

Análisis de Procesos de adquisición de concentrados de factor de coagulación y su relación con el acceso espacial al medicamento de los pacientes en la provincia de Salta

Julio 2018 a junio 2019



■ **Por María Sol Cruz**

■ Bioquímica (UNL). Magister en Economía y Gestión de la Salud (ISALUD). Especialista en Hematología (UNT). Especialista en Salud Social y Comunitaria (UNT). Presidente Fundación de la Hemofilia de Salta. Responsable del Área Hemofilia Programa de PN y EPF Ministerio de Salud de Salta. Directora técnica laboratorio CEDINOR.

■ Director de Tesis: Mg. Ing. Marcos Ottogalli
Co-Directora de Tesis: Esp. Cra. Analía Sesta
Jurados: Mg. Mariano Ratto, Mg. Luciano Pezzuchi, Mg. Sebastian Marotz
Noviembre 2022

Introducción

La disponibilidad de medicamentos y su debido acceso constituye un componente básico del derecho humano a la salud, en el cual la permanente accesibilidad en los servicios de salud tiene una importancia sanitaria indiscutible. Sin embargo, de acuerdo a lo señalado por la OPS (2009) el acceso a los medicamentos presenta serias dificultades. Por un lado, se encuentran los problemas de acceso a servicios sanitarios de población vulnerable, sumado a ello los limitados niveles de cobertura que ofrecen los sistemas de salud, y por último las limitaciones de las redes de distribución de medicamentos. Esta situación se complejiza cuando

se analiza el acceso de los medicamentos de alto costo que requiere determinada población.

No obstante, existen enfermedades graves y generalmente de baja prevalencia, llamadas enfermedades catastróficas o poco frecuentes, como es la Hemofilia. De acuerdo con la Federación Mundial de Hemofilia (2012) la hemofilia es “un desorden hemorrágico hereditario y congénito vinculado al cromosoma X, provocado por la deficiencia del factor VIII de coagulación (FVIII) (en el caso de la hemofilia A) o del factor IX (FIX) (en el caso de la hemofilia B). La deficiencia es el resultado de las mutaciones de los respectivos genes de los factores de coagulación”.

Esta enfermedad tiene un alto impacto económico porque requieren de medicamentos de alto costo (MAC). Los concentrados de factor de coagulación (CFC) para el tratamiento de personas con hemofilia y otros trastornos de la coagulación hereditarios, son medicamentos indispensables, preservadores de la vida, y de costo relativamente elevado en comparación con otros medicamentos.

Cabe aclarar que la administración regular del CFC (tratamiento llamado profilaxis), en tiempo y cantidad adecuada, mejora la coagulación y equipara la expectativa de vida con la del resto de la población. Sin embargo, datos estadísticos evidenciaron que solo el 25% de las personas que padecen hemofilia en el mundo, reciben tratamiento adecuado (Srivastava, 2012).

Las evidencias científicas muestran dificultades de acceso a medicamentos que se registran para los servicios de salud. En primer lugar, la distribución geográfica (lugar de residencia del paciente) que excluye a todas aquellas personas que residen a una distancia considerable de un centro de atención a la salud y/o de una farmacia privada o pública. En segundo lugar, aspectos culturales que se registran cuando el modelo médico entra en colisión con la cultura popular prevalente. Y en tercer y último lugar, tipo de cobertura y aspectos legales cuando los sistemas de protección a la salud no disponen de los recursos para satisfacer las necesidades sanitarias de la población cubierta o no incluye determinadas prestaciones en su cartera de servicios (OPS, 2009).

En el estudio realizado por Leroy et al., (2019), se llevó a cabo un análisis del acceso espacial a los CFC que requieren los pacientes con hemofilia que viven en la región Ródano-Alpes de Francia (Leroy, Freyssenge, Renard, & Tazar, 2019). Los resultados demuestran que la distancia y el aislamiento geográfico son los principales obstáculos para el acceso a la atención médica y en la salud pública la perspectiva geográfica y el análisis espacial son herramientas importantes para la toma de decisiones. La disponibilidad de atención debe extenderse uniformemente por todo el territorio

a fin de proporcionar a la población un acceso racional a las instalaciones asistenciales.

El acceso influye en los consumidores (pacientes con hemofilia) y los sistemas de adquisición de medicamentos (CFC) en tres formas: uso del servicio, satisfacción del consumidor y práctica del sistema. La teoría de Penchansky y Thomas definieron el acceso como el grado de ajuste entre el consumidor y el servicio; mejor es el ajuste, mejor el acceso. Y sostuvieron que el acceso es fundamental para los servicios de salud (Saurman, 2016).

En nuestro país, en el año 2018 el Ministerio de Salud de la Nación (que incluye al Programa Federal Incluir Salud), PAMI, IOMA y la Superintendencia de Servicios de Salud, llevaron a cabo por primera vez en Argentina la compra conjunta por Licitación Pública Nacional (N° 80/0004-LPU 2018) de medicación de factor VIII, para tratamiento de profilaxis para personas con Hemofilia A. A partir del 2 de julio de ese año comenzó a dispensarse el Factor VIII, plasmático o recombinante (según lo prescripto), de la marca comercial adquirida a través de la compra conjunta.

Es decir que, en el periodo de estudio existieron diferentes procesos de adquisición para CFC en la provincia de Salta; el utilizado por el Instituto Provincial de Salud de Salta (IPSS), quien realizó la adquisición por convenio y el implementado por primera vez en la Argentina, donde se incluyó al Programa Federal Incluir Salud (PFIS), una licitación pública, compra conjunta.

Frente a ello el presente trabajo de investigación propone un análisis sobre los procesos de adquisición de concentrados de factor de coagulación y su relación con el acceso espacial al medicamento de los pacientes en provincia de Salta. El mayor caudal de pacientes con hemofilia cuenta con cobertura de la obra social provincial IPSS y el PFIS, por lo que se los consideraron para el análisis de esta investigación, en el período julio 2018 a junio 2019.

Ante lo descripto este estudio se propuso por objetivo general analizar las características de los procesos de adquisición de concentrados de factor de coagulación (CFC) y la relación con el acceso espacial al medi-

camiento que tuvieron los pacientes con hemofilia en la provincia de Salta (julio 2018 a junio 2019).

Metodología

El presente trabajo fue diseñado bajo el planeamiento metodológico del enfoque cuantitativo, descriptivo, no experimental, retrospectivo y transversal. La población para esta investigación son los pacientes con hemofilia registrados en la Fundación Hemofilia Salta (FHS) que tenían cobertura del IPSS y del PFIS, en el período julio 2018-junio 2019. La muestra se define por 42 beneficiarios con hemofilia con tratamiento en profilaxis con CFC. En este período el IPSS tenía 18 beneficiarios con Hemofilia y el PFIS en la provincia de Salta tenía a cargo 24 beneficiarios con Hemofilia.

Las técnicas de recolección de datos son de tipo secundaria mediante análisis de documentos y registros de historias clínicas. En cuanto al procesamiento de datos, se procedieron a ordenar los datos a su tabulación, y presentación de los resultados en cuadros y gráficos a partir de la elaboración de la matriz de datos, a través del programa Power Bi Desktop.

Resultados

El estudio tomó como muestra a 24 pacientes del PFIS y 18 pacientes pertenecientes a la obra social IPSS, con diagnóstico de hemofilia. Del análisis de los datos se

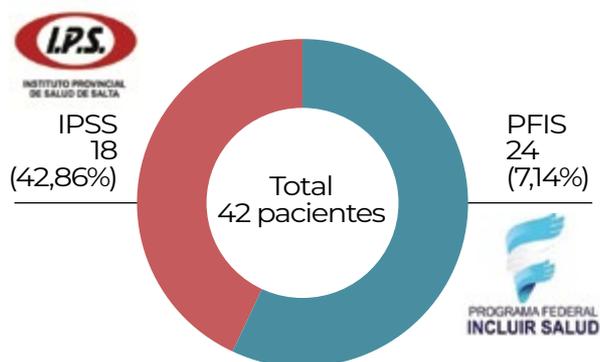
ha realizado un recuento de la totalidad de pacientes agrupando a cada uno de ellos de acuerdo a la cobertura de salud correspondiente.

El gráfico N°1 muestra que del total pacientes tomados para el estudio, el 42,86% es de IPSS y el 57,14% pertenecen a PFIS.

El gráfico N°2 muestra el recuento total de pacientes con diagnóstico de hemofilia según rango etario. De acuerdo a la gráfica, 9 pacientes se ubican en el rango etario de 0 a 10 años, 18 pacientes de 10 a 20 años, 10 pacientes se ubican en el rango de 20 a 30 y 30 a 40 años, 4 de ellos tienen de 40 a 50 años y 1 es mayor a 50 años.

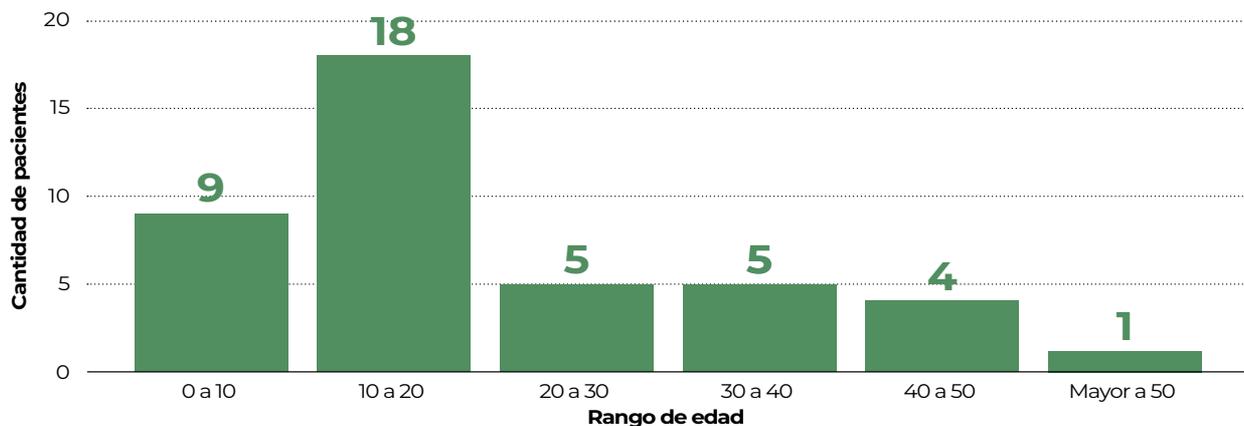
El gráfico N°3 muestra el recuento de pacientes con hemofilia según CFC del PFIS. De acuerdo a la gráfica

Gráfico 1. Recuento de pacientes con hemofilia según cobertura



Fuente: Elaboración propia (en base a datos FHS)

Gráfico 2. Recuento total de pacientes con hemofilia según rango etario



Fuente: Elaboración propia (en base a datos FHS)

22 pacientes realizan tratamiento con CFC VIII y 2 pacientes con CFC IX.

El gráfico N°4 muestra el recuento de pacientes con hemofilia según CFC de IPSS. De acuerdo a la gráfica 1 pacientes realiza tratamiento con CFC VII y 16 pacientes con CFC VIII y 1 con CFC IX.

Tipo de Proceso de Adquisición de CFC utilizado por PFIS e IPSS en periodo Julio 2018 a Junio 2019

Sistema de Adquisición de PFIS

En su sistema de administración, el PFIS utiliza como modalidad frecuente la licitación pública. Solo en casos excepcionales se acude a la modalidad de compras directas, para aquellos casos en que los medicamentos no pudieron ser adjudicados en las licitaciones.

De acuerdo a lo expuesto y a partir del análisis documental es posible referir a los procesos de adquisición de CFC utilizado por el PFIS. Los documentos mostraron que en el año 2018 (periodo del estudio) se ha realizado la primera licitación conjunta (con PAMI, IOMA y Ministerio de Salud de la Nación), para la ad-

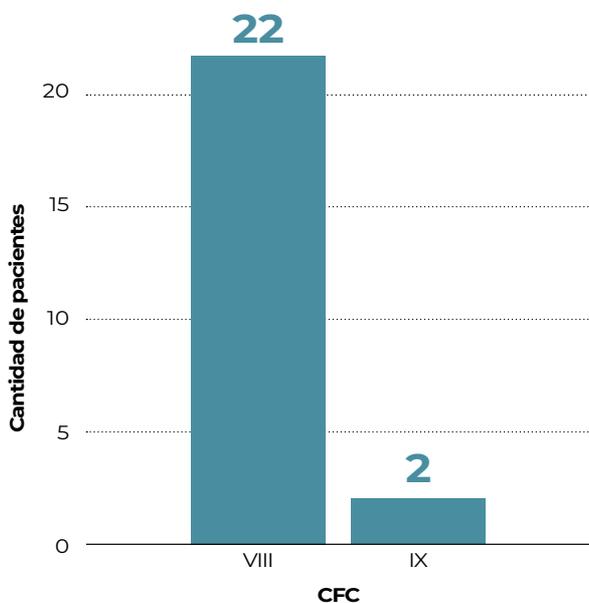
quisición del Factor VIII para el tratamiento de la Hemofilia tipo A, con las firmas ganadoras PFIZER S.R.L. y CSL BEHRING S.A., para la compra de medicamentos de Concentrados de Factor VIII mediante la Decisión Administrativa 866/2018.

Sistema de Adquisición de IPSS

Para el caso de IPSS, la metodología de adquisición de medicamentos difiere de la anterior, debido a que las obras sociales suministran medicamentos a sus afiliados a través de convenios con las Cámaras de Farmacias, droguerías o laboratorios, a un valor inferior del precio de venta al público (PVP).

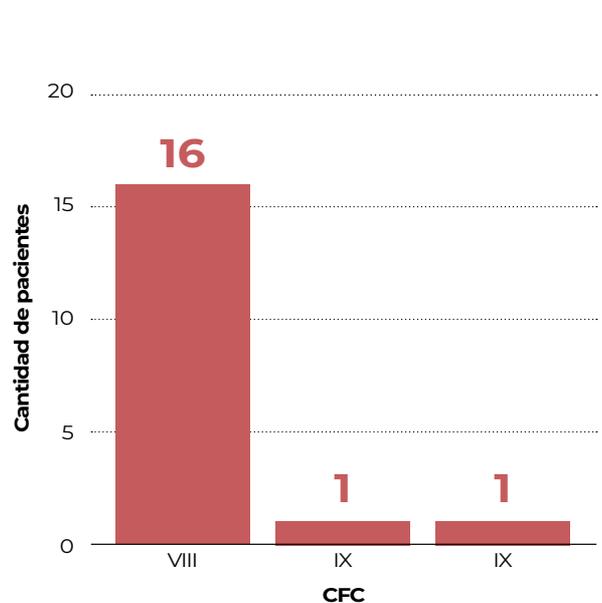
Lo descripto permite indicar que IPSS utiliza el proceso de adquisición de CFC mediante la contratación por convenio privado con la Cámara de Proprietarios de Farmacias de Salta. Cabe resaltar que este proceso se encuentra avalado mediante la Resolución Interna N° 133 D en el año 2009 en el que incorpora la provisión de fármacos específicos de planes especiales, en este caso el CFC que se expen-

Gráfico 3. Recuento de pacientes con hemofilia según CFC de PFIS



Fuente: Elaboración propia (en base a datos FHS)

Gráfico 4. Recuento de pacientes con hemofilia según CFC de IPSS



Fuente: Elaboración propia (en base a datos FHS)

den en las Farmacias Privadas adheridas, sin cargo a los afiliados IPSS.

A continuación, se analiza los datos hallados que refieren a la Cantidad de Medicación Prescrita para Profilaxis por médico tratante según factor en relación con la cantidad de medicación entregada por PFIS e IPSS. En primer lugar, se exponen los datos de medicación según factor (VIII y IX), entregadas por PFIS.

Medicación Prescrita vs. Cantidad Entregada por PFIS e IPSS.

El gráfico N°5 evidencia los porcentajes de la medicación prescrita vs. recibida de PFIS en los meses tratantes del estudio. De acuerdo a la gráfica en el mes de julio el porcentaje de cobertura es del 100% y agosto 95.83%. Los niveles de cobertura descienden en los meses de septiembre y octubre en un 91.67%, en noviembre este descenso logra un 87.50%. Luego en periodo de diciembre alcanza un 95.83%. En enero el valor de cobertura es de 83.33%, obteniendo su pico de descenso máximo en el mes de febrero en un 79.17% promedio de cobertura. En los meses siguientes, febrero a mayo

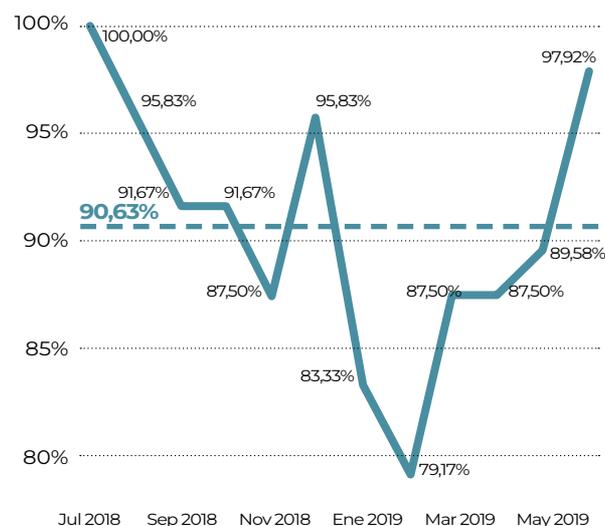
los valores ascienden, estableciéndose en junio una cobertura de 97.92%.

El gráfico N°6 muestra los porcentajes de la medicación Prescrita vs. Recibida de la Obra Social IPSS en los meses del estudio, periodo Julio 2018 a Junio 2019. De acuerdo a la gráfica en julio el porcentaje de cobertura es de 94.44% y agosto del 88.89%. Los niveles de cobertura descienden en los meses de septiembre y octubre en un 88.89%, en noviembre el valor recae en un 83.33%, logrando su pico de descenso máximo en el mes de enero con un 77.78% promedio de cobertura. En los meses siguientes, marzo a mayo este logra ascender, estableciéndose en junio en un porcentaje de cobertura de 100%.

Para el caso de IPSS los factores que originaron los descensos máximos de los niveles de cobertura se deben a la falta de actualización de expedientes en los tiempos de renovación previstos por la obra social que fueron profundizados en la dimensión de requisitos administrativos y de organización que impone IPSS.

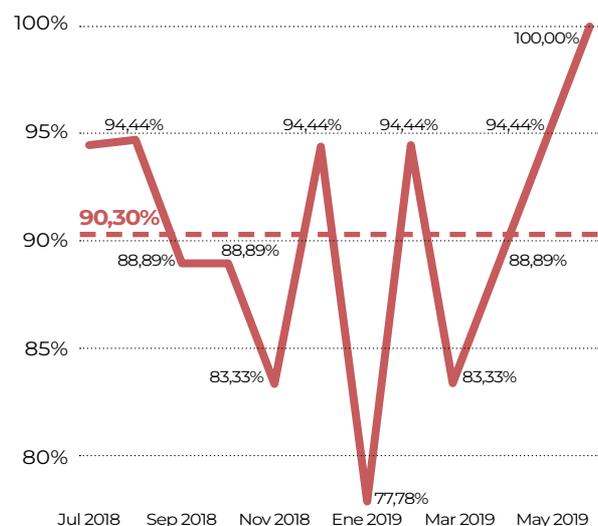
La siguiente dimensión que se pone en análisis es la de accesibilidad geográfica. Esta se analiza considerando el recorrido en kilómetros que el paciente reali-

Gráfico 5. Total de Medicación Prescrita VS Recibidas del CFC (VIII y IX) en PFIS



Fuente: Elaboración propia (en base a datos FHS)

Gráfico 6. Total de Medicación Prescrita VS Recibidas del CFC (VII, VIII y IX) en IPSS



Fuente: Elaboración propia (en base a datos FHS)

za y el tiempo de traslado (medidos en minutos), para la obtención de su medicación.

De acuerdo al gráfico N°7es posible indicar que el promedio de tiempo en total que necesitan recorrer los pacientes es de 3,56 hs. Los pacientes de la localidad Salvador Mazza recorrieron en promedio 7.45 hs, los de la localidad de Paraje Tobatirenda-Aguaray 7.17 hs en promedio. Los pacientes de la localidad de Tartagal necesitan 6.2 hs, los de Oran 5.45 hs, los de El Quebrachal 3.35 hs, los de la localidad Molinos- Paraje Humanao 4.3 hs, de General Güemes 1.45 hs, Vaqueros 1.05 hs, Atocha-San Lorenzo 0.49 hs y por último los pacientes que residen en la localidad de Salta Capital necesitan 0.55 hs.

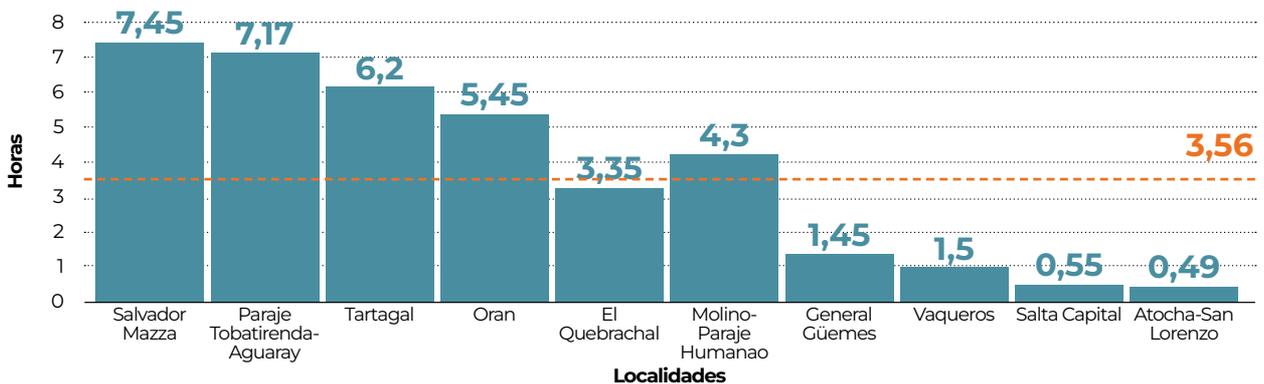
De acuerdo al gráfico N°8es posible indicar que el promedio en distancia recorridas en kilómetros alcanza los

181,19 km. Los pacientes de la localidad Salvador Mazza recorren 431.8 km, los de la localidad de Paraje Tobatirenda-Aguaray recorren 420 km en promedio. Los pacientes de la localidad de Tartagal necesitan recorrer 378 km, los de Oran 298.9 km, los de El Quebrachal 248 km, los de la localidad Molinos- Paraje Humanao 197 km, de General Güemes 58 km, Vaqueros 44.5 km, Atocha-San Lorenzo 16 km y por último los pacientes que residen en la localidad de Salta Capital necesitan recorrer 9.8 km.

A continuación, se procede a analizar las dimensiones del acceso espacial (disponibilidad y accesibilidad geográfica) a la medicación (CFC) que tuvieron los pacientes beneficiarios del IPSS, en el período julio 2018 a junio 2019.

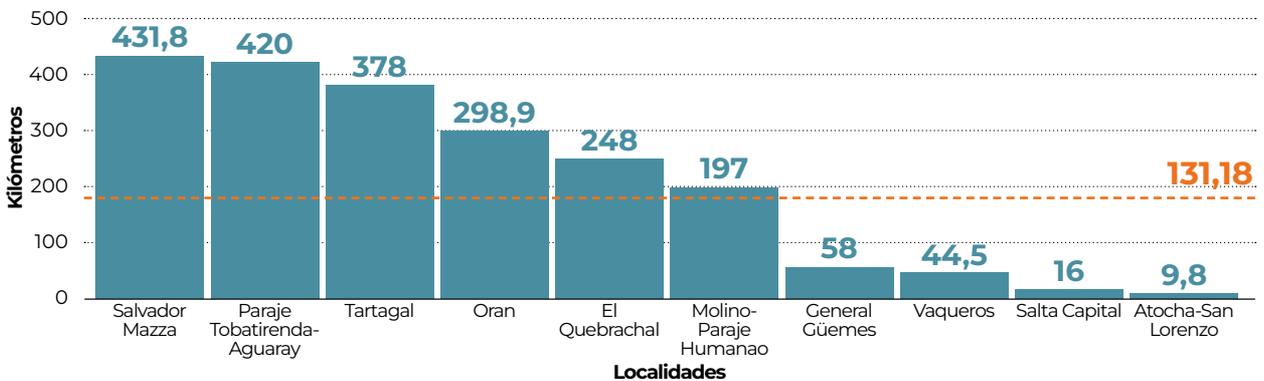
De acuerdo al gráfico N°9 es posible indicar que el promedio en distancia recorridas en horas por los pacientes

Gráfico 7. Localidades de pacientes y distancia promedio al lugar de entrega de la medicación en horas del PFIS



Fuente: Elaboración propia (en base a datos FHS)

Gráfico 8. Localidades de pacientes y distancia promedio al lugar de entrega de la medicación en kilómetros del PFIS



Fuente: Elaboración propia (en base a datos FHS)

en total es de 2,04 hs. Los pacientes de la localidad de Tartagal recorrieron en promedio 3.78 hs, los pacientes de Apolinario Saravia 2.5 hs, 1.81 hs para los residentes en Rosario de la Frontera, 1.43 hs para los de la localidad de Metán, 0.41 hs para El Carril, 0.38 hs para San Lorenzo y 0.36 hs para los que residen en la zona de Salta Capital.

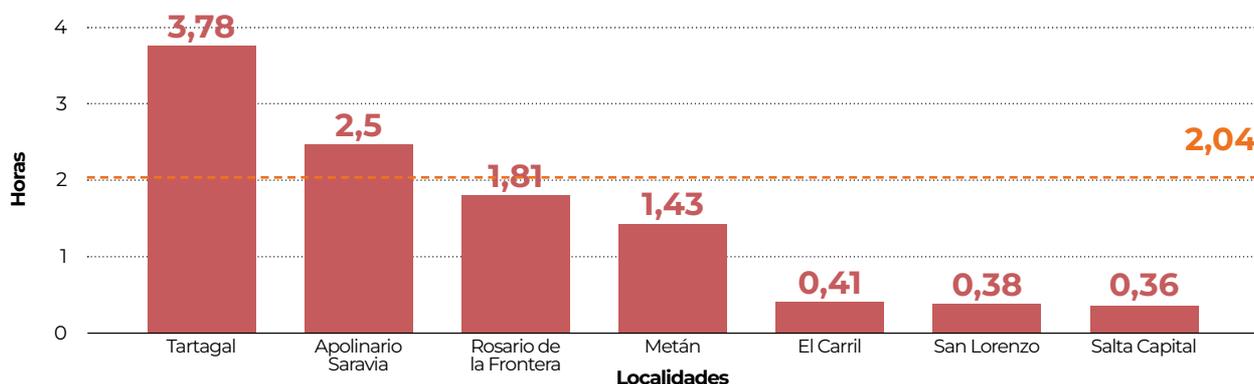
De acuerdo al gráfico N°10 los pacientes recorrieron promedio de 84.19 km en total. Los pacientes de Tartagal recorrieron en promedio 378 km, los pacientes de Apolinario Saravia 250.3 km, 180.9 km para los residentes en Rosario de la Frontera, 143.4 km para los de la localidad de Metán, 44.6 km para El Carril, 11 km para San Lorenzo y 7.25 km para los que residen en la zona de Salta Capital.

De acuerdo al gráfico N°11 se evidencia los gastos mensuales del total de medicación entregados

a pacientes para tratamiento de hemofilia en PFIS. En el periodo de Julio se gastó \$1.957.631, en Agosto \$2.043.329. Septiembre y Octubre se gastó \$2.013.98 en cada periodo. Mes de Noviembre \$2.298.990, Diciembre \$ 2.414.089, Enero \$1.96.382, Febrero desciende a \$660.393 y Marzo \$ 777.796, Abril \$1.767.223 y mayo y junio \$1.811.249 en cada mes. Los gastos totales de medicación de CFC (VIII y IX) entregada por PFIS fue de \$20.966.287.

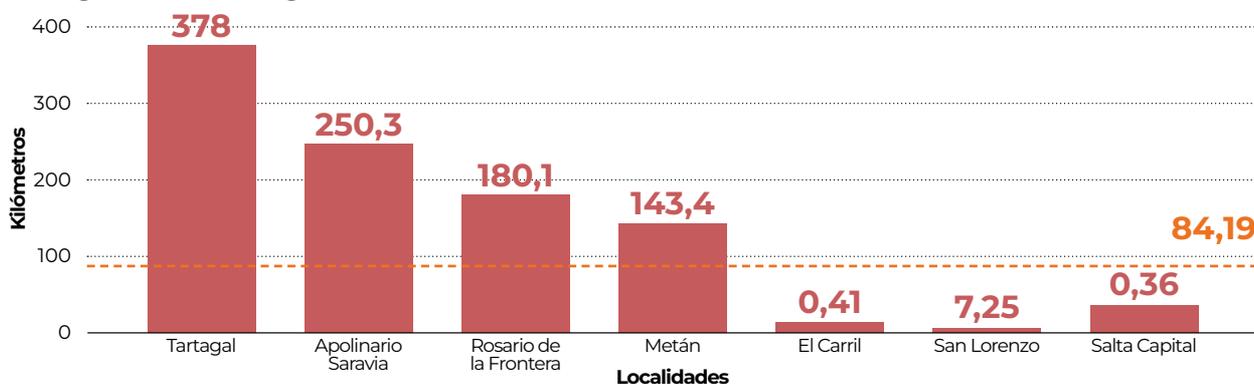
De acuerdo al gráfico N°12 se evidencia los gastos mensuales del total de medicación (CFC) entregadas a pacientes de IPSS. En el mismo se observa variabilidad de precios en la medicación en los meses correspondientes que parten de los \$17.182.020,32 a \$35.778.886,96 a causa de que el sistema de adquisición

Gráfico 9. Localidades de pacientes y distancia promedio al lugar de entrega de la medicación en horas del IPSS



Fuente: Elaboración propia (en base a datos FHS)

Gráfico 11. Localidades de pacientes y distancia promedio al lugar de entrega de la medicación en kilómetros del PFIS



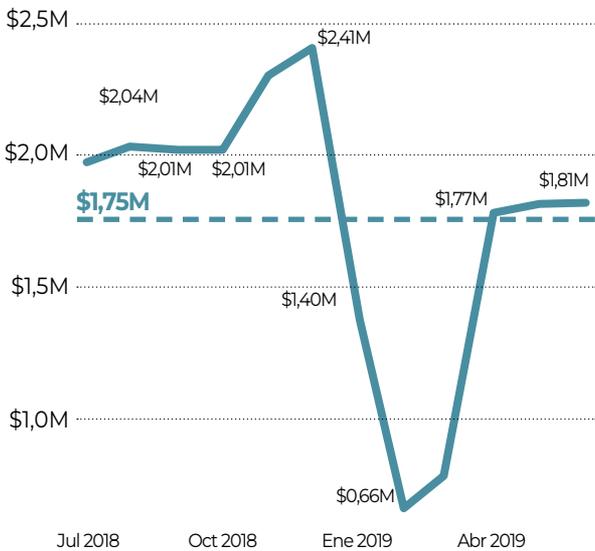
Fuente: Elaboración propia (en base a datos FHS)

de CFC utilizado por la obra social es por compras por convenio. Los gastos totales de medicación de CFC (VII, VIII y IX) entregada por IPSS fue de 281.743.696,74.

A continuación, se presentan el gasto promedio por UI recibida y consumo de UI en gráficos lineales

les que permitirá una mejor comprensión. El gráfico N°13 describe los consumos de UI y Gasto de UI del Factor VIII en PFIS. La curva de consumo en el mes de julio se posiciona en 330.000 UI el cual desciende en los meses siguientes hasta el periodo de

Gráfico 11. Gastos Mensuales del Total de Medicación (CFC) entregadas de PFIS



Fuente: Elaboración propia (en base a datos FHS)

Gráfico 12. Gastos Mensuales del Total de Medicación (CFC) entregadas por IPSS



Fuente: Elaboración propia (en base a datos FHS)

Gráfico 13. Consumo y Gasto de UI del Factor VIII de PFIS



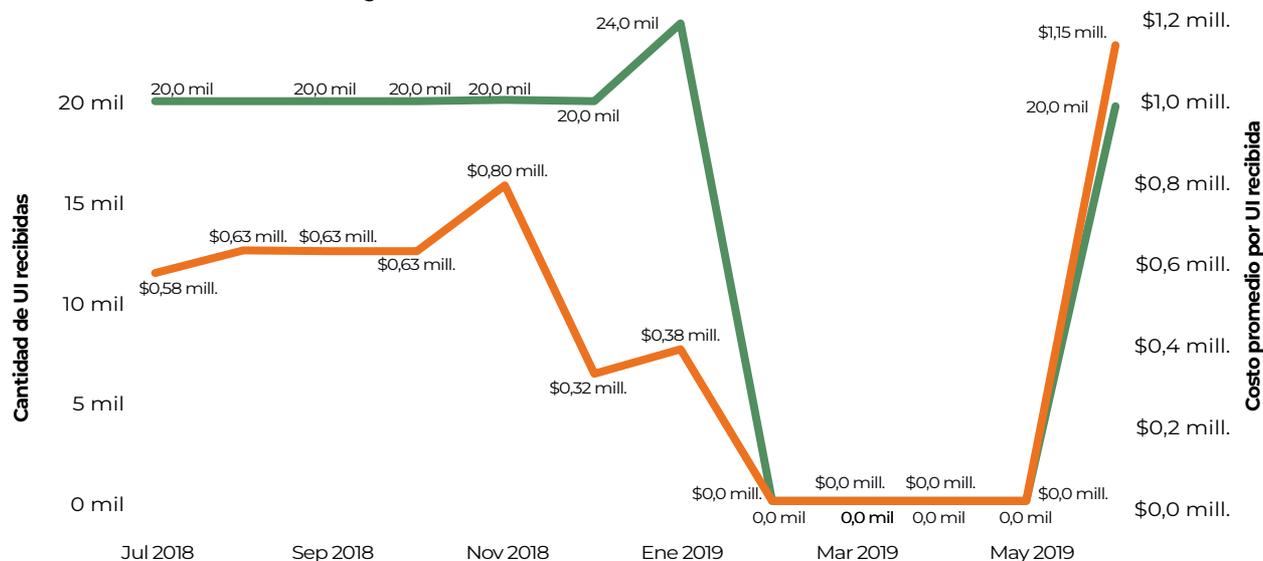
Fuente: Elaboración propia (en base a datos FHS)

noviembre. En diciembre marca un pico de consumo de 324.000 UI y mes de enero desciende bruscamente y registra un consumo de 258.0000. Los meses siguientes se visualiza ascendencia hasta el mes de mayo y junio con un consumo de 342.000 UI en cada periodo. La línea de gasto en el mes de julio de 2018 registra un valor de \$36.689, logrando un pico en el mes de diciembre de \$80.328 que desciende en enero

y asciende en los próximos meses estabilizándose en mayo y junio en \$82.330.

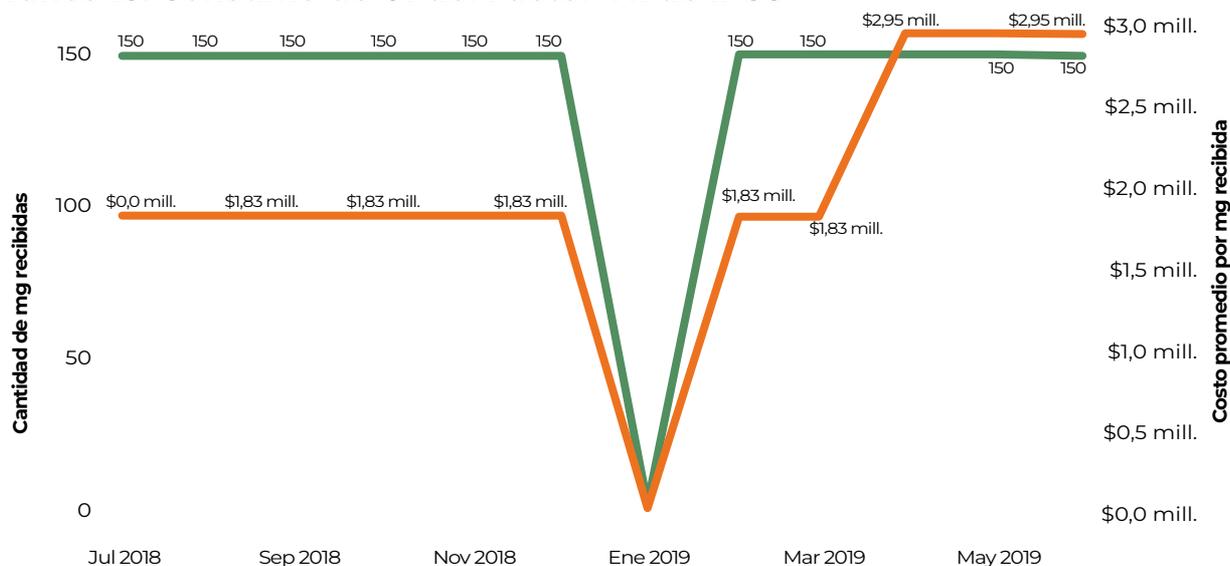
El gráfico N°14 describe los consumos de UI y Gasto de UI del Factor IX en PFI<S. La curva de consumo inicia en el mes de Julio el cual se mantiene estable hasta el mes de diciembre con registro de 20.000 UI en cada periodo. Mes de Enero el consumo asciende levemente y los meses de febrero a mayo no se regis-

Gráfico 14. Consumo y Gasto de UI del Factor IX de PFIS



Fuente: Elaboración propia (en base a datos FHS)

Gráfico 15. Consumo de UI del Factor VII de IPSS



Fuente: Elaboración propia (en base a datos FHS)

tran consumos. Mes de junio la curva evidencia consumo de 20.000 UI.

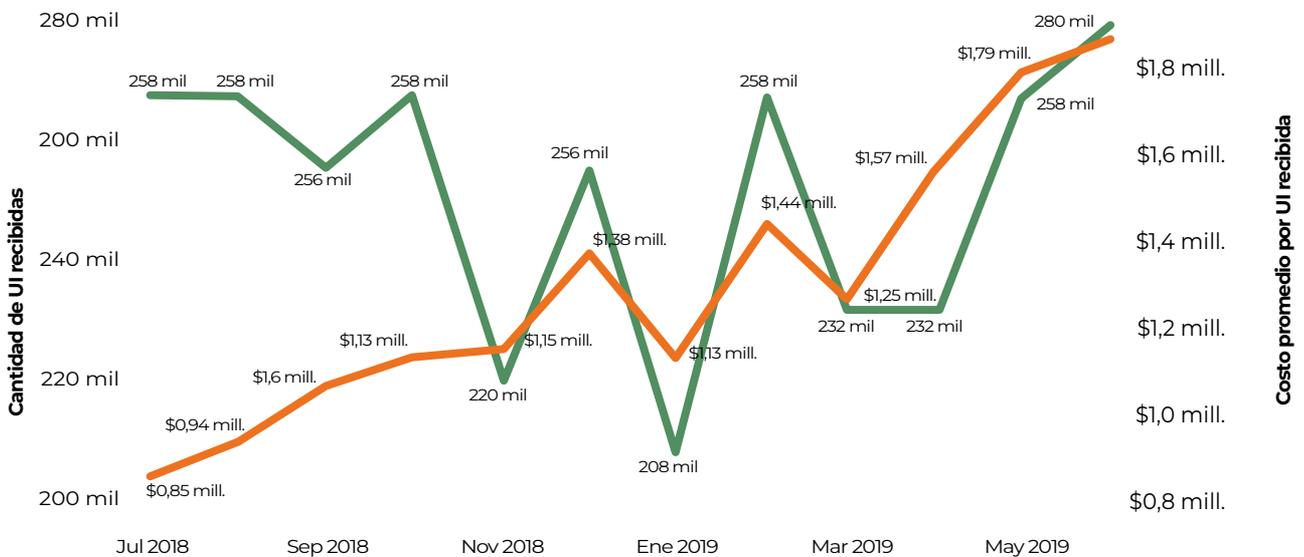
La línea de gasto en el mes de Julio de 2018 registra un valor de \$36.689, logrando un pico en el mes de diciembre de \$80.328 que desciende en enero y asciende en los próximos meses estabilizándose en mayo y junio en \$82.330.

El gráfico N°15 describe los consumos de UI y Gasto de mg del Factor VII en IPSS. La curva de consumo ini-

cia en el mes de Julio el cual se mantiene estable hasta el mes de diciembre con registro de 150 mg en cada periodo. Mes de Enero no se registra consumo, luego los meses de febrero a junio los consumos se estabilizan en 150 mg mensual.

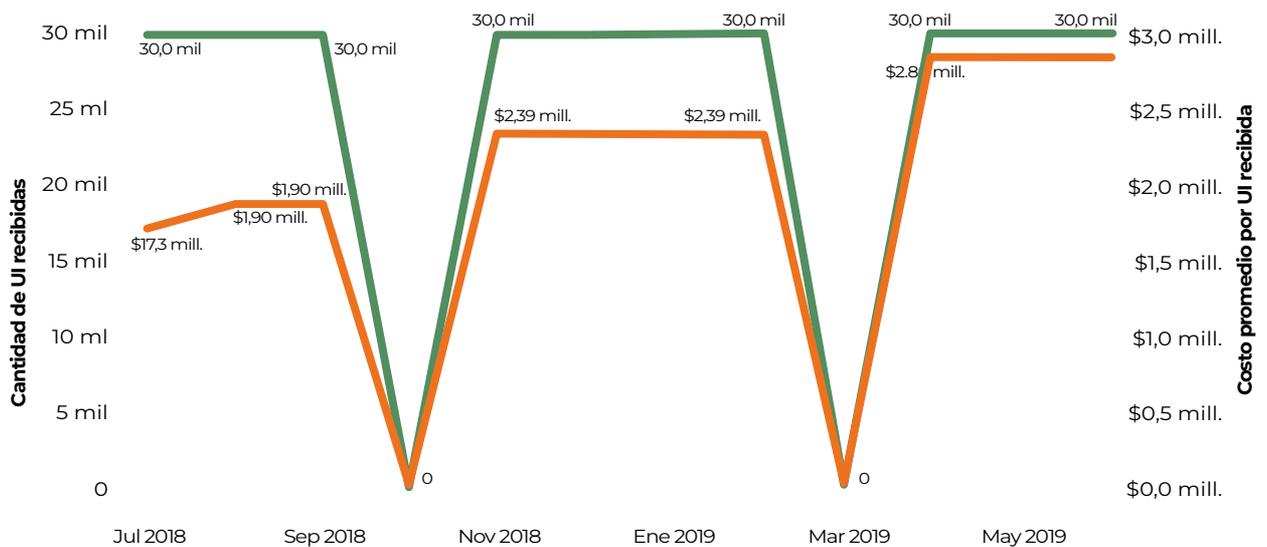
La línea de gasto en el mes de julio a marzo se registra un valor de 1.825.477 mensuales, este asciende en periodo de abril a junio por un valor de \$2.951.794

Gráfico 16. Consumo de UI del Factor VIII de IPSS



Fuente: Elaboración propia (en base a datos FHS)

Gráfico 17. Consumo de UI del Factor IX de IPSS



Fuente: Elaboración propia (en base a datos FHS)

mensuales por igual cantidad de consumo de los meses anteriores.

El gráfico N°16 describe los consumos de UI y Gasto de UI del Factor VIII en IPSS. El mes de Julio y agosto registra un consumo de 268.000 UI por periodo, marcando una baja en el mes de septiembre de 256.000 UI consumidas. Los meses siguientes de octubre hasta abril, la curva se muestra con variabilidad de ascendencia y descendencia en periodos, registrando subida de consumo en mes de mayo y el mes de junio es el periodo de mayor consumo con registro de 280.000 UI. La línea de gasto en el mes de julio de 2018 registra un valor de \$36.689, logrando un pico en el mes de diciembre de \$80.328 que desciende en enero y asciende en los próximos meses estabilizándose en mayo y junio en \$82.330.

El gráfico N°17 describe los consumos de UI y Gasto de UI del Factor IX en IPSS. La curva de consumo inicia en el mes de Julio el cual se mantiene estable hasta el mes de septiembre con registro de 30.000 UI en cada periodo. Mes de octubre no se registra consumo y los meses noviembre a enero el consumo asciende en 30.000 UI mensuales. Mes de Marzo nuevamente no se registra consumo, elevándose nuevamente los consumos en los meses de abril a junio en 30.000 UI mensuales.

La línea de gasto en el mes de Julio de 2018 registra un valor de \$1.725.726 el cual asciende en agosto

y septiembre a un valor de \$1.898.299. Los meses de noviembre, diciembre, enero y febrero los gastos ascienden a \$2.391.857 a iguales valores de consumo con otros periodos. Finalmente, los meses de abril a junio los valores vuelven a ascender a un valor de \$2.870.228 a iguales cantidades de consumo de UI.

Mediante los datos expuestos se procede a expresar en cuadro comparativo los valores hallados relacionados a consumo y gasto de UI de PFIS e IPSS.

La tabla 1 permite evidenciar una clara comparativa en los consumos y gastos de UI incurridos por PFIS e IPSS en los periodos de análisis. Para el caso de PFIS el consumo de UI de FVIII es de 3.726.000 UI con un gasto de \$ 13.012.427,00 , el consumo de UI de FIX es de 164.000 UI con un gasto de \$ 9.561.235,41. Para el caso de IPSS el consumo de UI de FVII es de 1650 mg con un gasto de \$ 23.459.198,00, el FVIII marca consumo de UI de 3.024.000 UI con un gasto de \$ 250.047.885,46 y el FIX un consumo de UI de 301.800 con un gasto de \$ 23.700.433,84. En resumen el Gasto total del FVIII y FIX en PFIS es de \$ 22.573.662,41 e IPSS \$ 297.207.517,30.

Conclusión

Al inicio de esta investigación se planteó como problemática central sobre las características de los procesos de adquisición de concentrados de factor de coagulación (CFC) y la relación con el acceso espacial al medi-

Tabla 1. Consumo de UI del Factor IX de IPSS

Consumos-Gastos	PFIS-24 pacientes	IPSS-18 pacientes
Consumo de UI de F VII	—	1.650 mg
Consumo de UI de F VIII	3.726.000 UI	3.024.000 UI
Consumo de UI de F IX	164.000 UI	300.000 UI
Gasto de F VII	—	\$23.459.198,00
Gasto de F VIII	\$13.012.427,00	\$250.047.885,46
Consumo Total F IX	\$9.561.235,41	\$23.700.433,84
Consumo Total (F VIII-F IX)	3.890.000 UI	3325.800 UI
Consumo total (F VI)	—	1.650 mg
Gasto Total	\$22.573.662,41	\$297.207.517,30

Fuente: Elaboración propia

camento que tuvieron los pacientes con hemofilia en la provincia de Salta (julio 2018 a junio 2019).

Desde el análisis de las dificultades de acceso a los CFC proveniente de PFIS e IPSS los datos mostraron elevados niveles de cobertura en la entrega de medicación por parte de ambas instituciones. Se observó que las farmacias públicas o privadas logran dispensar de manera óptima los CFC a personas con Hemofilias, sin limitarlos en el acceso a la atención para el tratamiento y la prevención de episodios hemorrágicos. Esto se traduce en la disponibilidad inmediata del paciente en acceder a su medicación que de curso a su adecuado tratamiento. No obstante, esto no niega la necesidad de establecer mejoras en los sistemas de PFIS e IPSS que eleven los resultados detectados, específicamente si se observan los datos que arrojan los niveles de cobertura por tipo de factor de coagulación suministrados para tratamiento profiláctico.

Los datos hallados en cuanto a la dimensión de disponibilidad, vinculada con la existencia física del medicamento propuesto por (Thomas y Penchansky, 1981), se observaron niveles elevados de disponibilidad de los CFC para el tratamiento de hemofilia tanto en PFIS como en IPSS, debido a que los promedios de cobertura de medicación superaron para ambos casos el 90% de efectividad.

En este último punto debe considerarse dos razones; los niveles de cobertura tanto de PFIS como de IPSS marcan valores más elevados de cobertura en el suministro de factor VIII, mientras que los valores más bajo recaen en la provisión del Factor IX (PFIS) y VII- IX (IPSS). Aquí se presentaron cuestiones (no profundizados para el estudio) en el cual determinados pacientes del PFIS hicieron eventos adversos a los concentrados de coagulación suministrados, requiriendo de manera repentina cambio de medicación (factor de coagulación) para continuar el tratamiento de la hemofilia.

Los resultados también merecen su interpretación desde la teoría de accesibilidad que propone un análisis mediante la combinación de dos factores: la disponibilidad del centro de atención y su propia accesibilidad

señalado por Luo y Wang (Citado por Arnaudo, 2017). Desde el presente modelo teórico, los resultados de accesibilidad geográfica evidenciaron que los beneficiarios del PFIS duplican el recorrido de distancia en horas y kilómetros frente a los de IPSS. Esto se debe a que los beneficiarios del programa residen en zonas más alejadas en comparativa a los de IPSS. De allí es posible afirmar que la problemática de accesibilidad geográfica se acentúa en mayor medida en los pacientes pertenecientes al programa quienes recorren mayor distancia en kilómetros y horas para adquirir su medicación. Esto denota la existencia de barreras geográficas expresadas por Penchansky y Thomas (1981) debido a que condicionan el traslado, el tiempo, la movilidad y distancia geográfica que dificultan la llegada de los pacientes del PFIS. En términos de Tobar (2002), están excluidos del acceso a los medicamentos todas aquellas personas que residen a más de dos horas de distancia a pie o por medio de transporte público de un centro atención (servicio de salud) y/o de dispensa (farmacia comercial o pública).

De lo expuesto hasta el momento permite la siguiente consideración, se destaca que el acceso espacial de accesibilidad a los CFC para persona con hemofilia de la Provincia de Salta, es buena para el tratamiento profiláctico, pero es desigual para aquellos pacientes que requirieron de cambio de dosis de manera emergente. En este sentido no cabe duda que el acceso a la medicación de los CFC debe ajustarse a las necesidades sanitaria, proporcionando equidad en el tratamiento a pacientes ya que es un derecho fundamental de toda la población que padece hemofilia.

En cuanto a los procesos de adquisición utilizados para cada sistema, para el caso de PFIS de la Provincia de Salta su sistema de administración se caracteriza por la modalidad de licitación pública llevada a cabo por el Ministerio de Salud Pública de la Nación. Sin embargo, como fue referido más arriba, se presentaron casos excepcionales en el cual ciertos pacientes hicieron eventos adversos, exigiendo que el programa acuda a la modalidad de compras directas para la ad-

quisición de medicamentos que no fueron adjudicados mediante licitaciones (factor VII y IX). Para el caso de IPSS se conoció que su metodología de adquisición de medicamentos se basa en el suministro de medicamentos a sus afiliados a través de convenios. Es decir que el proceso de adquisición de CFC provisto por la obra social fue la contratación por convenio privado con la Cámara de Propietarios de Farmacias de Salta, que para el caso de los CFC que se expenden en las Farmacias Privadas adheridas, sin cargo a sus afiliados.

Los resultados de los procesos de adquisición implementados por cada sistema, evidenciaron nuevas aristas de análisis del régimen de compras de medicación. Para el caso de IPSS el sistema de compra admite flexibilidad en los casos de cambios de dosis que requiera el paciente debido a que los medicamentos se compran de manera mensual. Para el caso de PFIS, el método de licitación pública se visualiza como un sistema rígido, poco flexible que no admite situaciones emergentes de cambio de dosis con facilidad, ya que las compras de medicación se realiza en grandes volúmenes y de manera anual. En este punto se pone en evidencia la necesidad de transformarse o mutarse a un modelo de sistema más abierto, que admita la participación de especialistas en la toma de decisiones de los procesos de licitación. La necesidad de incluir a médicos tratantes de hemofilia, organizaciones de hemofilia y autoridades reguladoras con experiencia en esta área se hace evidente pudiendo brindar conocimientos adecuados de los productos que se desean adquirir (calidad; efectividad-efectos secundarios) y que ello no se reduzca únicamente de una perspectiva económica por parte de los funcionarios públicos.

Por otro lado, el sistema de licitación pública de PFIS, dejó en evidencia la elevada brecha económica con el sistema de adquisición de medicamentos de las compras por convenio efectuadas por IPSS. Sin duda, esto recae en las barreras de entradas propias del mercado de medicamentos que facilitan prácticas monopolísticas donde la diferenciación del producto, la lealtad a la marca, la segmentación y concentración del

mercado son predominantes e influyentes en los resultados. En este sentido establecer un sistema nacional para la compra de concentrados de factor de coagulación, puede ayudar a garantizar que se seleccionen los mejores productos a los mejores precios.

Discusión

El presente estudio partió de un análisis de registro local de la Fundación de la Hemofilia de Salta, debido a que los datos del año 2018 evidenciaban 61 personas con diagnóstico de hemofilia en dicha ciudad. De allí se tomaron el mayor caudal de pacientes con hemofilia que se encontraban bajo cobertura de la obra social provincial IPSS y el PFIS. En base a ello, el estudio consideró pertinente profundizar en aspectos específicos de la hemofilia, valorando características de pacientes como: rangos etarios en el que se ubican, prevalencia de enfermedad según sexo, clasificación según diagnóstico obtenido y tipos de factor de coagulación que requieren los pacientes para llevar de manera acorde su tratamiento.

Sin embargo, la problemática refiere a que los CFC son de costo elevado en comparación con otros medicamentos. Basándonos en estadísticas, solo el 25% de las personas que padecen hemofilia en el mundo, reciben tratamiento adecuado según Srivastava (2012). Esto sumerge a comprender las dificultades de acceso a medicamentos al que se somete esta población. De acuerdo con Leroy et al., (2019) el acceso al tratamiento de personas con hemofilia, se ha convertido en una cuestión política importante y un problema de salud primordial en Francia. El estudio reporta que la distancia y el aislamiento geográfico son los principales obstáculos para el acceso a la atención médica y en una salud pública la perspectiva geográfica y el análisis espacial son herramientas importantes para la toma de decisiones.

Ahora bien, la accesibilidad espacial también debe ser analizada desde la dimensión de disponibilidad, vinculada con la existencia física del servicio de salud propuesto por (Thomas y Penchansky, 1981). Desde este modelo, el presente estudio logró determinar la disponibilidad de los medicamentos en relación con la exis-

tencia física de la medicación, valorando la entrega de la medicación periódica acorde al tratamiento del paciente. En este punto los datos hallados permiten confirmar que el PFIS e IPSS presentaron elevados niveles de disponibilidad de los CFC para el tratamiento de hemofilia, confirmado por los promedios de cobertura de medicación superaron para ambos casos el 90% de efectividad.

No obstante, la teoría de accesibilidad propuesta por Luo y Wang (Citado por Arnaudo, 2017), indica que este debe analizarse mediante la combinación de dos factores: la disponibilidad del centro de atención y su propia accesibilidad. Considerando este modelo teórico expuesto, los resultados hallados referidos a la accesibilidad geográfica, es decir, la distancia que debieron recorrer los beneficiarios del PFIS e IPSS, se tomaron desde su domicilio al lugar de entrega de la medicación, valorada en horas y kilómetros recorridos. Para el caso de los afiliados del PFIS, estos recorrieron un promedio de distancia de 3,56 horas y un promedio de 181,18 kilómetros. En el caso de IPSS el promedio en distancia recorridas en horas por los pacientes es de 2,04 horas y el promedio alcanza los 84,19 kilómetros.

Un punto importante que merece de especial atención, se vincula con las características geográficas de la provincia de Salta, debido a que esta abarca todo tipo de paisajes desde la aridez del desierto puneño, pasando por valles y quebradas pronunciadas en el centro de la Provincia que los pacientes deben recorrer para la obtención de su medicación. La característica regional de la provincia se presenta como barrera geográfica expresadas por Penschansky y Thomas (1981) debido a que condicionan el tiempo y distancia geográfica, dificultando la llegada de los pacientes del PFIS. Esto queda evidenciado en términos numéricos en la duplicidad de valores en horas y kilómetros que alcanza, considerando que los beneficiarios de PFIS residen en zonas más alejadas en comparativa a los de IPSS.

El estudio también determino los costos económicos que les implica de manera mensual la adquisición del medicamento (CFC) para pacientes beneficiarios del PFIS y de IPSS en los periodos de julio 2018 a junio

2019, que luego permita una relación con los procesos de compras señalados anteriormente. De acuerdo a los datos expuestos, es factible discriminar los valores mensuales gastados por PFIS para la compra de cada factor (julio 2018 a junio 2019). Los importes que se presentaron se encuentran expresados en pesos, moneda Argentina; Iniciando el análisis por el factor VIII, la media del gasto total fue de \$1.080.000 mensual. La compra del factor IX representó un gasto de \$ 850.000 mensuales. Promediando los costos de ambos factores es posible referir a un gasto mensual de \$1.750.000. Para el caso de IPSS, la compra del factor VII \$1.950.000 mensual, el factor VIII \$20.840.000 mensuales y el factor IX \$1.980.000 mensual. Promediando los costos de los tres factores adquiridos por IPSS es posible referir a un gasto mensual de \$24.770.000 en periodo de julio 2018 a junio 2019. En cuanto a los consumos y gastos de UI (unidades internacionales) incurridos por PFIS e IPSS en los periodos de análisis, para el caso de PFIS el consumo de UI de FVIII es de 3.726.000 UI con un gasto de \$ 13.012.427,00, el consumo de UI de FIX es de 164.000 UI con un gasto de \$ 9.561.235,41. Para el caso de IPSS el consumo de UI de FVII es de 1650 mg con un gasto de \$ 23.459.198,00, el FVIII marca consumo de UI de 3.024.000 UI con un gasto de \$ 250.047.885,46 y el FIX un consumo de UI de 301.800 con un gasto de \$ 23.700.433,84. En resumen el Gasto total del FVIII y FIX en PFIS es de \$ 22.573.662,41 e IPSS \$ 297.207.517,30.

Estos resultados confirman lo expuesto por Tobar (2016), quien manifiesta que en Argentina los medicamentos tienen precios diferentes, en función del comprador: el precio más barato es para el Gobierno nacional, las provincias y municipios, los hospitales y las clínicas privadas, que en general hacen sus compras de forma directa a los laboratorios o a las droguerías mayoristas; y en las farmacias minoristas es menor para quienes cuentan con cobertura de una mutual, obra social o prepa que para los que no la tienen.

Sin duda esta relación expresada por Tobar (2016) cobra sentido en los resultados hallados en el presente

estudio, corroborando que los medicamentos obtenidos por licitación pública a gran escala se adquieren a menor precio que aquel que lo realice por compra directa. Desde esta apreciación es posible señalar que, si el análisis se somete estrictamente a términos cuanti-

tativos, el sistema de licitación pública es por demás beneficioso en términos económicos para el sistema de salud, debido a los elevados ahorros generados por el PFIS en la adquisición de medicamentos en comparativa con la obra social IPSS. [U](#)

Bibliografía

- Abresú, G. (2017). *Sociedad Argentina de Hematología*. Obtenido de <http://sah.org.ar/docs/2017/003-Hemofilia.pdf>
- Abuelafia, E., Berlinski, S., Chudnovsky, M., Palanza, V., Ronconi, L., San Martín, M., & Tommasi, M. (2002). *El Funcionamiento del Sistema de Salud Argentino en un Contexto Federal*. Banco Mundial. Obtenido de https://bam21.org.ar/comunidad/pluginfile.php/1509/mod_data/content/5465/El%20funcionamiento%20del%20sistema%20de%20salud%20argentino%20en%20un%20contexto%20federal.%20Emmanuel%20Abuelafia%2C%20Samuel%20Berlinski%2C%20entre%20otros..pdf
- Arnaudo, M. (2017). *Planeamiento Óptimo en el Sector Salud: aportes de la Economía y la Ingeniería de Sistemas*. Bahía Blanca: Universidad Nacional del Sur. Tesis Doctoral de Economía. Obtenido de <https://repositoriodigital.uns.edu.ar/handle/123456789/4110>
- Banco Interamericano de Desarrollo. (2017). *Política de Adquisición de Medicamentos: La experiencia internacional*. Banco Interamericano de Desarrollo. Obtenido de <https://publications.iadb.org/publications/spanish/document/Breve-18-Pol%C3%ADticas-de-adquisici%C3%B3n-de-medicamentos-La-experiencia-internacional.pdf>
- Constitución Nacional Argentina. (1994). *Artículo 20*. Argentina: Senado y Cámara de Diputados de la Nación. Obtenido de <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/0-4999/804/norma.htm>
- Federación Mundial de Hemofilia. (2012). *Guías para el Tratamiento de la Hemofilia*. Canada: Blackwell Publishing Ltd.
- Federación Mundial de Hemofilia. (2018). *Informe de la Federación Mundial de la Hemofilia Sobre el Sondeo Mundial Anual 2017*. Canada: Federación Mundial de Hemofilia.
- Federación Mundial de Hemofilia. (2021). *Informe del Sondeo Mundial Anual 2020*. Montreal: Federación Mundial de Hemofilia.
- Frenk, J. (1985). *El Concepto y la Medición de Accesibilidad*. México: Salud Pública de México. Sección a cargo de del Centro de Investigaciones Públicas. Obtenido de https://saludpublica.mx/index.php/spm/article/download/422/411/474?_cf_chl_tk=1TfCRmc8CxsCUKoMQOpGHLyLQurux99y4ANrKvRRE-1650732589-0-gaNycGzNCKU
- Hernández Sampieri, R., Fernández, C., & Baptista, L. (2013). *Metodología de la investigación* (Sexta Edición ed.). Mexico: McGraw Hill.
- Hirmas Aday, M., Poffald Angulo, L., Jasmen Sepúlveda, A., Aguilera Sanhueza, X., Delgado Becerra, I., & Vega Morales, J. (2013). Barreras y facilitadores de acceso a la atención de salud: una revisión sistemática cualitativa. *Rev Panam Salud Publica*, 33(3), 223-229.
- Leroy, V., Freyssenge, J., Renard, F., & Tazar, K. (2019). Access to treatment among persons with hemophilia: A spatial. *Journal of the American Pharmacists Association*, 6, 797-803.
- Ley 26.689. (2011). *Cuidado integral de la salud de las personas con Enfermedades Poco Frecuentes*. Buenos Aires: B.O.
- Marín, G., & Polach, M. (2011). Scielo. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 30(2), 167-176.
- OPS. (2009). *Organización Panamericana de la Salud*. Obtenido de [boletinooficial.gob.ar: https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2009/Alto-Costo-Américas-2009.pdf](https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2009/Alto-Costo-Américas-2009.pdf)
- OPS, O. (2009). El acceso a los medicamentos de alto costo en las Américas: contexto, desafíos y perspectivas. Washington: Organización Panamericana de la Salud. Obtenido de <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2009/ Acceso-alto-costo-Inf-Tec-1-Oct-5-2009.pdf>
- Ramirez Cerón, C. (2019). *Tratamiento de las Personas que Viven con Hemofilia en Colombia: Reflexiones Bioéticas*. Universidad El Bosque. Obtenido de <https://repositorio.unbosque.edu.co/handle/20.500.12495/171/browse?type=author&value=Ram%C3%ADrez+CerC3%B3n%2C+Carlos+Alberto>
- Resolución 2048/2003. (2003). *Programa de Cobertura de Factores de Coagulación para Pacientes bajo Tratamiento Profiláctico de la Hemofilia*. Buenos Aires: Boletín Oficial.
- Saurman, E. (2016). Improving access: modifying Penchansky and Thomas's Theory of Access. *Journal of Health Services Research & Policy*, 21(1), 36-39.
- Sociedad Argentina de Hematología. (2019). *Guías de Diagnóstico y Tratamiento*. Buenos Aires: Sociedad Argentina de Hematología. Obtenido de <https://ri.conicet.gov.ar/handle/11336/119832?show=full>
- Srivastava, A. (2012). *World Federation of Hemophilia*. Obtenido de [www.wfh.org: http://www1.wfh.org/publications/files/pdf-1513.pdf](http://www1.wfh.org/publications/files/pdf-1513.pdf)
- Tobar, F. (2002). *Acceso a los Medicamentos Argentina: Diagnóstico y Alternativa*. Centro de Estudio de Estado y Sociedad. Obtenido de <https://repositorio.cedes.org/handle/123456789/3867>
- Tobar, F. (2015). *Cuadernos médico sociales*. Obtenido de <https://www.amr.org.ar/amr/wp-content/uploads/2015/09/n80a382.pdf>
- Tobar, F. (2016). *Repensar la inclusión social: políticas públicas y sociedad civil en Argentina*. Buenos Aires.
- Tobar, F., Montiel, L., Falbo, R., & Drake, I. (2006). *La Red Pública de Atención Primaria de la Salud Argentina*. Buenos Aires: Diagnósticos y Desafíos.