea

OBJETIVOS

Al finalizar esta actividad el participante debería estar en condiciones de:

- Definir un Objetivo Terapéutico Inicial para el tratamiento de un paciente afectado por un LLC..
- Utilizar las bases de datos y el material con el que se cuenta en la mesa, para analizarlo críticamente.
- Analizar y Jerarquizar el material distribuido en las mesas.
- Seleccionar un protocolo de tratamiento adecuado que mejor cumpla con el objetivo planteado y posea la mejor relación beneficio/riesgo/costo. .

Problema:

Su tía María (hermana de su madre), aprovechando la ocasión, y sabiéndolo especialista en “sangre” le muestra unos análisis de laboratorio que se realizó la semana anterior. En ellos se observa un Hto de 36%, Hb: 11.6 gr/dl, Leucocitos: 27.000/mm³ (N: 23%, E: 3% , L: 70%, M4%), plaquetas 134.000/mm³.

Ud. la cita a su consultorio y le pide que lleve los estudios anteriores, donde comprueba análisis similares desde hace mas de 1 año. Envía una muestra de sangre de María, para un estudio de citometría de Flujo, hallándose una población monoclonal de linfocitos B CD19+, CD20+, CD5+ , CD23+ clonales para cadenas livianas kappa, inmunomarcación compatible con una LLC-B clásica.

Su tía, que con sus 70 años, se encuentra muy lúcida, desea saber qué tiene y si deberá recibir tratamiento (y en este caso que tratamiento será).

- Complete la tabla de multiatributos y compara los diferentes protocolos según los criterios de Eficacia, Seguridad, Conveniencia y Costo.
- De los numerosos protocolos existentes para el tratamiento de la LLC, seleccione uno de ellos, de acuerdo a la mejor relación beneficio riesgo costo.
- Fundamente su elección. Explique por que no seleccionó las otras opciones.
- Realice la prescripción e informe al Banco de Drogas del Ministerio de Salud, su decisión tomada y coteje si dicha elección hoy es cubierta por el sistema de provisión de medicamentos.

Algunos de los trabajos analizados en el taller se muestran aquí.

| Nº | Protocolo | Características | Resultados | Referencia | Conclusión |
|----|---|---|---|---|---|
| 1 | COP vs CHOP | 70 pacientes (ECCR) | SG mejor con CHOP a 3 años (71 vs 28%) | Br J Haematol 1989; 73(3):334-40. | > SG con CHOP |
| 2 | COP vs CHOP | 2048 pacientes (Metaanálisis) | SG a 5 años de 48% en ambos esquemas | J Natl Cancer Inst 1999; 91 (10):861-8. | No hay beneficio con antraciclínicos en LLC |
| 3 | Fludarabina (F) vs Clorambucilo (CB) vs CB+F | 509 pacientes (conflicto de intereses) (ECCR) | RC > con F pero mayores infecciones severas. SG 47%, 57% y 56% respect. | N Engl J Med 2000; 343: 1750-7 | Igual sobrevida global pero > infecciones con F |
| 4 | Flud. + Anti-CD20 x 6 + 4 ciclos de Anti-CD20 vs Flud sola seguido de 4 ciclos de Anti-CD20 | 104 pacientes Fase II | RC 47% vs 28% No se evaluó SG o SLE | Blood 2003;101 (1):6-14. | >RC pero no se evaluó SLE o SG |
| 5 | Flud(FAMP) vs COP vs CHOP | 938 pacientes (ECCR) | Respuestas globales: 71,58 y 71% respect SG igual para FAMP y | Blood 2001;98(8):2319-25. | CHOP y Flud con igual SG COP < SG |

| | | | CHOP | | |
|----|---|--|---|-------------------------------------|---|
| 6 | COP vs Fludarabina | 100 pacientes (ECCR) | Respuestas totales 60 vs 71%. Las resp son mas prolongadas con Flud | Lancet 1996; 347(9013):1432-8. | Respuestas > con Fludarabina. No se evaluó SLE o SG |
| 7 | Clorambucilo (CB) vs CB+Pred vs W&W | 609 pac CB vs W&W 926 pac CB-Pred vs W&W (2 ECCR) | Sin diferencias en SG | N Engl J Med 1998;338:1506-14. | Iniciar tratamiento en estadio temprano no prolonga sobrevida |
| 8 | Cuando y Como tratar una LLC (Dighiero) | Articulo de Opinión en N Engl J Med (Editorial) | Editorial | N Engl J Med 2000; 343:1799-1801 | W&W en estadios iniciales CB cuando se necesita iniciar QT |
| 9 | Anti-CD20 en LLC | Fase I . 166 pac NO Randomizado | FASE I | Sem Oncol 2000; 27,6(suppl 2):86-90 | Sin análisis de SG |
| 10 | CB vs CB+Flu vs Flud | 554 pac. objetivo:tasa infecciones (ECCR) | Flud > infecciones (Herpes virus) | J Clin Oncol 2001; 19(16):3611-21 | Protocolos con Flud > tasa infecciones |
| 11 | Fludarabina vs COP vs CHOP | 262 pacientes (grupo francés) | RC 19,17, y 11% respect | Sem Oncol 1993;20(5suppl7):21-3 | No se analiza SLE o SG |
| 12 | COP vs CHOP | 259 pacientes (ECCR) | SG a 5 años 49 vs 54 (p: n.s.) | Ann Oncol 1994; 5 suppl 2: 67-71 | Es innecesario usar esquemas agresivos |

SELECCIÓN DE PROTOCOLO RACIONAL PARA LLC CONCLUSIONES INTERGRUPALES

Objetivo Terapéutico para la enfermedad en cuestión:

- Curación Aumento Sobrevida Global
 Aumento Sobrevida Libre de Enfermedad
 Remisión Completa Otros:.....

| Protocolo | Eficacia * | Riesgo ** | Costo Tratamiento Total | Total |
|----------------------------------|------------|-----------|-------------------------|----------|
| CHOP x6 ciclos | ++ | ++ | \$ 2.300 | X |
| Clorambucilo-Pred X 6 ciclos | ++ | + | \$ 585 | |
| CVP X 6 ciclos | ++ | + | \$ 678 | |
| Fludarabina X 4 ciclos | ++ | +++ | \$ 8.800 | |
| Fludarabina/CFM X 4 ciclos | ++½ | +++ | \$10.080 | |
| Fludara/Mitox/Dexa X 4 ciclos | ++½ | +++ | \$11.228 | |

* Cuantificar con signo + (1 a 4 cruces)

** Cuantificar con signo - (1 a 4 cruces)

Verifique también la Conveniencia en cada caso según lo consensuado en las conferencias

CONCLUSIÓN: Ningún protocolo evaluado logró mayor nivel de eficacia para cumplir con el objetivo terapéutico planteado de aumentar la sobrevida global. La combinación de Clorambucilo-Prednisona resultó ser la opción con menor riesgo y menos onerosa.

Taller para la Selección del Tratamiento Farmacológico Racional para la Leucemia Mieloide Crónica en Primera Línea

OBJETIVOS

Al finalizar esta actividad el participante debería estar en condiciones de:

- *Definir un Objetivo Terapéutico Inicial para el tratamiento de un paciente afectado por LMC..*
- *Utilizar las bases de datos y el material con el que se cuenta en la mesa, para analizarlo críticamente.*
- *Analizar y Jerarquizar el material distribuido en las mesas.*
- *Seleccionar un protocolo de tratamiento adecuado que mejor cumpla con el objetivo planteado y posea la mejor relación beneficio/riesgo/costo. .*

Problema:

Un empleado de SAMO de su Hospital (edad 56 años), lo consulta pues desde laboratorio central, le recomendaron que vea a un hematólogo debido a que, en un chequeo, se le detectó leucocitosis (46.000/mm³ blancos, sin elementos inmaduros objetivables), sin anemia alteración de la cifra plaquetaria. Luego del examen hematológico y el estudio citogenético, Ud. realiza el diagnóstico de LMC en fase crónica

- a) Complete la tabla de multiatributos y compare los diferentes protocolos según los criterios de Eficacia, Seguridad, Conveniencia y Costo.
- b) De los numerosos protocolos existentes para el tratamiento de la LMC, seleccione uno de ellos, de acuerdo a la mejor relación beneficio riesgo costo.
- c) Fundamente su elección. Explique por que no seleccionó las otras opciones.
- d) Realice la prescripción e informe al Banco de Drogas del Ministerio de Salud, su decisión tomada y coteje si dicha elección hoy es cubierta por el sistema de provisión de medicamentos.

Algunos de los trabajos analizados en el taller se muestran aquí.

| Nº | Protocolo | Características | Resultado | Cita | Conclusión |
|----|-------------------------------------|---|---|--|--|
| 1 | Busulfán vs Hidroxiurea vs IFN | ECCR | SG a 5 años 32, 44, 59% respect B vs IFN sig, HU vs IFN no sig | Blood 1994;84:4064-4077. (estudio Alemán) | IFN > SG que Busulfan IFN = SG que HU |
| 2 | IFN vs QT | 587 pacientes ECCR | SG a 5 años 52% vs 34% | Lancet 1995;345:1392-1397. | > SG con IFN |
| 3 | Busulfan vs IFN | 170 pacientes ECCR | SG: 32% vs 54% | Blood 1995; 86:906-916. | > respuesta citogenét.c/IFN > SG con IFN |
| 4 | Hydroxiurea (HU) vs IFN | 322 pacientes ECCR (104 / 218) | Respuestas citogenéticas 0% HU /17%. SG 5 años: 45 vs57% | N Engl J Med 1994; 330: 820-825. (estudio Italiano) | SG > sobrevida con IFN pero 200 veces más caro. |
| 5 | IFN vs IFN-AraC | 538 pacientes ECCR | SG: 65 vs 68% | Blood 2002;1527-1535. | Igual Sobrevida > Resp.con Ara-C |
| 6 | IFN vs IFN-AraC | 745 pacientes en fase crónica ECCR | SG a 3 años 79 vs 86% | N Engl J Med 1997;337: 223-229. (estudio Francés) | > Resp. y >SG con Ara-C |
| 7 | Review Imatinib (Druker) | REVIEW | No demostró SG | Seminars in Hematology 2003;40:50-58. | No se sabe si prolonga sobrevida |
| 8 | Review (Goldman) | REVIEW | No demostró SG | Seminars in Hematology 2003;40:97-103. | Sugiere realizar estudios comparativos para demostrar SG |
| 9 | IFN vs QT | Metaanálisis | > sle en IFN | J Natl Cancer Inst 1997;89:1616-1620. | > sle en IFN |
| 10 | Imatinib (400 mg) vs Ara-C+IFN | 1106 pacientes con LMC de novo (553 en cada rama) | Progresión a Fase acelerada o crisis blástica en el 1.5% (8 pacientes) de Imatinib y 7 % (38 pacientes) de los de Ara-C-IFN p significativa (seguimiento de 14 meses) | Proc Am Soc Clin Onc 2002 21:1ª (abstract ASCO) Sem in Hematology 2003;40,1:50-58 | Imatinib posee un 5.5% menos de progresiones que con el tratamiento clásico. |
| 11 | Imatinib (400 mg) vs (600mg) | 77 y 158 en Fase Acelerada 36 y 223 en Crisis Blastica NO Randomizado | Sobrevida a 12 meses Fase Acelerada 65 vs 78% Crisis Blástica | Cancer Cell 2002;2:117-125. | Estudio pequeño, heterogéneo entre las ramas y no randomizado que no sirve para definir dosis. |

SELECCIÓN DE PROTOCOLO RACIONAL LMC
CONCLUSIONES INTERGRUPALES

Objetivo Terapéutico para la enfermedad en cuestión:

| Curación | | | | |
|----------------------------------|------------|-----------|----------------------------|----------|
| Protocolo | Eficacia * | Riesgo ** | Costo Tratamiento Total | Total |
| <u>IFN 5mu X 24 meses</u> | +++ | ++ | \$ 64.800 | X |
| <u>IFN + Ara-C</u> | +++ | +++ | \$ 67.104 | |
| <u>Hidroxiurea</u> | + | +++ | \$ 359 | |
| <u>Imatinib</u> | +++ (***) | +++ | \$ 103.000 | |

* Cuantificar con signo + (1 a 4 cruces) ** Cuantificar con signo - (1 a 4 cruces)

Verifique también la Conveniencia en cada caso según lo consensuado en las conferencias

Los(los grupos concluyeron que si bien el Imatinib es eficaz aún faltan ensayos Clínicos con mayor duración en el tiempo para asegura que realmente se cumplir.

***CONCLUSIÓN:** los grupos concluyeron que el Trasplante sigue por el momento siendo la mejor opción para los pacientes con LMC. Si ello no fuera posible el IFN fue la primera opción elegida . Con respecto al Imatinib se consideró una droga de alto costo, que si bien es eficaz aún faltan ensayos clínicos con mayor duración en el tiempo para asegurar que realmente cumpla con el objetivo terapéutico esperado. Además la reflexión del grupo respecto a esta última droga fue que una vez iniciado el tratamiento, existen aún dudas si será posible suspenderlo alguna vez.*

LOS ABAJO FIRMANTES CONSENSUAMOS LOS PROTOCOLOS QUE FIGURAN AQUI Y NOS COMPROMETEMOS A RESPETAR LO RESUELTO Y A SOLICITAR LOS MISMOS PARA CADA UNA DE ESTAS PATOLOGÍAS.

ANEXO B

MINISTERIO DE SALUD PROVINCIA DE BUENOS AIRES BANCO DE DROGAS ONCOLOGICAS *Sistema de provisión de Drogas Oncológicas al sector Público*

Bienvenido Gustavo H. Marin
Origen de la Solicitud: HIGA San Martin La Plata

Datos del Paciente

Formulario 1 de x

Tipo de Documento:

Peso:

Altura:

[Calcular Superficie Corporal](#)

MINISTERIO DE SALUD DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES
BANCO DE DROGAS ONCOLOGICAS
Sistema de provisión de Drogas Oncológicas al sector Público

Ingrese su usuario y palabra clave para acceder al sistema

| | |
|--|---|
| Hospital Origen de la Solicitud | <input type="text" value="HIGA San Martin La Plata"/> |
| Usuario | <input type="text"/> |
| Palabra Clave | <input type="text"/> |
| | <input type="button" value="Ingresar"/> |

Ministerio de Salud de la Prov. de Buenos Aires - Banco de Drogas Oncologicas
Sistema de Provision de Drogas Oncologicas al Sector Publico

MINISTERIO DE SALUD PROVINCIA DE BUENOS AIRES
BANCO DE DROGAS ONCOLOGICAS
Sistema de provisión de Drogas Oncológicas al sector Público

Bienvenido Gustavo H. Marin
Origen de la Solicitud: HIGA San Martin La Plata

| Seleccione la Opcion deseada... |
|--|
| Inicio de Esquema de Tratamiento en nuevo paciente |
| Repetición de Esquema |
| Cambio de Esquema |

Ministerio de Salud de la Prov. de Buenos Aires - Banco de Drogas Oncologicas
Sistema de Provision de Drogas Oncologicas al Sector Publico

MINISTERIO DE SALUD PROVINCIA DE BUENOS AIRES
BANCO DE DROGAS ONCOLOGICAS
Sistema de provisión de Drogas Oncológicas al sector Público

| Diagnostico | | Formulario 2 de x | |
|---|--|---|-------------------------------------|
| Diagnostico: | <input type="text" value="--- Seleccionar de la Lista ---"/> | | |
| Diagnostico realizado por : | <input type="text" value="--- Seleccionar de la Lista ---"/> | | |
| Tipo de muestra con la cual se realizo el Diagnostico: | <input type="text" value="--- Seleccionar de la Lista ---"/> | | |
| Sitio de toma de la muestra: | <input type="text" value="--- Seleccionar de la Lista ---"/> | | |
| Adenopatias: | <input type="text" value="No"/> | | |
| Masa Bulky | <input type="text" value="No"/> | | |
| Sitio Extraganglionar: | <input type="text" value="No"/> | | |
| Medula Osea: | <input type="text" value="No"/> | | |
| Estadificacion: | <input type="text" value="-- Seleccionar --"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Laboratorio: | B2 microglobulina: | <input type="text"/> | mg/ml |
| | LDH: | <input type="text"/> | UI/ml |
| | Creatinina: | <input type="text"/> | mg% |
| | Clearance de creatinina: | <input type="text"/> | ml/min |
| | Hepatograma: | <input type="text" value="Normal"/> | |
| | Gamaglobulina: | IgG: <input type="text"/> | mg/L |
| | | IgM: <input type="text"/> | mg/L |
| | | IgA: <input type="text"/> | mg/L |
| | Albumina: | <input type="text"/> | gr/L |
| Imagenes: | Rx de Torax: | <input type="text" value="No realizada"/> | <input type="text" value="Normal"/> |
| | TAC de Torax: | <input type="text" value="No realizada"/> | <input type="text" value="Normal"/> |
| | TAC de abdomen: | <input type="text" value="No realizada"/> | <input type="text" value="Normal"/> |
| | TAC de cerebro: | <input type="text" value="No realizada"/> | <input type="text" value="Normal"/> |

| | | | | | | |
|------------------------|-------|-------|-------|--------|--------------|--------|
| Ecografía de abdomen: | | | | | No realizada | Normal |
| Otras: | | | | | | |
| Inmunofenotipo: | CD 1 | CD 2 | CD 3 | CD 4 | CD 5 | |
| | | | | | | CD 10 |
| | CD 6 | CD 7 | CD 8 | CD 9 | | |
| | CD 11 | CD 12 | CD 13 | CD 14 | CD 15 | |
| | CD 16 | CD 17 | CD 18 | CD 19 | CD 20 | |
| | CD 21 | CD 22 | CD 23 | CD 24 | CD 25 | |
| | CD 26 | CD 27 | CD 28 | CD 29 | CD 30 | |
| | CD 31 | CD 32 | CD 33 | CD 34 | CD 35 | |
| | CD 36 | CD 37 | CD 38 | CD 39 | CD 40 | |
| | CD 41 | CD 42 | CD 43 | CD 44 | CD 45 | |
| | CD 46 | CD 47 | CD 48 | CD 49 | CD 50 | |
| | CD 51 | CD 52 | CD 53 | CD 54 | CD 55 | |
| | CD 56 | CD 57 | CD 58 | CD 59 | CD 60 | |
| | CD 61 | CD 62 | CD 63 | CD 64 | CD 65 | |
| | CD 66 | CD 67 | CD 68 | CD 69 | CD 70 | |
| | CD 71 | CD 72 | CD 73 | CD 74 | CD 75 | |
| | CD 76 | CD 77 | CD 78 | CD 79 | CD 80 | |
| | CD 81 | CD 82 | CD 83 | CD 84 | CD 85 | |
| | CD 86 | CD 87 | CD 88 | CD 89 | CD 90 | |
| | CD 91 | CD 92 | CD 93 | CD 94 | CD 95 | |
| CD 96 | CD 97 | CD 98 | CD 99 | CD 100 | | |

| | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| CD 101 | CD 102 | CD 103 | CD 104 | CD 105 |
| <input type="checkbox"/> |
| CD 106 | CD 107 | CD 108 | CD 109 | CD 110 |
| <input type="checkbox"/> |
| CD 111 | CD 112 | CD 113 | CD 114 | CD 115 |
| <input type="checkbox"/> |
| CD 116 | CD 117 | CD 118 | CD 119 | CD 120 |
| <input type="checkbox"/> |
| CD 121 | CD 122 | CD 123 | CD 124 | CD 125 |
| <input type="checkbox"/> |
| CD 126 | CD 127 | CD 128 | CD 129 | CD 130 |
| <input type="checkbox"/> |
| CD 131 | CD 132 | CD 133 | CD 134 | CD 135 |
| <input type="checkbox"/> |
| CD 136 | CD 137 | CD 138 | CD 139 | CD 140 |
| <input type="checkbox"/> |
| MPO | TdT | Kappa | Lambda | FMC7 |
| <input type="checkbox"/> |
| Ig M Sup | Ig G Sup | | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |

Guardar Datos y continuar... Limpiar Formulario

Ministerio de Salud de la Prov. de Buenos Aires - Banco de Drogas Oncologicas
Sistema de Provision de Drogas Oncologicas al Sector Publico

MINISTERIO DE SALUD PROVINCIA DE BUENOS AIRES
BANCO DE DROGAS ONCOLOGICAS
Sistema de provisión de Drogas Oncológicas al sector Público

Bienvenido Gustavo H. Marin
Origen de la Solicitud: HIGA San Martin La Plata

Seleccion de Protocolo de Tratamiento

Formulario 3 de 3

- [ENFERMEDAD DE HODGKIN](#)
- [LINFOMA NO HODGKIN Linfoma no HODGKIN indolentes \(bajo grado\)](#)
- [LINFOMA NO HODGKIN AGRESIVOS](#)

- [MIELOMA MULTIPLE](#)
- [LEUCEMIA LINFOIDE CRONICA](#)
- [SINDROMES MIELOPROLIFERATIVOS \(LMC-TE\)](#)
- [LEUCEMIA MIELOBLASTICA AGUDA](#)
- [LEUCEMIA LINFOBLASTICA AGUDA](#)

| Droga | Dosis x m2 dia | Dias | Dosis total para su paciente | Total de frascos/envases |
|---------------|-------------------|--------|---------------------------------|-----------------------------|
| Doxorrobicina | 25 mg | 1 y 15 | calculo | calculo |
| Bleomicina | 10 Unidades | 1 y 15 | calculo | calculo |
| Vinblastina | 6 mg | 1 y 15 | calculo | calculo |
| Dacarbacina | 375 mg | 1 y 15 | calculo | calculo |

| Droga | Dosis x m2 dia | Dias | Dosis total para su paciente | Total de frascos/envases |
|----------------|-------------------|--------|---------------------------------|-----------------------------|
| Ciclofosfamida | 750 mg | 1 | calculo | calculo |
| Vincristina | 1.4 Unidades | 1 | calculo | calculo |
| Prednisona | 40 mg | 1 al 5 | calculo | calculo |

| Droga | Dosis x m2 dia | Dias | Dosis total para su paciente | Total de frascos/envases |
|----------------|-------------------|--------|---------------------------------|-----------------------------|
| Ciclofosfamida | 750 mg | 1 | calculo | calculo |
| Vincristina | 1.4 Unidades | 1 | calculo | calculo |
| Prednisona | 40 mg | 1 al 5 | calculo | calculo |

| Droga | Dosis x m2 dia | Dias | Dosis total para su paciente | Total de frascos/envases |
|----------------|-------------------|--------|---------------------------------|-----------------------------|
| Ciclofosfamida | 750 mg | 1 | calculo | calculo |
| Doxorrubicina | 50 mg | 1 | calculo | calculo |
| Vincristina | 1.4 mg | | calculo | calculo |
| Teneposido | | | calculo | calculo |
| Prednisona | 40 mg | 1 al 5 | calculo | calculo |

| Droga | Dosis x m2 dia | Dias | Dosis total para su paciente | Total de frascos/envases |
|--------------|----------------|---------|------------------------------|--------------------------|
| Clorambucilo | mg | 1 al 15 | calculo | calculo |
| Prednisona | mg | 1 al 15 | calculo | calculo |
| Droga | Dosis x m2 dia | Dias | Dosis total para su paciente | Total de frascos/envases |
| Fluradabina | 25 mg | 1 al 3 | calculo | calculo |
| Mitoxantroma | 10 mg | 1 al 3 | calculo | calculo |
| Dexametasona | 12 mg | 1 al 5 | calculo | calculo |

| Droga | Dosis x m2 dia | Dias | Dosis total para su paciente | Total de frascos/envases |
|----------------|----------------|--------|------------------------------|--------------------------|
| Ciclofosfamida | 750 mg | 1 | calculo | calculo |
| Doxorrubicina | 50 mg | 1 | calculo | calculo |
| Vincristina | 1.4 Unidades | 1 | calculo | calculo |
| Prednisona | 40 mg | 1 al 5 | calculo | calculo |

| Droga | Dosis x m2 dia | Dias | Dosis total para su paciente | Total de frascos/envases |
|-------------------|----------------|--------|------------------------------|--------------------------|
| Ciclofosfamida | 750 mg | 1 | calculo | calculo |
| Doxorrubicina | 50 mg | 1 | calculo | calculo |
| Vincristina | 1.4 mg | 1 | calculo | calculo |
| Teneposido | | 1-3-5 | calculo | calculo |
| Prednisona | 40 mg | 1 al 5 | calculo | calculo |
| Droga | Dosis x m2 dia | Dias | Dosis total para su paciente | Total de frascos/envases |
| Etoposido | 40 mg | 1 al 4 | calculo | calculo |
| MetilPrednisolona | 500 mg | 1 al 4 | calculo | calculo |
| Citarabina | 2 gr | 5 | calculo | calculo |
| Cisplatino | 25 mg | 1 al 4 | calculo | calculo |
| Droga | Dosis x m2 dia | Dias | Dosis total para su paciente | Total de frascos/envases |
| Melfalan | 6 mg | 1 a 7 | calculo | calculo |
| Prednisona | 40 mg | 1 al 5 | calculo | calculo |
| Droga | Dosis x m2 dia | Dias | Dosis total para su paciente | Total de frascos/envases |
| Vincristina | 0.25 mg | 1 a 4 | calculo | calculo |
| Doxorrubicina | 9 mg | 1 al 4 | calculo | calculo |
| Dexametasona | 20 mg | 1 al 5 | calculo | calculo |

| Droga | Dosis x m2 dia | Dias | Dosis total para su paciente | Total de frascos/envases |
|----------------|----------------|------|------------------------------|--------------------------|
| Ciclofosfamida | 750 mg | 1 | calculo | calculo |

| | | | | |
|-------------|--------------|--------|---------|---------|
| Vincristina | 1.4 Unidades | 1 | calculo | calculo |
| Prednisona | 40 mg | 1 al 5 | calculo | calculo |

| Droga | Dosis x m2 dia | Dias | Dosis total para su paciente | Total de frascos/envases |
|----------------|----------------|--------|------------------------------|--------------------------|
| Ciclofosfamida | 750 mg | 1 | calculo | calculo |
| Doxorrubicina | 50 mg | 1 | calculo | calculo |
| Vincristina | 1.4 mg | 1 | calculo | calculo |
| Prednisona | 40 mg | 1 al 5 | calculo | calculo |

| Droga | Dosis x m2 dia | Dias | Dosis total para su paciente | Total de frascos/envases |
|--------------|----------------|---------|------------------------------|--------------------------|
| Clorambucilo | mg | 1 al 15 | calculo | calculo |
| Prednisona | mg | 1 al 15 | calculo | calculo |

| Droga | Dosis x m2 dia | Dias | Dosis total para su paciente | Total de frascos/envases |
|--------------|----------------|--------|------------------------------|--------------------------|
| Fluradabina | 25 mg | 1 al 3 | calculo | calculo |
| Mitoxantrona | 10 mg | 1 al 3 | calculo | calculo |
| Dexametasona | 12 gr | 1 al 5 | calculo | calculo |

| Droga | Dosis x m2 dia | Dias | Dosis total para su paciente | Total de frascos/envases |
|-----------------|----------------|------------------------|------------------------------|--------------------------|
| Hidroxiurea | 0.25 a 2 mg | 1 a 10 luego reevaluar | calculo | calculo |
| Interferon alfa | 5 MU | 1 a 10 luego reevaluar | calculo | calculo |

| Droga | Dosis x m2 dia | Dias | Dosis total para su paciente | Total de frascos/envases |
|----------------|----------------|-------|------------------------------|--------------------------|
| Citarabina | 100 mg | 1 a 7 | calculo | calculo |
| Daunorrubicina | 45 mg | 1 a 3 | calculo | calculo |

| Droga | Dosis x m2 dia | Dias | Dosis total para su paciente | Total de frascos/envases |
|--------------|----------------|-------|------------------------------|--------------------------|
| Citarabina | 100 mg | 1 a 7 | calculo | calculo |
| Mitoxantrona | 12 mg | 1 a 3 | calculo | calculo |

| Droga | Dosis x m2 dia | Dias | Dosis total para su paciente | Total de frascos/envases |
|----------------|----------------|-------|------------------------------|--------------------------|
| Citarabina | 100 mg | 1 a 5 | calculo | calculo |
| Daunorrubicina | 45 mg | 1 a 2 | calculo | calculo |

| Droga | Dosis x m2 dia | Dias | Dosis total para su paciente | Total de frascos/envases |
|--------------|----------------|--------|------------------------------|--------------------------|
| Citarabina | 100 mg | 1 al 5 | calculo | calculo |
| Mitoxantrona | 12 mg | 1 y 2 | calculo | calculo |

| Droga | Dosis x m2 dia | Dias | Dosis total para su paciente | Total de frascos/envases |
|----------------|----------------|---------------------------|------------------------------|--------------------------|
| Vincristina | 1.5 mg | 1,8,15,22 | calculo | calculo |
| Daunorrubicina | 40 mg | 1,8,15,22 | calculo | calculo |
| Prednisona | 60 mg | 1 a 22 | calculo | calculo |
| L-asparaginasa | 10000 UI | 8,10,12,15,17,19,22,24,26 | calculo | calculo |

| Droga | Dosis x m2 | Dias | Dosis total | Total de |
|-------|------------|------|-------------|----------|
|-------|------------|------|-------------|----------|

| | | | | |
|------------------|-----------------------|---|-------------------------------------|---------------------------------|
| | dia | | para su paciente | frascos/envases |
| Ciclofosfamida | 100 mg | 36 | calculo | calculo |
| Daunorubicina | 45 mg | 1 a 3 | calculo | calculo |
| Vincristina | 1 mg | 1,8 y 15 | calculo | calculo |
| Citarabina | 75 mg | 36 al 39 43al 46 50al 53 57al 60 | calculo | calculo |
| Droga | Dosis x m2 dia | Dias | Dosis total para su paciente | Total de frascos/envases |
| Metotrexate | 1000 mg | 1,15,29,43 | calculo | calculo |
| 6-Mercaptopurina | 60 mg | durante 28 dias | calculo | calculo |
| Droga | Dosis x m2 dia | Dias | Dosis total para su paciente | Total de frascos/envases |
| Metotrexate | 20 mg | semanal por 12 meses | calculo | calculo |
| 6-Mercaptopurina | 60 mg | durante 365 dias | calculo | calculo |

Anexo C







