

Maestría en Economía y Gestión de la Salud

Trabajo Final de Maestría

Autora: María Sol Cruz

**ANÁLISIS DE 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
(JULIO 2018 A JUNIO 2019)**

2022

Director de Tesis: Mg. Ing. Marcos Ottogalli
Co-directora de Tesis: Esp. Cra. Analía Sesta

Citar como: Cruz, M. S. (2022). *Análisis de 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 (julio 2018 a junio 2019)*. [Trabajo Final de Maestría, Universidad ISALUD]. RID ISALUD. <http://rid.isalud.edu.ar/handle/1/716>



Dedicatoria

Esta dedicatoria es en memoria de mi abuela Betty; sin su educación, consejos y apoyo incondicional yo no sería quien soy hoy.

A mi esposo Daniel, mi hijo Augusto, mis padres: Bettina y Miguel.

A todo el staff de profesionales de la Fundación de la Hemofilia de Salta, que han sido pilares fundamentales apoyándome siempre para lograr las metas que me he propuesto a lo largo de mi vida.

Resumen

El presente trabajo de investigación se propuso por objetivo central analizar las características de los procesos de adquisición de concentrados de factor de coagulación (CFC) y la relación con el acceso espacial al medicamento que tuvieron los pacientes con hemofilia en la provincia de Salta (julio 2018 a junio 2019). Para dar cumplimiento se planteó un enfoque cuantitativo, de tipo descriptivo. Se recurrió a un diseño de estudio de casos, no experimental, retrospectivo-transversal. La técnica de recolección fue análisis documental del registro en las Historias clínicas de la Fundación de la Hemofilia de Salta, período julio 2018-junio 2019. Los principales resultados mostraron que los niveles de cobertura de medicación prescrita vs. recibida alcanzaron el 90,32% para IPSS. En cuanto a la accesibilidad geográfica se obtuvo que el promedio en distancia recorrida en horas por los pacientes es de 2,04 horas y el promedio alcanza los 84,19 kilómetros. Para el caso de PFIS los niveles de cobertura de medicación prescrita vs. recibida alcanzó el 90,63% para PFIS. La accesibilidad geográfica de los afiliados del PFIS evidenciaron recorridos promedio de 3,56 horas y un promedio de 181,18 kilómetros. Además se logró caracterizar los procesos de adquisición de CFC para Hemofilia: el sistema de PFIS se caracteriza por la modalidad de licitación pública y compras directas para la adquisición de medicamentos que no fueron adjudicados mediante licitación. En IPSS su metodología de adquisición de medicamentos se basa en el suministro de medicamentos a sus afiliados a través de convenios. A partir de los resultados es posible concluir que el sistema de compra de IPSS 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 realizan en grandes volúmenes y de manera anual. El sistema de licitación pública de PFIS, dejó en plena evidencia la elevada brecha económica de la aplicación de este sistema en la adquisición de medicamentos frente a las de las compras por convenio efectuadas utilizada por IPSS.

Palabras Claves: *proceso de adquisición, CFC, acceso espacial, hemofilia.*

Abstract

The main objective of this research work was to analyze the characteristics of the acquisition processes of coagulation factor concentrates (CFC) and the relationship with the spatial access to the medicine that patients with hemophilia had in the province of Salta (July 2018). to June 2019). To comply, a quantitative, descriptive approach was proposed. A non-experimental, retrospective-cross-sectional case study design was used. The collection technique was documentary analysis of the record in the clinical records of the Hemophilia Foundation of Salta, period July 2018-June 2019. The main results showed the levels of coverage of prescribed medication vs. received reached 90.32% for IPSS. Regarding geographic accessibility, the average distance traveled in hours by patients was 2.04 hours and the average reaches 84.19 kilometers. In the case of PFIS, the levels of prescription medication coverage vs. received reached 90.63% for PFIS. The geographical accessibility of the PFIS affiliates showed an average travel time of 3.56 hours and an average of 181.18 km. In addition, it was possible to characterize the acquisition processes for CFCs for Hemophilia: the PFIS system is characterized by the public bidding modality and direct purchases for the acquisition of medicines that were not awarded through tender. At IPSS, its medicine acquisition methodology is based on the supply of medicines to its members through agreements. Based on the results, it is possible to conclude that the IPSS purchase system allows flexibility in cases of dose changes required by the patient, since medications are purchased on a monthly basis. In the case of PFIS, the public bidding method is viewed as a rigid, inflexible system that does not easily support emerging situations of dose change, since medication purchases are made in large volumes and on an annual basis. The public bidding system of PFIS, left in full evidence the high economic gap of the application of this system in the acquisition of medicines compared to those of the purchases by agreement made used by IPSS.

Keywords: *acquisition process, CFC, spatial access, hemophilia.*

Índice de Contenido

Dedicatoria	2
Resumen	3
Abstract	4
INTRODUCCIÓN	10
Presentación	11
Capítulo I. Planteamiento del Problema	13
1.1 Descripción del Problema	14
1.2 Contexto	17
1.3 Relevancia y Justificación	23
1.4 Pregunta de investigación. Formulación del Problema de la Tesis	31
1.5 Objetivos	31
1.5.1 Objetivo General	31
1.5.2 Objetivos específicos	31
Capítulo II. Marco Teórico	33
2.1 Hemofilia	34
2.1.1 ¿Qué es la Hemofilia?. Concepto y Tratamientos.	34
2.1.2 Prevalencia de la hemofilia	36
2.1.3 Estadísticas de Población Mundial con Hemofilia	37
2.1.4 Tratamiento Profiláctico con CFC	38
2.1.5 Consumo Mundial de Factor VIII y Factor IX	40
2.1.6 Historial De Evolucion Del Tratamiento En Argentina	42
2.2 Sistema de Salud Argentino y Procesos de Adquisición de Medicamentos	46
2.2.1 Componentes y Regulación de Subsistemas	46
2.2.2 Procesos de Adquisición de Medicamentos	48
2.2.3 Adquisición de Medicamentos del Sistema Público Argentino	52
2.2.4 Adquisición de Medicamentos de las Obras Sociales. (Por Convenio)	55
2.3 Barreras Sociosanitarias de Acceso al Medicamento	58
2.3.1 Accesibilidad a los Medicamentos	58
2.3.2 Accesibilidad Espacial y Medidas de accesibilidad espacial o geográfica	61
2.4 Contexto Provincial-Sociodemográfico	63

2.4.1 Datos Generales	63
2.4.2 Geografía de la Provincia de Salta	64
2.4.3 Pobreza en Salta	66
2.4.4 Cobertura Médica	67
2.4.5 Perfil Población IPSS	67
Capítulo III. Metodología	71
3.1 Tipo de Estudio	72
3.2 Dimensiones, Variables, e indicadores	73
3.3 Descripción del ámbito de estudio o campo	74
3.4 Universo y Características de la Muestra	74
3.5 Fuentes de información y técnicas de información de datos	75
3.6 Técnica de recolección de datos	75
3.7 Instrumentos de recolección de datos	76
Capítulo IV. Resultados y Análisis de Datos	81
Capítulo V. Conclusiones	115
Capítulo VI	123
Discusión -Propuestas	123
Referencia Bibliográfica	133
ANEXO	142

Índice de Figuras

Figura 1. Licitaciones y procesos de adquisición alternos en países europeos	21
Figura 2. Relación Entre La Gravedad de las Hemorragias y el Nivel Del Factor de Coagulación.....	35
Figura 3. Prevalencia al Nacer de pacientes con hemofilia.....	37
Figura 4. Prevalencia de hemofilia de registros de Australia, Canadá, Francia, Italia, Nueva Zelanda y el Reino Unido	37
Figura 5. Sondeo Mundial. Datos Sociodemográficos de Pacientes con Hemofilia ...	38
Figura 6. Definiciones De Los Protocolos De Terapia De Reemplazo De Factor	39
Figura 7. Uso de Factor VIII en 2020	40
Figura 8. Uso de Factor IX en 2020.....	40
Figura 9. Media del uso de factor VIII per cápita en 2020 – Comparaciones regionales y por INB de UI/población total: Continente Americano	41
Figura 10. Media del uso de factor IX per cápita en 2020 – Comparaciones regionales y por INB de UI/población total: Continente Americano	42
Figura 11. Proceso de Adquisición de Medicamentos	53
Figura 12. Planificación de Adquisición de Medicamentos	54
Figura 13. Flujo de financiamiento de los medicamentos ambulatorios con cobertura parcial dispensados en farmacia.....	56
Figura 14. Cadena de distribución de medicamentos de alto costo (se estima que representa el 20% del mercado total medido en facturación).....	57
Figura 15. Mapa de la Ciudad de Salta.....	65

Índice de Tablas

Tabla 1. Licitación Pública Mayo 2018.....	29
Tabla 2 Ampliación de Licitación Pública Octubre 2018.....	30
Tabla 3. Cantidad de Pacientes con Hemofilia en Argentina	44
Tabla 4. Distribución por país de los trastornos de la coagulación reportados de Hemofilia A y B.....	45
Tabla 5. Uso de concentrados de factor en 2020: Factor VIII.....	45
Tabla 6. Uso de concentrados de factor en 2020: Factor IX.....	45
Tabla 7. Población urbana y rural del país y provincia de Salta.	63

Índice de Gráfico

Gráfico 1. Recuento de pacientes con hemofilia según cobertura.....	82
Gráfico 2. Recuento de pacientes con hemofilia según sexo.....	83
Gráfico 3. Recuento de pacientes según Diagnóstico.....	83
Gráfico 4. Recuento total de pacientes con hemofilia según rango etario.....	84
Gráfico 5. Recuento de pacientes con hemofilia de PFIS según rango etario.....	84
Gráfico 6. Recuento de pacientes con hemofilia de IPSS según rango etario.....	85
Gráfico 7. Recuento de pacientes con hemofilia según CFC de PFIS.....	86
Gráfico 8. Recuento de pacientes con hemofilia según CFC de IPSS.....	86
Gráfico 9. Total de Medicación Prescripta VS Recibidas del CFC (VIII y IX) en PFIS.	88
Gráfico 10. Medicación Prescripta VS Recibidas del Factor VIII de PFIS.....	90
Gráfico 11. Medicación Prescripta VS Recibidas del Factor IX de PFIS.....	91
Gráfico 12. Total de Medicación Prescripta VS Recibidas del CFC (VII, VIII y IX) en IPSS.....	92
Gráfico 13. Total de Medicación Prescripta VS Recibidas del CFC VII en IPSS.....	93
Gráfico 14. Total de Medicación Prescripta VS Recibidas del CFC VIII en IPSS.....	94
Gráfico 15. Total de Medicación Prescripta VS Recibidas del CFC IX en IPSS.....	95
Gráfico 16. Frecuencia de pacientes según distancia al lugar de entrega de la medicación en horas del PFIS.....	96
Gráfico 17. Localidades de pacientes y distancia promedio al lugar de entrega de la medicación en horas del PFIS.....	96
Gráfico 18. Frecuencia de pacientes según distancia al lugar de entrega de la medicación en Kilómetros del PFIS.....	97
Gráfico 19. Localidades de pacientes y distancia promedio al lugar de entrega de la medicación en kilómetros del PFIS.....	98
Gráfico 20. Frecuencia de pacientes según distancia al lugar de entrega de la medicación en horas del IPSS.....	98
Gráfico 21. Localidades de pacientes y distancia promedio al lugar de entrega de la medicación en horas del IPSS.....	99
Gráfico 22. Frecuencia de pacientes según distancia al lugar de entrega de la medicación en Kilómetros del IPSS.....	100
Gráfico 23. Localidades de pacientes y distancia promedio al lugar de entrega de la medicación en kilómetros del PFIS.....	100
Gráfico 24. Gastos Mensuales del Total de Medicación (CFC) entregadas de PFIS.	103
Gráfico 25. Gastos Mensuales de Factor VIII entregadas por PFIS.....	104

Gráfico 26. Gastos Mensuales de Factor IX entregadas por PFIS.....	105
Gráfico 27. Gastos Mensuales del Total de Medicación (CFC) entregadas por IPSS.	106
Gráfico 28. Gastos Mensuales de Factor VII entregadas por IPSS.....	107
Gráfico 29. Gastos Mensuales de Factor VIII entregadas por IPSS.	108
Gráfico 30. Gastos Mensuales de Factor IX entregadas por IPSS.	109
Gráfico 31. Consumo de UI del Factor VIII de PFIS.	110
Gráfico 32. Consumo de UI del Factor IX de PFIS.	111
Gráfico 33. Consumo de UI Recibida del Facto VII de IPSS.	112
Gráfico 34. Consumo de UI del Factor VIII de IPSS.	113
Gráfico 35. Consumo de UI del Factor IX de IPSS.	114

INTRODUCCIÓN

Presentación

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 (julio 2018 a junio 2019).

Tal como ha indicado la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2006, p.10) “la gestión de suministros es una responsabilidad de los sistemas de salud pública que implica no solo procesos eficientes y eficaces de adquisición, sino la implementación y gestión de modelos integrales de sistemas de suministros que involucran diversas etapas”. Desde esta perspectiva, las etapas que involucra la gestión de suministros incluyen procesos que se encuentran orientados a asegurar la disponibilidad de medicamentos e insumos esenciales, así como la calidad de los insumos ofrecidos y la oportunidad en la atención al usuario.

Es decir que 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.

De aquí la función del Estado de garantizar el acceso a los medicamentos y brindar cobertura de fármacos para patologías que afectan a la población (Organización Mundial de la Salud, citado por Marín & Polach, 2011). Por su parte, a nivel nacional, el derecho universal a la salud se encuentra garantizado por la Constitución Nacional como derecho fundamental, es decir reconocido como derecho básico de la población argentina (Constitución Nacional Argentina, 1994).

En esta línea Peña Piñán, (2017) considera que la gestión moderna del abastecimiento público debe apuntar a garantizar la accesibilidad para todas las personas y con ello poder perpetuar su estado de salud haciendo uso de compras adecuadas que beneficien en mayor proporción a los grupos de mayor vulnerabilidad. (Piñán, 2017)

No cabe dudas que el Estado tiene un rol central en el sistema de abastecimiento público, mediante la ejecución de políticas, normas y procesos destinados a suministrar los elementos esenciales con criterios de eficiencia y eficacia (Salazar Araujo, 2014).

Esta investigación pertenece a una tesis de Maestría en Economía y Gestión de la Salud, posee una estructura que se compone de seis capítulos.

En su primer capítulo, se delimitará la problemática a analizar previa descripción de la problemática y contextualización de ámbito en el cual se realiza el trabajo. Se definen los objetivos que enmarcaran la investigación y la línea a seguir en la misma.

En el capítulo dos, se define el Marco Teórico, en este se desarrollan los conceptos principales establecidos en esta investigación, iniciando por la contextualización del tema el Sistema de Salud Argentino y la regulación de los subsistemas de salud. Esto permite comprender luego el Proceso de Adquisición de Medicamentos y la Barreras Sociosanitarias en el acceso.

El capítulo tres se ve representado con los métodos que seguirá la investigación, el mismo lleva el nombre Marco Metodológico. En primera instancia se define el enfoque de estudio que representa a la investigación, ya que esta delimitación permite conocer que tipos de instrumentos necesitaremos para la recolección de datos. Se determinan los modos de análisis de los datos recolectados, y también se detalla aspectos característicos del contexto donde se aplicó las unidades de análisis que se llevara a cabo en la investigación.

En el capítulo cuatro se realiza el análisis de los datos recolectados, el mismo está dividido en categorías definidas a través de los objetivos específicos, en donde se analizan datos recolectados a través de las observaciones de campo, junto con el análisis de documentos oficiales.

En el capítulo cinco se presentan las conclusiones finales, se arriban a los resultados y se despliegan las consideraciones finales en función de la información que se obtuvo durante todo el proceso investigativo.

En el último capítulo, el número seis, se presentan la discusión de los resultados de la investigación, las cuales se obtienen luego del análisis e interpretación de las teorías que se han considerado más importante.

Capítulo I.

Planteamiento del Problema

1.1 Descripción del Problema

Dado que los medicamentos son considerados bienes esenciales, en situaciones de necesidad la población sin cobertura específica de salud, espera que el Estado se los provea.

No obstante, existen enfermedades graves y generalmente de baja prevalencia, llamadas enfermedades catastróficas o poco frecuentes, como es la Hemofilia, que tienen un alto impacto económico porque requieren de medicamentos de alto costo (MAC). Los MAC son catalogados como tales por poseer un costo directo igual o superior a 40% del ingreso del hogar, donde hay un paciente que lo necesita, provocando un excesivo esfuerzo económico para pacientes, aseguradoras o bien para el sistema público de salud (Marín & Polach, 2011).

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 que se registran 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).

A pesar de su importancia, el mercado de medicamentos dista de ser competitivo, mediante una serie de barreras de entrada (patentes y registro sanitario) que facilitan prácticas monopolísticas donde la diferenciación del producto, la lealtad a la marca y elevados índices de innovación, segmentación y concentración del mercado son predominantes.

En este sentido, la evaluación económica va consolidándose como un método de interés para apoyar la toma de decisiones de financiación o procesos de adquisición de medicamentos por parte de los sistemas y organizaciones sanitarias. En teoría aporta una clara ventaja al considerar los costos y también los beneficios. Orienta las decisiones hacia la alternativa más eficiente que, en sanidad, no siempre es la de menor costo.

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. Sin embargo, datos estadísticos evidenciaron que solo el 25% de las personas que padecen hemofilia en el mundo, reciben tratamiento adecuado (Sriwastrava, 2012).

A nivel nacional, el tratamiento de personas con hemofilia ha sido tratado en el año 2003 y mediante la Resolución N° 2048 se aprueba el Programa de Cobertura de Factores de Coagulación para Pacientes bajo Tratamiento Profiláctico de la Hemofilia y se crea un Registro de Pacientes bajo Programa. La resolución considera dos tipos de tratamientos posibles para atacar la enfermedad y consisten en “reponer los factores deficitarios con anterioridad a que se produzcan hemorragias, de modo de prevenirlas (Tratamiento Profiláctico) o bien a fin de detenerlas, una vez que se han desarrollado (Tratamiento Episódico o a Demanda)” (p.2). La importancia de esta resolución se expresa en el artículo 3 en el que se establece el subsidio del 100% del tratamiento en pacientes con hemofilia.

Seguido se destaca la sanción de la Ley Nacional 26.689, en el año 2011 que tiene por objeto de promover el cuidado integral de la salud de las personas con Enfermedades Poco Frecuentes (EPF) y mejorar la calidad de vida de ellas y sus familias. La mencionada ley considera que las EPF son aquellas cuya prevalencia en la población es igual o inferior a una en dos mil (1 en 2000) personas, referida a la situación epidemiológica nacional.

Es decir que la enfermedad de la Hemofilia se encuadra bajo el registro de EPF ya que la prevalencia indica que afecta a uno de cada diez mil (1 en 10000) varones nacidos vivos en la Hemofilia A (déficit de Factor VIII de la coagulación), uno cada treinta mil (1 en 30000) varones nacidos vivos en la Hemofilia B (déficit de Factor IX de la coagulación) y Hemofilia C (déficit de Factor XI de la coagulación) uno cada un millón (1 en 1000000) nacidos vivos de ambos sexos (Resolución N° 2048,2003).

En un plano local, es posible indicar que la provincia de Salta se encuentra adherida a la Ley Nacional 26.689 de Promoción del cuidado integral de la salud de las personas con Enfermedades Poco Frecuentes mediante la Ley 7.965 sancionada en el

año 2016. En este sentido, recae responsabilidad en el Ministerio de Salud Pública de la Provincia el hecho de incluir acciones destinadas a la detección precoz, diagnóstico, tratamiento y recuperación de las personas con Enfermedades Poco Frecuentes. Asimismo, el art. 3 expresa que “el Instituto Provincial de Salud de Salta (IPSS) está obligado a brindar las prestaciones de atención integral de acuerdo a un nomenclador especial que establezca con sus prestadores, respetando las prestaciones determinadas en la Ley Nacional 26.689”. Para el caso de las personas con EPF que carezcan de cobertura de obra social, el art.4 indica que estas serán atendidas por el Estado Provincial en las prestaciones. También se podrá celebrar convenios necesarios con organismos gubernamentales y no gubernamentales municipales, provinciales, nacionales o internacionales, a fin de dar cumplimiento con lo dispuesto por la Ley Nacional 26.689.

Por su parte, los registros internos de la Fundación de la Hemofilia de Salta indican que, en el año 2018 la provincia de Salta tenía un total de 61 personas con diagnóstico de hemofilia, de las cuales 53 tienen hemofilia A (HA), 6 tienen hemofilia B (HB) y 2 poseen hemofilia C (HC o déficit de factor IX). Estas personas cuentan con diferentes coberturas de Salud: Instituto Provincial de Salud de Salta (IPSS): 20 (HA: 16, HB:2 y HC:2), Programa Federal Incluir Salud (PFIS): 24 (HA: 22 y HB: 2), OSDE 5 (HA:5), Obra Social de los Trabajadores Rurales Estibadores (OSPRERA): 2 (HA:2), Obra Social de Petroleros (OSPE): 2 (HA:2), ATSA:1 (HA:1), SanCor Salud 1 (HA:1) y sin cobertura 6 (HA:5 y HB:2).

Debido a que el mayor caudal de pacientes con hemofilia cuenta con cobertura de la obra social provincial IPSS y el PFIS, por lo que se consideraran para el análisis de esta investigación, en el período julio 2018 a junio 2019.

En este sentido establecer un sistema nacional de licitaciones o incluso sistemas multinacionales para la compra de concentrados de factor de coagulación, puede ayudar a garantizar que se seleccionen los mejores productos a los mejores precios.

La adquisición a escala nacional de concentrados de factor puede ayudar a garantizar que las personas con hemofilia tengan acceso a tratamiento que no solo sea suficiente en cantidad, sino que también cumpla con las normas establecidas en cuanto a seguridad, eficacia y calidad (O´Mahony, 2015).

En el año 2018 el Ministerio de Salud de la Nación (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 (Nº 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 (PAMI, 2018).

Es importante destacar que dicha licitación no incluyó la adquisición de medicación para pacientes con Hemofilia B, concentrados de coagulación Factor IX.

Y para los casos de la Hemofilia C no existe en Argentina el registro de esta medicación en el ANMAT, por lo tanto, no se comercializan los Concentrados de Factor XI, a diferencia de países europeos que si cuentan con el registro y se comercializa para su uso en dicha patología.

El sistema de adquisición de forma conjunta de medicamentos, tiene como objetivo fundamental aplicar un proceso centralizado y de selección único, permitiendo de esta manera, optimizar los recursos con los que cuentan las entidades del sector salud a través de la adquisición de medicamentos a menores precios.

1.2 Contexto

La provincia de Salta cuenta con el Instituto Provincial de Salud de Salta (IPSS), que es la Obra Social Provincial de Salta, que brinda prestaciones de salud en forma solidaria a más de 280.000 afiliados y beneficiarios. Es una entidad autárquica con Personería Jurídica, dotado de individualidad administrativa, económica y financiera y sujeto de derecho con alcance establecido en el Código Civil.

El IPSS no participó en la compra conjunta por licitación pública de Concentrados de Factor VIII en el año 2018 y siguió utilizando como proceso de adquisición de CFC, desde hace varios años, la contratación por convenio privado con la Cámara de Propietarios de Farmacias de Salta. En el año 2006 mediante la Resolución Interna Nº 72-I / 06 se aprueba el Convenio de Colaboración de Medicamentos para los afiliados del I.P.S.S, con la Cámara de Propietarios de Farmacia de Salta, el Colegio de Farmacéuticos de la Provincia de Salta, la Federación Argentina de Cámaras de Farmacia

(FACAF) y la Confederación Farmacéutica Argentina (C.O.F.A.), por el que los afiliados y beneficiarios de la Obra Social, adquieren medicamentos con un descuento del 40 % en las farmacias privadas adheridas. A su vez la posterior Resolución Interna N° 133 D, del Ministerio de Salud Pública del año 2009 se incorpora al Convenio de Colaboración de Medicamentos, la provisión de fármacos específicos de Planes Especiales que se expendirán en las Farmacias Privadas adheridas, sin cargo a los afiliados IPS comprendidos en dichos planes (Auditoría General de la Provincia de Salta, 2009).

A diferencia del IPSS, el Programa Federal Incluir Salud (PFIS), es un programa de la Agencia Nacional de Discapacidad que permite el acceso a los servicios de salud a los titulares de las Pensiones No Contributivas (PNC), que no cuenten con asistencia de servicios de salud tales como obras sociales, y que voluntariamente se conviertan en afiliados al programa. Se trata de un programa de asistencia pública que se ejecuta en la provincia mediante un convenio entre el Ministerio de Salud Nacional y el Ministerio de Salud de la Provincia.

En este sentido, el fortalecimiento antes mencionado, no se concretará mediante la transmisión directa de recursos económicos, sino más bien a través de la entrega directa a los beneficiarios (cumpliendo los circuitos para ello dispuestos) de medicamentos de alto y bajo costo, pañales, insumos (prótesis, ortesis) y servicios como radioterapias, internaciones domiciliarias, soporte nutricional y oxigenoterapia domiciliaria, entre otros.

De esta manera y contemplando que el padrón de afiliados se encuentra compuesto por un 75% de beneficiarios perceptores de pensiones por discapacidad, se libera al estado provincial de dicho gasto en salud, afrontándose a través del Programa.

Cabe resaltar que INCLUIR SALUD no es una Obra Social, por el contrario, es un Programa Nacional, que la cobertura brindada será aquella que se encuentre contemplada por el Programa Médico Obligatorio (PMO), y por las normas nacionales y provinciales que tiendan a la ampliación de este, y al mismo tiempo, que el Programa no detenta las funciones, estructura y obligaciones reguladas por la Ley N° 23.660 de Obras Sociales.

En el período julio 2018 a junio 2019, existieron diferentes procesos de adquisición para CFC en la provincia de Salta, el utilizado por el IPSS, que realizó la adquisición por convenio, con lo que respecta a medicaciones de alto costo y el

implementado por primera vez en la Argentina, donde se incluyó al PFIS, una licitación pública, compra conjunta.

En general los procesos de adquisición del CFC establecen:

- ✓ la marca
- ✓ la cantidad
- ✓ la forma de distribución
- ✓ el tiempo de entrega
- ✓ el lugar de entrega (farmacia o lugar responsable de la entrega de la medicación)
- ✓ Costo de los medicamentos
- ✓ Tipo de compra de la medicación (licitación, compra directa, compra por convenio, etc.)

A partir de estos procesos de adquisición implementados por ambas instituciones se podrá analizar su relación con el acceso espacial (disponibilidad y accesibilidad geográfica) a los CFC de los beneficiarios, registrada en las historias clínicas de la Fundación de la Hemofilia Salta, en el período julio 2018 a junio 2019.

Por lo anteriormente descripto será importante estudiar si existieron dificultades en el acceso espacial:

- ✓ Con respecto a la disponibilidad del medicamento:
 - Requisitos administrativos y de organización que impone el PFIS, como el IPSS para poder adquirir cada mes a la medicación (tratamiento de profilaxis).
 - Cantidad de CFC prescrita por el médico tratante, en relación a lo entregado por su cobertura.
 - Entrega de la medicación periódica acorde al tratamiento del paciente (profilaxis).
- ✓ Con respecto a la accesibilidad geográfica:
 - La distancia geográfica (en kilómetros y horas) de donde vive el paciente hasta el lugar de entrega de la medicación (farmacia pública o privada).

Todas estas dificultades en el acceso espacial mencionadas afectan la calidad de vida y ponen en riesgo la vida del paciente.

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.

En la Argentina el tratamiento con CFC (factor VIII y factor IX) figura en el PMO (Programa Médico Obligatorio), por lo tanto, el PFIS, las obras sociales o prepagas están obligadas a cubrir el tratamiento de estos pacientes. En casos específicos, como es el de hemofilia, la cobertura es del 100%.

En cuanto al consumo per cápita, el año 2017 se registró que Argentina tiene un consumo de 4.3 unidades por año por cada habitante. Asimismo, la Licitación pública Nacional realizada por el Estado en 2018 representa aproximadamente el 30% del mercado total de factor VIII (Pharmabiz.net, 2018).

En el plano internacional, la disponibilidad de los concentrados de factor de coagulación (CFC) en Europa varía considerablemente, con una variación en el uso reportado de factor de coagulación VIII (FVIII) per cápita en 2012 de entre 0.1 unidades internacionales (UI) en Armenia hasta 8.56 UI en Suecia; y una variación en el uso reportado de factor de coagulación IX (FIX) per cápita de entre 0 UI en Armenia hasta 2.66 UI en Irlanda. Entre los estados miembros de la Unión Europea (UE), que se encuentran específicamente bajo el auspicio directo de la Directiva de contrataciones 2004/18/EC, también hubo una considerable variación en el uso reportado de factor de coagulación, con un uso per cápita de 0.51 UI en Rumania, en comparación con 8.56 UI en Suecia (Federación Mundial de Hemofilia, 2018).

Evidentemente, el nivel de recursos económicos disponibles y el producto interno bruto (PIB) per cápita varían entre los países, al igual que los sistemas de atención médica y la prioridad asignada al tratamiento y la atención de la hemofilia.

En 2014, a nombre del Consorcio Europeo de Hemofilia (CEH) y junto con dos colegas de Irlanda, Brian O'Mahony, presidente del CEH, se dispuso a examinar los diferentes sistemas de licitación y adquisiciones usados en Europa para la compra de

concentrados de factor. Según la Federación Mundial de Hemofilia (2018) a finales de 2014 se distribuyó una encuesta entre 45 organizaciones nacionales de pacientes con hemofilia miembros del CEH y entre Miembros de Organizaciones Nacionales (ONM) de la Federación Mundial de Hemofilia (FMH). La encuesta del CEH solicitaba a las organizaciones de pacientes proporcionar información detallada sobre sus sistemas nacionales de adquisición, y pedía por separado información sobre países que utilizan un proceso de licitación nacional o un proceso de adquisición alterno.

Se recibieron respuestas de 38 países; siete no respondieron. Los resultados de la encuesta demuestran que 19 países usan una licitación; 17 países usan un proceso de adquisición alterno, y dos países recurren a una combinación de licitación y métodos de adquisición alternos (Figura 1).

Figura 1. Licitaciones y procesos de adquisición alternos en países europeos

LICITACIÓN	PROCESO ALTERNO	COMBINACIÓN
Albania	Alemania	Bulgaria
Azerbaiyán	Austria	Lituania
Bielorrusia	Bélgica	
Bosnia y Herzegovina	Croacia	
Dinamarca	España	
Eslovenia	Estonia	
Hungría	Finlandia	
Irlanda	Francia	
Moldavia	Grecia	
Montenegro	Italia	
Polonia	Kirguistán	
Portugal	Letonia	
República Checa	Noruega	
República Eslovaca	Países Bajos	
Rumania	Suecia	
Rusia	Suiza	
Serbia	Turquía	
Ucrania		

Fuente: Guía sobre licitaciones Nacionales para la compra de concentrados de factor de coagulación. WHF (2015)

Un número cada vez mayor de países está usando licitaciones a escala nacional a fin de comprar CFC para la población que padece trastornos de la coagulación.

Es indispensable asegurarse de que médicos, organizaciones de hemofilia y autoridades reguladoras con experiencia en esta área participen directamente en el proceso de licitación, y de que las decisiones no las tomen únicamente funcionarios públicos o de adquisiciones con un conocimiento inadecuado de los productos (O'Mahony, 2015).

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).

Un Estudio realizado por Leroy et al., (2019), sobre el acceso al tratamiento de personas con hemofilia, relata que la igualdad de acceso a la atención se ha convertido en una cuestión política importante y un problema de salud primordial en Francia. 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. Es reportado 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.

Thomas y Penchansky fueron los primeros en estudiar el acceso al cuidado de la salud; dividieron esto en 5 dimensiones:

- ✓ Disponibilidad: se relaciona con la existencia física del servicio de salud.
- ✓ Accesibilidad geográfica: un servicio accesible está dentro de una proximidad razonable al usuario en términos de tiempo y distancia.
- ✓ Acomodación: se refiere al hecho de cómo se organiza y se brinda la atención médica.
- ✓ Asequibilidad: Refleja los precios de los servicios de salud y la capacidad de las personas para gastar recursos y tiempo en los servicios.
- ✓ Aceptabilidad: se refiere a si los servicios de salud proporcionados a las personas son cultural y socialmente aceptables (Saurman, 2016).

La disponibilidad y la accesibilidad geográfica forman el aspecto espacial y los últimos 3 puntos cubren el aspecto no espacial.

En el estudio mencionado, 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).

Las dimensiones de acceso son independientes pero interconectadas y cada una es importante para evaluar el logro del acceso.

Dada las características ya mencionadas sobre este tipo de medicación y las dificultades en los procesos de adquisición que existe a nivel mundial, debido a su alto costo, es de interés analizar la situación local de los procesos de adquisición de CFC llevados a cabo por el IPSS y el PFIS, durante el período julio 2018-junio 2019 y el acceso espacial a los medicamentos por parte de los pacientes con hemofilia de la provincia de Salta registrados en la Fundación de la Hemofilia de Salta.

El presente estudio realizará un análisis de los procesos de adquisición de CFC llevados a cabo por la obra social provincial IPSS y el PFIS, en el período julio 2018 a junio 2019, y la relación con el acceso espacial (disponibilidad y accesibilidad geográfica) a la medicación por parte de los pacientes con tratamiento profiláctico de hemofilia de la provincia de Salta. Se seleccionaron solo dos dimensiones para ser estudiadas, las que refieren al concepto de acceso espacial, ya que son datos que se verificarían en la fuente de información (historia clínica de cada paciente que concurre a la Fundación de la Hemofilia de Salta). Con respecto a las otras dimensiones, las cuales forman al acceso no espacial, no serán incluidas en este estudio por no contar con los datos pertinentes.

1.3 Relevancia y Justificación

El sistema de salud argentino se caracteriza por una excesiva fragmentación, que se da en primer lugar en tres grandes subsectores: público, seguridad social y privado. Esta fragmentación se expresa en: distintas fuentes (y volúmenes) de financiamiento, diferentes coberturas, coseguros y copagos aplicados, regímenes y órganos de control y fiscalización.

Pero además continúa la fragmentación hacia dentro de cada uno de los subsectores: el subsector público fragmentado en 3 niveles que son nacional, provincial y municipal, quedando sometido a normativas de las distintas jurisdicciones. En el subsector de la seguridad social encontramos cuatro universos diferentes: obras sociales nacionales, obras sociales provinciales, obras sociales de las Fuerzas Armadas y de seguridad y obras sociales de las universidades nacionales y de los poderes Legislativo y Judicial.

Por último, el subsector privado, en lo que hace a los seguros voluntarios (medicina prepaga), se halla expresado en numerosas entidades.

El papel del Estado resulta primordial en la protección de un derecho como la salud, lo cual ejerce mediante varios mecanismos como: rectoría (ejercido por el Ministerio de Salud), regulación y control de la actividad global del sistema (ejercido por el Ministerio de Salud, por organismos con distintos grados de descentralización que dependen de él, como la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología y la Superintendencia de Servicios de Salud) (Posgrado en Salud Social y Comunitaria, 2010).

La gestión de servicios sanitarios se reparte entre distintos proveedores y financiadores con reglas de acción diferentes: el sector público, la seguridad social, y el sector privado. Se estima que la población que posee cobertura explícita representa el 64% de la población, alrededor de 28,2/44,5 millones de habitantes (2016). Dentro de este segmento, el 59% posee cobertura exclusiva de la Seguridad Social y un 7% adicional accede a la medicina prepaga mediante el pago voluntario de seguros. Habiendo superposiciones: dobles y hasta triples coberturas; no existiendo un padrón único de beneficiarios (Bisang, Luzuriaga, & San Martín, 2017).

Según Tobar (2016), 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 prepaga que para los que no la tienen.

En forma ilustrativa se podría decir que un medicamento cuyo precio de catálogo o precio de venta al público ha sido fijado en 100 pesos puede costar 10 pesos si el Ministerio de Salud lo adquiere a través de una licitación pública de gran escala, mientras que un municipio o una clínica que haga una compra directa de menor escala lo pagará unos 30 pesos. Los afiliados a un seguro médico lo pagarían 60 pesos en una farmacia conveniada con su asegurador, y quien no cuenta con cobertura o decide adquirir el medicamento en una farmacia no conveniada o sin tener la receta establecida por dicho seguro, desembolsarían el costo total. Esta particular forma para definir precios y financiar los medicamentos es exclusiva de la Argentina.

Medicamentos seguros, eficaces y con costos adecuados de acceso universal para todas las patologías es el objetivo teórico e ideal a perseguir; pero las condiciones de partida, al igual que en los análisis del mercado, obligan a optar por objetivos de segundo orden y con cierto grado de posibilidad de alcanzar (por caso una mejor cobertura, a costo razonable, para segmentos poblacionales menos favorecidos y/o grupos afectados por patologías críticas).

El desarrollo de medicamentos biológicos y biotecnológicos impulsa la expansión de los gastos catastróficos. El adjetivo "catastrófico" se utiliza para hacer referencia a un conjunto de enfermedades cuya cura o tratamiento implica un alto costo, los cuales podrían implicar que la persona caiga en una situación de pobreza. Por un lado, porque año a año aparecen nuevos tratamientos a valores que, en promedio, duplican los tratamientos anteriores. Por otro, porque cuando los medicamentos son efectivos, aumentan la esperanza de vida de los pacientes y, puesto que siempre se trata de pacientes crónicos, los costos de la atención se multiplican (Colina, 2008).

Según O'Mahony (2015), 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. Establecer un sistema nacional de licitaciones o incluso sistemas multinacionales para la adquisición de concentrados de factor de coagulación puede ayudar a garantizar que se seleccionen los mejores productos a los mejores precios.

Analizando la experiencia internacional, se observan países como, por ejemplo, Estados Unidos y Alemania que actualmente no utilizan un sistema de licitación. Alemania utiliza un proceso de adquisición alternativo, es decir que los hospitales de centros de tratamientos de hemofilia (CTH) deciden qué productos deberían utilizarse y estos son entonces reembolsados por su seguro médico. Y en EE. UU. los proveedores de seguros médicos (públicos o privados) generalmente contratan o emplean a gerentes de beneficios farmacéuticos quienes administran sus programas de medicamentos recetados.

También hay sistemas en los que grupos de países colaboran para hacer adquisiciones a escala nacional, tales como el sistema de licitación de Medio Oriente

encabezado por Arabia Saudita y que abarca a los estados del Golfo Pérsico, y el sistema centroamericano que incluye ocho países.

Las licitaciones para la compra de concentrados de factor también pueden realizarlas un consorcio de hospitales, compañías aseguradoras o, en algunos casos, hospitales individuales cuyo objetivo es optimizar la eficacia de su sistema de adquisiciones. Además, algunos países, entre los que se destacan Canadá y Brasil, utilizan un sistema de licitación para seleccionar una compañía para el fraccionamiento del plasma que recolectan a escala nacional con base en un acuerdo contractual de fraccionamiento. Este tipo de acuerdo, por lo general, abastecerá albúmina e inmunoglobulina intravenosa (IGIV), y puede utilizarse para el abastecimiento de concentrado de factor IX (FIX) derivado de plasma y algunas de las necesidades nacionales de concentrado de factor VIII (FVIII) (O'Mahony, 2015).

Los procedimientos para licitaciones deberían proteger los principios esenciales de no discriminación, tratamiento equitativo, transparencia y reconocimiento mutuo. En algunos países, los procedimientos relacionados con licitaciones pueden regirse por reglas de contratación. La Unión Europea (UE), por ejemplo, tiene reglas de contratación a las que deben someterse todas las licitaciones que rebasen un valor determinado (O'Mahony, 2015).

Entre los países latinoamericanos sobresale la situación de Costa Rica, pequeño país (5 millones de habitantes aproximadamente, con 212 personas que viven con hemofilia, para una prevalencia de 4,2 por 100.000 habitantes), en el que el Estado ha tomado la opción política de cubrir los costos del tratamiento de las personas con hemofilia, al suministrar las necesidades de factor de coagulación y demás requerimientos médicos y farmacológicos; en ello se selecciona un factor específico que se suministra a todas las personas que viven con hemofilia, con las debidas indicaciones médicas (Acta Médica de Costa Rica, 1978) y bajo un esquema de autotratamiento domiciliario reciben el beneficio del soporte terapéutico requerido. En el caso de Costa Rica llama la atención como ejemplo a seguir, el proceso de adquisición de medicamentos a nivel central (gobierno) que controla el precio del factor, así como el esquema de atención integral para todas las personas que viven con hemofilia, Acta Médica de Costa Rica, 1978 (Ramirez Cerón, 2019).

El proceso de planificación de las adquisiciones de medicamentos es un flujo de información que parte de los prestadores de salud y se concentra en el nivel central. Este último nivel debería ser el responsable de convenir, de acuerdo a parámetros tales como volumen, precio, homogeneidad de producto, frecuencia de consumo, etc., las adquisiciones que resultan convenientes gestionar de manera centralizada y cuáles de manera descentralizada.

El prestador tiene una mayor responsabilidad en la negociación de los precios de los productos que adquiere en la selección del producto que ha sido solicitado por los distintos profesionales. La capacidad de negociación estará directamente relacionada con el proceso de adquisición del CFC, el tamaño del establecimiento y su historia como pagador. Dentro de la modalidad de adquisición serán determinantes, la información sobre proveedores potenciales, el tipo de convocatoria y los requisitos para su registro.

Para garantizar servicios de salud adecuados se requieren grandes esfuerzos en la planificación ya que, para identificar las necesidades, es necesario conocer el perfil epidemiológico y estimar la demanda potencial y sus correspondientes consumos.

La estrategia de mejora de la gestión de insumos para los servicios de salud enfrenta el desafío de relacionar los insumos con los productos (prestaciones sanitarias), en un marco de complementariedad y coordinación de las áreas responsables de los procesos administrativos y aquellas que ejecutan los procesos asistenciales. De esta forma, las acciones para la mejor gestión descansan en el fortalecimiento de la planificación, la gestión operativa y la evaluación de los resultados.

Los sistemas de salud alcanzarían niveles de funcionamiento más eficientes si las acciones de abastecimiento "nacieran" en aquellas instancias estrechamente vinculadas con la detección de necesidades y estimación de cantidades de insumos.

Los procesos operativos son aquellas actividades que generan mayor valor agregado y tienen mayor impacto sobre la satisfacción de los usuarios del sistema: Identificación de necesidades (estimación de cantidades de productos), Programación de Compras, Gestión de Compras, Logística (almacenamiento y distribución de productos) y Utilización y consumo (Junta Andalucía, 2002).

La hemofilia representa una carga tanto económica como sanitaria, especialmente en lo que respecta a la salud del paciente. Las iniciativas para

contrarrestar esta carga deben identificarse claramente y recibir un apoyo total, ya que es probable que esta carga aumente en el futuro, especialmente desde una perspectiva económica, ya que la enfermedad de la hemofilia no es una discapacidad, pero si el paciente no recibe el adecuado tratamiento con CFC, sus secuelas provocan discapacidad motora, intelectual, etc.

La evaluación económica en la atención de la salud se utiliza cada vez más para ayudar a los encargados de formular políticas en su difícil tarea de asignar recursos limitados.

El alto costo de la atención, incluido el de los concentrados de factor de coagulación, convierte a la hemofilia en un objetivo potencial para los esfuerzos de reducción de costos de los contribuyentes de la atención médica.

Aunque el manejo apropiado de la hemofilia es clave para minimizar y prevenir la morbilidad a largo plazo, faltan estudios con respecto al acceso al tratamiento según los procesos de adquisición implementados por cada país o instituciones de salud.

En un estudio realizado en Francia se observó que solo las farmacias hospitalarias pueden dispensar CFC a personas con hemofilia, lo que limita el acceso a la atención para el tratamiento y la prevención de episodios hemorrágicos. Además, el costo de los CFC puede restringir el mantenimiento de existencias suficientes en las farmacias de los hospitales. El objetivo de este estudio fue investigar la accesibilidad a los CFC para las personas con hemofilia en el contexto de la profilaxis a largo plazo y el tratamiento de emergencia en la región Ródano Alpes de Francia.

En esta investigación se utilizó como método un sistema de información geográfica para evaluar la accesibilidad a los CFC. Las personas con hemofilia y las farmacias hospitalarias se geolocalizaron con el uso de datos postales y la evaluación de la accesibilidad se basó en la red vial. Los resultados obtenidos fueron, el 72 % del área de estudio fue accesible en menos de 30 minutos a una farmacia hospitalaria. El 85 % de las personas con hemofilia tuvieron acceso a CFC para tratamientos profilácticos en menos de 20 minutos, la mayoría eran pacientes con hemofilia severa o moderada. En cuanto a las dosis de emergencia el Factor VIII fue accesible en menos de 30 minutos en 45,6% del área de estudio y el factor IX en 30,5%.

Este estudio destaca que el acceso espacial a los CFC para persona con hemofilia de la región Ródano Alpes, es buena para el tratamiento profiláctico, pero es más desigual para las dosis de emergencia (Leroy, Freyssenge, Renard, & Tazar, 2019).

Según O´Mahoney (2015), el proceso de adquisición de CFC utilizado en Francia es un proceso alterno, que no es una licitación. Las adquisiciones son supervisadas por los hospitales en Francia, todos los productos deben estar disponibles y esto mitiga contra el uso de un sistema de licitación.

A nivel nacional, el año 2018 supone un antecedente histórico en el sector público debido a que se realizó la primera licitación para la adquisición droga utilizada para tratar la Hemofilia. Mediante la Decisión Administrativa 866/2018 en el art. 1 establece la aprobación de la Licitación Pública 80-0004-LPU18 llevada a cabo para la adquisición de Factor VIII para el tratamiento de la Hemofilia tipo A.

El artículo 2 detalla la adjudicación de las licitaciones a favor de las siguientes firmas, PFIZER S.R.L. por un total de 2.639.500 unidades y 26.251.000 unidades. En términos económicos refieren a \$ 199.055.545. A su vez CSL BEHRING S.A. por un total de 3.562.000 unidades y 42.684.000 unidades, traducidos en \$ 113.113.091,40. Es decir, el monto total abonado por el Sector Público en la compra de medicamento representa un total de \$ 312.168.636,40 (Resolución Administrativa 866/2018, 80-0004-LPU18).

A continuación se detalla la compra realizada mediante la licitación Pública, detallando medicamentos, unidades y precios que fueron adquiridos en el Mes de Mayo 2018:

Tabla 1. Licitación Pública Mayo 2018.

Laboratorios	Descripción	Nombre Comercial	Cantidad/ Unidades	Precio Unitario	Precio Total
Pfizer S.R.L.	Antihemofílicos; Droga Generica: Factor VIII Recombinante, Forma Farmaceutica: Ampolla, Presentacion: 500 Uj, Tipo: Monodroga.	Xyntha	2.639.500,00	\$ 6,89	\$18.186.155,00
Pfizer S.R.L.	Antihemofílicos; Droga Generica: Factor VIII Recombinante, Forma Farmaceutica: Ampolla, Presentacion:	Xyntha	26.251.000,00	\$ 6,89	\$180.869.390,00

	1000 Ui, Tipo: Monodroga.				
CSL BEHRING S.A.	Antihemofílicos; Droga Genérica: Factor VIII Plasmático, Forma Farmacéutica: Ampolla, Presentación: 500 Ui, Tipo: Monodroga.	Beriate	3.562.000,00	\$ 2,4459	\$ 8.712.295,80
CSL BEHRING S.A.	Antihemofílicos; Droga Genérica: Factor VIII Plasmático, Forma Farmacéutica: Ampolla, Presentación: 1000 Ui, Tipo: Monodroga.	Beriate	42.684.000,00	\$2,4459	\$104.400.795,60

Fuente: Elaboración propia según datos de Comprar.gob.ar 80-1166-OC18 (2022)

En el periodo de Octubre 2018 se realiza una ampliación de la licitación con el número de compra 80-1165-OC18 en el cual se adquiere lo siguiente:

Tabla 2 Ampliación de Licitación Pública Octubre 2018.

Laboratorios	Descripción	Nombre Comercial	Cantidad/ Unidades	Precio Unitario	Precio Total
Pfizer S.R.L.	Antihemofílicos; Droga Genérica: Factor Viii Recombinante, Forma Farmacéutica: Ampolla, Presentación: 500 Ui, Tipo: Monodroga.	Xyntha	923.825,00	\$ 6,89	\$ 6.365.154,25
Pfizer S.R.L.	Antihemofílicos; Droga Genérica: Factor Viii Recombinante, Forma Farmacéutica: Ampolla, Presentación: 1000 Ui, Tipo: Monodroga	Xyntha	9.187.850,00	\$ 6,89	\$ 63.304.286,50

Fuente: Elaboración propia según datos de Comprar.gob.ar 80-1166-OC18 (2022)

La relevancia de esta implementación se debe a que se implementó por primera vez un proceso de adquisición de CFC por licitación pública para hemofilia A, lo cual tenía como objetivo beneficiar el acceso a la medicación por parte de los pacientes con hemofilia.

Por lo que realizar un estudio descriptivo de los procesos de adquisición de CFC, utilizados en la provincia de Salta, por el IPSS y el PFIS, en el período julio 2018-junio 2019, y la relación con el acceso espacial (disponibilidad del CFC y la accesibilidad geográfica) que tuvo cada pacientes con hemofilia registrados en la historia clínica de la Fundación de la Hemofilia de Salta, llevará a establecer si existió relación entre los procesos implementados por cada institución y el acceso espacial.

El acceso a la medicación (CFC) contribuye a un monitoreo de la equidad en salud más efectivo y es un paso imprescindible para mejorar el acceso de toda la población con hemofilia y reducir las inequidades sociales y de salud.

Esta investigación podría contribuir o ser un disparador, para realizar otros estudios con la finalidad de obtener una evaluación más amplia de los procesos de adquisición y de acceso a los CFC por parte de los pacientes con hemofilia que viven en la Argentina, ya que no existen antecedentes de este tipo de análisis en nuestro país.

Ante lo descripto esta tesis pretende analizar las características de los procesos de adquisición de concentrados de factor de coagulación, poniendo énfasis en la relación con el acceso espacial al medicamento que tuvieron los pacientes con hemofilia en la provincia de Salta.

1.4 Pregunta de investigación. Formulación del Problema de la Tesis

¿Cuáles son las características de los procesos de adquisición de concentrados de factor de coagulación (CFC) y la relación con el acceso espacial al medicamento que tuvieron los pacientes con hemofilia en la provincia de Salta (julio 2018 a junio 2019)?

1.5 Objetivos

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

1.5.2 Objetivos específicos

- 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.

- Analizar las dimensiones del acceso espacial (disponibilidad y accesibilidad geográfica) a la medicación (CFC) que tuvieron los pacientes beneficiarios del PFIS, en el período julio 2018 a junio 2019.
- Caracterizar los procesos de adquisición de CFC para Hemofilia, utilizado por el IPSS y el PFIS, en el período julio 2018 a junio 2019.
- Describir la relación entre los procesos adquisición de cada entidad (IPSS y PFIS) y el acceso espacial al CFC que tuvieron los pacientes con hemofilia en el período julio 2018 a junio 2019.

Capítulo II.

Marco Teórico

2.1 Hemofilia

2.1.1 ¿Qué es la Hemofilia?. Concepto y Tratamientos.

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 o 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 (p.7).

En tanto la Sociedad Argentina de Hematología (2019) señala que:

La frecuencia de la hemofilia A (deficiencia del FVIII) es de aproximadamente 1 cada 5.000 a 10.000 nacimientos de varones y la de la hemofilia B (deficiencia del FIX) es de 1 cada 30.000 a 50.000 nacimientos de varones, considerándola una Enfermedad catastrófica o Poco Frecuente (EPF) (p.179).

En tanto “la expresión clínica de la hemofilia es la hemorragia en diversas localizaciones del organismo, siendo las más características y frecuentes las de articulaciones y músculos” (Sociedad Argentina de Hematología, 2019, p. 179).

De acuerdo estimaciones estadísticas realizadas por la Federación Mundial de Hemofilia cada año, 400.000 individuos son detectados con hemofilia en el mundo. La mas frecuente es la hemofialia A que representa entre el 80 y 85% de la población total con hemofilia.

Los datos tambien confirman que los varones del lado materno son mas proclives a la afección, en el cual los genes del FVIII como el FIX son propensos a nuevas mutaciones. Los hombres heredan el cromosoma X de sus madres y los cromosomas Y de sus padres. El cromosoma X contiene muchos genes que no están presentes en el cromosoma Y. Eso significa que los hombres tienen solo una copia de la mayoría de los genes del cromosoma X, mientras que las mujeres tienen dos copias. Por lo tanto, los hombres pueden tener una enfermedad como la hemofilia si heredan un cromosoma X afectado que tenga una mutación en el gen del factor VIII o del factor IX. Las mujeres

también pueden tener hemofilia, pero esto es mucho menos frecuente. En esos casos, los dos cromosomas X se ven afectados, o uno es afectado y el otro no está presente o está inactivo. En estas mujeres los síntomas de la hemorragia pueden ser similares a los de los hombres con hemofilia (Federación Mundial de Hemofilia, 2012; Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, 2020).

En cuanto a las manifestaciones de la hemofilia el fenotipo característico es la tendencia a las hemorragias, estas se presentan generalmente desde el inicio de la vida, aunque en algunos casos los niños con hemofilia severa no presentan síntomas hemorrágicos hasta que empiezan a gatear, caminar o correr.

En tanto Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (2020) indica que la hemofilia puede causar:

- Hemorragia dentro de las articulaciones que puede llevar a la enfermedad articular crónica y dolor
- Hemorragia en la cabeza y a veces en el cerebro, lo cual puede causar problemas a largo plazo, como convulsiones y parálisis
- La muerte puede ocurrir si la hemorragia no se logra detener o si se produce en un órgano vital como el cerebro.

La gravedad de las hemorragias por hemofilia por lo general guarda relación con el nivel del factor de coagulación, tal como se indica en el siguiente cuadro:

Figura 2. Relación Entre La Gravedad de las Hemorragias y el Nivel Del Factor de Coagulación

GRAVEDAD	NIVEL DE FACTOR DE COAGULACIÓN	EPISODIOS HEMORRÁGICOS
Severa	< 1 UI/dl (< 0,01 UI/ml) o < 1 % del valor normal	Hemorragias espontáneas en las articulaciones o músculos, en especial ante la ausencia de alteración hemostática identificable.
Moderada	1 a 5 UI/dl (0,01 a 0,05 UI/ml) o 1 a 5% del valor normal	Hemorragias espontáneas ocasionales; hemorragias prolongadas ante traumatismos o cirugías menores.
Leve	5 a 40 UI/dl (0,05 a 0,40 UI/ml) o 5 a <40% del valor normal	Hemorragias graves ante traumatismos o cirugías importantes. Las hemorragias espontáneas son poco frecuentes.

Fuente: Federación Mundial de Hemofilia (2012)

Lo descripto permite señalar la importancia de la atención integral en pacientes con hemofilia ya que fomenta la salud física y psicológica del individuo contribuyendo a una mejor calidad de vida. De allí que la mejor forma de atender las diversas necesidades de las personas con hemofilia y de su familia es la que puede darle el cuidado integral

coordinado a cargo de un equipo multidisciplinario de profesionales de la salud, que se ajuste a los protocolos aceptados en uso y, de existir, a las guías nacionales de tratamiento (Federación Mundial de Hemofilia, 2012).

De acuerdo a la Federación Mundial de Hemofilia (2012) las prioridades a tener en cuenta para mejorar la salud y la calidad de vida de las personas con hemofilia incluyen:

- La prevención de hemorragias y daño articular;
- La aplicación inmediata de un tratamiento para las hemorragias;
- El manejo de complicaciones como: daño articular o muscular y otras secuelas de las hemorragias; desarrollo de inhibidores; infección(es) viral(es) transmitida(s) por productos sanguíneos
- La atención de la salud psicosocial (p.9).

De allí la importancia de un tratamiento adecuado debido a que las hemorragias repetidas ocasionan deterioro progresivo de articulaciones y músculos, una grave pérdida de función debida a la perdida de movilidad, atrofia muscular, dolor, deformidad articular y contracturas dentro de la primera o segunda década de vida (Federación Mundial de Hemofilia, 2012).

2.1.2 Prevalencia de la hemofilia

Recientemente la Federación Mundial de Hemofilia (2021) ha publicado datos actuales sobre la prevalencia al nacer (incidencia) y prevalencia, por separado, para todos los pacientes y para pacientes con hemofilia grave. El cálculo de prevalencia que adopta es a partir de datos de FranceCoag, confirmando los datos de registros del Reino Unido y de Canadá. De manera específica, el número de pacientes por año de nacimiento se valoró retrospectivamente y se analizó a lo largo de muchos años (Federación Mundial de Hemofilia, 2021).

Los datos de prevalencia publicados por la Federación Mundial de Hemofilia (2021) indican:

Figura 3. Prevalencia al Nacer de pacientes con hemofilia

24.6/100,000 hombres para TODOS los tipos de hemofilia A	9.5/100,000 hombres para la hemofilia A grave
5.0/100,000 hombres para TODOS los tipos de hemofilia B	1.5/100,000 hombres para la hemofilia B grave

Fuente: Federación Mundial de Hemofilia (2021)

De acuerdo a estos datos de prevalencia al nacer y analizando con los datos del UNICEF de la población mundial de nacimientos vivos, el cual indica que cada año nacen por lo menos 130 millones de bebé, es posible proyectar que cada año nacerán aproximadamente 20,000 personas con hemofilia en todo el mundo, de las cuales cerca de 7,000 tendrán hemofilia grave (Federación Mundial de Hemofilia, 2021).

Según los datos proporcionados por Federación Mundial de Hemofilia (2021) la tasa de mortalidad para personas con hemofilia es mayor que la tasa de mortalidad entre la población en general debido a una atención inadecuada a lo largo de la vida de los pacientes. En consecuencia, se ha calculado la prevalencia de la hemofilia usando datos de registros de Australia, Canadá, Francia, Italia, Nueva Zelanda y el Reino Unido:

Figura 4. Prevalencia de hemofilia de registros de Australia, Canadá, Francia, Italia, Nueva Zelanda y el Reino Unido

17.1/100,000 para TODOS los tipos de hemofilia A	6.0/100,000 hombres para la hemofilia A grave
3.8/100,000 para TODOS los tipos de hemofilia B	1.1/100,000 hombres para la hemofilia B grave

Fuente: Federación Mundial de Hemofilia (2021)

Usando estos cálculos y la actual población mundial de hombres de 7.8 mil millones (3.9 mil millones de hombres), el número esperado de pacientes con hemofilia a escala mundial es de 815,100, de los cuales cerca de 276,900 tendrían hemofilia grave (Federación Mundial de Hemofilia, 2021).

2.1.3 Estadísticas de Población Mundial con Hemofilia

Desde 1999, ONM de 147 diferentes países han reportado datos para el Sondeo Mundial Anual. Esta sección se añadió para ilustrar una representación más completa del estado actual de la identificación de pacientes a escala mundial.

Figura 5. Sondeo Mundial. Datos Sociodemográficos de Pacientes con Hemofilia

Número total de personas con trastornos de la coagulación	347,026
Número de personas con hemofilia	209,614
Número de personas con hemofilia A	165,379
Número de personas con hemofilia B	33,076
Número de personas con hemofilia de tipo desconocido o de tipo no reportado	11,159
Número de personas con enfermedad de Von Willebrand (EVW)	84,197
Número de personas con otros trastornos de la coagulación	53,215

Fuente: Fuente. Federación Mundial de Hemofilia (2021)

2.1.4 Tratamiento Profiláctico con CFC

El tratamiento para la hemofilia consiste en reemplazar el factor de coagulación que falta en la sangre, al ser una enfermedad hereditaria y crónica, el paciente debe recibirlo de por vida (Abresú, 2017).

Existen dos modalidades de tratamiento:

- A demanda: administración del factor deficitario sólo ante la aparición de un evento hemorrágico.
- Profilaxis: administración del factor deficitario 2-3 veces a la semana, para disminuir o evitar la presencia de hemorragias en todo momento, llevando una vida activa, con una calidad de vida comparable a la de personas sin hemofilia (Neme, 2021).

Federación Mundial de Hemofilia (2012) refiere a la profilaxis como “el tratamiento con concentrado de factor que se aplica vía intravenosa a fin de prevenir posibles hemorragias” (p.12). El objetivo del tratamiento es preservar las funciones musculoesqueléticas normales, previniendo las hemorragias y la destrucción de las articulaciones.

En los pacientes con hemorragias reiteradas, particularmente en las articulaciones diana, la profilaxis a corto plazo durante cuatro a ocho semanas puede utilizarse para interrumpir el ciclo hemorrágico. Puede combinarse con fisioterapia

intensiva o sinoviortesis. Si bien la profilaxis no revierte el daño articular establecido; no obstante, disminuye la frecuencia de las hemorragias y puede retrasar la progresión de la enfermedad articular y mejorar la calidad de vida (Federación Mundial de Hemofilia, 2012).

La profilaxis es un tratamiento costoso y solo resulta posible si se asignan una gran cantidad de recursos a la atención de la hemofilia. Sin embargo, resulta un tratamiento redituable a largo plazo debido a que elimina los altos costos relacionados con el consiguiente tratamiento de las articulaciones lesionadas y mejora la calidad de vida (Federación Mundial de Hemofilia, 2012).

Figura 6. Definiciones De Los Protocolos De Terapia De Reemplazo De Factor

PROTOCOLO	DEFINICIÓN
Tratamiento por episodios ("a demanda")	Tratamiento que se aplica cuando hay evidencia clínica de una hemorragia.
Profilaxis continua Profilaxis primaria	Tratamiento regular y continuo* que comienza a aplicarse ante la ausencia de una enfermedad articular osteo-cartilaginosa documentada, determinada mediante un examen físico y/o estudios con imágenes, y antes de que exista evidencia clínica de una segunda hemorragia en alguna articulación grande**, a partir de los 3 años.
Profilaxis secundaria	Tratamiento regular continuo* que comienza a aplicarse después de que se han producido 2 o más hemorragias en alguna articulación grande** y antes del inicio de una enfermedad articular documentado mediante un examen físico y estudios con imágenes.
Profilaxis terciaria	Tratamiento regular continuo* que comienza a aplicarse a continuación del inicio de la enfermedad articular que se ha documentado mediante un examen físico y radiografías simples de las articulaciones afectadas.
Profilaxis intermitente ("periódica")	Tratamiento que se aplica para prevenir hemorragias durante períodos que no excedan 45 semanas por año.

* Continuo se define como la intención de aplicar un tratamiento durante 52 semanas por año y recibir un mínimo de infusiones con una frecuencia definida a priori durante por lo menos 45 semanas (85%) del año en consideración.

** Articulaciones grandes = tobillos, rodillas, caderas, codos y hombros.

Fuente: Federación Mundial de Hemofilia (2012)

De ser posible, el tratamiento de los pacientes debe realizarse en un lugar apropiado de la casa, ya que esto permite tener acceso inmediato al factor de coagulación y, por lo tanto, al tratamiento precoz y óptimo, lo que implica menos dolores, disfunciones e incapacidad por largos períodos, además de muchos menos ingresos en el hospital para tratar las complicaciones. En condiciones ideales, la terapia en casa se lleva a cabo con concentrados de factor de coagulación u otros productos liofilizados seguros que pueden almacenarse en un refrigerador doméstico y reconstituirse

fácilmente. El tratamiento debe llevarse a cabo bajo la estricta supervisión del equipo de atención integral y podrá comenzar a aplicarse únicamente después de instruir y capacitar a los interesados.

En definitiva, con la medicación para el tratamiento y los cuidados adecuados, las personas con hemofilia pueden llevar una vida normal. Sin tratamiento, la hemofilia causa dolor atrofante, daños severos a las articulaciones, discapacidad y muerte temprana.

2.1.5 Consumo Mundial de Factor VIII y Factor IX

Figura 7. Uso de Factor VIII en 2020

	USO DE FACTOR	NÚMERO DE PAÍSES QUE REPORTARON DATOS
Media (DE) mundial del uso de factor VIII per cápita	2.551 UI (3.108)	105
Mediana mundial del uso de factor VIII per cápita	0.945	105
Rango intercuartil (RIC) mundial del uso de factor VIII per cápita	4.363 UI (0.106 a 4.469)	105
Consumo total de concentrados de factor VIII	11,116,204,164 UI	105

Fuente: Federación Mundial de Hemofilia (2021)

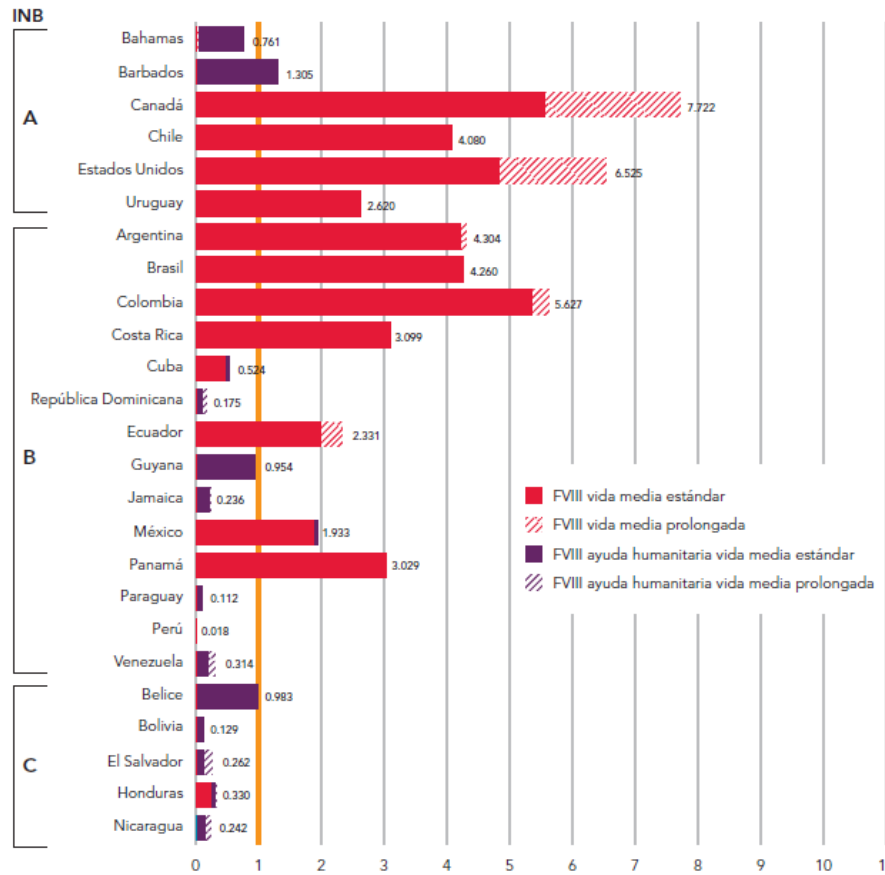
Figura 8. Uso de Factor IX en 2020

	USO DE FACTOR	NÚMERO DE PAÍSES QUE REPORTARON DATOS
Media (DE) mundial del uso de factor IX per cápita	0.485 UI (0.872)	98
Mediana mundial del uso de factor IX per cápita	0.13 UI	98
Rango intercuartil (RIC) mundial del uso de factor IX per cápita	0.647 UI (0.015 a 0.662)	98
Consumo total de concentrados de factor IX	2,202,597,368 UI	98

Fuente: Federación Mundial de Hemofilia (2021)

La figura refleja las cifras del promedio per cápita y del consumo total reportadas en el uso de Factor VIII y Factor IX en el año 2020.

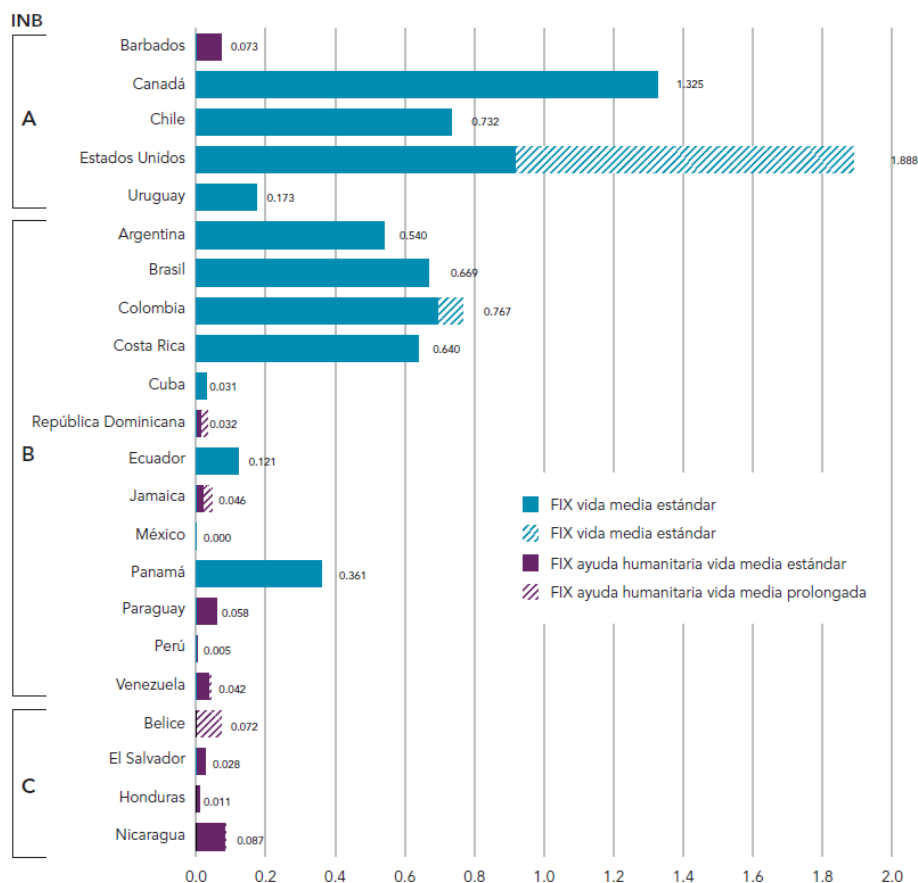
Figura 9. Media del uso de factor VIII per cápita en 2020 – Comparaciones regionales y por INB de UI/población total: Continente Americano



Fuente: Federación Mundial de Hemofilia (2021)

Categorías económicas basadas en la clasificación para el 2020 del Grupo del Banco Mundial para "Ingreso nacional bruto (INB) per cápita, método Atlas (US\$ actuales)". INB en dólares estadounidenses: D ingresos bajos, \$0 - \$1,045; C ingresos medios bajos, \$1,046 - \$4,095; B ingresos medios altos, \$4,096 - \$12,695; y A ingresos altos, \$12,696 o más. Sírvase notar que el eje de la x que muestra el número de UI/cápita es diferente para cada grafica de la figura G. La línea naranja indica 1 unidad internacional (UI) per cápita de factor VIII. La FMH ha establecido que una UI de concentrado de factor de coagulación de FVIII per cápita debería ser el objetivo mínimo para países que desean lograr la supervivencia de la población con hemofilia. Se necesitarían mayores niveles para preservar la función articular o lograr una calidad de vida equivalente a la de una persona sin hemofilia (Federación Mundial de Hemofilia, 2021).

Figura 10. Media del uso de factor IX per cápita en 2020 – Comparaciones regionales y por INB de UI/población total: Continente Americano



Fuente: Federación Mundial de Hemofilia (2021)

Categorías económicas basadas en la clasificación para el 2020 del Grupo del Banco Mundial para "Ingreso nacional bruto (INB) per cápita, método Atlas (US\$ actuales)". INB en dólares estadounidenses: D ingresos bajos, \$0 - \$1,045; C ingresos medios bajos, \$1,046 - \$4,095; B ingresos medios altos, \$4,096 - \$12,695; y A ingresos altos, \$12,696 o más (Federación Mundial de Hemofilia, 2021).

2.1.6 Historial De Evolucion Del Tratamiento En Argentina

El tratamiento de Hemofilia ha mostrado una evidente evolución en los últimos años. Para los años 40 los pacientes que sufrían de hemofilia enfrentaban tratamiento el mediante transfusiones de sangre fresca. Más tarde, para la década del 60 comienza a utilizarse el crioprecipitado de Factor VIII, que consistía en una fracción concentrada de ese factor de la coagulación.

En la década del 70 comenzó a aplicarse en las naciones más avanzadas del mundo el tratamiento con concentrados antihemofílicos de factor VIII y Factor IX. Debido a su eficacia en el tratamiento, los concentrados antihemofílicos comenzaron a ser promocionados y utilizados a nivel mundial. Su uso generalizado también ha permitido avanzar hacia la terapia domiciliaria, lo que mejora significativamente la calidad de vida de los pacientes (Fundación de la Hemofilia, s.f).

En nuestro país, el Estado Nacional incorporó, estimuló y apoyó económicamente el tratamiento con esos concentrados. En ese sentido el Instituto Nacional de Obras Sociales (INOS), a través de la Resolución 162 del año 1977, obligó a las obras sociales a entregar concentrados antihemofílicos a los pacientes para su tratamiento. Para posibilitar esa entrega, el Estado Nacional brindó un importantísimo aporte económico haciéndose cargo del costo del 50% del valor de los concentrados. Desde entonces el Estado continuó estimulando y apoyando económicamente, de modo interrumpido, este tratamiento.

En la actualidad además de haber aparecido nuevas moléculas recombinantes de mayor vida media, en los últimos años se han desarrollado anticuerpos monoclonales que simulan el efecto del factor VIII o que interfieren con moléculas inhibitorias de la hemostasia, como la antitrombina III o el inhibidor de la vía del factor tisular (TPFI), que suponen una alternativa muy atractiva en el manejo de la hemofilia en pacientes con y sin inhibidor.

En países que tienen acceso a concentrados de factor de coagulación, el tratamiento de la profilaxis se ha convertido en la norma para los pacientes con hemofilia y puede iniciarse al año y medio o dos años de vida.

La idea de la profilaxis surgió a partir de la observación de que las personas con hemofilia leve o moderada (que tienen niveles de factor de coagulación VIII o IX mayores a 1%) rara vez presentan hemorragias espontáneas. También tienen menos lesiones articulares que las personas que padecen hemofilia severa.

Los médicos consideraron que, si pudieran mantener los niveles mínimos de factor mayor al 3 % mediante la infusión periódica de concentrados de factor de coagulación, podrían reducir el riesgo de hemorragias y prevenir daños articulares.

Desde entonces, importantes estudios han demostrado que los niños que reciben profilaxis tienen, en efecto, menos hemorragias y articulaciones más saludables. La profilaxis es actualmente el objetivo del tratamiento para las personas con hemofilia severa, lo que les permitirá permanecer activas y participar más cabalmente en la vida cotidiana. La profilaxis no ayudará a reparar articulaciones que ya están lesionadas. Sin embargo, disminuirá la frecuencia de las hemorragias, puede reducir el avance de la enfermedad articular, y puede mejorar la calidad de vida.

En Argentina en el año 2003 mediante la Resolución 2048/2003 se aprueba la "cobertura de factores de coagulación para pacientes bajo tratamiento profiláctico", con lo cual, los pacientes con hemofilia A y B severa (en principio sólo ellos), podrán contar con la importancia de dicho tratamiento. Está comprobado que una buena acción profiláctica, si bien aumenta el consumo de factores en hasta un 25-30%, reduce el resto del tratamiento en proporciones que varían entre el 100% en utilización de cirugía correctiva y del 70% en días de hospitalización y consultas médicas. En pocas palabras contribuye en gran medida, al mejoramiento de la calidad de vida (Fundación de la Hemofilia Argentina, 2021).

2.1.7 Estadísticas de Población Argentina con Hemofilia

A continuación, se presenta la estadística de población argentina con Hemofilia según los datos proporcionados en el reciente informe de la Federación Mundial de Hemofilia (2021):

Tabla 3. Cantidad de Pacientes con Hemofilia en Argentina

País	Población	Hemofilia
Argentina	45.376.763	2814

Fuente: Federación Mundial de Hemofilia (2021)

La Tabla N° 3 evidencia que, del total de la población argentina, es decir 45.76.763 habitantes, 2546 fueron reportados con hemofilia.

Tabla 4. Distribución por país de los trastornos de la coagulación reportados de Hemofilia A y B.

País	Hemofilia A	Hemofilia B	Hemofilia de Tipo Desconocido
Argentina	2428	386	0

Fuente: Federación Mundial de Hemofilia (2021)

La Tabla N° 4 evidencia que, del total de la población con hemofilia, 2428 fueron diagnosticados con hemofilia tipo A y 386 son de tipo B.

Tabla 5. Uso de concentrados de factor en 2020: Factor VIII

País	Total de UI de Factor VIII	Factor derivado de plasma	VIII de recombinate	VIII recombinate, vida media prolongada
Argentina	195.300.000	116.900.000	74.200.000	4.000.000

Fuente: Federación Mundial de Hemofilia (2021)

La Tabla N° 5 muestra que en Argentina se utiliza un total de 195.300.00 UI de Factor VIII.

Tabla 6. Uso de concentrados de factor en 2020: Factor IX

País	Total de UI de Factor IX	Factor derivado de plasma	IX de recombinate	IX recombinate, vida media prolongada
Argentina	24.500.000	16.700.000	7.800.000	0

Fuente: Federación Mundial de Hemofilia (2021)

La Tabla N° 6 muestra que en Argentina se utiliza un total de 24.500.000 UI de Factor IX.

2.2 Sistema de Salud Argentino y Procesos de Adquisición de Medicamentos

2.2.1 Componentes y Regulación de Subsistemas

De acuerdo a Belló & Becerril Montekio (2011) el sistema de salud Argentino se compone de tres sectores, que se caracterizan por su falta de integración y fragmentación. Por un lado se encuentra el sector público, por otro lado el sector privado y por ultimo el sector de seguro social obligatorio, es decir las obras sociales (Belló & Becerril Montekio, 2011).

El primero de ello, se encuentra integrado por las estructuras administrativas provinciales y nacionales de nivel ministerial, y la red de hospitales y centros de salud públicos que prestan atención gratuita a toda persona que lo demande, en general personas sin seguridad social y sin capacidad de pago, aproximadamente 14.6 millones de personas en 2008.

En este punto Tobar, et al., (2006) el sector público se expresa en una cobertura universal en el cual los sectores de recursos más bajo son sus usuarios centrales. La función del sector se caracteriza por brindar atención a sus usuarios mediante campañas preventivas, vacunación, internación entrega gratuita de medicamentos, entre otros (Tobar, et al., 2006).

El sector privado incluye a los profesionales independientes que prestan servicios a pacientes particulares asociados a obras sociales o a sistemas privados de medicina prepagada. También abarca a instituciones asistenciales, contratados también por obra social. Por ultimo incluye las entidades de seguro voluntario llamadas Empresas de Medicina Prepaga, que incluyen un subsector prestador de servicios agrupado en la confederación Argentina de Clínicas, Sanatorios y Hospitales Privados. Este sector comprende también a las llamadas cooperativas y mutuales de salud, que son entidades no lucrativas que ofrecen planes de salud, pero no operan ni como obra social ni como medicina prepagada (Belló & Becerril Montekio, 2011).

El sector del seguro social obligatorio se organiza en torno a las Obras Sociales, que cubren a los trabajadores asalariados y sus familias según ramas de actividad. Además, cada provincia cuenta con una obra social que cubre a los empleados públicos de su jurisdicción. Finalmente, el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados

y Pensionados/Programa de Asistencia Médica Integral (INSSJyP - PAMI) brinda cobertura a los jubilados del sistema nacional de previsión y sus familias.

En cuanto a lo gubernamental, es posible indicar que el sistema de salud se divide en subsistemas que contienen los siguientes niveles: Nación, provincias y municipios.

En el nivel Nacional se ejercen funciones de coordinación, regulación, asistencia financiera y técnica. Por su parte las provincias y municipios se encargan de brindar servicios de asistencia a su población, mediante una estructura centralizada con presupuesto específico destinados para la administración del personal y servicios. Es decir que las provincias tienen a cargo el manejo de los hospitales públicos anteriormente administrados por nación (Belló & Becerril Montekio, 2011).

Entre los organismos encargados de la regulación de los subsistemas de salud argentino se encuentra en primer lugar la Superintendencia de Servicios de Salud como "órgano de supervisión, fiscalización y control de los agentes que integran el Sistema de Seguro de Salud, en este se incluyen: las obras sociales sindicales, todos sus prestadores y a su vez los financiadores del subsistema privado de salud" (Abuelafia, y otros, 2002, p.27).

En tanto, la Superintendencia de Servicios de Salud (2011) indica que:

Nuestra misión es supervisar, fiscalizar y controlar a las obras sociales y a otros agentes del sistema, con el objeto de asegurar el cumplimiento de las políticas del área para la promoción, preservación y recuperación de la salud de la población y la efectiva realización del derecho a gozar las prestaciones de salud establecidas en la legislación (p.9).

Es decir que, la función central de dicho organismo en el control del funcionamiento del sistema de obras sociales, en pos de garantizar a los usuarios la calidad en la prestación.

Por su parte, se encuentra el órgano de control y certificación relativo a los medicamentos y alimentos comercializados en todo el territorio nacional reconocido como Administración Nacional de La Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología (ANMAT).

De acuerdo al Decreto 1490/92, define:

Créase en el ámbito de la Secretaría de Salud del Ministerio de Salud y Acción Social, la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica (ANMAT).

La Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica (ANMAT) actuará como Organismo Descentralizado de la Administración Pública Nacional, dependiendo técnica y científicamente de las normas y directivas que le imparta la Secretaría de Salud, con un régimen de autarquía económica y financiera, con jurisdicción en todo el territorio de la Nación (art. 2).

En tanto lo señalado por Abuelafia, y otros, (2002) las funciones de la ANMAT se agrupan en tres dimensiones:

1. Control y fiscalización de la sanidad y calidad de todas las drogas, productos químicos, reactivos, formas farmacéuticas, medicamentos, elementos de diagnóstico, materiales y tecnologías biomédicos y todo otro producto de uso y aplicación en la medicina humana.
A su vez ejercer la vigilancia sobre la eficacia y la detección de los efectos adversos que resulten del consumo y utilización de los materiales antes mencionados
2. Certificación y/o registro de todas las personas físicas o jurídicas que intervengan en las acciones de aprovisionamiento, producción, elaboración, fraccionamiento, importación y/o exportación, depósito y comercialización de los productos o materiales arriba mencionados.
3. La ANMAT junto con la INVIMA (su par colombiana) han sido los primeros organismos latinoamericanos orientados no solo al control de los medicamentos, sino también a la regulación del mercado. Aunque aún la acción de esta agencia sobre los precios ha sido muy limitada puede destacarse que se han implementado recientemente un conjunto de políticas orientadas hacia la demanda en lo que es la promoción de genéricos – a través de su prescripción y/o habilitación de sustitutos (Abuelafia, et al., 2002).

2.2.2 Procesos de Adquisición de Medicamentos

El proceso de adquisición comprende el conjunto de actividades para comprar o adquirir productos o servicios.

Considerando el objeto de interés del presente estudio, se analiza a continuación los procesos de adquisición de medicamentos.

Para ello es importante citar a Osorio (s.f) quien conceptualmente define como:

Es el conjunto de actividades que realiza la institución o establecimiento farmacéutico que permite adquirir los medicamentos y dispositivos médicos que han sido incluidos en el plan de compras, con el fin de tenerlos disponibles para la satisfacción de las necesidades de sus usuarios, beneficiarios o destinatarios (Osorio, s.f, p.1).

En esta línea el Banco Interamericano de Desarrollo (2017) "un sistema de suministro de medicamentos comprende la selección, la cuantificación y el pronóstico, la adquisición, el almacenamiento y la distribución" (p.7) como etapas centrales en la gestión de medicamentos que implican costos (Banco Interamericano de Desarrollo, 2017).

Ante lo expuesto es posible mencionar las dimensiones que intervienen en la gestión de medicamentos propuestos por Peña Piñán, (2017) estas son:

Selección de medicamentos e insumos: Es el punto de partida y pilar fundamental de la gestión y del suministro, en esta etapa prima la elección de los medicamentos e insumos que realmente son requeridos para atender a la población objetiva, considerando la demanda de la población con sus principales índices de morbimortalidad.

Requerimientos de medicamentos e insumos y sistema de información: El requerimiento de los medicamentos e insumos en los servicios de salud, pues se origina en la programación de las necesidades que deben estar encaminadas en mejorar la salud, en el corto plazo, con adquisición y distribución de medicamentos en los diferentes programas que oferta el servicio.

Precios de medicamentos e insumos: Los precios de los medicamentos e insumos, es el gasto que genera a la institución para adquirir los requerimientos realizados, donde debe de optimizar la compra si se combinan con distintas modalidades de compra como; la licitación nacional, licitación internacional, compras a través de agencias de cooperación, compras descentralizadas sobre la base de precios y proveedores de referencia.

Compras de medicamentos e insumos: Es el resultado de las necesidades estimadas y su propósito es el de disponer de los productos con calidad, en el momento oportuno, en la cantidad requerida y a precios asequibles para una adecuada prestación de los servicios.

Adquisición de medicamentos e insumos: Las adquisiciones requieren de una adecuada organización, personal idóneo, procedimientos conocidos, un buen sistema de información, un presupuesto adecuado y unos objetivos, metas y prioridades dadas para un periodo anual de trabajo.

Abastecimiento: El sistema de abastecimiento público, juega un rol esencial en la rapidez con que el Estado brinda sus servicios y ofrece respuestas satisfactorias a la ciudadanía, y comprende un conjunto de políticas, normas y procesos destinados a suministrar los elementos materiales empleados en la producción de servicios públicos con criterios de eficiencia y eficacia.

Almacenamiento: El almacenamiento es el proceso que garantiza la conservación de los insumos bajo las condiciones establecidas por el fabricante de manera que se conserve su efectividad a la hora de ser utilizado en las personas, de igual manera es el proceso de almacenamiento que garantiza la custodia de los inventarios.

Distribución: La distribución es el proceso que abarca el movimiento y traslado del insumo desde el almacén o bodega central, hacia los almacenes de las regionales, hospitales, unidades, clínicas comunales u otras unidades de atención al usuario.

Dispensación y uso: La promoción del uso racional, consiste en un conjunto de estrategias dirigidas a proporcionar el uso adecuado de los medicamentos e insumos de salud, brindando una información básica sobre ellos, que compromete principalmente a los profesionales del área de la salud (Peña Piñán, 2017, p.33).

El sistema de suministro de medicamentos es la base del funcionamiento de la farmacia en el hospital. Se constituye como el principal soporte de los servicios farmacéuticos y de la atención farmacéutica. Este componente de enfoque administrativo (programación, compra, almacenamiento, distribución), sólo requiere que el proceso de selección de medicamentos se haya desarrollado satisfactoriamente dando

como resultado la lista de medicamentos autorizados para uso regular en la institución (Magne Iquise, 2006).

En la cadena de suministro de medicamentos interviene la fase logística que implica la entrega de grandes cantidades de suministros, conforme un calendario. En el abastecimiento de medicamentos, la logística comprende todos los aspectos del proceso requeridos para llevar un medicamento desde el proveedor hasta el dispensador y, eventualmente, al paciente individual. Los sistemas de logística verdaderamente son “sistemas” por el hecho de requerir los esfuerzos coordinados de muchas unidades individuales dentro y fuera del gobierno. Cuando las distintas tareas son llevadas a cabo no como parte del sistema sino en forma independiente y desarticulada, aumentan los costos, se vuelve común la escasez y sufren los pacientes.

Analizando los actores de la cadena Bisang, Luzuriaga, & San Martín (2017) señalan la importancia del Estado en su rol de agente regulador en el mercado de medicamentos en carácter de agente de control y gestión para el funcionamiento adecuado del sistema. Por otro lado, el Estado tiene fuerte poder de negociación en el mercado, ya que se posiciona como uno de los principales consumidores, mediante presupuestos nacionales, provinciales y municipales en lo referido a la prevención y cuidado de la salud de la población (Bisang, Luzuriaga, & San Martín, 2017).

Sumado a ello se destaca también el rol de la ANMAT como principal agente de control de calidad de los medicamentos comercializados analizados en el apartado anterior.

En tanto, el presente estudio focaliza sobre los procesos de adquisición de medicamentos de alto costo para el tratamiento de la Hemofilia, entendiendo que estos últimos años se ha caracterizado por la dificultad de acceso a medicamentos constituida como la principal barrera de acceso a los cuidados médicos. Tal indica Tobar (2002) “la posibilidad o no de obtener un medicamento cuando se lo necesita es el aspecto en el que se registran mayores brechas e inequidades entre ricos y pobres” (Tobar, 2002, p.3).

De acuerdo al Poder Ejecutivo Nacional (2019) Anexo I Informe técnico sobre las condiciones de competencia en el mercado de medicamentos “los medicamentos llamados “de alto costo” son medicamentos que se utilizan en el tratamiento de un

conjunto limitado de enfermedades graves, de baja prevalencia (o enfermedades "raras"), que demandan una cobertura prolongada en el tiempo y de alto impacto económico" (p.10). De acuerdo a ello, los medicamentos para tratamiento de Hemofilia se encuentra incluidos y cubiertos para pacientes que lo requieran (Poder Ejecutivo Nacional, 2019).

2.2.3 Adquisición de Medicamentos del Sistema Público Argentino

A Nivel Nacional las compras de medicamentos que realizan las diversas entidades del sector público están reguladas mediante el Régimen jurídico vinculado con el Regímenes de Contrataciones del Estado es el Decreto Delegado 1023/01, el Decreto 1030/06 y Decreto 1545/94.

Según lo establecido por el Decreto Delegado 1023/01, los principios generales a los que deberá ajustarse la gestión de las contrataciones son la razonabilidad del proyecto, la eficiencia de la contratación para ampliar con el interés público comprometido y el resultado esperado, la promoción de la concurrencia de interesados y de la competencia entre oferentes, la transparencia en los procedimientos, la publicidad y la difusión de las actuaciones.

El Regimen de Contrataciones de la Administración Nacional que tiene por objeto que las obras, bienes y servicios sean obtenidos al menor costo posible, en el mejor momento oportuno y con la mejor tecnología proporcionada a las necesidades requeridas.

Es importante remarcar que estas Disposiciones fueron emitidas en el mes de septiembre del año 2016, casi al mismo tiempo de entrar en vigencia el Decreto 1030/16.

La normativas tienen el propósito de establecer un marco normativo nacional para los procedimientos a seguir por las entidades del sector público en materia de contrataciones y adquisiciones.

El Estado distribuye medicamentos y otros insumos a centros de atención primaria, depósitos provinciales, Programas (como ser el Programa Federal Incluir Salud), Hospitales y otros establecimientos en condiciones de recibirlos, de acuerdo a lo establecido por las autoridades Nacionales (Ministerio de Salud, s.f).

De acuerdo a lo establecido por el Ministerio de Salud y Desarrollo Social el proceso de adquisición de Medicamentos del sector público se puede representar en la siguiente gráfica:

Figura 11. Proceso de Adquisición de Medicamentos



Fuente: Elaboración Propia

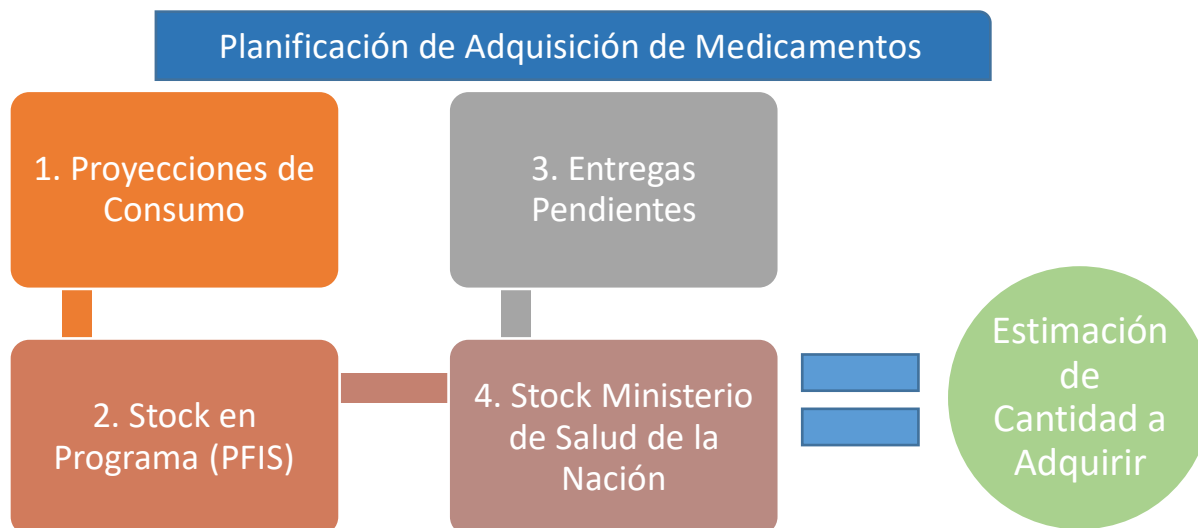
La adquisición de los medicamentos que son distribuidos a los diferentes efectores o establecimientos, se realiza de forma centralizada y en grandes cantidades, a través de licitación pública. Solo se pueden licitar medicamentos por su nombre genérico, que figuren en el Registro de Especialidades Medicinales (REM), con certificado o registro sanitario vigente, y en presentaciones que conformen tratamientos completos. Deben ser sometidos a estudios de biodisponibilidad/ bioequivalencia, en los casos en que la ANMAT lo determina (según Disposición 3185/99 y Disposición 4788/12). (Ministerio de Salud, s.f).

Luego los medicamentos son trasladados desde el laboratorio productor hasta el depósito de un operador logístico habilitado por la ANMAT. Allí son almacenados garantizando las condiciones de almacenamiento. La recepción en el Operador Logístico de los medicamentos es acompañada por el acta de liberación del INAME. (Ministerio de Salud, s.f).

A partir de la información histórica de consultas y de utilización de medicamentos (prescripción médica), se proyectan las cantidades de medicamentos necesarias para el período que se busca cubrir. Asimismo, se considera el stock existente, el stock disponible en depósito central y las entregas pendientes de las compras en curso. Con esta información, se define la compra de los medicamentos del vademécum necesarias para cubrir la demanda (Ministerio de Salud, s.f).

Es decir que, el proceso de compras involucra la planificación de la adquisición del bien, es decir del medicamento.

Figura 12. Planificación de Adquisición de Medicamentos



Fuente: Elaboración propia de datos del Ministerio de Salud (s.f)

Una vez definidas las cantidades de medicamentos necesarias, se realizan periódicamente desde el nivel central licitaciones. La modalidad de adquisición más frecuente es la licitación pública. En casos particulares se realizan compras directas. Este último mecanismo de adquisición es excepcional y se implementa en aquellos casos en que los medicamentos no pudieron ser adjudicados en las licitaciones. (Ministerio de Salud, s.f).

A grandes rasgos el proceso de licitación involucra los siguientes pasos:

- El Comprador indicado en los Datos de la Licitación (DDL) emite estos Documentos de Licitación para la adquisición de los Bienes y Servicios Conexos especificados en Sección VI, Lista de Requisitos. El nombre y número de identificación de esta Licitación Pública Internacional (LPI) para adquisición de bienes están especificados en los DDL. El nombre, identificación y número de lotes están indicados en los DDL.
- Adjudicación de Contrato: el Comprador adjudicará el Contrato al Oferente cuya oferta haya sido determinada la oferta evaluada como la más baja y cumple sustancialmente con los requisitos de los Documentos de Licitación, siempre y cuando el Comprador determine que el Oferente está calificado para ejecutar el Contrato satisfactoriamente.

- Antes de la expiración del período de validez de las ofertas, el Comprador notificará por escrito al Oferente seleccionado que su Oferta ha sido aceptada.
- El Comprador publicará en los sitios de Internet y del Banco los resultados de la licitación. Para facilitar la competencia, los pliegos de las licitaciones se publican en el sitio web del Ministerio de Salud y Desarrollo Social (www.argentina.gob.ar/salud) y la página institucional de la Coordinación de Medicamentos Esenciales (Ministerio de Salud, s.f).
- Inmediatamente después de la notificación de adjudicación, el Comprador enviará al Oferente seleccionado el Convenio y las Condiciones Especiales del Contrato.

En cuanto a la operatoria de redistribución permite realizar el intercambio de medicamentos provistos por el Ministerio de Salud y Desarrollo Social entre centros de una misma jurisdicción. Tiene como objetivo compensar faltantes y disminuir excesos de stock, optimizando de esta manera la utilización de los insumos transferidos (Ministerio de Salud, s.f).

Debe tenerse en cuenta que la provincia es responsable de la implementación de la operatoria de redistribución en su jurisdicción. La misma se realizará a través del Responsable Provincial, quien deberá responder por el traslado adecuado de los medicamentos, el resguardo de la trazabilidad de los lotes, y la disponibilidad de la documentación que respalda los movimientos efectuados (Ministerio de Salud, s.f).

2.2.4 Adquisición de Medicamentos de las Obras Sociales. (Por Convenio)

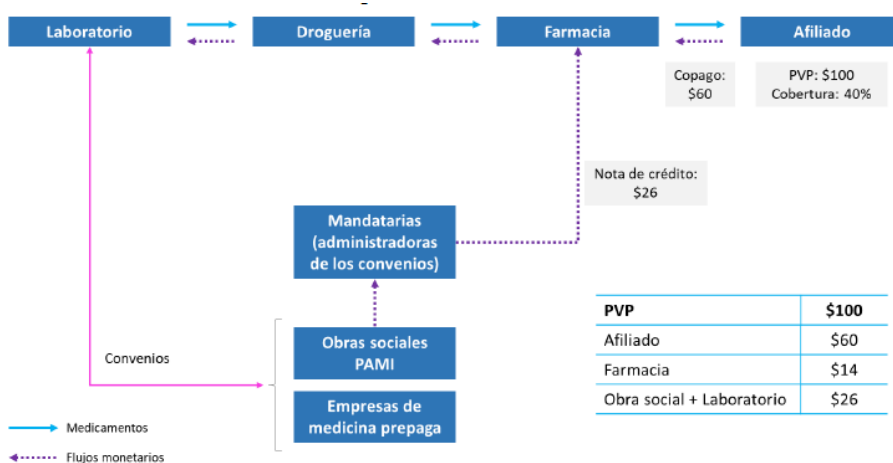
Las obras sociales y empresas de medicina prepaga habitualmente proveen medicamentos a sus afiliados a través de convenios con los laboratorios que son acuerdos para la provisión de medicamentos basados en listados de medicamentos provistos por los laboratorios (o "vademécums") a un precio menor que el precio de venta al público. La mayoría de las obras sociales y prepagas utilizan a las empresas mandatarias para la administración de los convenios de abastecimiento de medicamentos (Poder Ejecutivo Nacional, 2019).

El funcionamiento del sistema de liquidación de los convenios a cargo de las mandatarias para los medicamentos ambulatorios funciona, a grandes rasgos, de la siguiente manera. Del descuento en medicamentos que recibe el paciente de parte de

la obra social o prepaga (típicamente, un 40% del precio de venta al público, PVP, aunque en algunos casos, como por ejemplo en el caso de enfermedades crónicas, puede ser mayor), el seguro de salud cubre entre el 10% y el 15% del PVP (según el convenio que tenga con el laboratorio fabricante) y el resto lo absorben entre el laboratorio y la farmacia. Las mandatarias son las encargadas de liquidar el descuento de las obras sociales y prepagas en medicamentos.

El proceso comienza cuando el paciente compra el medicamento y recibe el descuento correspondiente. Luego el farmacéutico envía el troquel con la receta y la firma del paciente a la mandataria, la cual valida la receta y emite una nota de crédito por el porcentaje del descuento que le corresponden a la obra social o prepaga y al laboratorio, y al mismo tiempo les informa a estos dos últimos de dicha operación para que puedan validarla. El farmacéutico utiliza la nota de crédito (con plazos de pago de hasta 60 días) para cancelar deuda con la etapa mayorista, es decir, la droguería. Esta última utiliza la nota de crédito para cancelar deuda con el laboratorio. El laboratorio acepta la nota de crédito como forma de pago y luego recibe por parte de las obras sociales y prepagas su parte del descuento aplicado (Poder Ejecutivo Nacional, 2019). El siguiente diagrama ilustra este proceso descripto:

Figura 13. Flujo de financiamiento de los medicamentos ambulatorios con cobertura parcial dispensados en farmacia

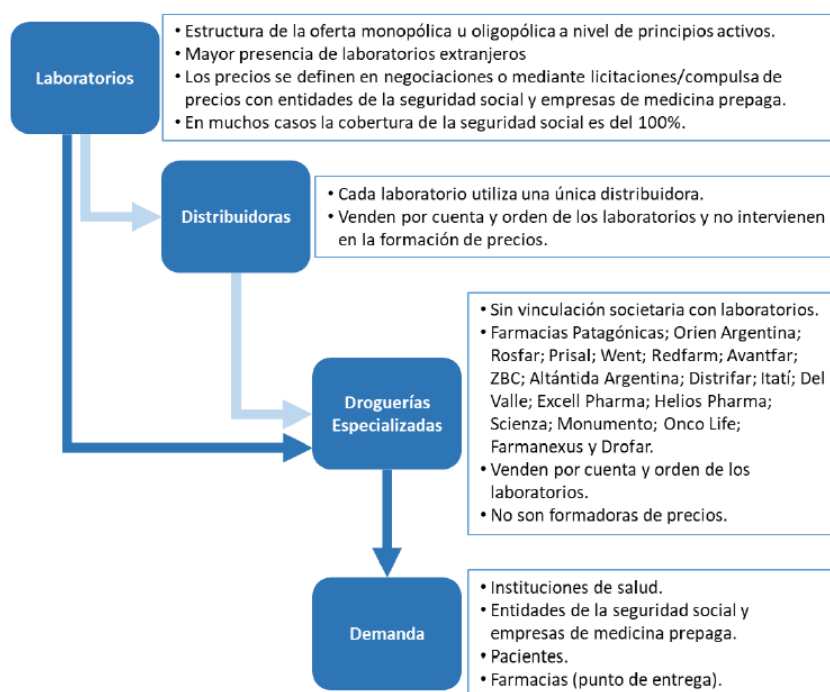


Fuente: (Poder Ejecutivo Nacional, 2019)

Para el caso de los medicamentos de alto costo, el flujo de financiamiento responde a una lógica diferente. Estos últimos tienen una cobertura mayor de las obras sociales y empresas de medicina prepaga (en muchos casos, el 100%). Cuando el

medicamento de alto costo se dispensa por farmacia, la distribuidora lo entrega en consignación a la droguería, quien a su vez lo entrega en consignación a la farmacia que fue designada por la obra social o prepaga para la dispensa. La receta que acompaña al medicamento indica quién tiene que facturar y por qué conceptos y las obras sociales pagan directamente al laboratorio. Es decir, los clientes en el caso de los medicamentos de alto costo son las obras sociales (Poder Ejecutivo Nacional, 2019).

Figura 14. Cadena de distribución de medicamentos de alto costo (se estima que representa el 20% del mercado total medido en facturación)



Fuente: (Poder Ejecutivo Nacional, 2019)

En cuanto a la cadena de distribución de medicamentos de alto costo, se pone en evidencia que los laboratorios se componen como fuertes estructuras de la oferta de los medicamentos, los precios se definen mediante negociaciones o licitaciones de precios con organismos de la seguridad social o empresas de medicina prepaga. Luego intervienen las distribuidoras, en el cual, cada laboratorio hace uso de una única distribuidora, quienes venden por su cuenta. Continúa las Droguerías especializadas, que no tienen vínculos societarios con los laboratorios y venden por cuenta y orden de los laboratorios. En el último eslabón se establece la demanda, es decir, instituciones de salud, entidades de la seguridad social y empresas de medicina prepagas, pacientes o farmacias que requieren del medicamento.

2.3 Barreras Sociosanitarias de Acceso al Medicamento

2.3.1 Accesibilidad a los Medicamentos

El acceso y cobertura universal de salud implica que toda la población tenga, sin mediar ningún tipo de discriminación, acceso a servicios integrales, adecuados, oportunos, de calidad, determinados de acuerdo con sus necesidades, así como medicamentos de calidad, seguros, eficaces y asequibles. A su vez, el uso de esos servicios no los expone a dificultades financieras, en particular a los grupos que se encuentran en situación de vulnerabilidad (Díaz Piñera, y otros, 2020).

La posibilidad de acceso a un medicamento es una de las manifestaciones más claras de la desigualdad e inequidad entre y dentro de las poblaciones de la región. Los aspectos económicos del acceso a los medicamentos involucran cuestiones de precios de los productos y su impacto en los presupuestos de los hogares y los sistemas de financiación existentes en los diferentes sistemas de salud (OPS, 2009).

En el presente estudio el término de acceso se aplica para "denotar la capacidad de un cliente o un grupo de clientes para buscar y obtener atención" es decir el acceso "refiere a una característica de la población de usuarios potenciales o reales de servicios" (Frenk, 1985, p.442). En este sentido, la accesibilidad representa "el grado de ajuste entre las características de los recursos de atención a la salud y las de la población, en el proceso de búsqueda y obtención de la atención" (Frenk, 1985, p.443-444).

En tanto Hirmas Aday, y otros (2013) señalaron que el sistema sanitario se encuentra condicionado por ciertos determinantes sociales de la salud (DSS) entendido como:

Aquellos factores y mecanismos por los cuales las condiciones sociales afectan el nivel de salud. Los DSS incluyen las características específicas del contexto social por las cuales las condiciones sociales en que la gente vive y trabaja se traducen en efectos sobre la salud (Hirmas Aday et al., 2013, p.223-224).

Es decir que estos determinantes se establecen como barreras de acceso o se traduce en inequidades de acceso para determinada población al servicio de salud.

La literatura evidencia diversos autores que estudiaron sobre los tipos de barreras en el acceso a los servicios de salud. Por un lado se encuentra Donabedian quien plantea que la problemática de acceso se centra en aspectos socio-organizacionales y geográficos, es decir, van más allá de la disponibilidad de recursos.

Aday y Andersen sostienen que el acceso está determinado por las políticas de salud, las características del sistema sanitario y de la población y enfatizan cómo esas políticas determinan las características del sistema, las cuales influyen en la utilización y satisfacción de los usuarios.

El modelo de Andersen y colaboradores refieren a dimensiones contextuales (sistema de salud, familia y comunidad), características individuales, conductas de salud y resultados. Consideran que las características contextuales e individuales determinan las conductas y el acceso, las cuales retroalimentan a las otras dimensiones.

Por su parte Penchansky y Thomas (citado por Saurman, 2016) desarrollan como barreras al acceso a las limitaciones a la accesibilidad de los servicios de salud. Así se pueden diferenciar las siguientes barreras al acceso:

a. Barreras geográficas determinadas por la distancia, el tiempo y los accidentes geográficos que dificultan la llegada de los pacientes a los centros de salud.

b. Barreras económicas derivadas del pago directo en el momento de la atención, ya sea en forma de coseguros, honorarios profesionales, gastos sanatoriales, medicamentos e incluso los gastos derivados del transporte necesario para llegar hasta el centro de salud.

c. Barreras legales constituidas por los diversos sistemas de seguridad social que cubren diferentes grupos de población, y por lo tanto condicionan el uso de los servicios, según exista o no relación contractual con los mismos, o de acuerdo al tipo y grado de cobertura prestacional acordada.

d. Barreras administrativas condicionadas por la multiplicidad de requisitos y trámites administrativos que establecen los sistemas de atención de salud para acceder al uso de los servicios.

e. Barreras culturales determinadas por las diferencias entre la cultura de la población y las formas habituales de prestación de los servicios profesionales. En general estas formas se basan en un modelo de atención propio de la subcultura médico-científica y la pertenencia cultural del profesional actuante, lo que muchas veces crea una distancia insalvable con los códigos y para las personas y comunidades receptoras de la atención.

Frenk (1985) propone una clasificación de barreras basada en la fuente de los obstáculos, a saber:

-Obstáculos ecológicos: se originan en la localización de las fuentes de atención a la salud, con sus repercusiones de distancia y tiempo de transporte.

- Obstáculo financiero: refiere a los precios que cobra el proveedor.

- Obstáculos Organizativos: se originan en los modos de organización de los recursos de atención a la salud (Frenk, 1985).

Desde una mirada social y sanitaria existen personas que directamente no acceden a los servicios básicos de salud derivando de la falta de acceso a medicamentos según Tobar (2002). Esta problemática de acceso tanto a medicamentos o servicios de salud se registran mediante las siguientes barreras propuestas por el autor:

1. Barreras geográficas: Se puede considerar que 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).

2. Barreras culturales: Se registran cuando el modelo médico hegemónico entra en colisión con la cultura popular prevalente ó cuando los agentes del sistema de salud hablan una lengua diferente que los pacientes. Hay un conjunto de factores culturales que hacen a unas sociedades más proclives que otras al consumo de medicamentos. El rango va desde países como Francia donde manuales de autoprescripción farmacéutica figuran entre los libros más vendidos, hasta varios países de América Latina y África donde el consumo de medicamentos se concentra en una elite joven y urbana fundamentalmente de raza blanca.

3. Barreras de cobertura y legales: Se registran 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 menú de servicios. Por ejemplo, mientras la Seguridad Social europea dispone de una amplia cobertura de medicamentos ambulatorios para sus beneficiarios, los cuales en algunos casos llegan a ser subsidiados al 100%, la mayoría de los esquemas de seguros de salud (sociales y prepagos) de América Latina presenta una muy limitada cobertura y cofinanciación de medicamentos ambulatorios (Zerdá, et al, 2001)

4. Barreras económicas: Se registran cuando los beneficiarios de un sistema de salud tienen dificultades para acceder al mismo por incapacidad para costear el transporte hacia el centro de atención, por el alto impacto que genera el lucro cesante que involucra seguir un tratamiento o simplemente por no poder sustentar los costos totales o parciales de su tratamiento. En todo el mundo, la principal barrera económica a los cuidados de salud radica en el acceso a los medicamentos (Tobar, 2002).

Considerando que el interés de este estudio está puesto en las Barreras Geográficas, reconocidas como factores espaciales, a continuación se profundizará en esta dimensión.

2.3.2 Accesibilidad Espacial y Medidas de accesibilidad espacial o geográfica

Según Luo y Wang (Citado por Arnaudo, 2017) la accesibilidad espacial combina dos factores: la disponibilidad del centro de atención y su propia accesibilidad. La disponibilidad se refiere a la cantidad de centros médicos entre los que puede elegir un usuario potencial, mientras que la accesibilidad se refiere a la facilidad con la que los servicios están disponibles para los residentes de un área en particular.

Estos dos factores deben considerarse en conjunto, ya que una mayor disponibilidad de un centro de salud no garantiza más visitas, ya que depende de la distancia que tenga que recorrer un potencial usuario para llegar a dicho centro. Asimismo, la distancia entre el centro de salud y la población no asegura más visitas, pues depende de cuán masificados estén los servicios disponibles. La accesibilidad es un

recurso imprescindible para las poblaciones de bajo recurso socioeconómico, donde los costos económicos de desplazamiento pueden derivar en la no atención (Arnaudo, 2017).

Las medidas más utilizadas de accesibilidad espacial a la asistencia sanitaria pueden clasificarse en cuatro categorías: relaciones proveedor-población, distancia al proveedor más cercano, distancia media a un conjunto de proveedores y modelos gravitacionales de influencia de los proveedores (Guagliardo, citado por Arnaudo, 2017).

Las proporciones de proveedores por población se calculan para áreas delimitadas (unidades geográficas de análisis), como estados, ciudades o distritos censales. El numerador es algún indicador de la capacidad del servicio de salud, como el número de médicos, clínicas o camas de hospital, mientras que el denominador es el tamaño de la población que vive en el área (Arnaudo, 2017).

La distancia al proveedor más cercano, o la impedancia de viaje, es otra medida muy intuitiva y ampliamente utilizada para evaluar la accesibilidad espacial. Se mide desde residencias de pacientes o centros de población, según los datos disponibles. La impedancia de viaje a veces se denomina costo de viaje y se puede aproximar mediante mediciones de distancia o tiempo de viaje.

La impedancia de viaje con el proveedor más cercano es una buena medida de acceso espacial para las zonas rurales, donde las opciones son muy limitadas y generalmente se busca al proveedor más cercano.

La impedancia promedio de viaje a todos los proveedores es una medida combinada de la accesibilidad y disponibilidad, y se calcula como el promedio de la impedancia de viaje desde una ubicación dada a cada uno de los proveedores existentes en el sistema (ciudad o región).

El último conjunto de métricas de acceso al espacio son los llamados *modelos gravitacionales o gravitatorios*. Este tipo de índice constituye una medida global que incorpora simultáneamente la oferta, la demanda y la distancia entre ellas, proporcionando una medida de la proximidad y disponibilidad de los servicios. Estos modelos asumen que el atractivo de un determinado centro de suministro disminuye a medida que aumenta la distancia que debe recorrer un usuario potencial para acceder al servicio, es decir, a medida que aumenta la impedancia de viaje (Arnaudo, 2017).

2.4 Contexto Provincial-Sociodemográfico

2.4.1 Datos Generales

Según el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (2010), la población total de la Provincia de Salta es de 1.215.207 habitantes. La Capital de Salta tiene una superficie de 1.722 km² y una población de 535.303 habitantes. Como se observa en la tabla (*Ver Anexo I Población total Provincia de Salta*), la mayor cantidad de personas se encuentran en el departamento Capital, siendo el cuarto más pequeño en superficie representa el 44.5% de su población total. Departamento de la Poma es el de menos personas (0.1%), Guachipas (0.3%), Molinos, Iruya, La Candelaria y Los Andes (0.5%). Este último departamento, es el segundo más grande en superficie de la Provincia. A nivel general, los departamentos que muestran poca población con grandes territorios, presentan un predominio de actividades agrícolas. También hay superficies pequeñas con mayor población (Programa Sala de Situación, 2017).

Tabla 7. Población urbana y rural del país y provincia de Salta.

	Total Población	Urbano	%	Rural	%
Total País	40.117.096	36.517.332	91,10	3.599.764	8,9
Prov. de Salta	1.214.441	1.057.951	87,10	156.490	12,9

Fuente: Censo Población y Vivienda 2010.

La actividad agrícola es una de las principales fuentes económicas, que se evidencia al analizar que el porcentaje de personas que viven en contexto rural (12.9%), es 4 puntos porcentuales superior al nacional (8.9%).

Con relación a pueblos originarios, Salta reúne la mayor diversidad lingüística y cultural del país, dado que en ella habitan 13 pueblos originarios que hablan 9 lenguas indígenas y varios grupos migrantes limítrofes y trasatlánticos, algunos de los cuales aún conservan sus lenguas (Casimiro Cordoba, 2019).

De acuerdo a los datos del Censo Nacional del 2010 publicado por el Programa Sala de Situación (2017), se detectó 79.204 personas que se identifica como indígenas o descendientes de indígenas, esto representa el 6,5% del total provincial. A nivel provincial se reconocen oficialmente 9 pueblos originarios:

Chané, Chorote, Diaguita-Calchaquí, Guaraní, Kolla, Nivaclé (Chulupi), Tapiete, Q'om y Wichí. Existen otros cuatro pueblos que aún tramitan su reconocimiento: Lules, Tastiles, Iogys y Weenhayek. Por ello hoy se habla de 13 pueblos originarios de entre los cuales los más numerosos son los Wichí 24,9%, los Kolla 21,6%, los Guaraní 13,7% y los Ava Guaraní 13,5%.

El censo 2010 registra el 57,4% y el 42% respectivamente. De los pueblos originarios más numerosos, la mayor proporción de población rural se encuentra entre los Wichí y los Kolla (60,7% y 60,9% respectivamente). El resto de los pueblos, a excepción del Chorote, vive mayoritariamente en áreas urbanas. Esto da cuenta de un proceso generalizado de urbanización que se puede vincular a procesos migratorios (Casimiro Cordoba, 2019).

2.4.2 Geografía de la Provincia de Salta

En el aspecto geográfico, el territorio de la provincia de Salta posee una superficie de 155.488 kilómetros cuadrados (el 4,1% del total nacional). Se ubica a 1616 Km de la Ciudad de Buenos Aires (capital de la República Argentina), limita con seis provincias argentinas: Jujuy, Formosa, Chaco, Santiago del Estero, Tucumán y Catamarca; por su ubicación, conectividad aérea y terrestre, la diversidad y calidad de sus servicios, es considerada centro de la Región. Además, limita con tres países: Chile, Bolivia y Paraguay; con todos tiene conexión a través de rutas terrestres transitables con cualquier vehículo.

La Provincia abarca todo tipo de paisajes: desde la aridez del desierto puneño al oeste hasta el verde exuberante de la selva al este, pasando por Valles y Quebradas pronunciadas en el centro de la Provincia.

El segundo grupo de regiones está integrado por los Valles Calchaquíes —que abarcan parte de los departamentos de San Carlos, Molinos, Cachi, La Poma, Rosario de Lerma, La Viña, Capital, Los Cerrillos, La Caldera y Chicoana—, por los Valles Centrales —que se extienden por parte de los departamentos de General Güemes, Capital, Los Cerrillos, Guachipas, San Carlos, La Candelaria, Cafayate, Rosario de la Frontera, Metán, Anta, Orán y General José de San Martín— y por la Planicie Meridional —que retoma una parte muy pequeña de los departamentos de Cafayate, Guachipas y La Candelaria—. Estas regiones evidencian mejores condiciones de clima y suelos que las regiones de Puna y Pre-puna, lo cual se traduce en un mayor nivel de riqueza productiva y en una mayor densidad demográfica. Esto es así especialmente en la zona de Valles Centrales y de la Planicie meridional, donde prevalecen los valles templados y se destaca la presencia de pastizales, sierras y bosques (Amar & Erbes, 2019).

Finalmente, la región Chaqueña es la que se caracteriza por las menores alturas relativas (entre 200 y 800 metros sobre el nivel del mar), por las temperaturas más altas y por un clima semiárido. Es la región más extensa de toda la provincia y entre los departamentos que la integran —General José de San Martín, Rosario de la Frontera, Metán, Anta, Orán y Rivadavia— se incluyen algunos de los más densamente poblados (Amar & Erbes, 2019).

2.4.3 Pobreza en Salta

A fines de marzo de 2018, el INDEC difundió la estimación oficial de la incidencia de la pobreza por ingresos insuficientes para el segundo semestre del 2017. A nivel nacional, el 17.9% de los hogares residentes en los 31 aglomerados estudiado por la Encuesta Permanente de Hogares (EPH), se encontraban por debajo de la línea de pobreza. En la región noroeste, 19.2% de hogares se encontraba por debajo de la línea de pobreza (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, 2021).

En la población urbana de la provincia de Salta, se identificó que al finalizar el año 2018, un 19.9% de hogares se encontraban bajo la línea de pobreza y un 3.2% bajo la línea de la indigencia. Sin embargo, para el segundo semestre del mismo año, el 29.3% de hogares se encontraba bajo la línea de pobreza. Este crecimiento dramático, también se evidencia en la línea de indigencia, que subió a 4.7% de hogares (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, 2021).

Para el 21 de marzo de 2019, el Informe de Pobreza Multidimensional, elaborado por la Universidad Católica señaló que un 31,3% de la población a nivel nacional se encontraba en situación de pobreza. Este es el valor más alto desde 2006. Si bien los datos no se desglosan por provincia, este estudio nos arroja información que es necesario considerar en cualquier ejercicio de servicio público. Así, por ejemplo, menciona que 6 hogares urbanos de cada 100 experimentan inseguridad alimentaria severa (experiencias frecuentes de hambre). En esos hogares vive el 7,9% de población. Asimismo, el 1,7 % de cada 10 hogares no logran cubrir sus necesidades básicas de salud. En esos hogares vive el 22% de la población urbana. Tres de cada 10 hogares urbanos no cuentan con red de cloacas, y 1 de cada 10 hogares urbanos no cuenta con servicio de red de agua potable.

2.4.4 Cobertura Médica

La cobertura médica por Obra Social en la provincia es baja, según Censo Nacional 2010- se estima que un 60.42% de la población carece de obra social o plan médico. El Departamento Capital registra más población con Obra Social. En el otro extremo los departamentos de Rivadavia, Santa Victoria, e Iruya, registran más del 80% de su población sin cobertura de obra social. Dentro del sector público, es obligatorio el acceso a la obra social del "Instituto Provincial de Seguro Salta". El agente puede optar por tener otra obra social paralela como también puede contratar un co-seguro (Programa Sala de Situación, 2017).

Esto significa que cada 6 de 10 personas requieren de los servicios de los efectores públicos. La falta de cobertura de obra social, plan privado y/o mutual alcanza en el conjunto de la provincia a más de la mitad de la población. Mientras que en la capital de Salta la población sin cobertura es del 52% (Programa Sala de Situación, 2017).

2.4.5 Perfil Población IPSS

El Instituto Provincial de Salud de Salta (IPSS) fue fundado como el Instituto Provincial del Seguro en el año 1950. Luego, a través de la promulgación de la Ley provincial N° 7127 en el mes de enero de 2001 se consagra como El Instituto Provincial de Salud de Salta siendo una entidad autárquica con Personería Jurídica dotado de

individualidad administrativa, económica y financiera y sujeto de derecho con alcance establecido en el Código Civil.

De acuerdo a la mencionada Ley Provincial, establece el objeto del I.P.S.S e indica que "será la preservación de la salud de sus afiliados y beneficiarios, destinando prioritariamente sus recursos a las prestaciones de atención de la misma" (art. 2).

A su vez establece quienes serán afiliados y beneficiarios del sistema en las distintas categorías e indica que obligatoriamente incluidos en calidad de afiliados titulares del I.P.S.S:

- a) Los funcionarios y personal dependiente en actividad de los Poderes Ejecutivo Legislativo y Judicial de la Provincia, Ministerio Público, los organismos descentralizados, entes autárquicos, empresas y Sociedades del Estado y municipales de la Provincia.
- b) Los jubilados y pensionados del ex-sistema de previsión social de la Provincia que fuera transferido al Estado Nacional.
- c) El personal temporario y el contratado y que cumplan funciones en los organismos mencionados en el inciso a).

B. Quedan incluidos, en calidad de beneficiarios:

- a) Los grupos familiares primarios de las categorías indicadas en el inciso A. Se entiende por grupo familiar primario el integrado por el cónyuge del afiliado titular, los hijos solteros hasta los veintiún (21) años no emancipados por habilitación de edad o ejercicio de actividad profesional comercial o laboral; los hijos solteros mayores de veintiún (21) años y hasta los veintiséis (26) años inclusive, que estén a exclusivo cargo del afiliado titular y que cursen estudios regulares oficialmente reconocidos por la autoridad pertinente; los hijos incapacitados y a cargo del afiliado titular; los hijos del cónyuge del afiliado titular que sean menores de veintiún (21) años cuya guarda y tutela haya sido acordada por autoridad judicial que reúnan los requisitos establecidos en este inciso.

b) La persona que conviva con el afiliado titular y que reciba del mismo ostensible trato familiar (art. 5).

En términos del Ministerio de Salud Pública de Salta (2007), Decreto N° 3402, el Instituto Provincial de Salud de Salta es:

Una Obra Social constituida como una organización de la "seguridad social", cuyo objeto fundamental es destinar los recursos de los afiliados y beneficiarios, a la construcción de un sistema que permita atender las contingencias médico asistenciales y sociales a través de prestaciones de salud equitativamente integrales, solidarias, financiera y técnicamente eficientes y razonablemente equilibradas, que contribuyan a la preservación de la salud física y psíquica de sus afiliados, sin perjuicio de ampliarlo a otros sectores sociales, con las limitaciones que impongan las posibilidades técnico - financieras y las reglamentaciones y resoluciones que se dicten, debiendo dicho sistema ser justo, solidario y equitativo para todos sus afiliados sin privilegios particulares (Ministerio de Salud Pública de Salta, 2007, p.3).

Es decir que el IPSS en carácter de Obra Social Provincial de Salta brinda prestaciones de salud en forma solidaria a más de 260.000 afiliados y beneficiarios.

El IPSS concentra sus actividades en la administración de los servicios de salud que brinda a sus afiliados, a través de prestadores y también con sus Servicios Propios, Farmacia y Óptica. La Obra Social posee 5 sedes en Salta capital y 29 sucursales-delegaciones, subdelegaciones y bocas de expendio, distribuidas en todo el territorio provincial y 3 agencias localizadas en Capital Federal, Tucumán y Córdoba respectivamente (Instituto Provincial de Salud de Salta , 2022).

2.4.6 Perfil Población Programa Incluir Salud

El programa federal Incluir Salud, ex PROFE, no es una obra social, sino que brinda prestaciones mediante convenios directos con prestadores y con las provincias, a excepción de la provincia de Tucumán, que todavía no formalizó el convenio (Argentina.gob.ar, 2022).

Los beneficiarios de este programa son solo aquellas personas que reciben una pensión no contributiva y la Agencia Nacional de Discapacidad está obligada, al igual que las provincias, a cubrir las prestaciones.

Las provincias tienen la obligación de garantizar a los beneficiarios de las obras sociales provinciales las prestaciones que garanticen la salud en los términos de sus constituciones provinciales, la Constitución Nacional y la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.

En la provincia de Salta durante el año 2021 se incorporaron al padrón 1383 personas, generando un total de 49.913 beneficiarios que se distribuyen en toda la provincia. Se recuerda que se trata de un beneficio que corresponde a personas que reciban pensiones no contributivas, ya sea por madre de siete hijos, persona con discapacidad o graciabiles. Medicación de Alto Costo y Baja Incidencia: A lo largo del año se garantizaron los tratamientos para patologías de alto costo a 240 beneficiarios del programa (Argentina.gob.ar, 2022).

Capítulo III.

Metodología

3.1 Tipo de Estudio

El presente trabajo fue diseñado bajo el planeamiento metodológico del enfoque cuantitativo, puesto que es el que mejor se adapta a las características y necesidades de la investigación. El enfoque cuantitativo utiliza la recolección y análisis de datos para contestar la pregunta de investigación. A partir del enfoque cuantitativo se analizaron los datos obtenidos de las historias clínicas, para exponer las dimensiones seleccionadas, disponibilidad y accesibilidad geográfica.

Se procedió a realizar una investigación de tipo descriptiva. En este sentido Hernández Sampieri, Fernández y Baptista (2013), señalan que el estudio descriptivo “busca especificar las propiedades, características de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis” (Hernández Sampieri, Fernández y Baptista, 2013, p. 117). Este estudio descriptivo podrá ser el punto inicial para próximas investigaciones, ya que pretende exponer características con antecedentes de investigaciones en otros países, pero no estudiadas aún en nuestro país.

Se recurrió a un diseño de estudio de casos, no experimental, retrospectivo, que se aplicará de manera transversal. Según el diseño, corresponde a una investigación no experimental, porque no se busca manipular o modificar variables. En palabras de Hernández Sampieri, Fernández y Baptista, (2013) la investigación no experimental analiza fenómenos tal como se dan en su contexto natural, para analizarlos. Observando situaciones ya existentes y no provocadas intencionalmente. Las variables independientes en este caso ocurren y no es posible manipularlas (Hernández Sampieri, Fernández y Baptista, 2013).

En su aspecto temporal corresponde a un estudio de tipo transversal debido a que se recolectaron datos en un solo momento, en un tiempo único y su propósito es describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado. (Hernández Sampieri, Fernández y Baptista, 2013).

3.2 Dimensiones, Variables, e indicadores

Variable	Dimensión	Indicador
Acceso espacial	Disponibilidad del CFC	<ul style="list-style-type: none"> - Requisitos administrativos y de organización que impone el PFIS, como el IPSS para poder adquirir cada mes a la medicación (tratamiento de profilaxis). -Cantidad de medicación prescrita para profilaxis por médico tratante, en relación a la cantidad de medicación entregada por la obra social PFIS en el período julio2018-junio2019. -Cantidad de medicación prescrita para profilaxis por médico tratante, en relación a la cantidad de medicación entregada por la obra social IPSS en el período julio2018-junio2019.
	Accesibilidad geográfica	<ul style="list-style-type: none"> -Cantidad de kilómetros que debe recorrer el paciente (desde su domicilio) para retirar la medicación en el lugar asignado (farmacia pública) por el PFIS. - Cantidad de horas que debe recorrer el paciente (desde su domicilio) para retirar la medicación en el lugar asignado (farmacia pública) por el PFIS -Cantidad de kilómetros que debe recorrer el paciente (desde su domicilio) para retirar la medicación en el lugar (farmacia privada) asignado por el IPSS. -Cantidad de horas que debe recorrer el paciente (desde su domicilio) para retirar la medicación en el lugar asignado (farmacia privada) por el IPSS.
Proceso de Adquisición de CFC	Tipos y características de procesos de adquisición de CFC	<ul style="list-style-type: none"> - Tipo de proceso de adquisición de CFC utilizado por el PFIS en el período julio2018-junio2019. -Tipo de proceso de adquisición de CFC utilizado por el IPSS en el período julio2018-junio2019. -Gasto total de medicamento de CFC (FVIII y FIX) para pacientes beneficiarios del PFIS, registrados en la Fundación de la Hemofilia de la provincia de Salta, en el período julio2018-junio2019. - Gasto total de medicamento de CFC (FVII, F VIII y FIX) para pacientes beneficiarios del IPSS, registrados en la fundación de la Hemofilia, en el período julio2018-junio2019. -Consumo de Unidades Internacionales UI de medicamento CFC (FVIII y FIX) del PFIS en el período julio2018-junio2019. - Consumo de Unidades Internacionales UI de medicamento CFC (FVII, F VIII y FIX) del IPSS en el período julio2018-junio2019.

3.3 Descripción del ámbito de estudio o campo

Se llevó a cabo en la provincia de Salta, pacientes con hemofilia con historia clínica en la Fundación de la Hemofilia. Los cuales reciben una atención inter-multidisciplinaria.

Desde el año 2016 la Fundación de la Hemofilia de Salta, firmó convenio con el Ministerio de Salud Pública, para brindar asistencia a los pacientes con enfermedades de la coagulación, teniendo la responsabilidad de llevar un registro actualizado de los pacientes con dichas patologías de la provincia.

3.4 Universo y Características de la Muestra

La población para esta investigación son los pacientes con hemofilia registrados en la FHS que tenían cobertura del IPSS y del PFIS, en el período julio 2018-junio 2019.

El tipo de muestra utilizada es no probabilística-intencional. Es no probabilística, porque el investigador no podrá calcular el error que puede estar introduciendo en sus apreciaciones. "Es intencional, porque se escoge unidades de manera no fortuita sino completamente arbitraria y significativa, designando a cada unidad según características que resulten relevantes para el investigador" (Sabino, 1996, p. 101).

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. El período de análisis está comprendido entre julio 2018 a junio 2019.

Las unidades de observación se definen por los Procesos de adquisición y Registros en las historias clínicas de los pacientes con hemofilia que se atienden en la Fundación de la Hemofilia con cobertura del IPSS y PFIS.

Criterios de inclusión

- Procesos de adquisición para CFC.
- Pacientes con diagnóstico de hemofilia A y B con tratamiento en profilaxis con CFC.
- Pacientes con hemofilia A y B que tengan cobertura con IPSS y PFIS.

- Pacientes con Hemofilia A y B registrados en la Fundación de la Hemofilia de Salta con cobertura de IPSS o PFIS.

Criterios de Exclusión

- Pacientes con diagnóstico de hemofilia Co o con tratamiento a demanda con CFC.
- Pacientes con Hemofilia con cobertura de otras obras sociales.
- Pacientes sin cobertura.

3.5 Fuentes de información y técnicas de información de datos

Las técnicas de recolección de datos en esta investigación son secundarias:

- ✓ Fuentes secundarias: registro en las Historias clínicas de la Fundación de la Hemofilia de Salta, período julio 2018-junio 2019.
- ✓ Consulta bibliográfica: de guías internacionales y nacionales de Hemofilia. Boletín oficial, vademécum de precios en la página K@iros, alfabeta.net, libros, revistas, informes, resoluciones y artículos de fuentes confiables (www.wfh.org), siendo la última la más utilizada en la presente investigación, con criterio de búsqueda en internet con la utilización de palabras claves en buscadores y bases de datos generales y específicos.

3.6 Técnica de recolección de datos

Las técnicas de recolección de datos que se utilizarán en la investigación son de tipo secundaria:

- Análisis de documentos
- Registros (Historias clínicas)

Para efectuar el análisis se necesita la siguiente información:

- Población con hemofilia con cobertura de la obra social IPSS y beneficiarios del PFIS, que sean asistidos en la FHS.
- Procesos de adquisición para CFC llevados a cabo en el período julio 2018-junio 2019 por el IPSS y el PFIS.
- Acceso espacial al CFC: disponibilidad y acceso geográfico.

3.7 Instrumentos de recolección de datos

Los instrumentos de recolección de datos que se utilizaron en la investigación son:

- Fichas de datos de las Historias clínicas
- Fichas de contenidos
- Guía de Observación del investigador

3.8 Plan de análisis de datos

Los datos se analizaron utilizando estadística descriptiva que consiste en un conjunto de procedimientos que tiene por objeto presentar masas de datos por medio de tablas, gráficos y/o medidas de resumen, y también se llevará a cabo un análisis descriptivo de las características obtenidas en la investigación.

Para llevar a cabo la tabulación de los datos se utilizó el programa Microsoft Office Excel 2016 (medidas de dispersión y medidas de tendencia central).

Para el caso de análisis de accesibilidad geográfica se analizó desde el modelo propuesto por Arnaudo (2017), proveedor más cercano, o la impedancia de viaje, es otra medida muy intuitiva y ampliamente utilizada para evaluar la accesibilidad espacial. Se mide desde residencias de pacientes o centros de población, según los datos disponibles. La impedancia de viaje a veces se denomina costo de viaje y se puede aproximar mediante mediciones de distancia o tiempo de viaje.

- Los datos de accesibilidad geográfica se obtuvieron de calcular los kilómetros que recorren los pacientes (midiendo la distancia de residencia del lugar hasta la farmacia donde retiran la medicación) y el tiempo de viaje (expresado en horas de viajes) mediante la herramienta del google maps.
- La disponibilidad de la medicación, se obtuvo de las siguientes fórmulas:

$$\text{Nivel de Cobertura} = \frac{\text{Nº de medicamentos CFC prescritos}}{\text{Nº total de medicamentos CFC recibidos}}$$

Es el porcentaje de medicamentos prescritos y que fueron dispensados por la Farmacia. Es una medida de la capacidad de la instalación de salud para satisfacer las necesidades de sus usuarios y de la disponibilidad de medicamentos.

- **Gastos de Medicamentos:** Los gastos de medicamentos se obtuvieron de dos vías centrales. Para el caso de las compras adquiridas mediante licitación pública, se extrajeron los datos del informe oficial de licitación pública con Decisión Administrativa 866/2018 aprobada con el N° 80-0004-LPU18 (ver anexo V.). Para el caso de las compras directas, los datos se extrajeron de vademécum de precios en la página K@iros tomando los precios publicados según periodo en análisis julio 2018-junio 2019. Los importes se encuentran expresados en pesos. A continuación, se detallan valores según factor y metodología de compra:

Licitación Pública. Precios de Factor VIII

Factor VIII	Concentración por frasco	Nombre Comercial	Precio por Frasco
Julio 2018 a Junio 2019	500	Beriate	\$ 1.122,95
Julio 2018 a Junio 2019	1000	Beriate	\$ 2.445,90

* Los precios de licitación fueron acordados en valores fijos.

*Fuente: Elaboración Propia.

Compra Directa. Precios de Factor VII Novoseven

Factor VII	Concentración por frasco	Nombre Comercial	Precio por Frasco
Julio 2018	5gr	Novoseven	\$ 60.849,24
Agosto 2018	5gr	Novoseven	\$ 60.849,24
Septiembre 2018	5gr	Novoseven	\$ 60.849,24
Octubre 2018	5gr	Novoseven	\$ 60.849,24
Noviembre 2018	5gr	Novoseven	\$ 60.849,24
Diciembre 2018	5gr	Novoseven	\$ 60.849,24
Enero 2019	5gr	Novoseven	\$ 60.849,24
Febrero 2019	5gr	Novoseven	\$ 60.849,24
Marzo 2019	5gr	Novoseven	\$ 60.849,24
Abril 2019	5gr	Novoseven	\$ 98.393,12
Mayo 2019	5gr	Novoseven	\$ 98.393,12
Junio 2019	5gr	Novoseven	\$ 98.393,12

* Los precios de compras directas fueron variando acorde al periodo de compra.

*Fuente: Elaboración Propia.

Compra Directa. Precios de Factor VIII Octanate

Factor VIII	Concentración por frasco	Nombre Comercial	Precio por Frasco
Julio 2018	1000	Octanate	\$ 60.371,77
Agosto 2018	1000	Octanate	\$ 66.408,95

Septiembre 2018	1000	Octanate	\$ 66.408,95
Octubre 2018	1000	Octanate	\$ 66.408,95
Noviembre 2018	1000	Octanate	\$ 83.675,27
Diciembre 2018	1000	Octanate	\$ 83.675,27
Enero 2019	1000	Octanate	\$ 83.675,27
Febrero 2019	1000	Octanate	\$ 83.675,27
Marzo 2019	1000	Octanate	\$ 83.675,27
Abril 2019	1000	Octanate	\$ 100.410,33
Mayo 2019	1000	Octanate	\$ 100.410,33
Junio 2019	1000	Octanate	\$ 100.410,33

* Los precios de compras directas fueron variando acorde al periodo de compra.

*Fuente: Elaboración Propia.

Compra Directa. Precios de Factor VIII Beriate

Factor IX	Concentración por frasco	Nombre Comercial	Precio por Frasco
Julio 2018	1000	Beriate	\$ 16.680,25
Agosto 2018	1000	Beriate	\$ 16.680,25
Septiembre 2018	1000	Beriate	\$ 16.680,25
Octubre 2018	1000	Beriate	\$ 24.319,81
Noviembre 2018	1000	Beriate	\$ 24.319,81
Diciembre 2018	1000	Beriate	\$ 24.319,81
Enero 2019	1000	Beriate	\$ 27.238,18
Febrero 2019	1000	Beriate	\$ 27.238,18
Marzo 2019	1000	Beriate	\$ 27.238,18
Abril 2019	1000	Beriate	\$ 27.238,18
Mayo 2019	1000	Beriate	\$ 27.238,18
Junio 2019	1000	Beriate	\$ 29.962,00

* Los precios de compras directas fueron variando acorde al periodo de compra.

*Fuente: Elaboración Propia.

Compra Directa. Precios de Factor VIII Nuwiq

Factor VIII	Concentración por frasco	Nombre Comercial	Precio por Frasco
Julio 2018	500	Nuwiq	\$ 46.008,66
Agosto 2018	500	Nuwiq	\$ 50.609,52
Septiembre 2018	500	Nuwiq	\$ 50.609,52
Octubre 2018	500	Nuwiq	\$ 50.609,52
Noviembre 2018	500	Nuwiq	\$ 55.670,48
Diciembre 2018	500	Nuwiq	\$ 59.598,18
Enero 2019	500	Nuwiq	\$ 59.598,18
Febrero 2019	500	Nuwiq	\$ 59.598,18
Marzo 2019	500	Nuwiq	\$ 59.598,18
Abril 2019	500	Nuwiq	\$ 84.173,76
Mayo 2019	500	Nuwiq	\$ 84.173,76
Junio 2019	500	Nuwiq	\$ 84.173,76
Factor VIII	Concentración por frasco	Nombre Comercial	Precio por Frasco
Julio 2018	1000	Nuwiq	\$ 92.017,32

Agosto 2018	1000	Nuwiq	\$ 101.219,05
Septiembre 2018	1000	Nuwiq	\$ 101.219,05
Octubre 2018	1000	Nuwiq	\$ 101.219,05
Noviembre 2018	1000	Nuwiq	\$ 111.340,19
Diciembre 2018	1000	Nuwiq	\$ 119.196,36
Enero 2019	1000	Nuwiq	\$ 119.196,36
Febrero 2019	1000	Nuwiq	\$ 119.196,36
Marzo 2019	1000	Nuwiq	\$ 119.196,36
Abril 2019	1000	Nuwiq	\$ 168.347,52
Mayo 2019	1000	Nuwiq	\$ 168.347,52
Junio 2019	1000	Nuwiq	\$ 168.347,52

* Los precios de compras directas fueron variando acorde al periodo de compra.

*Fuente: Elaboración Propia.

Compra Directa. Precios de Factor IX Octanine

Factor IX	Concentración por frasco	Nombre Comercial	Precio por Frasco
Julio 2018	1000	Octanine	\$ 57.524,21
Agosto 2018	1000	Octanine	\$ 63.276,63
Septiembre 2018	1000	Octanine	\$ 63.276,63
Octubre 2018	1000	Octanine	\$ 63.276,63
Noviembre 2018	1000	Octanine	\$ 79.728,55
Diciembre 2018	1000	Octanine	\$ 79.728,55
Enero 2019	1000	Octanine	\$ 79.728,55
Febrero 2019	1000	Octanine	\$ 79.728,55
Marzo 2019	1000	Octanine	\$ 79.728,55
Abril 2019	1000	Octanine	\$ 95.674,26
Mayo 2019	1000	Octanine	\$ 95.674,26
Junio 2019	1000	Octanine	\$ 95.674,26

* Los precios de compras directas fueron variando acorde al periodo de compra.

*Fuente: Elaboración Propia.

Compra Directa. Precios de Factor IX Inmunine

Factor IX	Concentración por frasco	Nombre Comercial	Precio por Frasco
Diciembre 2018	1000	Inmunine	\$ 32.343,31

* Los precios de compras directas fueron variando acorde al periodo de compra.

*Fuente: Elaboración Propia

Compra Directa. Precios de Factor IX Grinine

Factor IX	Concentración por frasco	Nombre Comercial	Precio por Frasco
Enero 2019	1200	Grinine	\$ 38.267,00

* Los precios de compras directas fueron variando acorde al periodo de compra.

*Fuente: Elaboración Propia.

En cuanto al procesamiento de datos, se procedieron a ordenar los datos se procedieron 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. Se realizó un análisis descriptivo presentando los resultados de las distintas variables en gráficos y tablas.

Capítulo IV.

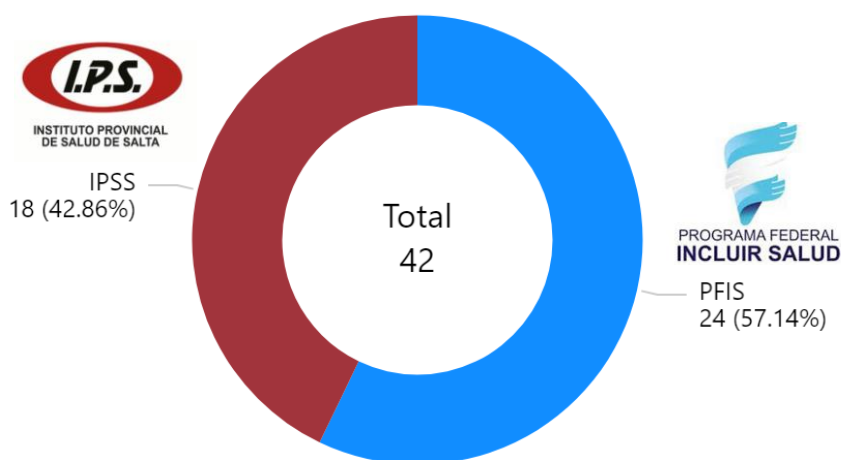
Resultados y

Análisis de Datos

Este apartado presentará los resultados obtenidos relacionados a los objetivos generales y específicos planteados en la presente investigación. El análisis se corresponde a un enfoque cuantitativo de tipo descriptivo, que pretende analizar los procesos de adquisición de los CFC y la relación con el acceso espacial al medicamento que tuvieron los pacientes con hemofilia en el período julio 2018-junio2019 en la provincia de Salta, a partir de la observación de las historias clínicas de pacientes con hemofilia registrados en la Fundación Hemofilia de Salta con cobertura del IPSS y del PFIS, en el período julio 2018-junio 2019.

Para ello, 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.

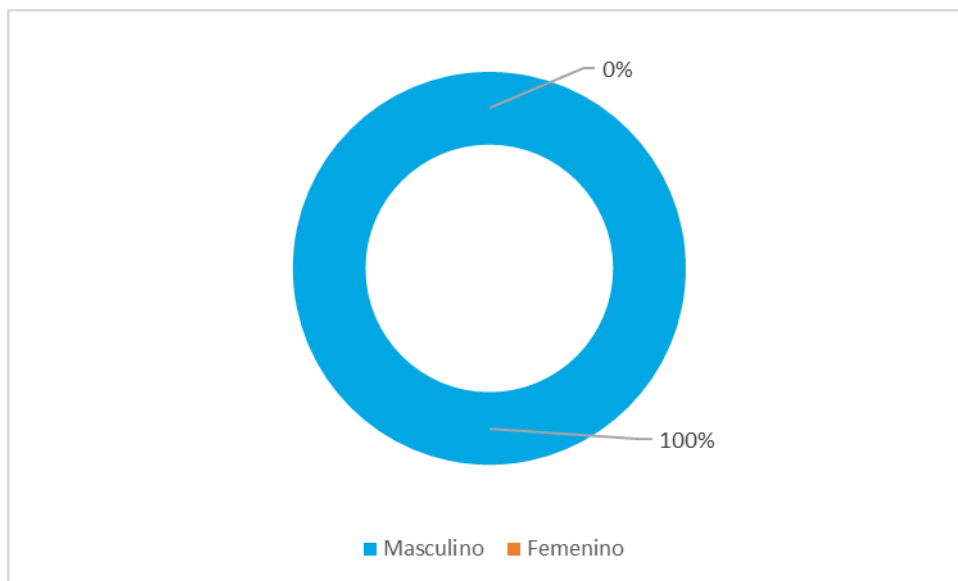
Gráfico 1. Recuento de pacientes con hemofilia según cobertura.



*Fuente: Elaboración Propia.

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.

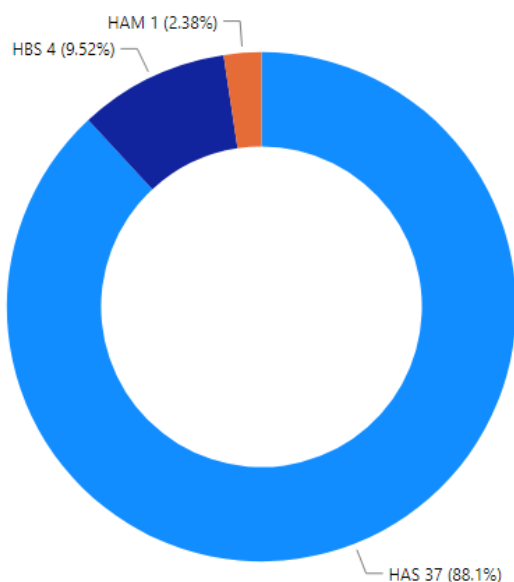
Gráfico 2. Recuento de pacientes con hemofilia según sexo.



*Fuente: Elaboración Propia.

El gráfico N°2 muestra que el 100% pacientes tomados para el estudio son de sexo masculino.

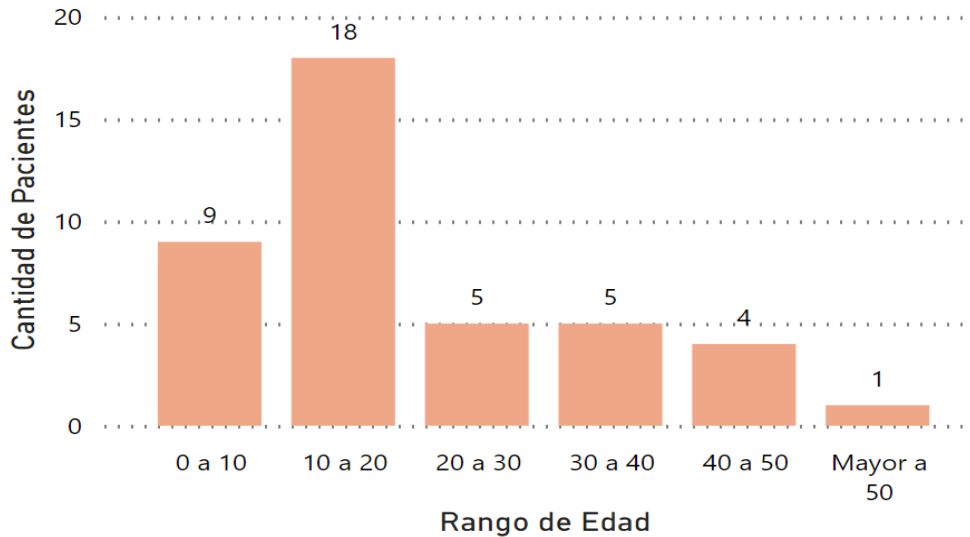
Gráfico 3. Recuento de pacientes según Diagnóstico.



*Fuente: Elaboración Propia.

El gráfico N° 3 clasifica los pacientes con hemofilia según diagnóstico obtenido. De acuerdo a ello, el 88,1% tienen Dx HAS (hemofilia A severa), el 9,52% con Dx HBS (hemofilia B severa) y el 2,38% con Dx HAM (hemofilia A moderada).

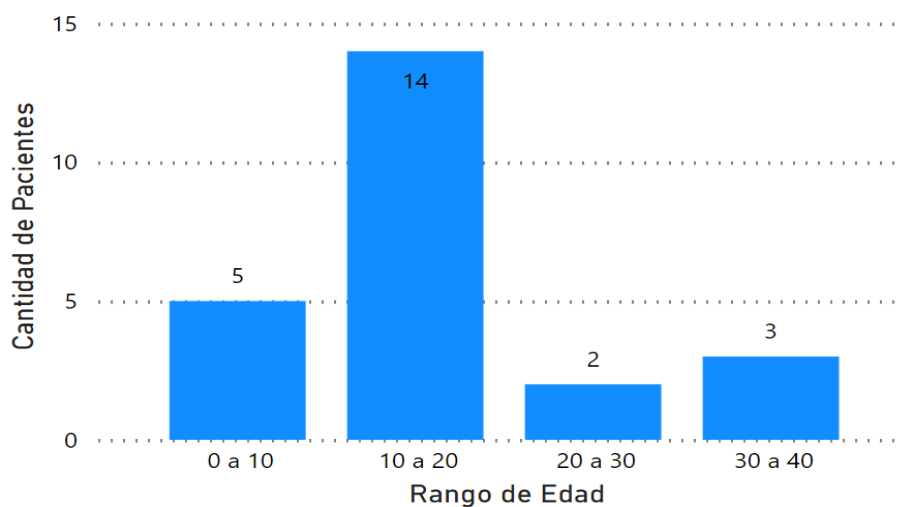
Gráfico 4. Recuento total de pacientes con hemofilia según rango etario.



*Fuente: Elaboración Propia.

El gráfico N°4 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.

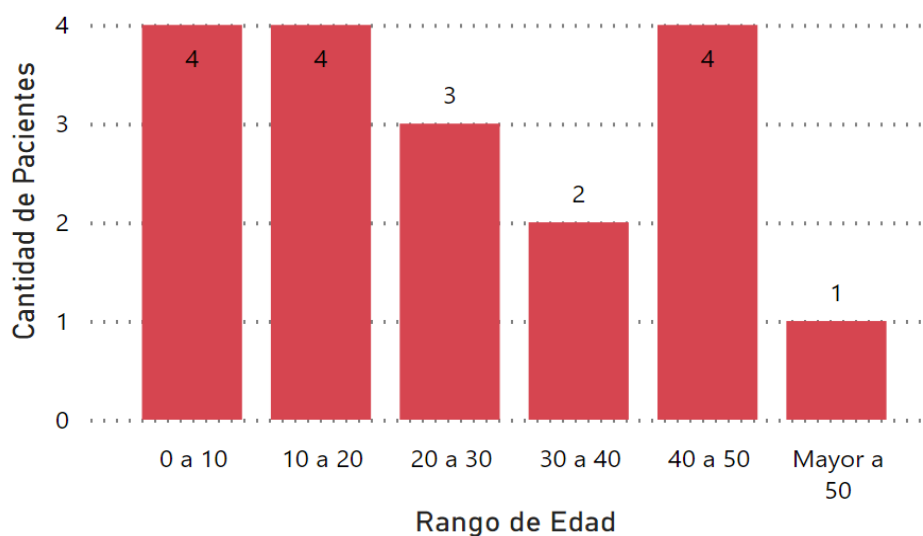
Gráfico 5. Recuento de pacientes con hemofilia de PFIS según rango etario



*Fuente: Elaboración Propia.

El gráfico N°5 muestra el recuento de pacientes con hemofilia del PFIS según rango etario. De acuerdo a la gráfica 5 pacientes se ubican en el rango etario de 0 a 10 años, 14 pacientes de 10 a 20 años, 2 pacientes tienen de 20 a 30 y 3 pacientes tienen de 30 a 40 años.

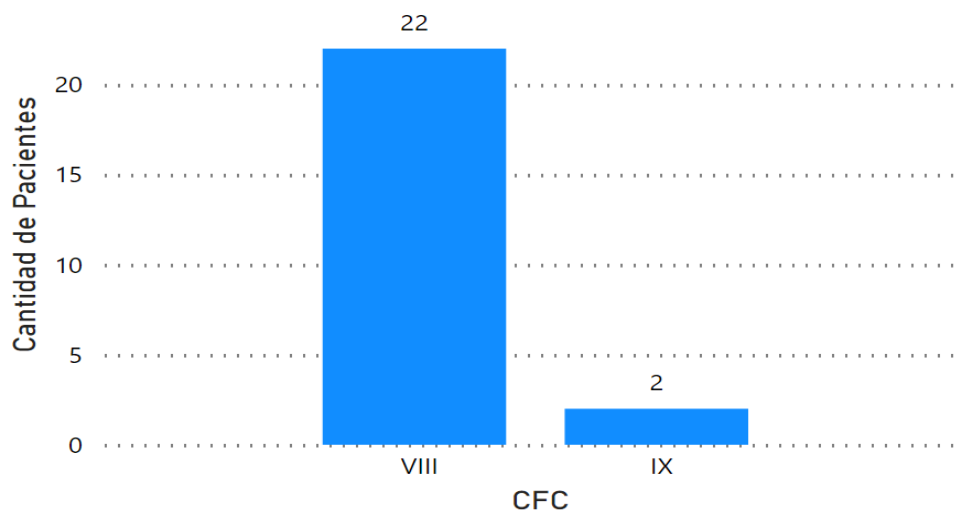
Gráfico 6. Recuento de pacientes con hemofilia de IPSS según rango etario.



*Fuente: Elaboración Propia.

El gráfico N°6 muestra el recuento de pacientes con hemofilia de IPSS según rango etario. De acuerdo a la gráfica 4 pacientes se ubican en el rango etario de 0 a 10 años, 4 pacientes de 10 a 20 años, 3 pacientes tienen de 20 a 30 y 2 pacientes tienen de 30 a 40 años, 4 pacientes tienen 40 a 50 años y 1 es mayor a 50 años.

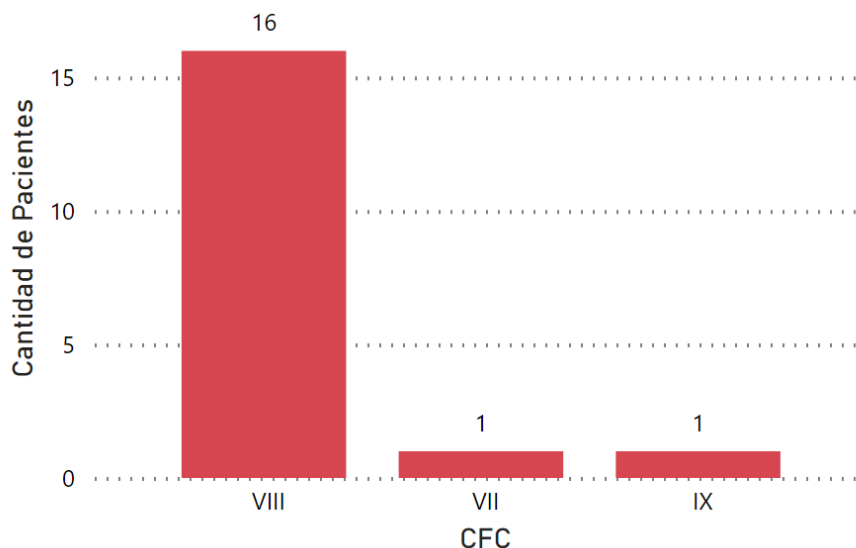
Gráfico 7. Recuento de pacientes con hemofilia según CFC de PFIS.



*Fuente: Elaboración Propia.

El gráfico N°7 muestra el recuento de pacientes con hemofilia según CFC del PFIS. De acuerdo a la gráfica 22 pacientes realizan tratamiento con CFC VIII y 2 pacientes con CFC IX.

Gráfico 8. Recuento de pacientes con hemofilia según CFC de IPSS.



*Fuente: Elaboración Propia.

El gráfico N°8 muestra el recuento de pacientes con hemofilia según CFC de IPSS. De acuerdo a la gráfica 1 paciente realiza tratamiento con CFC VII y 16 pacientes con CFC VIII y 1 con CFC IX.

A continuación, se propone la exposición y análisis de los resultados alcanzados a partir del objetivo general y específicos propuestos en este trabajo. De acuerdo a ello, se presenta los datos hallados en orden a la operacionalización de variable, señalados en el capítulo anterior. En primer orden se presenta el análisis del acceso espacial, entre sus dimensiones: la disponibilidad de los CFC y accesibilidad geográfica.

El primer punto a analizarse refiere a la disponibilidad de los CFC, este tiene como subdimensiones: los requisitos administrativos y de organización que imparten IPSS y PFIS y el análisis de medicación prescrita para profilaxis del médico tratante en relación a las entregadas por las instituciones.

Lo expuesto tiene como primer parte el análisis de los requisitos administrativos y de organización que impone el PFIS e IPSS a los pacientes en la adquisición a los medicamentos para el tratamiento efectivo de profilaxis.

Iniciando con los requisitos del Programa de Incluir Salud, para iniciar el trámite debe presentar:

- 1) Los últimos tres recibos de haberes
- 2) Historia Clínica por su médico tratante (Hematólogo) (ver anexo II)
- 3) Receta de la medicación por médico especialista (Prescripción Médica).
- 4) Fotocopia de DNI (primera y segunda hoja).

Cabe agregar que la HC debe renovarse cada tres meses para mantener la continuidad del plan y recibir la medicación solicitada para su efectivo tratamiento. De manera mensual debe presentar el ítem 3, 4 y el recibo de haberes correspondiente al periodo.

En cuanto a las exigencias de IPSS para el ingreso del paciente al Plan Especial para Hemofilia se detalla que éstos deben presentar los siguientes documentos:

- 1) Formulario específico hemofilia.
- 2) Historia Clínica por su médico tratante (Hematólogo) (ver anexo III)
- 3) Peso y talla actual.

- 4) Recetas de médico especialista (Prescripción Médica) por la medicación solicitada.
- 5) Resultados de Laboratorio: Hemograma con recuento de plaquetas, Tiempo de tromboplastina parcial activado (TTPK o TTPA), Tiempo de protombina (TP), Cuantificación de factor VIII y IX (es la prueba que permite diagnóstico de confirmación), y Concentración de Inhibidores de FH.
- 6) Exámenes de laboratorio para descartar otras coagulopatías (si correspondiera).
- 7) Radiología de articulaciones afectadas.
- 8) Informes de los estudios solicitados.

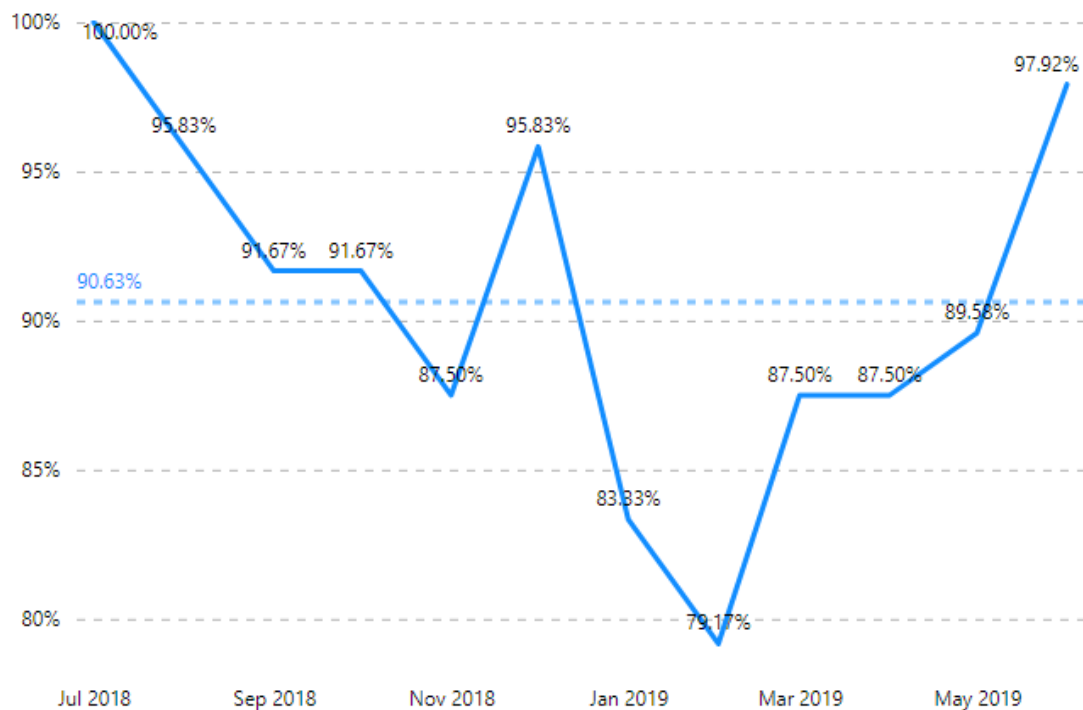
Corresponde señalar que cada paciente debe renovar su expediente de manera mensual para mantener la continuidad del plan y recibir la medicación solicitada para su efectivo tratamiento presentando la siguiente documentación:

- Nota solicitando cobertura en medicamentos dirigida al Presidente de la Obra Social.
- Fotocopia de Historia Clínica
- Receta de médico especialista (Prescripción Médica) por la medicación solicitada.
- Fotocopia de DNI (1° y 2° hoja)
- Fotocopia del Carnet de IPS
- Fotocopia del último recibo de sueldo del titular de la obra social (Ver Anexo IV).
- La HC debe renovarse cada seis meses.

El procedimiento para la renovación de documentaciones es un requisito obligatorio para que cada paciente tanto de PFIS y de IPSS continúen recibiendo la medicación y por ende su tratamiento. Cabe indicar que la tramitación (implica la realización de estudios, elaboración de recetas, entre otros) para la actualización y aprobación de la medicación demora de 7 a 30 días.

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.

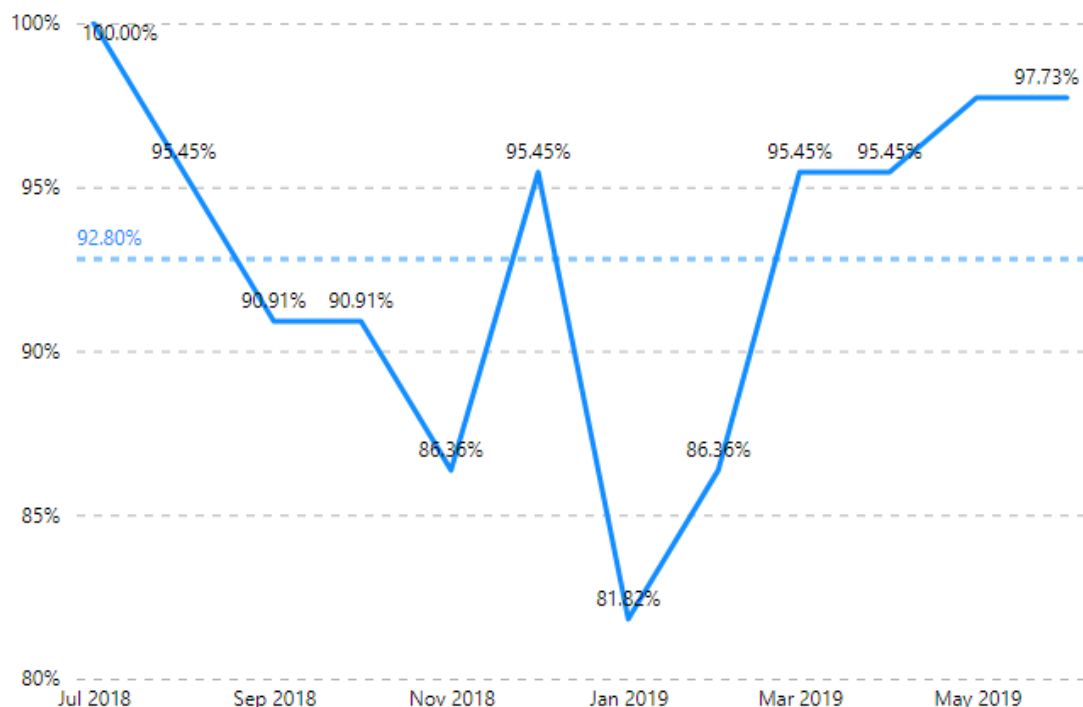
Gráfico 9. Total de Medicación Prescrita VS Recibidas del CFC (VIII y IX) en PFIS.



*Fuente: Elaboración Propia.

El gráfico N°9 evidencia los valores hallados que describen porcentajes de la medicación prescrita vs. recibida de PFIS en los meses tratantes del estudio periodo Julio 2018 a Junio 2019. 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 en un porcentaje de cobertura de 97.92%.

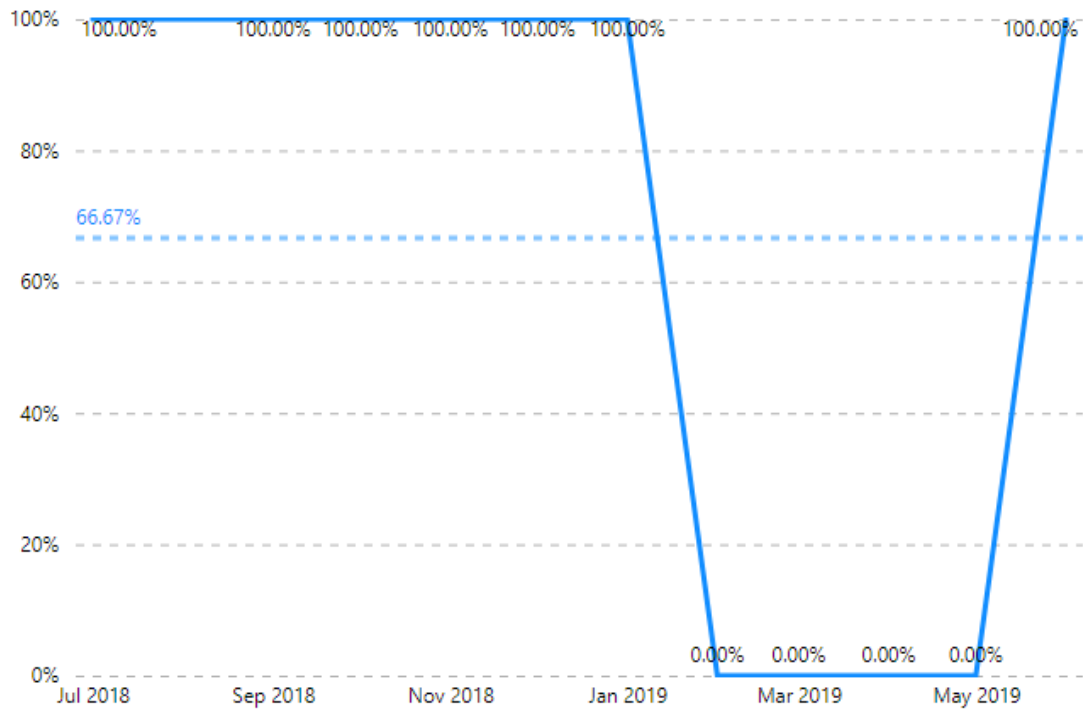
Gráfico 10. Medicación Prescripta VS Recibidas del Factor VIII de PFIS.



*Fuente: Elaboración Propia.

El gráfico N°10 evidencia los porcentajes de la medicación prescripta vs. recibida del Factor VIII del PFIS. De acuerdo a los valores de la gráfica en el mes de julio el porcentaje de cobertura es del 100% y agosto 95.45%. En el mes de septiembre y octubre este se ubica en un 90.91%, con un leve ascenso en noviembre del 86.36%. En diciembre el promedio de cobertura se eleva en 95.45%. Enero es el periodo en el cual se localiza su pico de descenso máximo donde el porcentaje de cobertura es del 81.82%. En los meses siguientes, febrero a mayo los valores ascienden, estableciéndose en junio en un porcentaje de cobertura de 97.73%.

Gráfico 11. Medicación Prescripta VS Recibidas del Factor IX de PFIS.

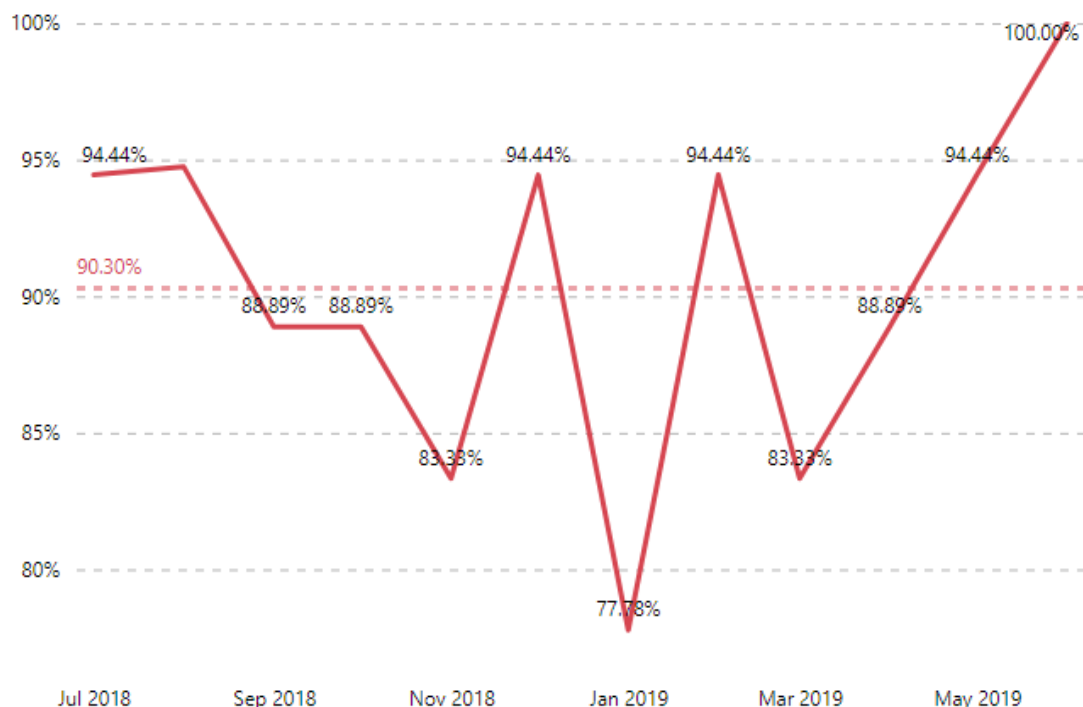


*Fuente: Elaboración Propia.

El gráfico N°11 evidencia los porcentajes de la medicación prescrita vs. Recibida del Factor IX del PFIS. De acuerdo a los valores de la gráfica los meses de julio a enero el porcentaje de cobertura es del 100%. En el mes de febrero a mayo no se registran valores de cobertura y mes de junio este desciende nuevamente a un 100%.

A continuación, se analiza los datos hallados que refieren a la Cantidad de Medicación Prescripta para Profilaxis por médico tratante según factor (VII, VIII y IX), en relación con la cantidad de medicación entregada por IPSS.

Gráfico 12. Total de Medicación Prescrita VS Recibidas del CFC (VII, VIII y IX) en IPSS.

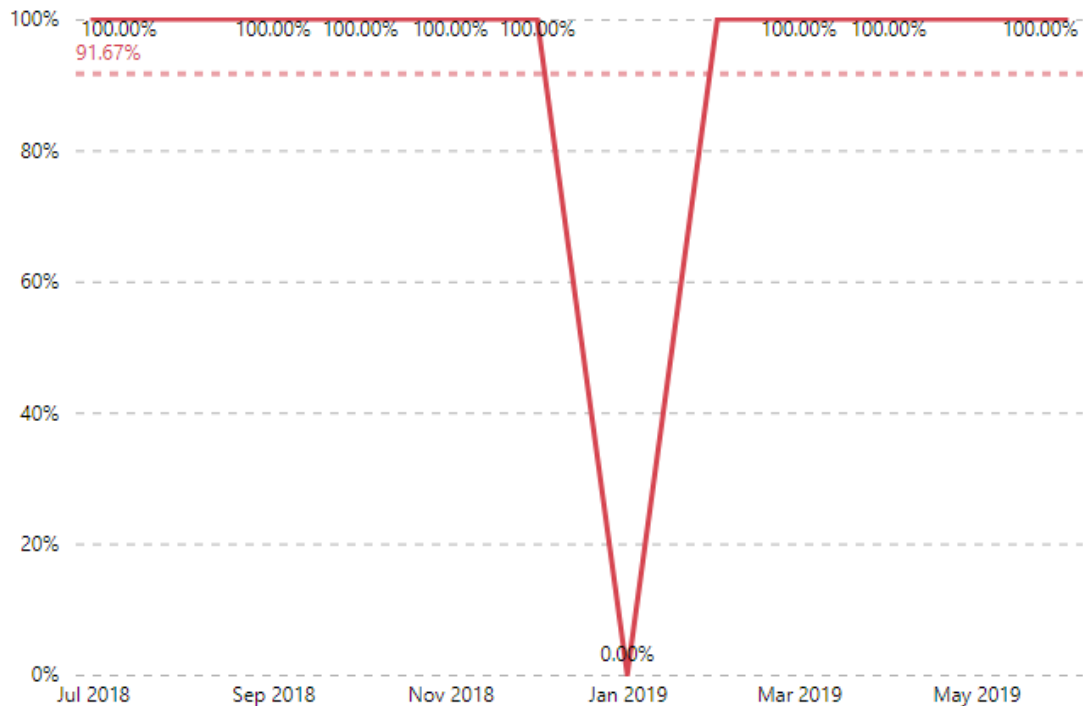


*Fuente: Elaboración Propia.

El gráfico N°12 muestra los porcentajes de la medicación Prescrita vs. Recibida de la Obra Social IPSS en los meses tratantes 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 97.74%. 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 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.

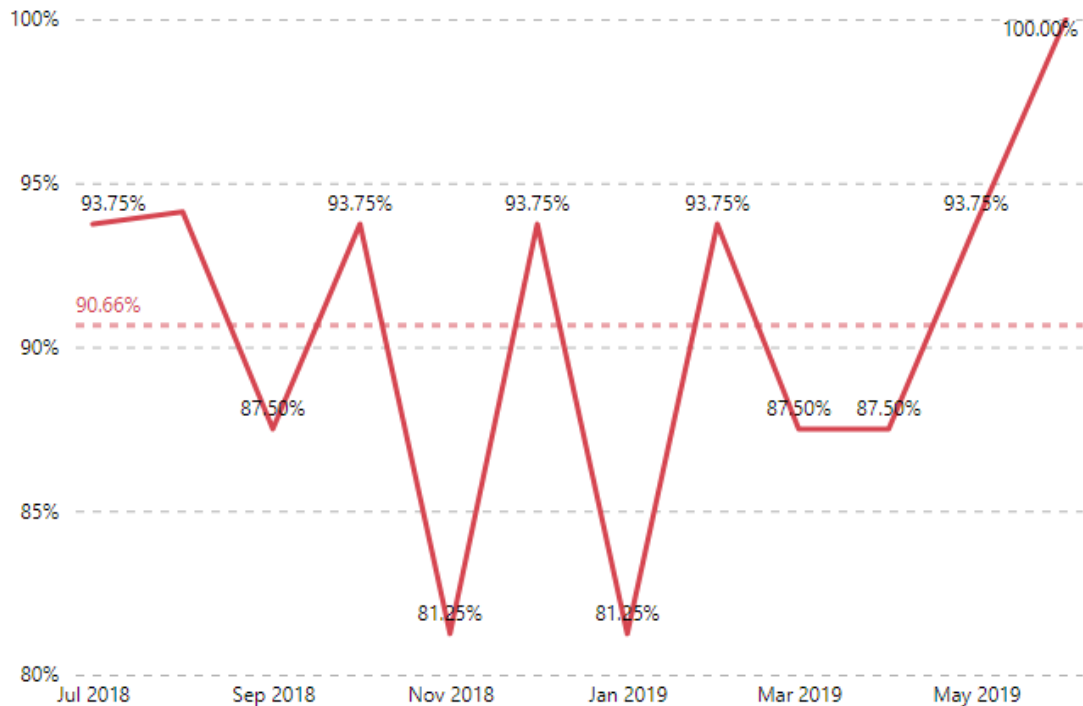
Gráfico 13. Total de Medicación Prescrita VS Recibidas del CFC VII en IPSS



*Fuente: Elaboración Propia.

El gráfico N°13 evidencia los porcentajes de la medicación Prescrita vs. Recibida del Factor VII del IPSS. De acuerdo a los valores de la gráfica desde el mes de julio al mes de diciembre de 2018, el porcentaje de cobertura es del 100%. En enero del 2019 no se registra valores de cobertura luego, en el período del mes de febrero a junio del 2019 la cobertura es de un 100%.

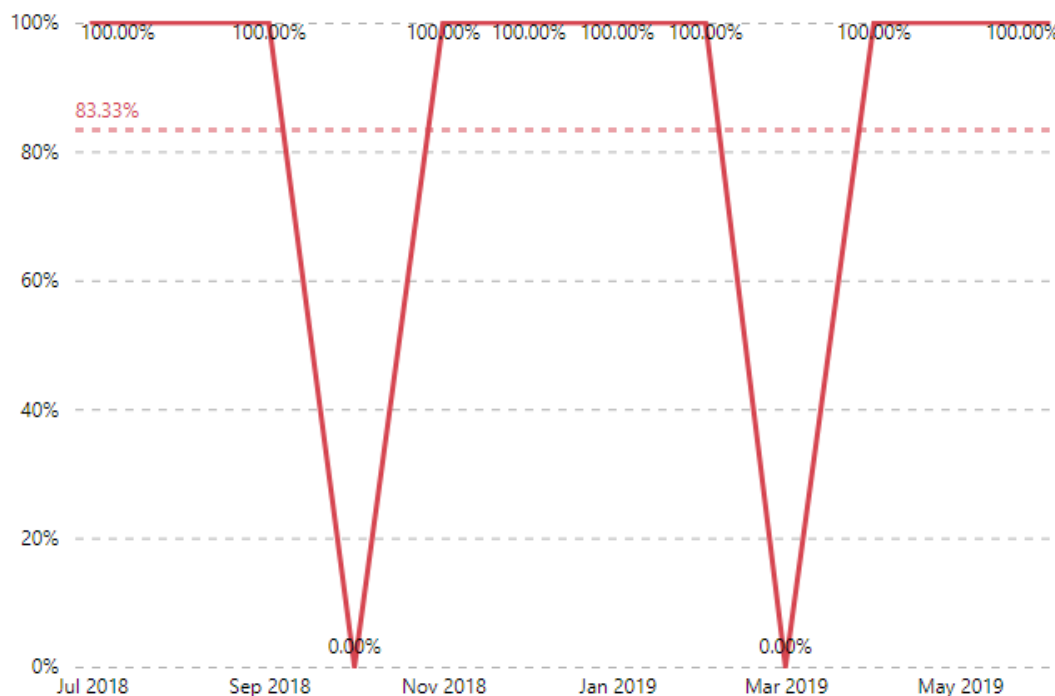
Gráfico 14. Total de Medicación Prescrita VS Recibidas del CFC VIII en IPSS.



*Fuente: Elaboración Propia.

El gráfico N°14 evidencia los porcentajes de la medicación prescrita vs. Recibida del Factor VIII del IPSS. De acuerdo a los valores de la gráfica en el mes de julio el porcentaje de cobertura es de 93.75%, agosto 94.12% y septiembre de 87.50%. En el mes de octubre este asciende a un 93.75%. En los meses de noviembre este se ubica en un 81.25% y diciembre retoma el valor de 93.75%. De igual manera estos valores se reiteran en enero en un 81.25% y febrero retoma el valor de 93.75%. En los periodos de marzo y abril los valores de cobertura son de 87.5% y de allí continua en ascenso ubicándose en junio en un porcentaje de cobertura del 100%.

Gráfico 15. Total de Medicación Prescripta VS Recibidas del CFC IX en IPSS.



*Fuente: Elaboración Propia.

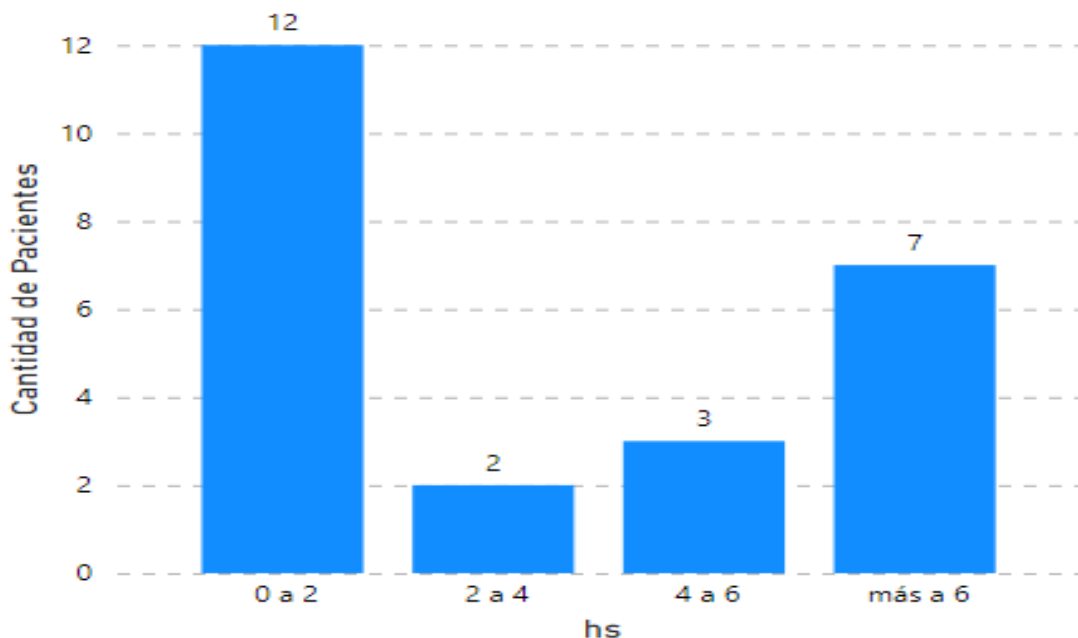
El gráfico N°15 evidencia los porcentajes de la medicación prescrita vs. Recibida del Factor IX del IPSS. De acuerdo a los valores de la gráfica la cobertura ha sido del 100% en los meses de julio a septiembre, de noviembre a diciembre, febrero y de abril a junio. Por su parte, los periodos de octubre, enero y marzo los valores de cobertura fueron del 50 %.

De acuerdo a lo expuesto, es posible indicar los niveles de cobertura alcanzados por PFIS e IPSS calculado según la totalidad de los medicamentos entregados por cada organismo.

La siguiente dimensión que se pone en análisis es la de accesibilidad geográfica. Esta se analiza considerando el recorrido en kilómetros que el paciente realiza y el tiempo de traslado (medidos en minutos), para la obtención de su medicación.

En cumplimiento del objetivo específico que pretende analizar las dimensiones del acceso espacial (disponibilidad y accesibilidad geográfica) a la medicación (CFC) que tuvieron los pacientes beneficiarios del PFIS, en el período julio 2018 a junio 2019.

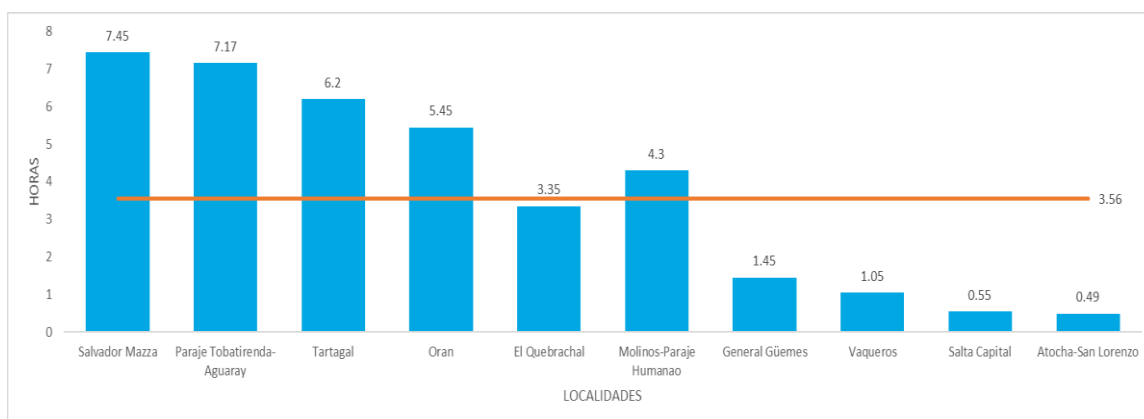
Gráfico 16. Frecuencia de pacientes según distancia al lugar de entrega de la medicación en horas del PFIS.



*Fuente: Elaboración Propia.

De acuerdo al gráfico N°16 se evidencia la cantidad de paciente en relación a la distancia recorrida para adquirir la medicación CFC expresados en horas. El tiempo analizado se toma desde el domicilio del paciente a la farmacia donde retira la medicación. De acuerdo a ello, 12 pacientes recorrieron una distancia promedio de 0 a 2 horas, 2 pacientes recorrieron de 2 a 4 horas, 3 pacientes recorrieron de 4 a 6 horas y 7 pacientes recorrieron más de 6 horas para el retiro de sus medicamentos.

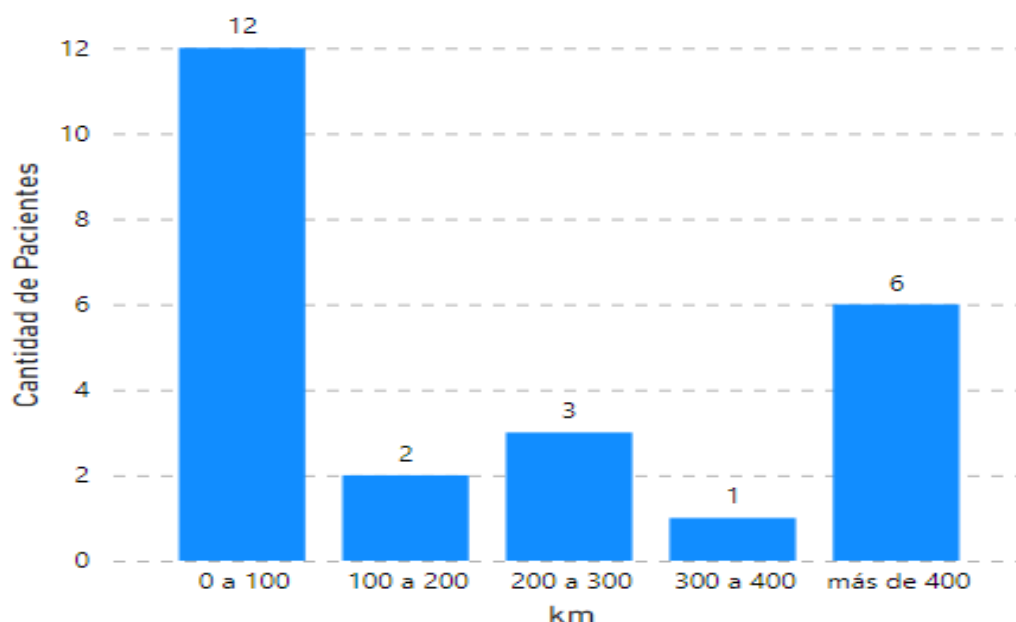
Gráfico 17. Localidades de pacientes y distancia promedio al lugar de entrega de la medicación en horas del PFIS.



*Fuente: Elaboración Propia.

De acuerdo al gráfico N°17 es 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.

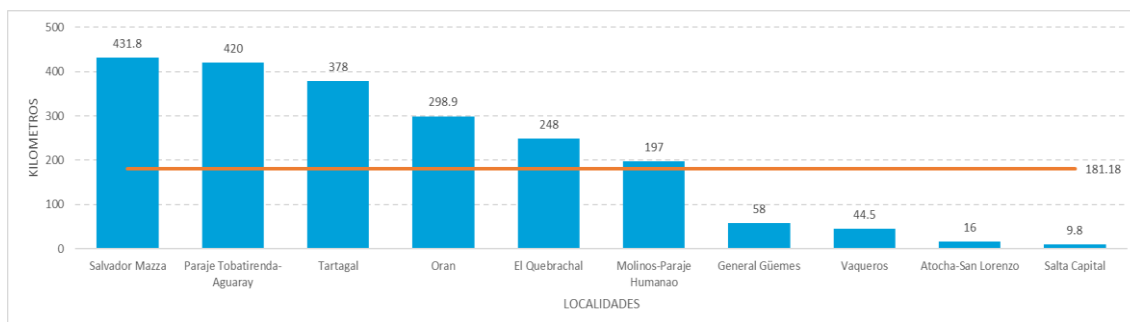
Gráfico 18. Frecuencia de pacientes según distancia al lugar de entrega de la medicación en Kilómetros del PFIS.



*Fuente: Elaboración Propia.

De acuerdo al gráfico N°18 se evidencia la cantidad de paciente en relación a la distancia recorrida para adquirir la medicación expresados en kilómetros. Los kilómetros se analizan desde el domicilio del paciente al lugar o ubicación de la farmacia donde retira la medicación. De acuerdo a ello, 12 pacientes recorrieron una distancia promedio de 0 a 100 km, 2 pacientes recorrieron de 100 a 200 km, 3 paciente recorrió de 200 a 300 km, 1 paciente de 300 a 400 km y 6 pacientes recorrieron más de 400 km.

Gráfico 19. Localidades de pacientes y distancia promedio al lugar de entrega de la medicación en kilómetros del PFIS.

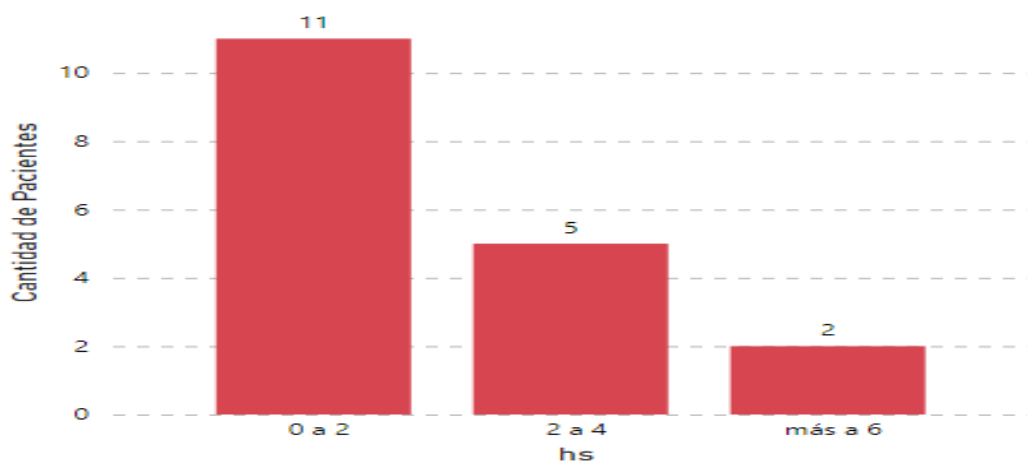


*Fuente: Elaboración Propia.

De acuerdo al gráfico N°19 es 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.

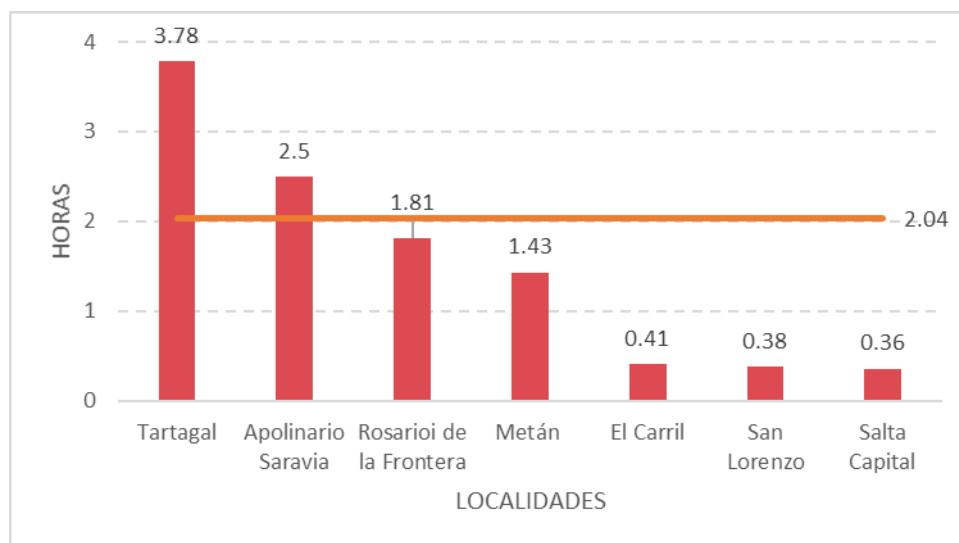
Gráfico 20. Frecuencia de pacientes según distancia al lugar de entrega de la medicación en horas del IPSS.



*Fuente: Elaboración Propia.

De acuerdo al gráfico N°20 se evidencia la cantidad de paciente en relación a la distancia recorrida para adquirir la medicación de CFC expresados en horas. El tiempo analizado se toma desde el domicilio del paciente a la farmacia donde retira la medicación. De acuerdo a ello, 11 pacientes recorrieron una distancia promedio de 0 a 2 horas, 5 pacientes recorrieron de 2 a 4 horas y 2 pacientes recorrieron más de 6 horas para el retiro de sus medicamentos.

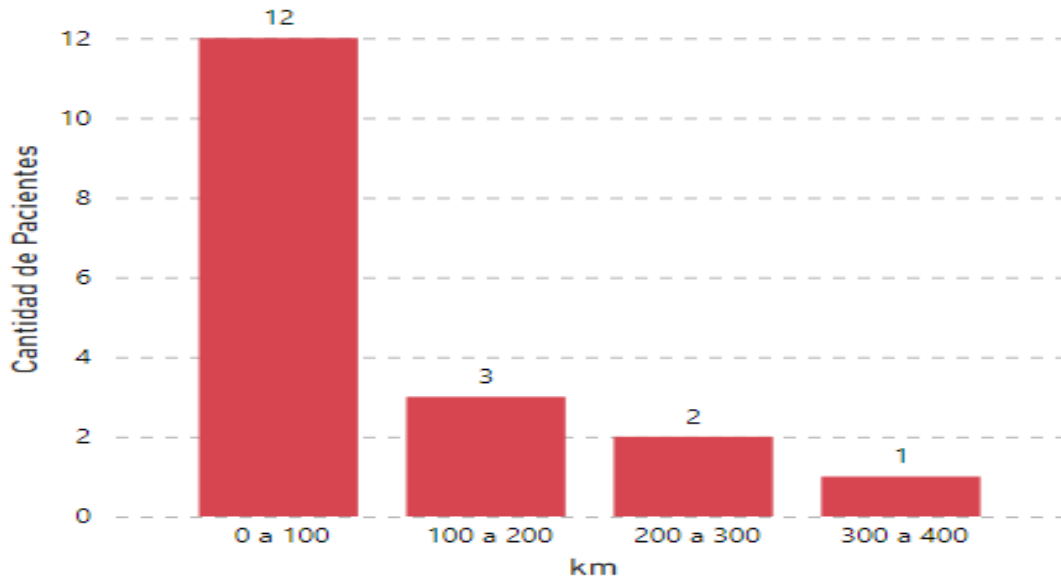
Gráfico 21. Localidades de pacientes y distancia promedio al lugar de entrega de la medicación en horas del IPSS.



*Fuente: Elaboración Propia.

De acuerdo al gráfico N°21 es posible indicar que el promedio en distancia recorridas en horas por los pacientes 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 Matán, 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.

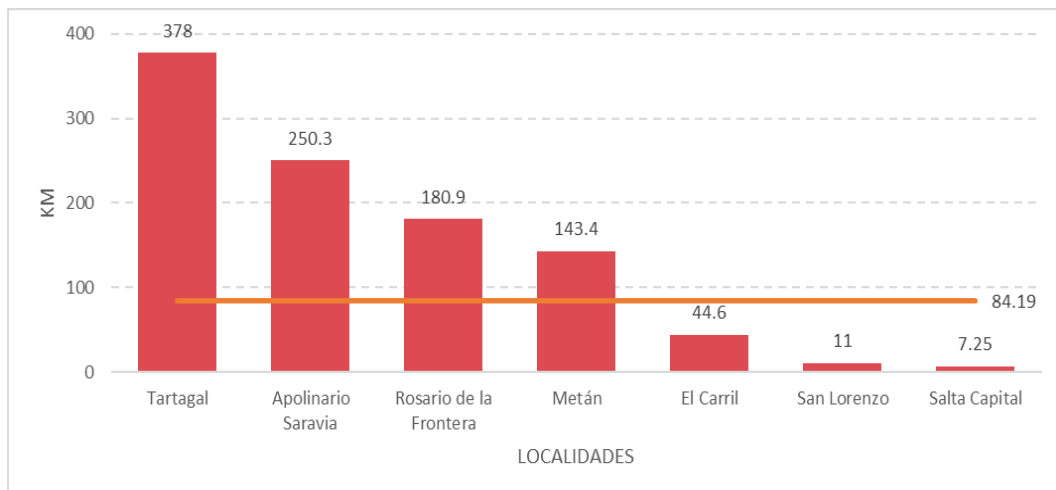
Gráfico 22. Frecuencia de pacientes según distancia al lugar de entrega de la medicación en Kilómetros del IPSS.



*Fuente: Elaboración Propia.

De acuerdo al gráfico N°22 se evidencia la cantidad de paciente en relación a la distancia recorrida para adquirir la medicación expresados en kilómetros. Los kilómetros se analizan desde el domicilio del paciente al lugar o ubicación de la farmacia donde retira la medicación. De acuerdo a ello, 12 pacientes recorrieron una distancia promedio de 0 a 100 km, 3 pacientes recorrieron de 100 a 200 km, 2 pacientes recorrieron de 200 a 300 km y 1 paciente recorrió de 300 a 400 km.

Gráfico 23. Localidades de pacientes y distancia promedio al lugar de entrega de la medicación en kilómetros del PFIS.



*Fuente: Elaboración Propia.

De acuerdo al gráfico N°23 los pacientes recorrieron promedio de 84.19 km en total. Los pacientes de la localidad 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.

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

Sistema de Adquisición de PFIS

El Programa Federal Incluir Salud brinda servicios de salud a personas afiliadas a través de la red pública de prestadores con la finalidad que todas las personas titulares de la Pensión no Contributiva (PNC) accedan a una atención de calidad. En este sentido, cada provincia administra los fondos mediante las Unidades de Gestión Provincial (UGP).

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 adquisición 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. (Ver Anexo V)

De allí es posible afirmar que el proceso de adquisición de CFC utilizado por el Programa Federal Incluir Salud de la Provincia de Salta, ha sido la licitación pública descrita en los periodos que analiza el presente estudio Julio 2018 a Junio 2019.

Sin embargo, como se ha indicado más arriba, se presentan casos excepcionales que exigen al programa la necesidad de acudir al sistema de compra directa para aquellos medicamentos que no fueron licitados. Este es el proceso de adquisición que ha sido utilizado por el programa provincial para la compra de Concentrado de Factor IX, para tratamiento de la hemofilia B y para aquellos pacientes que hicieron eventos

adversos a los concentrados de la coagulación suministrados tanto en pacientes con hemofilia A como B.

Sistema de Adquisición de IPSS

Para el caso de IPSS, su 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 Propietarios 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 expenden en las Farmacias Privadas adheridas, sin cargo a los afiliados IPSS.

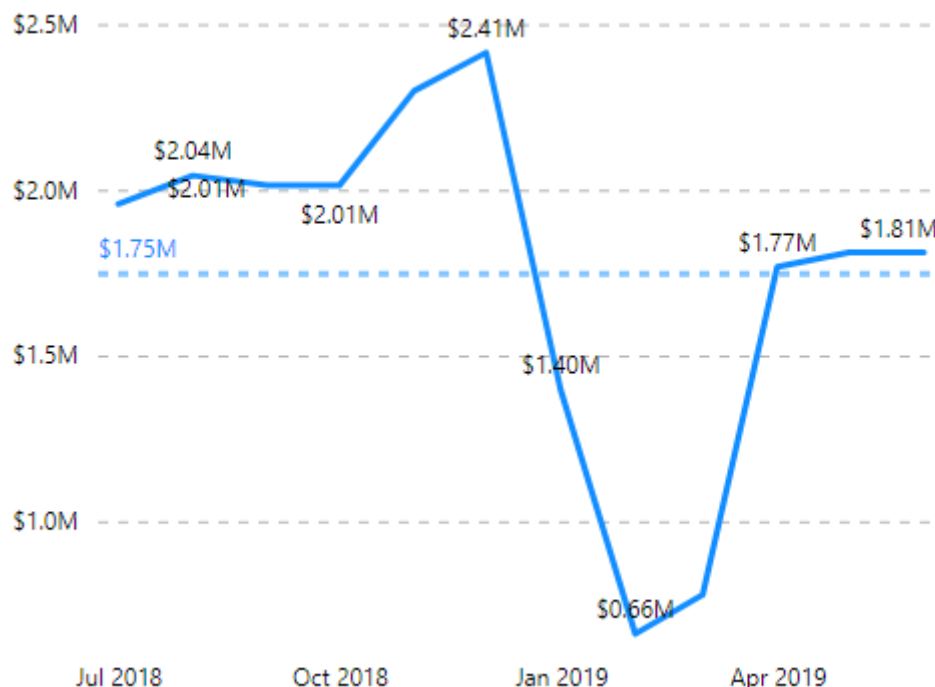
De acuerdo a ello, es posible señalar que las compras por convenio es el proceso de adquisición de los CFC para pacientes con hemofilia que utiliza la obra social IPSS para suministrar los medicamentos a sus afiliados.

El presente estudio también analiza acerca de la medicación de CFC prescrita para profilaxis por el médico tratante en relación a las entregadas por las instituciones para el tratamiento de la hemofilia.

Por consiguiente, se analiza los datos hallados que refieren a la Cantidad de Medicación Prescrita para Profilaxis por médico tratante según factor (VIII y IX), en relación con la cantidad de medicación entregada por PFIS.

A continuación, se procede a detallar los valores de gasto anual de medicamento (CFC) para pacientes beneficiarios del PFIS y de IPSS, registrados en la Fundación de la Hemofilia de la provincia de Salta, en el período julio2018-junio2019. Los datos serán presentados según su totalidad, luego serán discriminados por el tipo de CFC correspondiente.

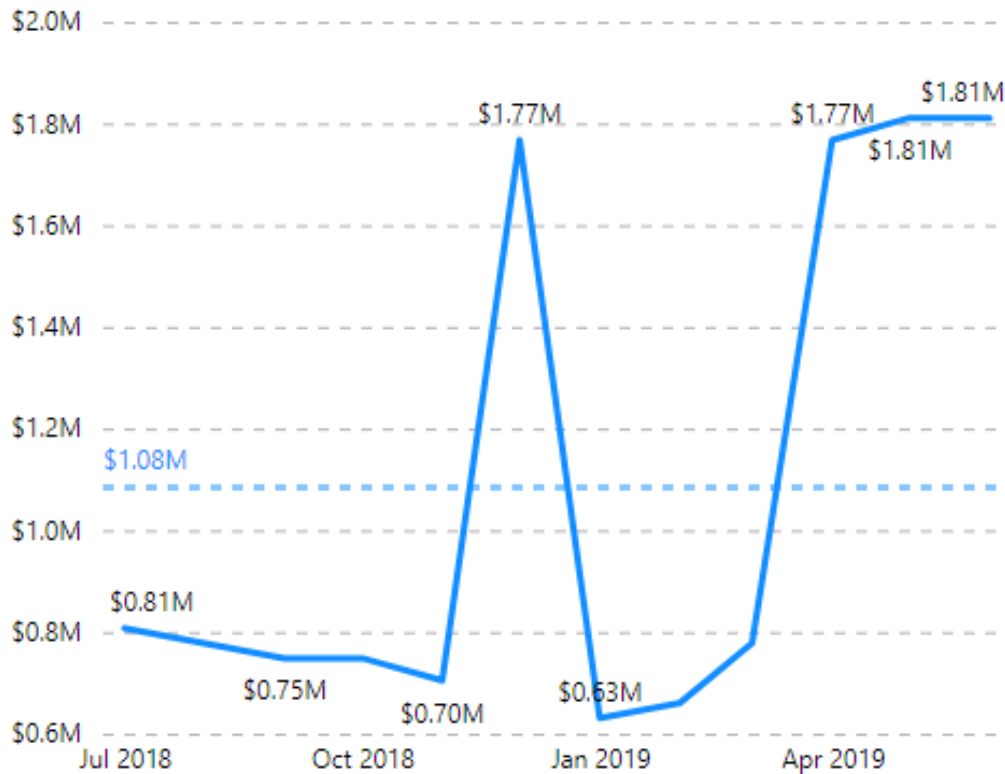
Gráfico 24. Gastos Mensuales del Total de Medicación (CFC) entregadas de PFIS.



*Fuente: Elaboración Propia.

De acuerdo al gráfico N°24 se evidencia los gastos mensuales del total de medicación (CFC) 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.**

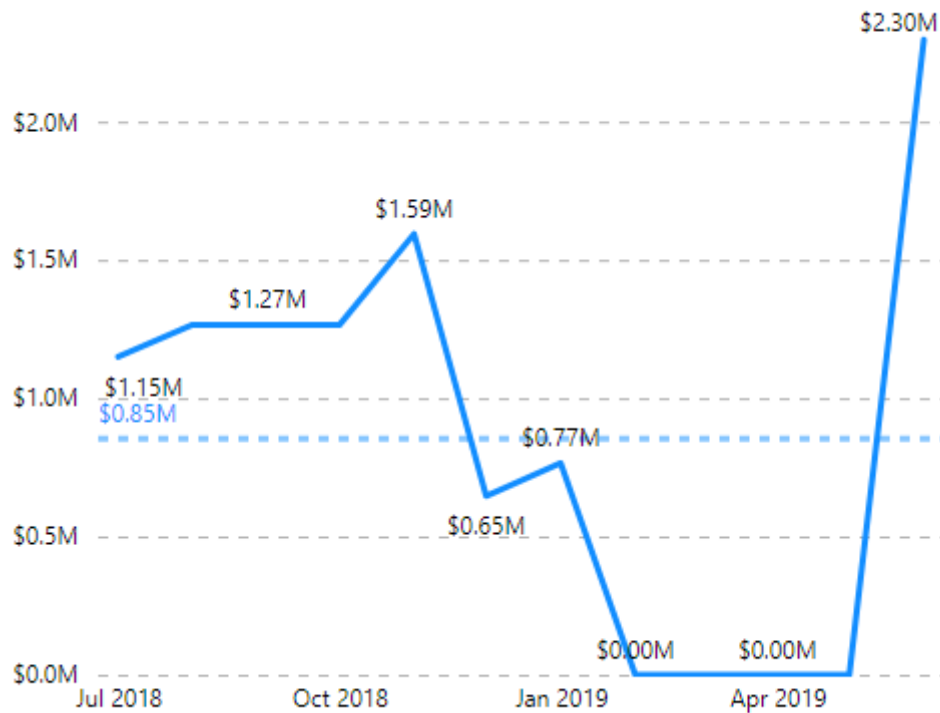
Gráfico 25. Gastos Mensuales de Factor VIII entregadas por PFIS.



*Fuente: Elaboración Propia.

De acuerdo al gráfico N°25 se evidencia los gastos mensuales del Factor VIII entregados a pacientes de PFIS. En periodo de julio el gasto fue de \$807.147; agosto \$ 777.796; septiembre y octubre se gastaron \$748.445 cada mes; en noviembre \$704.419; diciembre y abril \$1.767.223; mes de enero se gastó \$631.042; febrero \$660.393; mes de marzo \$777.796; abril \$1.767.223 mes de mayo y junio se registran el mayor valor en cada más, logrando un gasto de \$1.811.249 en cada periodo. **Los gastos totales de medicación de CFC de Factor VIII entregado por PFIS fue de \$13.012.427.**

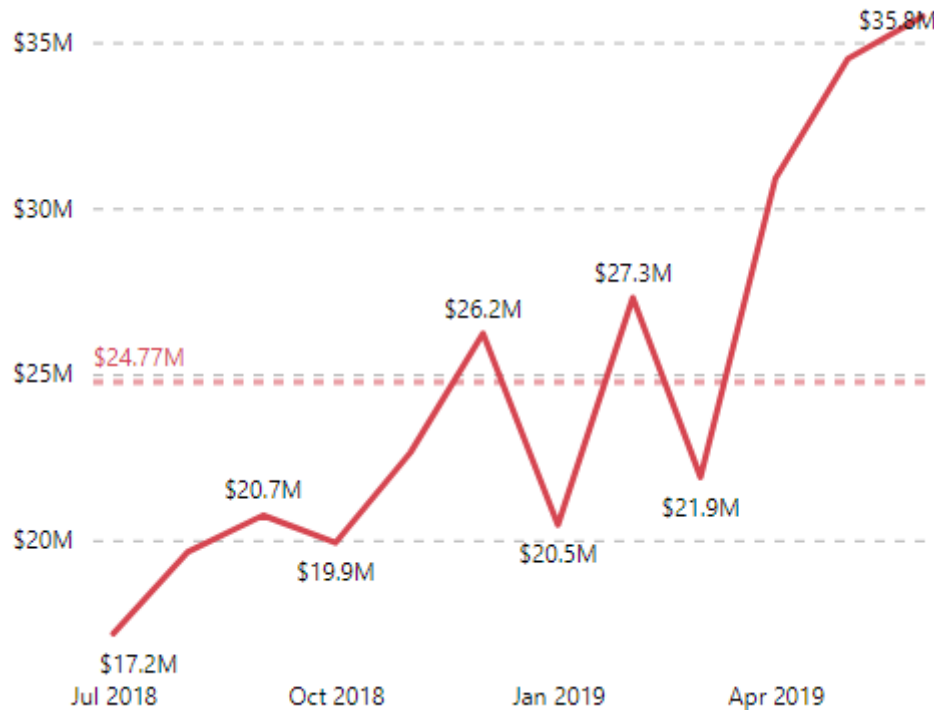
Gráfico 26. Gastos Mensuales de Factor IX entregadas por PFIS.



*Fuente: Elaboración Propia.

De acuerdo al gráfico N°26 se evidencia los gastos mensuales del Factor IX entregados a pacientes de PFIS. En periodo de julio el gasto fue de \$1.150.484,16; los meses de agosto a octubre se realizó un gasto mensual de \$ 1.265.532,57; en noviembre \$1.594.571,04; diciembre \$ 646.866,20; mes de enero se gastó \$765.340,00. Los meses de febrero a mayo, no evidencian registros de gastos y el mes de junio es el periodo de mayor valor con un gasto de \$2.296.182,30. **Los gastos totales de medicación de CFC de Factor IX entregado por PFIS fue de \$9.561.235,41.**

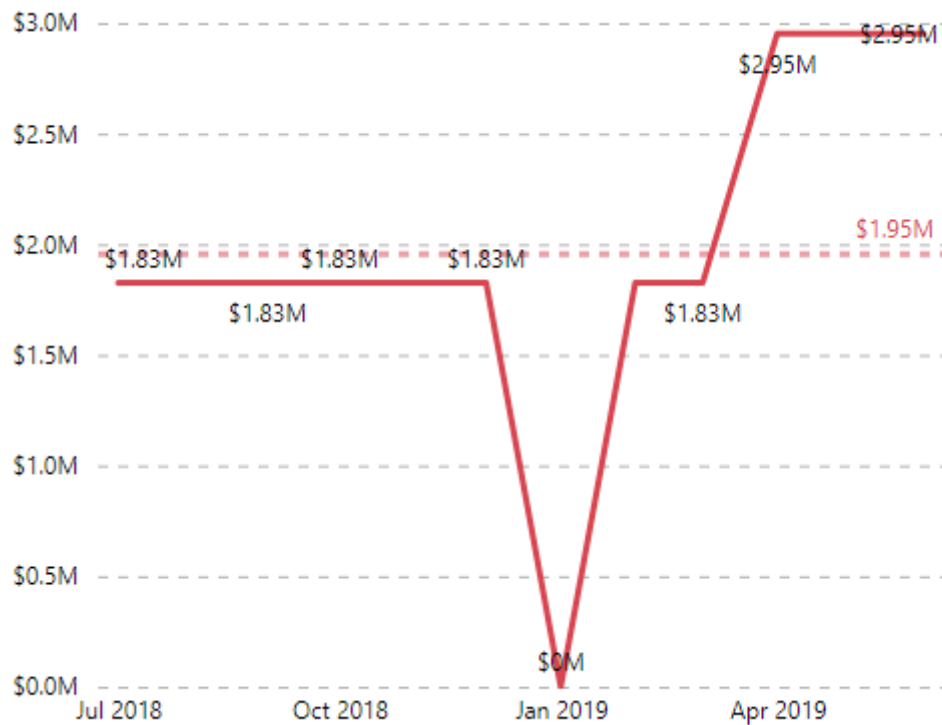
Gráfico 27. Gastos Mensuales del Total de Medicación (CFC) entregadas por IPSS.



*Fuente: Elaboración Propia.

De acuerdo al gráfico N°27 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 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.**

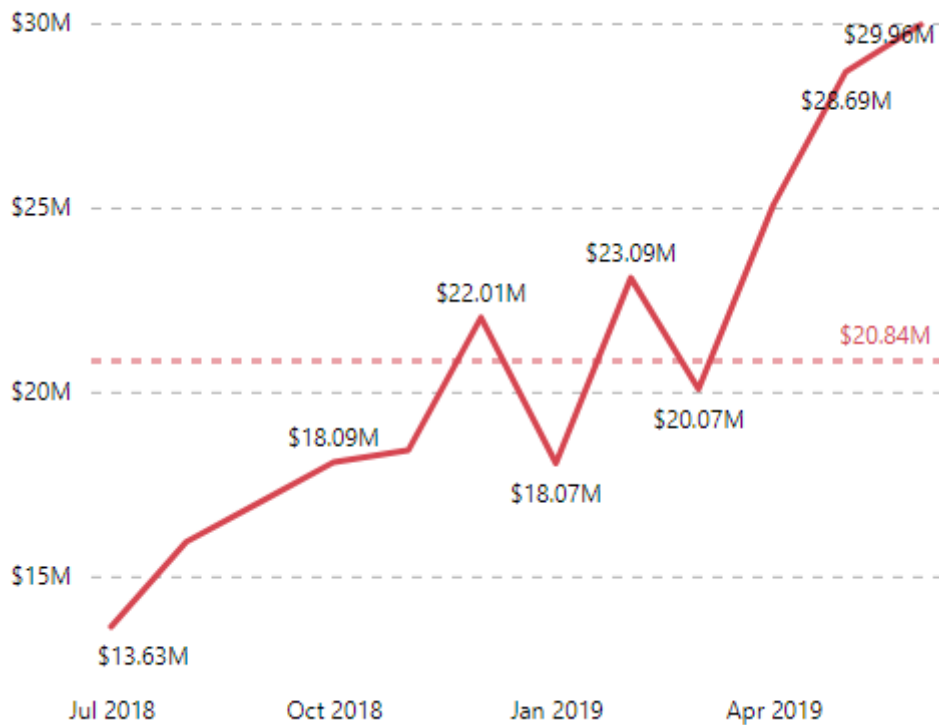
Gráfico 28. Gastos Mensuales de Factor VII entregadas por IPSS.



*Fuente: Elaboración Propia.

De acuerdo al gráfico N°28 se evidencia los gastos mensuales del Factor VII entregados a pacientes de IPSS. En periodo de julio a diciembre el gasto fue de \$1.825.477,20 mensuales. En el mes de enero no se registra gastos y de febrero a marzo de 2019 el gasto mensual fue de \$1.825.477,20 60.849,24. Por último, en los meses de abril a junio de 2019 el gasto se aumentó a \$2.951.793,60 respectivamente. **Los gastos totales de medicación de CFC de Factor VII entregado por IPSS fue de \$23.459.198.**

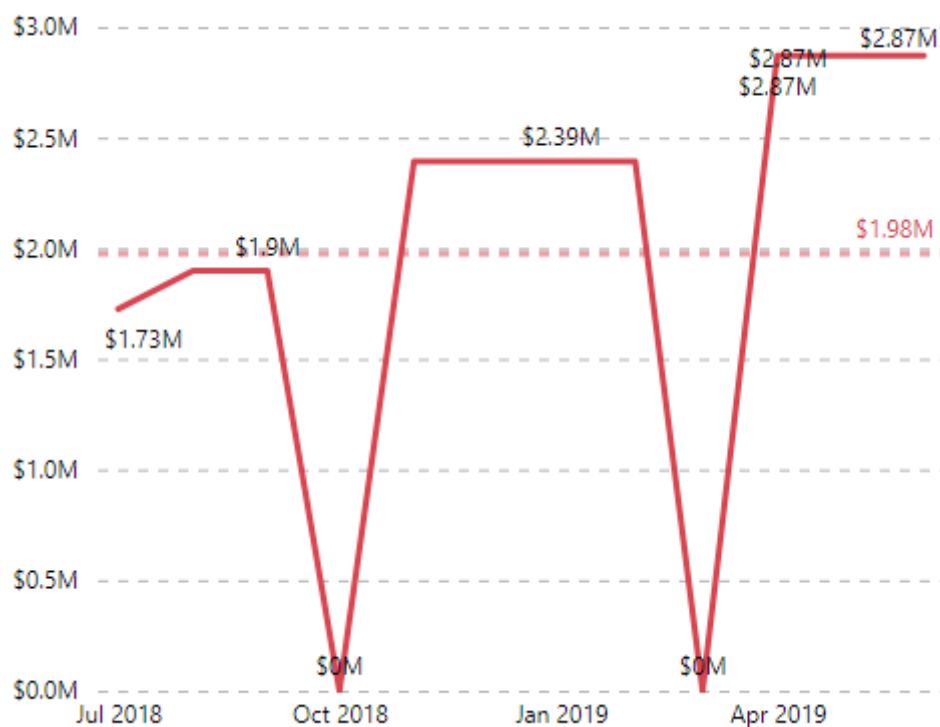
Gráfico 29. Gastos Mensuales de Factor VIII entregadas por IPSS.



*Fuente: Elaboración Propia.

De acuerdo al gráfico N°29 se evidencia los gastos mensuales del Factor VIII entregados a pacientes de IPSS. En periodo de julio el gasto fue de \$13.630.816,88; agosto \$15.927.799,32; septiembre \$17.020.582,41; octubre se gastaron \$18.092.513,91; en noviembre \$18.422.607,28; diciembre \$22.012.180,68; mes de enero se gastó \$18.065.808,60; febrero \$23.086.324,80; mes de marzo \$20.074.015,08; abril \$25.071.798,16; mes de mayo \$28.686.569,88 y mes de junio se registra con el mayor valor de gasto \$ 29.956.865, 47. **Los gastos totales de medicación de CFC de Factor VIII entregado por IPSS fue de \$250.047.885,48.**

Gráfico 30. Gastos Mensuales de Factor IX entregadas por IPSS.

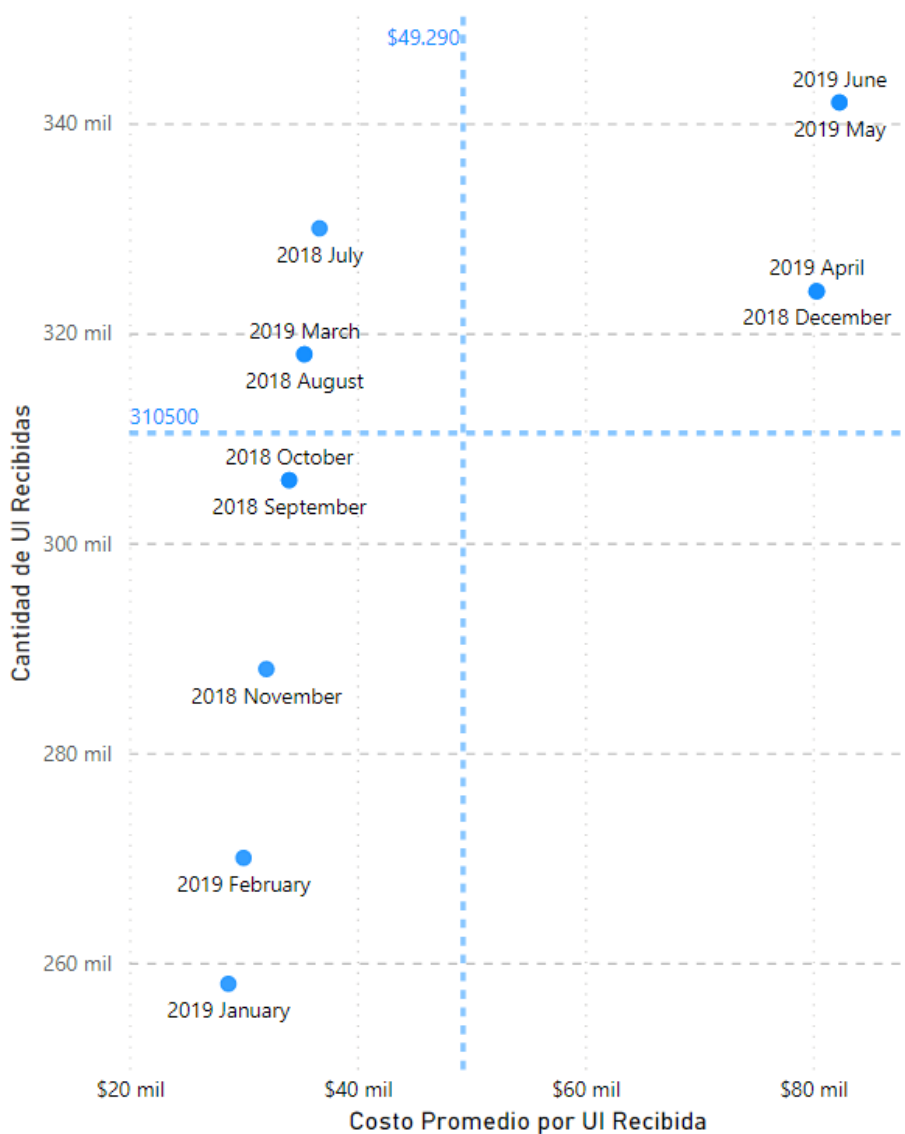


*Fuente: Elaboración Propia.

De acuerdo al gráfico N°30 se evidencia los gastos mensuales del Factor IX entregados a pacientes de IPSS. En periodo de julio el gasto fue de \$1.725.726,24; los meses de agosto y septiembre se realizó un gasto mensual de \$ 1.898.298,86; el mes de octubre no registra gastos. En noviembre a febrero se gastó \$2.391.856,56 mensuales; mes de marzo no se registran gastos. Los meses de abril a junio, se registraron los mayores niveles de gastos de \$ 2.870.227,86 en cada mes. **Los gastos totales de medicación de CFC de Factor IX entregado por IPSS fue de \$23.700.433,84.**

Seguido es posible analizar los consumos en unidades internacionales y su relación con gastos en unidades internacionales de medicamento (CFC) de PFIS y de IPSS en el período julio2018-junio2019.

Gráfico 31. Consumo de UI del Factor VIII de PFIS.

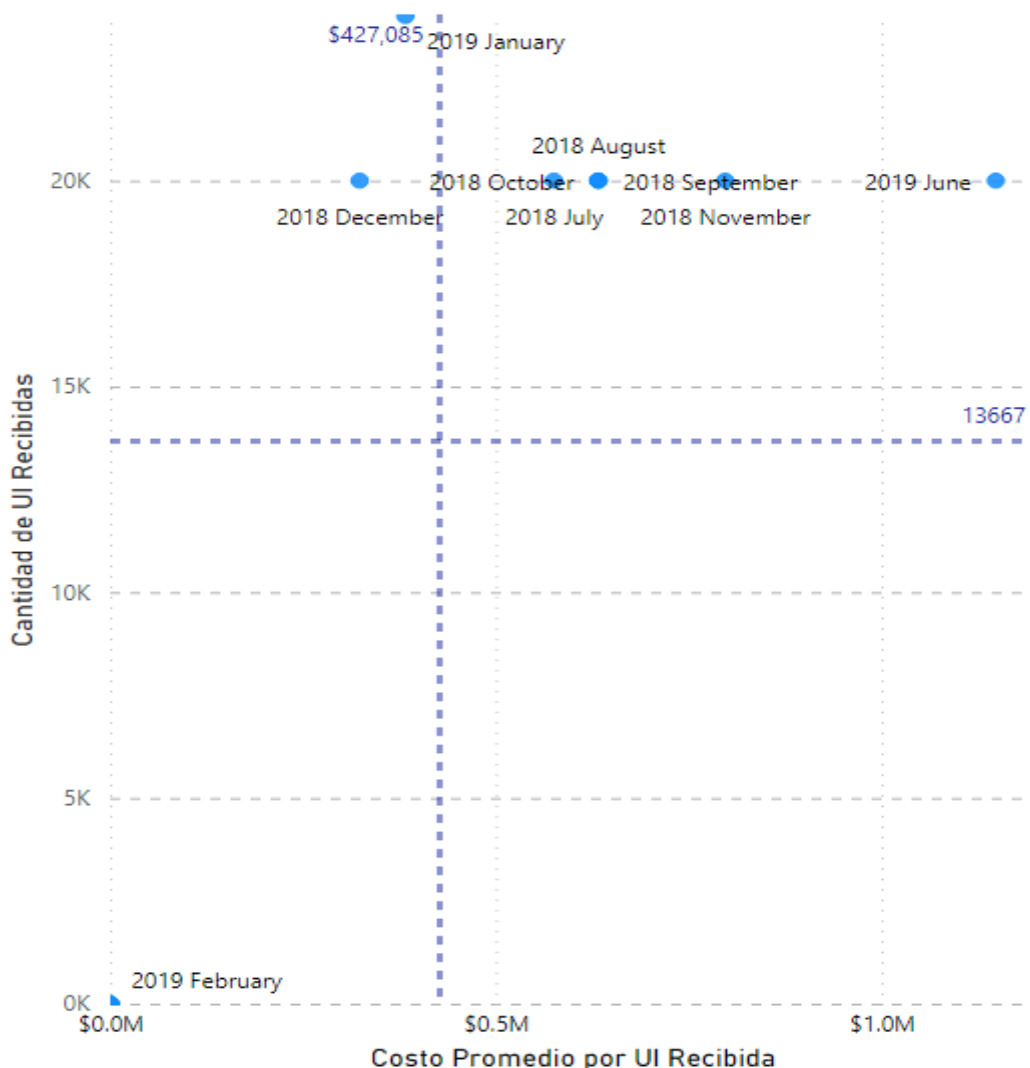


*Fuente: Elaboración Propia.

En el gráfico N°31 se muestra el gasto Promedio por UI Recibida/ Consumo de UI del Factor VIII Recibidas en pacientes del PFIS. En periodo julio el PFIS entregó 330.000 UI a un valor promedio de \$38.689. En agosto se entregó 318.000 UI a un valor promedio de \$35.354 Septiembre y octubre se entregaron en cada mes 306.000 UI a un valor promedio de \$34.020. En noviembre se entregó 288.000 UI a un valor promedio de \$ 32.019. En diciembre se entregaron 324.000 UI a un valor promedio de \$80.328. El mes de enero se entregó 258.000 UI a un valor promedio de \$28.684. Febrero se entregaron 270.000 UI a un valor promedio de \$30.018. Mes de marzo se entraron

318.000 UI a un valor promedio de \$35.354. Abril se entregaron 324.000 a un valor promedio de \$80.328. En mayo y junio se entregaron 342.000 UI mensuales a un valor promedio de \$82.330. **El consumo total fue de 3.726.000 UI.**

Gráfico 32. Consumo de UI del Factor IX de PFIS.

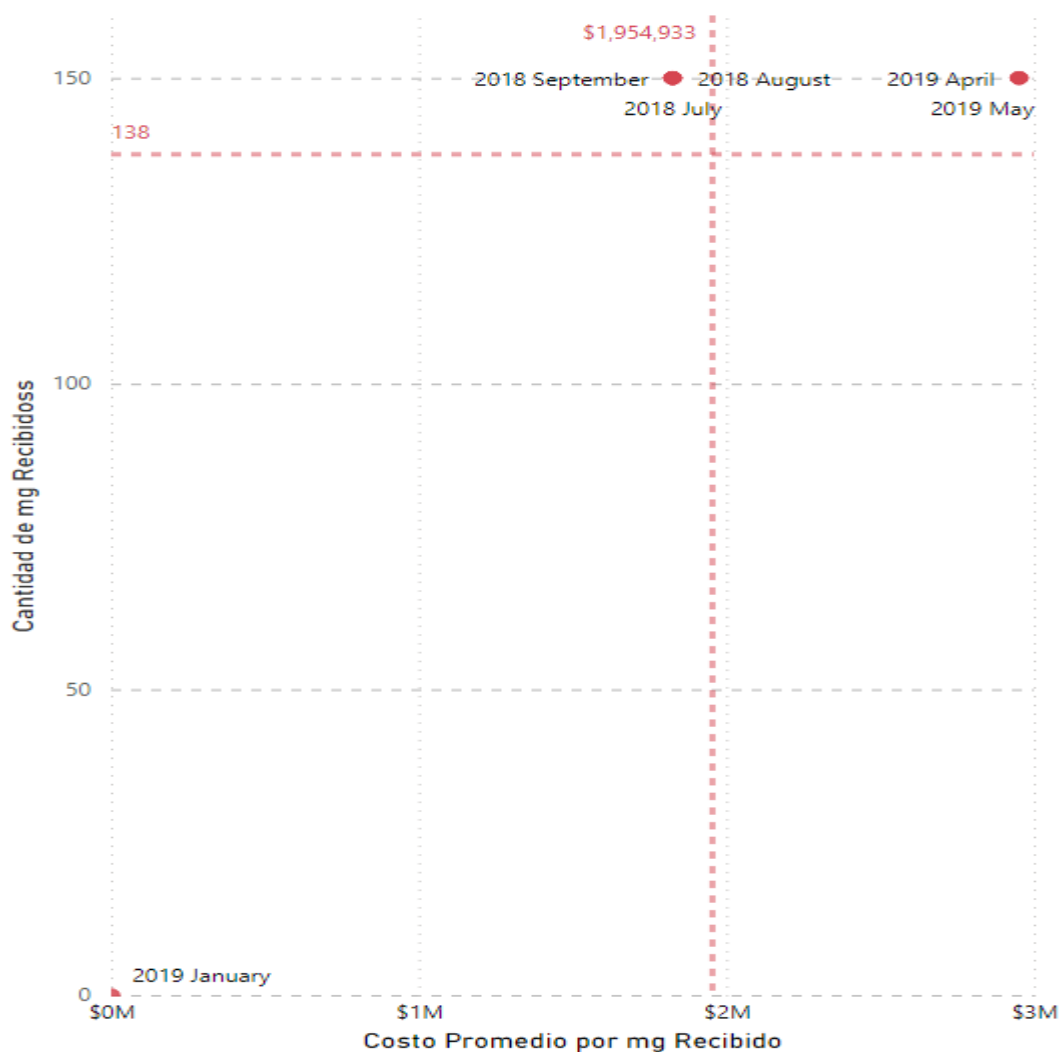


*Fuente: Elaboración Propia.

En el gráfico N°32 se muestra el gasto Promedio por UI Recibida/ Consumo de UI del Factor IX Recibidas en pacientes de PFIS. En periodo julio el PFIS entregó 20.000 UI a un valor promedio de \$575.242,08. En los meses de agosto a octubre se entregaron 20.000 UI mensuales a un valor promedio de \$632.766,28. Noviembre se entregó 20.000 UI a un valor promedio de \$797.285,52. En diciembre se entregó 20.000 UI a un valor promedio de \$323.433,10. El mes de enero se entregó 24.000 UI a un valor promedio

de \$382.670,00. Los meses de febrero a mayo no se registran entregas de medicación. Mes de junio se entregaron 20.000 UI a un valor promedio de \$1.148.091,15. **El consumo total fue de 164.000 UI.**

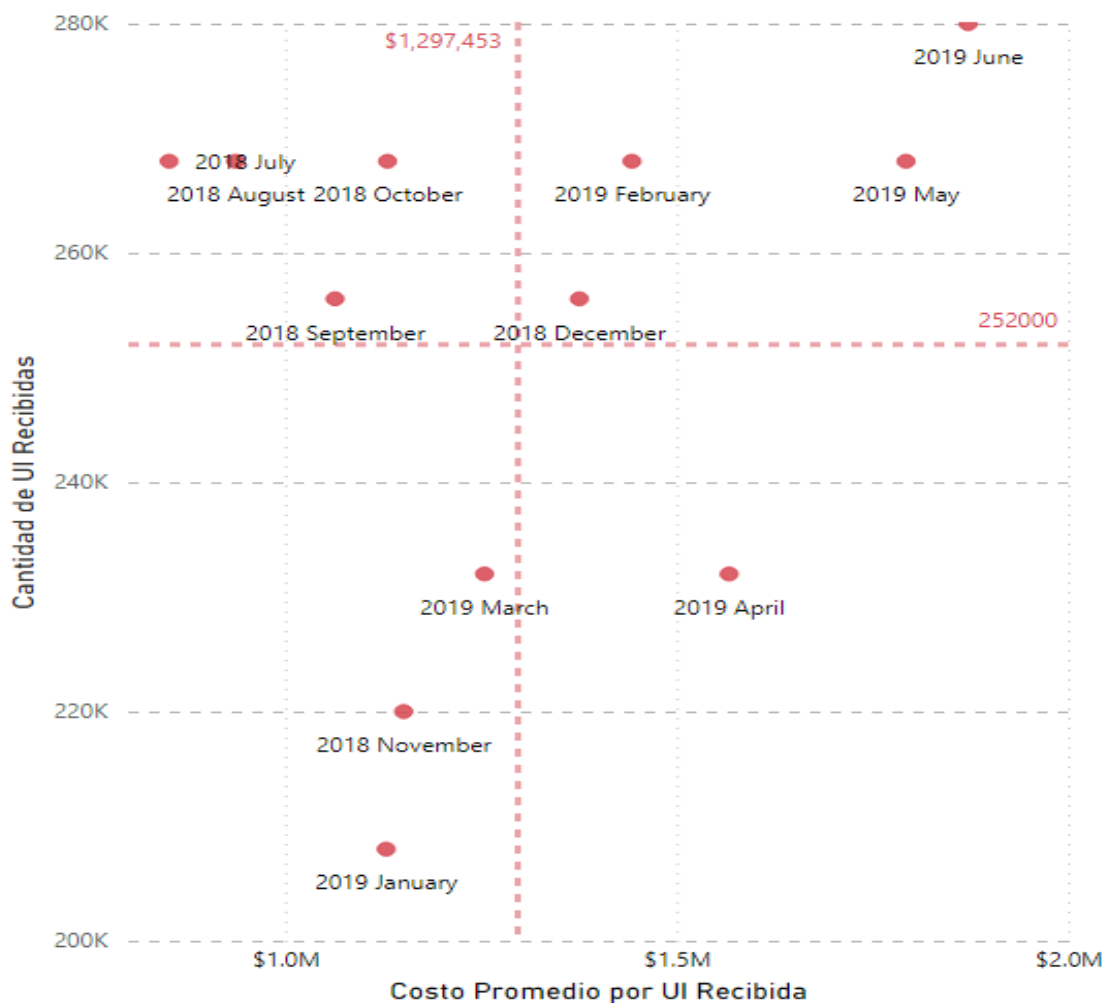
Gráfico 33. Consumo de UI Recibida del Facto VII de IPSS.



*Fuente: Elaboración Propia.

En el gráfico N°33 se muestra el gasto Promedio por UI Recibida/ Consumo de Gr del Factor VII Recibidas en pacientes de IPSS. En periodo de julio a diciembre de 2018, el IPSS entregó 150 (gr) a un valor mensual promedio de \$1.825.477. En el mes de enero de 2019 no se registran entregas de medicamentos. En los meses de febrero y marzo se entregaron 150 (gr) mensuales a un valor promedio de \$1.825.477. En el período de abril a junio de 2019 se entregaron 150 (gr) mensuales a un valor promedio de \$2.951.794. **El consumo total fue de 1650 gr.**

Gráfico 34. Consumo de UI del Factor VIII de IPSS.

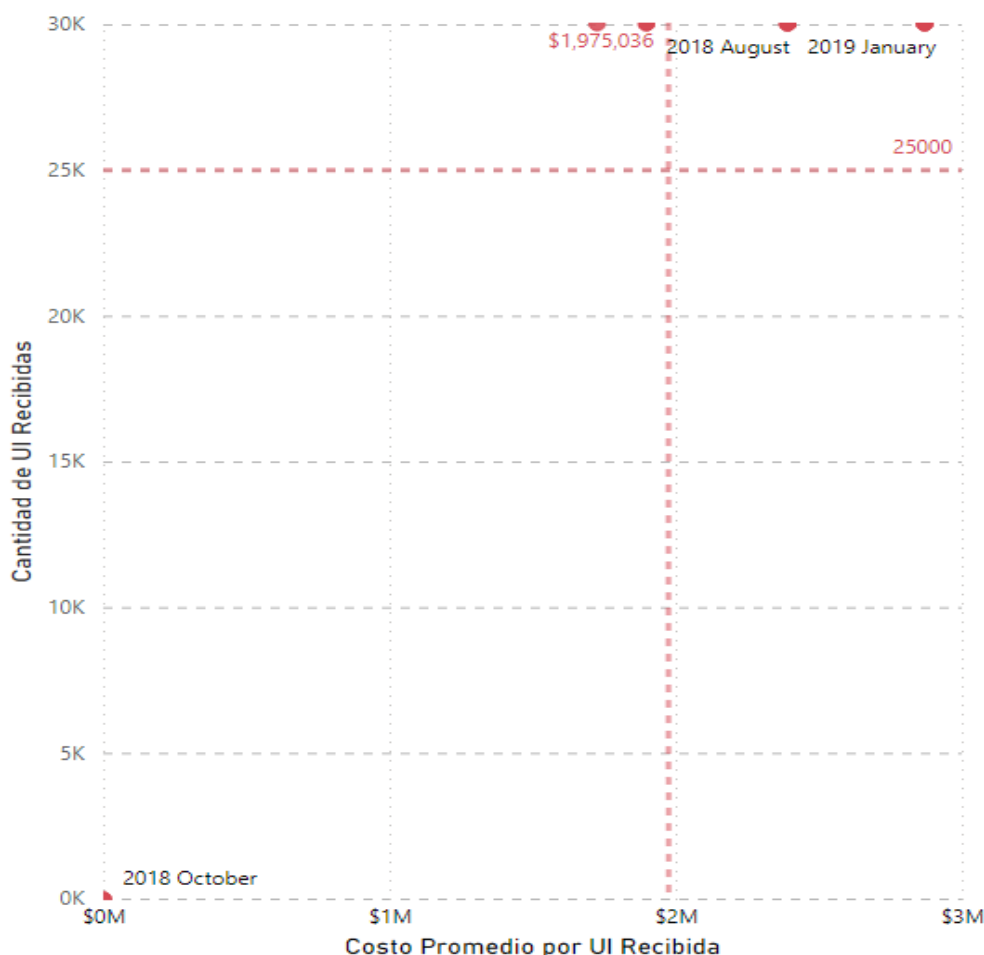


*Fuente: Elaboración Propia.

En el gráfico N°34 se muestra el gasto Promedio por UI Recibida/ Consumo de UI del Factor VIII Recibidas en pacientes de IPSS. En periodo julio el PFIS entregó 268.000 UI a un valor promedio de \$851.926,05. En agosto se entregó 268.000 UI a un valor promedio de \$936.929,37. Septiembre 256.000 UI a un valor promedio de \$1.063.786,40. En octubre se entregó 268.000 UI a un valor promedio de \$ 1.130.782,12. En noviembre 220.000 UI a \$1.151.412,95, diciembre se entregaron 256.000 UI a un valor promedio de \$1.375.761,29. El mes de enero se entregó 208.000 UI a un valor promedio de \$1.129.113,03. Febrero se entregaron 268.000 UI a un valor promedio de \$1.442.895,30. Mes de marzo se entraron 232.000 UI a un valor promedio de \$1.1254.625,94. Abril se entregaron 332.000 a un valor promedio de \$1566.987,38. En mayo se entregaron 268.000 UI a un valor promedio de \$1.792.910,61. Mes de junio

se entregaron 280.000 UI a un valor de \$1.872.304,09. **El consumo total fue de 3.024.000 UI.**

Gráfico 35. Consumo de UI del Factor IX de IPSS.



*Fuente: Elaboración Propia.

En el gráfico N°35 se muestra el gasto Promedio por UI Recibida/ Consumo de UI del Factor IX Recibidas en pacientes de IPSS. En periodo julio el PFIS entregó 30.150 UI a un valor promedio de \$1.775.601,72. En los meses de agosto y septiembre se entregaron 30.150 UI mensuales a un valor promedio de \$1.861.888,03. Octubre se entregó 150 UI a un valor promedio de \$912.738,60. Noviembre, diciembre y febrero se entregaron mensualmente 30.150 UI a un valor promedio de \$2.108.666,88. El mes de enero se entregó 30.000 UI a un valor promedio de \$1.195.928,28. En marzo se entregó 150 UI a un valor promedio de \$912.738,6. Los meses de abril a junio se entregaron mensualmente 30.150 UI a un valor promedio de \$2.911.010,74. **El consumo total fue de 301.800 UI.**

Capitulo V.

Conclusiones

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

Esta inquietud ha surgido producto de evidencias científicas que mostraron las dificultades de acceso a medicamentos que se registran en los servicios de salud en la llamada enfermedades catastrófica como es la Hemofilia. Esto significó, una focalización en aquellas personas que se enfrentan a estas enfermedades, buscando dimensionar las barreras en las que se enfrentan cuando deben realizar su tratamiento médico. Se ha dejado a un costado el análisis de las dificultades propias de la enfermedad; factores físicos, psicológicos, familiares y económicos a los que se someten en su tránsito, y se ha puesto foco en barreras de acceso espacial, es decir, la disponibilidad a los CFC y a la distribución geográfica a las que se enfrentan los pacientes.

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 recae 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.

La segunda cuestión se vincula con los procedimientos administrativos para la adquisición del medicamento que obstaculizan la entrega de la medicación. El estudio ha demostrado que los procedimientos administrativos y burocráticos que deben realizar los beneficiarios de PFIS e IPSS actúan como primera barrera de dificultad de acceso a la medicación. La multiplicidad de requisitos, trámites administrativos y estudios médicos que deben realizar los beneficiarios para la aprobación de procedimientos y medicamentos, dificulta, condicionan y/o paralizan la continuidad de la atención a la salud. Esta barrera se expresa por la alteración en la continuidad del tratamiento debido a la interrupción o ausencia de la provisión de medicamentos. En este sentido, cabe poner en valor (no en términos monetarios) los efectos o deterioro de salud que se le produce al paciente con hemofilia el corte de medicación producto de las rigurosas exigencias del sistema y de los modos de organización de los recursos de atención a la salud en ambas instituciones. Cabe recordar 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.

No obstante, 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 favorecidos 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) (Tobar, 2002).

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 adquisición 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 mas 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 plena evidencia la elevada brecha económica debido a los mayores valores de adquisición de la aplicación de este sistema en la adquisición de medicamentos frente a las 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.

Ahora bien, este estudio no pretende recaer estrictamente en los resultados cuantitativos hallados, sino abrirse a cuestiones que engloben aspectos que intervienen en la adquisición de la medicación de personas que padecen este tipo de enfermedad e impacta en la obtención de su medicación. Se debe asumir que los programas o procesos que implementa el sistema de salud tiene impacto en toda población que les afecta desde diferentes esferas, en un plano económico, en el plano de salud o desde el campo social. En definitiva, se trata de repensar los modelos utilizados en la gestión de suministros, partiendo de la base que este no debe reducirse estrictamente a procesos eficientes y eficaces en la adquisición, sino la implementación de modelos integrales orientados a asegurar tanto la disponibilidad de medicamentos e insumos esenciales, como así también la calidad de los insumos ofrecidos, la oportunidad y satisfacción en la atención al usuario.

Se refleja la necesidad de equilibrar el sistema de adquisición mediante políticas de evaluaciones económicas, como mecanismo que mejore la eficiencia de los procesos de adquisición de medicamentos. La finalidad de aplicar este instrumento promoverá la eficiencia de los procesos presentes en el sistema, en desmedro de los que no lo son, incrementando el beneficio en la salud de la población con hemofilia.

Remitiéndose al contexto, es innegable los avances nacionales del sistema de salud alcanzados mediante los programas de cobertura de los Factores de Coagulación para Pacientes bajo Tratamiento Profiláctico de la Hemofilia, con el establecimiento del subsidio del 100% en el tratamiento que requieren los pacientes con dicha enfermedad. A ello se suma la estrategia conjunta adoptada por el Ministerio de Salud de la Nación, PAMI, IOMA y la Superintendencia de Servicios de Salud, llevando a cabo por primera vez en Argentina la compra conjunta por Licitación pública Nacional de medicación de factor VIII, para tratamiento de profilaxis para personas con Hemofilia A.

Sin embargo, se insiste en la presencia y rol del Estado en la normalización en la cadena de suministro de medicamentos, mediante la ejecución de políticas, normas y procesos destinados a proteger el derecho de la salud de la población. Se requiere de mecanismos que tiendan a la regulación y control de la actividad global del sistema que finalmente concluya en la eficiencia y eficacia de los suministros. La gestión de abastecimiento los CFC debe apuntar a garantizar la accesibilidad para todas las personas y con ello poder perpetuar su estado de salud haciendo uso de compras adecuadas que beneficien en mayor proporción a los grupos de mayor vulnerabilidad. Esto queda reflejado en la compra conjunta por licitación que solo adquirió la medicación de factor VIII para tratamiento de profilaxis de personas con Hemofilia A, desplazando a la población que requerían otro tipo de factor para su adecuado tratamiento.

La realización de este estudio ha presentado limitantes, entre ellos, la falta de registros estadísticos nacionales y provinciales sobre hemofilia que permitan comparativa de información sobre prevalencia, consumo, gastos de dicha enfermedad. No se hallaron estudios nacionales o locales que analicen sobre los procesos de adquisición y acceso geográfico de CFC para pacientes de hemofilia.

En este sentido se espera que los datos hallados contribuyan como disparador o punta pie para futuras investigaciones con respecto al acceso al tratamiento de hemofilia, según los procesos de adquisición implementados por cada provincia o nación.

La fortaleza del estudio radica en presentarse como primer estudio de investigación que logró caracterizar los procesos de adquisición de concentrados de factor de coagulación (CFC) y la relación con el acceso espacial al medicamento que tuvieron los pacientes con hemofilia en la provincia de Salta en periodo Julio 2018 a

Junio 2019. Se aportaron valiosos datos estadísticos, que sienta precedente en el campo de la Economía y Gestión de la Salud y para otros campos de interés en la temática.

Lo expuesto pone en evidencia la necesidad y beneficio de establecer un sistema nacional de licitaciones para la compra de concentrados de factor de coagulación, que ayude a garantizar la selección de los mejores productos a los mejores precios. En la misma línea O'Mahony (2015), expresa que la adquisición a escala nacional de concentrados de factor puede ayudar a garantizar que las personas con hemofilia tengan acceso a tratamiento que no solo sea suficiente en cantidad, sino que también cumpla con las normas establecidas en cuanto a seguridad, eficacia y calidad (O'Mahony, 2015).

Los datos esclarecen la necesidad e importancia de consolidar métodos para apoyar la toma de decisiones de financiación o procesos de adquisición de medicamentos por parte de los sistemas y organizaciones sanitarias, debido a que presentan claras ventajas de costos y beneficios para los pacientes. En este sentido se debe repensar en un sistema de adquisición de forma conjunta de medicamentos que permita optimizar los recursos con los que cuentan las entidades del sector salud a través de la adquisición de medicamentos a menores precios.

Tal como fue señalado por O'Mahony, los concentrados de factor de coagulación (CFC) para el tratamiento de personas con hemofilia son medicamentos indispensables, preservadores de la vida. Si bien los costos son mucho más elevados en comparación con otros medicamentos, esto exige la adaptación de procesos de planificación de las adquisiciones de medicamentos a nivel nacional, siendo el Estado quien debe convenir, de acuerdo a parámetros tales como volumen, precio, homogeneidad de producto, frecuencia de consumo, etc., las adquisiciones que resultan provechosos gestionar de manera centralizada y cuáles de manera descentralizada. En definitiva, el sistema de salud nacional alcanzaría niveles de funcionamiento más eficientes si las acciones de abastecimiento partieran de instancias estrechamente vinculadas con la detección de necesidades y estimación de cantidades de insumos (O'Mahony, 2015).

Lo propuesto requiere de una absoluta presencia del Estado en la intervención y protección del derecho a la salud, mediante mecanismos de regulación y control de la actividad global del sistema que es ejercido por el Ministerio de Salud, por organismos con distintos grados de descentralización que dependen de él, como la Administración

Tesis de Maestría en Economía y Gestión de la Salud. 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



Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología y la Superintendencia de Servicios de Salud.

Capítulo VI.

Discusión -

Propuestas

A partir del análisis de datos desarrollados en el apartado anterior, es posible su interpretación y relación con las teorías que permita comprender acerca de las características de los procesos de adquisición de concentrados de factor de coagulación (CFC) y la relación con el acceso espacial al medicamento que tuvieron los pacientes con hemofilia en la provincia de Salta.

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.

Partiendo de esta presentación, los datos admitieron una comparativa del fenómeno, clasificando en rangos etarios a los pacientes. En este punto los datos mostraron que un grupo numeroso de pacientes se ubican en un rango de 10 a 20 años y luego los números se dispersan en pacientes a 0 a 10 años y de 20 a 30 años. Sin embargo, si estos datos se analizan por cobertura médica, los pacientes con hemofilia del PFIS son más representativos en el rango de 10 a 20 años y en el caso de IPSS se muestra un número más homogéneo por edades, detectándose pacientes con hemofilia en rango mayores a 40 años.

Retomando los datos informados desde la Federación Mundial de Hemofilia (2012) la hemofilia es una enfermedad prevalente en los hombres, quienes se encuentran más proclives a esta afección. De acuerdo a ello, los datos hallados en este estudio confirmaron sobre esta prevalencia debido a que la totalidad de los pacientes estudiados se corresponden con el sexo masculino. Coincidentemente la gravedad de las hemorragias diagnosticadas en los pacientes, en su mayoría corresponde a Hemofilia A severa, en menor grado Hemofilia B severa y el Hemofilia A moderada. Es decir, los datos guardan relación a lo indicado por la Sociedad Argentina de Hematología (2019), en tanto la frecuencia de la hemofilia A es de aproximadamente 1 cada 5.000 a 10.000 nacimientos de varones y la de la hemofilia B es de 1 cada 30.000 a 50.000 nacimientos

de varones, considerándola una Enfermedad catastrófica o Poco Frecuente. De acuerdo estimaciones estadísticas la mas frecuente es la hemofilia A que representa entre el 80 y 85% de la población total con hemofilia.

Cabe aclarar que la importancia de señalar la gravedad de la enfermedad de hemofilia en dichos pacientes, radica en el tipo de factor de coagulación que debe suministrarse como tratamiento profiláctico, reemplazando el factor de coagulación que falta en la sangre señalado por Abresú (2017). Esto permite comprender el tratamiento médico que debieron realizar los pacientes según CFC requerido. En esta línea es importante destacar que la importancia de un tratamiento adecuado para los pacientes con hemofilia, debido a que las repetidas hemorragias sufridas generan un progresivo deterioro físico, expresándose en las articulaciones y músculos, una grave pérdida de función debida a la perdida de movilidad, atrofia muscular, dolor, deformidad articular y contracturas dentro de la primera o segunda década de vida expresado (Federación Mundial de Hemofilia, 2012).

Coincidiendo con lo señalado por Srivastava (2012) los concentrados de factor de coagulación (CFC) para el tratamiento de personas con hemofilia, son medicamentos indispensables y preservadores de la vida en esta población. Sin duda los medicamentos son bienes esenciales, especialmente en la población con enfermedades de baja prevalencia o poco frecuente como es esta enfermedad. Es por ello que su disponibilidad 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, 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 (Leroy et al., 2019).

Desde esta perspectiva descripta, surge la necesidad de analizar los procesos de adquisición implementados por el PFIS y la obra social IPSS, mediante la relación de las barreras de acceso de medicamentos: acceso espacial (disponibilidad y accesibilidad geográfica) a los CFC de los pacientes con diagnóstico de hemofilia.

El primer lugar, el análisis subyace en la barrera de disponibilidad de los CFC, partiendo de examinar los requisitos administrativos y de organización que imparten IPSS y PFIS para la adquisición de medicamento. Este permitirá comprender la correspondencia de la medicación prescrita para profilaxis del médico tratante en relación a las entregadas por las instituciones a los pacientes con hemofilia.

En este punto, los datos detectados mostraron que, la primera barrera que dificulta el acceso a la medicación se relaciona con el procedimiento para la renovación de documentaciones que deben realizar los pacientes, debido a que este es un requisito obligatorio de PFIS y de IPSS. Caso contrario, es decir que el paciente no renueve los documentos solicitados, este no recibe la medicación necesaria y no podrá dar continuidad a su tratamiento correspondiente. Cabe indicar que la tramitación implica: solicitud de estudios médicos, la realización de exámenes médicos, elaboración de recetas, llenado de formularios, entre otros, son de exigencia para la actualización y tiene una demora mínima de 7 a 30 días. Esto induce a pensar que la adquisición del medicamento se somete a cuestiones administrativas burocráticas, en el cual los tiempos que conlleva las actualizaciones de historias clínicas por parte de los pacientes, impacta de manera directa en la continuidad de su tratamiento.

Ante ello corresponde una valoración con respecto a las dificultades identificadas en la adquisición de los CFC en los beneficiarios referidos al acceso espacial, específicamente con respecto a la disponibilidad de los medicamentos. Coincidiendo con Penchansky y Thomas (1981), se ha detectado en primera instancia barreras administrativas condicionadas por la multiplicidad de requisitos y trámites administrativos que establecen los sistemas de atención de salud para acceder al uso de los servicios, en este caso para ambas instituciones en estudio PFIS e IPSS. Sin duda los tramites administrativos que deben realizar los afiliados

se desarrollan como barreras de acceso y limitaciones en la obtención de su medicación. En términos de Frenk (1985) se denominan obstáculos organizativos, originados por los modos de organización de los recursos de atención a la salud en ambas instituciones (Frenk, 1985).

De allí es posible reconocer los datos hallados que refieren a la medicación prescrita para profilaxis por médico tratante según factor y su relación con la cantidad de medicación entregada por el PFIS y la obra social IPSS haciendo factible determinar los niveles de efectividad en el cumplimiento de estos organismos. Para el caso de PFIS, las medicaciones prescritas para profilaxis por médico tratante han sido los CFC VIII y IX. Los niveles de cobertura en el factor VIII alcanzó un promedio de 92,80% y para el caso del factor IX, este fue del 66,67%. Esto indica que el nivel de cobertura de medicación prescrita vs. recibida alcanzó el 90,63% para el Programa Federal de Incluir Salud. Para el caso de IPSS la medicación prescrita por médico tratante fueron los CFC VII, VIII y IX. Los niveles de cobertura en el factor VII alcanzó un promedio de 91,67%, para el caso del factor VIII fue de 90,66% y el factor IX, este fue del 83,33%. Esto indica que el nivel de cobertura de medicación prescrita vs. recibida alcanzó el 90,32% para la obra social IPSS.

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 existencia 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. Desde este modelo, la disponibilidad se refiere a la cantidad de medicación que pueden acceder los beneficiarios, mientras que la accesibilidad se refiere a la facilidad con la que esto se encuentra disponibles para los beneficiarios. Combinando ambos factores, la

disponibilidad no asegura que los usuarios accedan a sus medicaciones, ya que también estará sujeto a la distancia que tenga que recorrer para llegar al lugar de entrega de la medicación (farmacia pública o privada).

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 división regional que caracteriza a la provincia (Puna, Pre-Puna, Valles Calchaquíes, Valles Centrales, Planicie Meridional y Chaqueña) se presenta como barreras geográficas expresadas por Penchansky 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 del programa residen en zonas más alejadas en comparativa a los de IPSS. En palabras de la OPS (2009) la distribución geográfica, se presenta como barrera cuando este 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. Desde estas perspectivas planteadas, es posible considerar que los beneficiarios de ambas instituciones presentan dificultades de acceso a los medicamentos para el tratamiento de hemofilia a causa de las características geográficas de la provincia, en este sentido, los pacientes de PFIS se enfatiza en mayor medida esta problemática.

Según Arnaudo (2017) la accesibilidad es un recurso imprescindible para las poblaciones de bajo recurso socioeconómico, donde los costos económicos de desplazamiento pueden derivar en la no atención (Arnaudo, 2017). Esta afirmación cobra sustento si se considera un dato no menor, vinculado a la heterogeneidad del perfil de

beneficiarios que acogen tanto el PFIS como IPSS. A primera vista, se detecta que los afiliados del PFIS se corresponde como población de bajos recursos socioeconómicos, en el cual se asume que el desplazamiento en busca de la medicación será más costoso en comparativa de los beneficiarios de la obra social, quienes se presentan con recursos económicos más estables. De acuerdo a ello, se detecta la presencia de barreras económicas en la población de PFIS (población que recibe prestación económica a causa de la necesidad o situación económica), ya que este se registra cuando los beneficiarios de un sistema presenta dificultades para acceder al mismo por incapacidad para costear el transporte hacia el centro de atención o simplemente por no poder sustentar los costos totales o parciales de su tratamiento. En palabras de Tobar (2002), en todo el mundo, la principal barrera económica a los cuidados de salud radica en el acceso a los medicamentos (Tobar, 2002).

Tal como ha sido indicado por la OPS (2019), la posibilidad de acceso a un medicamento es una de las manifestaciones más claras de la desigualdad e inequidad entre y dentro de las poblaciones de la región. Los aspectos económicos del acceso a los medicamentos involucran cuestiones de precios de los productos y su impacto en los presupuestos de los hogares y los sistemas de financiación existentes en los diferentes sistemas de salud.

Desde los datos hallados permite sostener que el sistema sanitario nacional se encuentra condicionado por ciertos determinantes sociales de la salud, es decir factores y mecanismos por los cuales las condiciones sociales en que la gente vive y trabaja se traducen en efectos sobre la salud (Hirmas Adauy, y otros, 2013).

En este sentido se pone en relevancia la necesidad de acceso y cobertura universal para la población estudiada, sin mediar ningún tipo de discriminación, acceso a servicios integrales, adecuados, oportunos, de calidad, así como medicamentos seguros, eficaces y asequibles que no lo exponga a dificultades económicas, en particular a los grupos que se encuentran en situación de vulnerabilidad expresado por Díaz Piñera, y otros (2020).

Sumado a ello, los datos han evidenciado el tipo de proceso de adquisición del concentrado de factor de coagulación de PFIS y de IPSS. Considerando que los procesos operativos en la adquisición de medicamentos, deben sostenerse de actividades que generen valor agregado, pretendiendo el impacto sobre la satisfacción de los usuarios

del sistema: Identificación de necesidades (estimación de cantidades de productos), Programación de Compras, Gestión de Compras, Logística (almacenamiento y distribución de productos) y Utilización y consumo, es posible expresar que los procesos de adquisición del CFC de cada organismo, se diferencian en primer lugar por los niveles de cobertura que ofrecen, tipificadas por la falta de integración y fuerte fragmentación que caracterizan al propio sistema de salud argentino (Belló & Becerril Montekio, 2011). En esta línea se puede identificar por un lado se encuentra el sector público (PFIS) y por otro lado el sector de seguro social obligatorio (IPSS) y cada uno administra sus propios procesos de adquisición de medicamentos.

En este punto Tobar, et al., (2006) señala que el sector público se expresa en una cobertura universal en el cual los sectores de recursos más bajo son sus usuarios centrales. La función del sector se caracteriza por brindar atención a sus usuarios mediante distintas actividades, entre ella y la que compete a este estudio, la entrega gratuita de medicamentos. En cuanto al sector del seguro social obligatorio, se organiza en torno a las Obras Sociales, que cubren a los trabajadores asalariados y sus familias según ramas de actividad. Además, cada provincia cuenta con una obra social que cubre a los empleados públicos de su jurisdicción (Tobar, et al., 2006).

Lo desarrollado permite la comprensión de los procesos de adquisición detectados en cada sistema. Para el caso de PFIS, su sistema de administración se caracteriza por la modalidad de licitación pública. No obstante, en casos excepcionales el programa acude a la modalidad de compras directas, para aquellos casos en que los medicamentos no pudieron ser adjudicados en las licitaciones. Los datos detectados en este estudio evidencian que el proceso de adquisición de CFC utilizado por el Programa Federal Incluir Salud de la Provincia de Salta, ha sido la licitación pública descrita en los periodos que analiza el presente estudio. Sin embargo, se presentaron casos excepcionales en el cual los pacientes hicieron eventos adversos a los concentrados de coagulación suministrados, requiriendo del sistema de compra directa de medicamento para tratamiento de la hemofilia de estos pacientes. 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.

En resumen, los periodos en análisis que comprende julio 2018 a junio 2019, se determinan por diferentes procesos de adquisición para CFC en la provincia de Salta; el utilizado por el IPSS mediante la adquisición por convenio y el implementado por primera vez en la Argentina, donde se incluyó al PFIS, una licitación pública, compra conjunta.

Ahora bien, el estudio también determinó 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.

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 prepaga que para los que no la tienen. El autor plantea de manera ilustrativa que un medicamento cuyo precio de catálogo o precio de venta al público ha sido fijado en 100 pesos puede costar 10 pesos si el Ministerio de Salud lo adquiere a través de una licitación pública de gran escala, mientras que un municipio o una clínica que haga una compra directa de menor escala lo pagará unos 30 pesos. Los afiliados a un seguro médico lo pagarían 60 pesos en una farmacia conveniada con su asegurador, y quien no cuenta con cobertura o decide adquirir el medicamento en una farmacia no conveniada o sin tener la receta establecida por dicho seguro, desembolsarían el costo total.

Sumado a ello, los resultados determinaron los consumos en unidades internacionales de medicamento (CFC) de PFIS y de IPSS en sus respectivos periodos, confirmando que

los gastos promedios por Unidades Internacionales recibidas por cada paciente son completamente inferiores en el PFIS en comparativa de la obra social IPSS. Sin duda estos datos hallados validan el sistema de compra utilizado por el PFIS.

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 mucho mejor precio que aquel lo realice por compra directa. Desde esta apreciación es posible señalar que, si el análisis se somete estrictamente a términos cuantitativos, 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.

Referencia Bibliográfica

- 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
- Amar, A., & Erbes, A. (2019). *Territorio y desarrollo en la Argentina. Las brechas estructurales de desarrollo en la provincia de Salta*. Santiago: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL),. Obtenido de https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/45024/1/S1901015_es.pdf
- Argentina.gob.ar. (2022). *Acceder al Programa Federal Incluir Salud*. Obtenido de <https://www.argentina.gob.ar/andis/acceder-al-programa-federal-incluir-salud#:~:text=Incluir%20Salud%20es%20un%20programa,red%20p%C3%BAblica%20de%20prestadores%20y>
- 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>
- Auditoria General de la Provincia de Salta. (2009). *Informe de Auditoría Definitivo*. Salta: Auditoria General de la Provincia de Salta. Obtenido de <https://www.agpsalta.gov.ar/informes/zips/242-1387-06.pdf>
- 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

Belló, M., & Becerril Montekio, V. (2011). Sistema de salud de Argentina. *Salud Pública en México*, 53(2), 96-108. Obtenido de [https://www.scielosp.org/article/spm/2011.v53suppl2/s96-s109/es/#:~:text=El%20sistema%20de%20salud%20de%20Argentina%20est%20compuesto%20por%20tres,Sociales\)%20y%20el%20sector%20privado.](https://www.scielosp.org/article/spm/2011.v53suppl2/s96-s109/es/#:~:text=El%20sistema%20de%20salud%20de%20Argentina%20est%20compuesto%20por%20tres,Sociales)%20y%20el%20sector%20privado.)

Bisang, R., Luzuriaga, J., & San Martín, M. (2017). *El Mercado de los Medicamentos en la Argentina*. Buenos Aires: Centro de Estudio para el Cambio Estructural. Obtenido de <http://fcece.org.ar/wp-content/uploads/informes/medicamentosargentina.pdf>

Casimiro Córdoba, V. (2019). *Patrimonio lingüístico y cultural de los Pueblos Originarios de Salta*. Salta. Obtenido de <http://www.icsoh.unsa.edu.ar/icsoh/wp-content/uploads/2019/06/manual-digital-casimiro-cordoba.pdf>

Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. (2020). *Información básica sobre la hemofilia*. Obtenido de <https://www.cdc.gov/ncbddd/spanish/hemophilia/facts.html>

Colina, J. (2008). *Propuestas para un sistema de cobertura de enfermedades catastróficas en Argentina*. Obtenido de <https://app.mapfre.com/ccm/content/documentos/fundacion/cs-seguro/libros/propuestas-para-un-sistema-de-cobertura-de-enfermedades-catastroficas-en-argentina-120.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>

Decreto 1023/2001. (2001). *Administración Pública Nacional. Contrataciones del Estado. Régimen*. Buenos Aires: Boletín Oficial. Obtenido de <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/verNorma.do?id=68396>

Decreto 1030/2006. (2006). *Régimen de Contrataciones de la Administración Nacional*. Buenos Aires: Boletín Oficial. Obtenido de

<http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/265000-269999/265506/norma.htm>

Decreto 1490/92. (B.O 27/8/1992). *Salud Pública - Declaración de Interés nacional a las acciones dirigidas a la prevención, resguardo y atención de la salud de la población – Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica. - Creación.* Buenos Aires: Ministerio de Salud. Obtenido de [http://www.anmat.gov.ar/fna/1490.asp#:~:text=M%C3%A9dica%20\(ANMAT\).](http://www.anmat.gov.ar/fna/1490.asp#:~:text=M%C3%A9dica%20(ANMAT).)

-
,La%20Administraci%C3%B3n%20Nacional%20de%20Medicamentos%2C%20Alimentos%20y%20Tecnolog%C3%ADa%20M%C3%A9dica%20(ANMAT,autorqu%C3%ADa%20econ%C3%B3mica%20y%20financiera%2C%20con

Decreto 1545/1994. (1994). *Administración Pública Nacional.* Buenos Aires: Boletín Oficial. Obtenido de <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/10000-14999/13029/norma.htm>

Díaz Piñera, A., Rodríguez Salvá, A., León Sánchez, M., Maldonado Cantillo, G., Fernández Gonzales, L., & Álvarez Mesa, N. (2020). Brechas en la atención de personas hipertensas en el Policlínico "Julio Antonio Mella", Guanabacoa, 2016-2017. *Revista Cubana de Salud Pública*, 46(4). Obtenido de <http://www.revsaludpublica.sld.cu/index.php/spu/article/view/2350/1693>

E, S. (2016). Improving access: modifying Penchansky. *Journal of Health Service Research.*

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. Obtenido de <https://www1.wfh.org/publications/files/pdf-1717.pdf>

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=1ITfCRmc8CxksCUKoMQOpghLyLQurux99y4ANrKvRRE-1650732589-0-gaNycGzNCKU

Fundación de la Hemofilia Argentina. (2021). Obtenido de https://www.hemofilia.org.ar/tratamiento_hemofilia

Fundación de la Hemofilia. (s.f). *Historia de la Fundación.* Obtenido de https://www.hemofilia.org.ar/historia_de_la_fundaci%C3%B3n

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. Obtenido de <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/9196/a09v33n3.pdf;sequence=1>

Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. (2010). *Censo 2010.* Obtenido de <https://www.indec.gob.ar/indec/web/Nivel4-Tema-2-41-135>

Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. (2021). *Incidencia de la Pobreza y la Indigencia en 31 aglomerados urbanos.* Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Obtenido de https://www.indec.gob.ar/uploads/informesdeprensa/eph_pobreza_03_22F5E124A94B.pdf

Instituto Provincial de Salud de Salta . (2022). Obtenido de <https://www.ipssalta.gov.ar/>

Junta Andalucía. (2002). *Gestión por Procesos.* Consejería de Salud. Junta Andalucía. Obtenido de http://www.medynet.com/usuarios/jraguilar/gestion_procesos.pdf

Kairos web. (2021). Obtenido de <https://ar.kairosweb.com/principio-activo/?droga=2850>

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. Obtenido de <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1544319119303425>
- Ley 26.689. (2011). *Cuidado integral de la salud de las personas con Enfermedades Poco Frecuentes*. Buenos Aires: B.O. Obtenido de <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/185000-189999/185077/norma.htm>
- Ley N° 7127. (2001). *Creación del Instituto Provincial de Salud de Salta (I.P.S.)*. Salta: B.O Senado y Cámara de Diputados de la Provincia de Salta. Obtenido de http://www.saij.gob.ar/legislacion/ley-salta-7127-creacion_instituto_provincial_salud.htm
- Magne Iquise, M. (2006). *Procedimientos Administrativos del Suministro de Medicamentos en la farmacia de la Caja de Salud de Caminos y R. A. Regional Oruro*. Bolivia: Universidad Mayor de San Andrés. Obtenido de <https://repositorio.umsa.bo/xmlui/bitstream/handle/123456789/20787/TM-1320.pdf?sequence=1>
- Marín, G., & Polach, M. (2011). Scielo. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 30(2), 167-176. Obtenido de <https://www.scielosp.org/article/rpsp/2011.v30n2/167-176/es/>
- Martich, E. (2014). Política y ley de Productos Farmacéuticos. Obtenido de https://www.academia.edu/36598469/Herramientas_Econ%C3%B3micas_para_Asegurar_el_Acceso_a_los_Medicamentos_en_Am%C3%A9rica_Latina?from=cover_page
- Martín, G. (2011). Medicamentos de alto costo: análisis para los países del Mercosur. *Revista Panamericana Salud PÚBLICA*, 30(2), 167-76. Obtenido de <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/9467/v30n2a09.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Martinez Moreno, E. (2016). Las compras consolidadas de medicamentos: ¿Una política pública de salud eficiente? *Revista Legislativa de Estudios Sociales y de Opinión Pública*, 9(18), 47-103. Obtenido de <https://biblat.unam.mx/hevila/Revistalegislativadeestudiossocialesydeopinionpublica/2016/vol19/no18/2.pdf>

Ministerio de Salud. (s.f). *Manual de Operatoria de Medicamentos e Insumos. Medicamentos Esenciales.* Ministerio de Salud. Presidencia de la Nación. Obtenido de <https://bancos.salud.gov.ar/sites/default/files/2020-06/manual-de-operatoria-de-medicamentos-e-insumos.pdf>

Ministerio de Turismo de la Provincia de Salta. (s.f). *Información sobre la Geografía de Salta.* Salta: Ministerio de Turismo de la Provincia de Salta.

Neme, D. (2021). *Fundación de la hemofilia Argentina.* Obtenido de <https://www.hemofilia.org.ar/gu%C3%ADa-para-el-manejo-de-la-hemofilia-cong%C3%A9nita>

O'Hara, J. (2017). The cost of severe haemophilia in Europe: the CHES study. *Orphaned Journal of Rare Diseases*, 12. Obtenido de <https://ojrd.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s13023-017-0660-y>

O'Mahony, B. (2015). *World Federation of Hemophilia.* Obtenido de whf: <http://www1.wfh.org/publications/files/pdf-1295.pdf>

OPS. (2009). *Organización Panamericana de la Salud.* Obtenido de boletinoficial.gob.ar: <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>

Orellana, S. (2018). Obtenido de http://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/12986/Orellana_YSDG.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Organización Panamericana de la Salud. (2006). *Guía Práctica para la Planificación de la Gestión del Suministro de Insumos Estratégicos.* Washington: Organización Panamericana de la Salud. Obtenido de <https://www.paho.org/es/file/24105/download?token=IR-fDwzM>

Osorio, E. (s.f). *Procesos Generales del Servicio Farmacéutico. Adquisición de Medicamentos y Dispositivos Médicos.* Corporación Cendi. Obtenido de

- <http://www.cendi.edu.co/DOCS/materialDeApoyo/TecnicoLaboralAuxiliarServiciosFarmaceuticos/ADQUISICION%20DOC..pdf>
- PAMI. (2018). *PAMI.org.ar*. Obtenido de Hemofilia: compra conjunta de factor VIII: <https://www.pami.org.ar/novedades/novedad/895>
- Peña Piñán, T. (2017). *Relación de la gestión de medicamentos e insumos con el abastecimiento a los establecimientos sanitarios de la red de salud San Martín, 2017*. Tarapoto-Peru: Universidad César Vallejo.
- Pharmabiz.net. (2018). Obtenido de <https://www.pharmabiz.net/licitacion-hemofiliaganadores-y-mas/>
- Pimienta, C. (2002). *Scielo*. Obtenido de <https://www.scielo.br/pdf/raeel/v1n1/v1n1a13.pdf>
- Poder Ejecutivo Nacional. (2019). *Investigación de Mercado sobre las Condiciones de Competencia en el Mercado de Medicamentos*. Buenos Aires: Poder Ejecutivo Nacional. Obtenido de <https://docplayer.es/175772763-Republica-argentina-poder-ejecutivo-nacional-ano-de-la-exportacion-disposicion-firma-conjunta.html>
- Poder Ejecutivo Nacional. (2019). *Investigación de Mercado Sobre las Condiciones de Competencia en el Mercado de Medicamentos*. Buenos Aires: Poder Ejecutivo Nacional. República Argentina. Obtenido de https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/im._4_-_medicamentos_-_disposicion_y_anexo.pdf
- Posgrado en Salud Social y Comunitaria. (2010). *Políticas Públicas-Módulo 5*. Argentina.
- Programa Sala de Situación. (2017). *Análisis de Situación de Salud (ASIS)*. Salta: Ministerio de Salud Pública. Gobierno de la Provincia de Salta. Obtenido de http://saladesituacion.salta.gov.ar/php/documentos/sala/asis_finales/documentos/asis_final_2017.pdf
- Ramírez 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+Cer%C3%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. Obtenido de <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/80000-84999/84758/norma.htm>
- Rover, M. (2016). *Gaceta Sanitaria*. Obtenido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26850831>
- Sabino, C. (1996). El Proceso de Investigación. Obtenido de http://paginas.ufm.edu/sabino/word/proceso_investigacion.pdf
- Salazar Araujo, J. (2014). La gestión de abastecimiento de medicamentos en el sector público peruano: Nuevos modelos de gestión. *Sinerg. innov.*, 2(1), 161-228. Obtenido de <https://revistas.upc.edu.pe/index.php/sinergia/article/view/219>
- Salta, F. d. (2018-2019). *Historias Clínicas*. Salta.
- Saurman, E. (2016). Improving access: modifying Penchansky and Thomas's Theory of Access. *Journal of Health Services Research & Policy*, 21(1), 36-39. Obtenido de https://www.researchgate.net/publication/281810305_Improving_access_modifying_Penchansky_and_Thomas's_Theory_of_Access
- 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>
- Srivastrava, A. (2012). *World Federation of Hemophilia*. Obtenido de www.wfh.org: <http://www1.wfh.org/publications/files/pdf-1513.pdf>
- Superintendencia de Servicios de Salud. (2011). *Manual de Obras Sociales del Beneficiario*. Buenos Aires: Ministerio de Salud. Presidencia de la Nación. Superintendencia de Servicios de Salud. Obtenido de https://www.sssalud.gob.ar/novedades/archivosGSB/documentos/manual_beneficiario.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. (2012). *Boletín Fármacos*. Obtenido de <http://www.saludyfarmacos.org/lang/en/boletin-farmacos/boletines/may2012/en-busca-de-un-remedio-para-los-medicamentos-de-alto-costo-en-argentina/>
- Tobar, F. (2014). *Fundación CIPPEC*. Obtenido de <https://www.cippec.org/wp-content/uploads/2017/03/1283.pdf>
- 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. Obtenido de https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/56526320/Tobar_2016.Avances_en_el_acceso_a_medicamentos_en_Argentina-with-cover-page.pdf?Expires=1621791296
- Tobar, F., Montiel, L., Falbo, R., & Drake, I. (2006). *La Red Pública de Atención Primaria de la Salud Argentina*. Buenos Aires: Diagnósticos y Desafíos. Obtenido de https://periferiaactiva.files.wordpress.com/2014/09/la_red_publica.pdf
- WHO. (2006). Obtenido de <https://www.who.int/medicines/publications/WHOTCM2006.2A.pdf>
- World Health Organization. (2008). Obtenido de Organización Mundial de la Salud: https://www.who.int/publications/list/measuring_medicine_prices.pdf?ua=1
- World Health Organization. (2018). Obtenido de Organización Mundial de la Salud: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260420/WHO-NMH-NVI-18.3-eng.pdf?sequence=1>

ANEXO

Anexo I. Población total Provincia de Salta por Sexo y Departamento. Año 2010.

Departamento	Población	Superficie	Densidad	
	(Habitantes)	(Km2)	(Hab/Km2)2001	(Hab/Km2)2010
Total	1.214.441	155.488	6,9	7,8
Anta	57.411	21.945	2,3	2,6
Cachi	7.315	2.925	2,5	2,5
Cafayate	14.850	1.570	7,5	9,5
Capital	536.113	1.722	274,8	311,3
Cerrillos	35.789	640	41,1	55,9
Chicoana	20.710	910	20,1	22,8
General Güemes	47.226	2.365	17,9	20,0
General San Martín	156.910	16.257	8,6	9,7
Guachipas	3.187	2.785	1,2	1,1
Iruya	5.987	3.515	1,8	1,7
La Caldera	7.763	867	6,6	9,0
La Candelaria	5.704	1.525	3,5	3,7
La Poma	1.738	4.447	0,4	0,4
La Viña	7.435	2.152	3,3	3,5
Los Andes	6.050	25.636	0,2	0,2
Metán	40.351	5.235	7,4	7,7
Molinos	5.652	3.600	1,5	1,6
Orán	138.838	11.892	10,4	11,7
Rivadavia	30.357	25.951	1,1	1,2
Rosario de la Frontera	28.993	5.402	5,2	5,4
Rosario de Lerma	38.702	5.110	6,6	7,6
San Carlos	7.016	5.125	1,4	1,4
Santa Victoria	10.344	3.912	2,8	2,6

Fuente: INDEC. Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010.

Anexo II. Requisitos Administrativos Incluir Salud. Historia Clínica

								FECHA DE LA INSCRIPCIÓN DIA _____ MES _____ AÑO _____	
INCLUIR SALUD. FORMULARIO PARA PRESCRIPCIÓN DE FACTORES ANTIHEMOFÍLICOS						Nº 00000645			
NOMBRE				UGP					
APELLIDO				DOMICILIO					
DNI				TELEFONO					
BENEFICIO									
TIPO HEMOFILIA									
GRADO				DOSAJE F VIII					
INHEIDOR		SI/NO		DOSAJE					
FECHA DX									
TIPO DE TTO		PROFILAXIS/DEMANDA							
		EVENTO INTRA PROFILAXIS				AGUDO PROGRAMADO			
TRATAMIENTO INDICADO		PLASMÁTICO/RECOMBINANTE		JUSTIFICACIÓN (para recombinantes se excluye bioseguridad o portación de INHEIDOR)					
PESO DEL PACIENTE									
DOSIS/KG									
FRECUENCIA DE APLICACIÓN									
RESUMEN CLÍNICO ACTUALIZADO									
FIRMA			SELLO						
* FORMULARIOS ENVIADOS SIN FECHA, CON LETRA O SELLO ACLARATORIO ILEGIBLE, TACHADURAS/ENMIENDAS NO SALVADAS Y ANTIGÜEDAD MAYOR A 90 DÍAS SERÁN RECHAZADOS									
ORIGINAL BLANCO - DUPLICADO COLOR - Julio 2018 - 0001 al 1000									

Anexo III. Requisitos Administrativos IPSS. Historia Clínica

HISTORIA CLÍNICA (Evolución)

Apellido: Nombres: Afil. N°

Médico Tratante:

Lesión: (N° OMS o abrev.): Etapa Clínica: T: N° M:

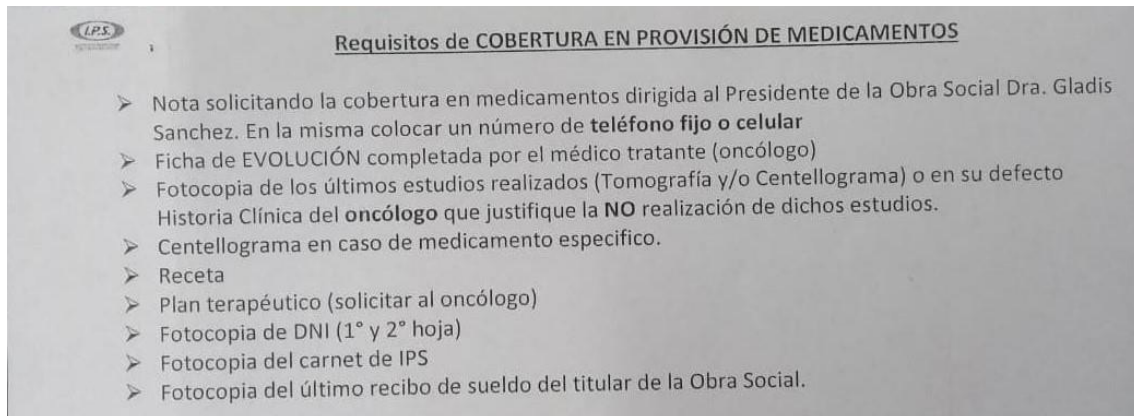
Estado Clínico General Estado de Actividad: en %


Plan de trat.: (Si fuera el mismo presentado en H.C. anterior colocar idem, si hubiera cambios colocar el nuevo plan y en observaciones colocar los motivos que llevaron al cambio).

Observaciones:

Estudios desde la última presentac. de H.C. hasta la fecha:		
FECHA	TIPO DE ESTUDIO	RESULTADO

Anexo IV. Requisitos Administrativos IPSS.



 **Requisitos de COBERTURA EN PROVISIÓN DE MEDICAMENTOS**

- Nota solicitando la cobertura en medicamentos dirigida al Presidente de la Obra Social Dra. Gladis Sanchez. En la misma colocar un número de **teléfono fijo o celular**
- Ficha de EVOLUCIÓN completada por el médico tratante (oncólogo)
- Fotocopia de los últimos estudios realizados (Tomografía y/o Centellograma) o en su defecto Historia Clínica del **oncólogo** que justifique la **NO** realización de dichos estudios.
- Centellograma en caso de medicamento específico.
- Receta
- Plan terapéutico (solicitar al oncólogo)
- Fotocopia de DNI (1° y 2° hoja)
- Fotocopia del carnet de IPS
- Fotocopia del último recibo de sueldo del titular de la Obra Social.

Anexo V. Decisión Administrativa 866/2018

MINISTERIO DE SALUD

Decisión Administrativa 866/2018

Apruébese y adjudicase Licitación Pública 80-0004-LPU18.

Ciudad de Buenos Aires, 04/05/2018

VISTO el Expediente N° EX-2018-04630637-APN-DCYC#MS,

y CONSIDERANDO:

Que mediante la Resolución N° 261 de fecha 31 de enero de 2018 del MINISTERIO DE SALUD se autorizó la convocatoria de la Licitación Pública 80-0004-LPU18 llevada a cabo para la adquisición de Factor VIII para el tratamiento de la Hemofilia tipo A, en el marco del Convenio Específico suscripto con fecha 28 de diciembre de

2017 entre el MINISTERIO DE SALUD, la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD, el INSTITUTO

NACIONAL DE SERVICIOS SOCIALES PARA JUBILADOS Y PENSIONADOS y el INSTITUTO DE OBRA MEDICO ASISTENCIAL de la Provincia de BUENOS AIRES y se aprobó el Pliego de Bases y Condiciones Particulares, que como Anexo forma parte integrante de la citada resolución.

Que con fecha 9 de marzo de 2018 se procedió a la apertura de las SIETE (7) ofertas presentadas en la referida

Licitación Pública, pertenecientes a las firmas BAYER S.A., SHIRE HUMAN GENETIC THERAPIES S.A.,

LABORATORIO VARIFARMA S.A., CSL BEHRING S.A., PFIZER S.R.L., BIOFACTOR S.A. y ROFINA S.A.I.C.F.

Que analizadas las ofertas y obtenidos los informes pertinentes, la COMISION EVALUADORA designada para la presente compra consolidada mediante las Resoluciones Nros. 251 y 262 del MINISTERIO DE SALUD de fechas 30 y 31 de enero de 2018, respectivamente, emitió el Dictamen de Evaluación de fecha 26 de marzo de 2018 recomendando la adjudicación de las ofertas válidas de menor precio pertenecientes a las firmas PFIZER S.R.L. para los renglones 1 y 2 y CSL BEHRING S.A. para los renglones 3 y 4.

Que, asimismo, en el mencionado Dictamen de Evaluación se recomienda desestimar la oferta de la firma BAYER

S.A. por no haber presentado en soporte papel la garantía de mantenimiento de oferta según lo informado por la

UNIDAD OPERATIVA DE CONTRATACIONES de la DIRECCION DE COMPRAS Y CONTRATACIONES de la DIRECCIÓN GENERAL DE ADMINISTRACIÓN del MINISTERIO DE SALUD, mediante Informe de fecha 14 de marzo de 2018; la oferta de la firma SHIRE HUMAN GENETIC THERAPIES S.A. por haber incurrido en una de las causales de desestimación no subsanable, según lo dictaminado por la DIRECCION GENERAL DE ASUNTOS JURIDICOS del MINISTERIO DE SALUD, mediante su Dictamen Jurídico de fecha 23 de marzo de 2018 y la oferta de la firma BIOFACTOR S.A. por no ajustarse técnicamente a lo solicitado en el Pliego de Bases y Condiciones Particulares, conforme lo informado por la DIRECCION DE SANGRE Y HEMODERIVADOS del MINISTERIO DE SALUD mediante Nota de fecha 23 de marzo de 2018.

Que la firma SHIRE HUMAN GENETIC THERAPIES S.A. ha impugnado el citado Dictamen de Evaluación en tiempo y forma, acompañando la garantía de impugnación y solicitando que su oferta sea evaluada e integre el grupo de ofertas recomendadas.

Que la DIRECCIÓN DE ASUNTOS LEGALES de la DIRECCIÓN GENERAL DE ASUNTOS JURÍDICOS del

MINISTERIO DE SALUD mediante Dictamen Jurídico de fecha 4 de abril de 2018 ratificó en todos sus términos lo manifestado por la citada Dirección General en su Dictamen Jurídico de fecha 23 de marzo de 2018, considerando desestimar la impugnación interpuesta por la firma SHIRE HUMAN GENETIC THERAPIES S.A. contra el citado Dictamen de Evaluación.

Que por lo expuesto corresponde proceder a la adjudicación de acuerdo a lo aconsejado en el Dictamen de Evaluación de fecha 26 de marzo de 2018 del MINISTERIO DE SALUD.

Que la DIRECCIÓN GENERAL DE ASUNTOS JURÍDICOS del MINISTERIO DE SALUD ha tomado la intervención de su competencia.

Que la presente medida se dicta en virtud de las atribuciones conferidas por el artículo 100 incisos 1 y 2 de la

CONSTITUCIÓN NACIONAL, el artículo 35, inciso b) y su Anexo del Reglamento a la Ley de Administración

Financiera y de los Sistemas de Control del Sector Público Nacional N° 24.156 y sus modificatorios, aprobado por el

Decreto N° 1344/07 y sus modificatorios y complementarios y por el artículo 9°, incisos d) y e) y su Anexo del Reglamento del Régimen de Contrataciones de la Administración Nacional aprobado por el Decreto N° 1030/16 y sus complementarias.

Por ello,

EL JEFE DE GABINETE DE

MINISTROS DECIDE:

ARTÍCULO 1º.- Apruébese la Licitación Pública 80-0004-LPU18 llevada a cabo para la adquisición de Factor VIII para el tratamiento de la Hemofilia tipo A.

ARTÍCULO 2º.- Adjudicase la Licitación Pública 80-0004-LPU18 a favor de las firmas, por las cantidades y sumas, que a continuación se detallan:

PFIZER S.R.L. (CUIT N° 30-50351851-8)

Renglón 1 por un total de 2.639.500 unidades y renglón 2 por un total de 26.251.000

unidades..... \$ 199.055.545

CSL BEHRING S.A. (CUIT N° 33-70766808-9)

Renglón 3 por un total de 3.562.000 unidades y renglón 4 por un total de 42.684.000

unidades.....\$ 113.113.091,40

TOTAL.....\$312.168.636,40

ARTÍCULO 3º.- La suma de PESOS TRESCIENTOS DOCE MILLONES CIENTO SESENTA Y OCHO MIL

SEISCIENTOS TREINTA Y SEIS CON CUARENTA CENTAVOS (\$ 312.168.636,40) se imputará de acuerdo al siguiente detalle: con cargo a la Jurisdicción 80, Servicio Administrativo Financiero 310, Programa 83, Subprograma

1, Actividad 1, IPP 252, Fuente de Financiamiento 14- Transferencias Internas, la suma de PESOS SESENTA Y

SEIS MILLONES TRESCIENTOS NOVENTA Y NUEVE MIL CIENTO CUATRO CON NOVENTA Y CINCO

CENTAVOS (\$ 66.399.104,95); con cargo a la Jurisdicción 80, Servicio Administrativo Financiero 310, Programa

83, Subprograma 2, Actividad 1, IPP 252, Fuente de Financiamiento 14- Transferencias Internas, la suma de

PESOS CUARENTA Y SEIS MILLONES QUINIENTOS CUARENTA Y SIETE MIL NOVECIENTOS SETENTA Y

UNO CON TREINTA Y CINCO CENTAVOS (\$ 46.547.971,35); con cargo a la Jurisdicción 80, Servicio

Administrativo Financiero 310, Programa 36, Actividad 5, IPP 252, Fuente de Financiamiento 11 – Tesoro Nacional, la suma de PESOS CINCUENTA Y DOS MILLONES DOSCIENTOS SESENTA Y OCHO MIL QUINIENTOS

CUARENTA Y OCHO CON SETENTA CENTAVOS (\$ 52.268.548,70) y con cargo a la Jurisdicción 80, Servicio Administrativo Financiero 914, Programa 63, Actividad 2, IPP 252, Fuente de Financiamiento 12- Recursos Propios, la suma de PESOS CIENTO CUARENTA Y SEIS MILLONES NOVECIENTOS CINCUENTA Y TRES MIL ONCE CON CUARENTA CENTAVOS (\$ 146.953.011,40).

ARTÍCULO 4°. - Desestímense las ofertas de las firmas BAYER S.A. SHIRE HUMAN GENETIC THERAPIES S.A. y BIOFACTOR S.A. por las causales expuestas en el Dictamen de Evaluación emitido con fecha 26 de marzo de 2018.

ARTÍCULO 5°. - Rechazase la impugnación interpuesta por la firma SHIRE HUMAN GENETIC THERAPIES S.A. contra el Dictamen de Evaluación de fecha 26 de marzo de 2018, conforme lo expuesto en los Considerandos de la presente medida.

ARTÍCULO 6°. - Autorízase la ampliación, disminución, resolución, rescisión, declaración de caducidad y aplicación de penalidades respecto de las contrataciones que por el presente acto se aprueban, quedando a cargo de las instancias del MINISTERIO DE SALUD que correspondan dictar los actos complementarios que permitan su instrumentación.

ARTÍCULO 7°. - Autorízase a la DIRECCIÓN GENERAL DE ADMINISTRACIÓN y/o a la DIRECCIÓN DE COMPRAS Y CONTRATACIONES, ambas del MINISTERIO DE SALUD, en forma indistinta, a suscribir las pertinentes Órdenes de Compra.

ARTÍCULO 8°. - Comuníquese, publíquese, dése a la DIRECCIÓN NACIONAL DEL REGISTRO OFICIAL y archívese. — Marcos Peña. — Adolfo Luis Rubinstein.

e. 07/05/2018 N° 30878/18 v. 07/05/2018

Fecha de publicación 07/05/2018

Anexo VI. Resultados en Tablas

Tabla N°1. Recuento de pacientes con hemofilia según cobertura.

Institución	Recuento ID Paciente
IPSS	18
PFIS	24

Tabla N°2. Recuento de pacientes con hemofilia según sexo.

Sexo	Recuento ID Paciente
Masculino	100
Femenino	0

Tabla N°3. Recuento de pacientes según Diagnóstico.

Diagnóstico	Recuento ID Paciente
HAS	37
HBS	4
HAM	1

Tabla N°4. Recuento total de pacientes con hemofilia según rango etario

Rango de Edad	Recuento ID Paciente
0 a 10	9
10 a 20	18
20 a 30	5
30 a 40	5
40 a 50	4
Mayor a 50	1

Tabla N°5. Recuento de pacientes con hemofilia de PFIS según rango etario

Rango de Edad	Recuento ID Paciente
0 a 10	5
10 a 20	14
20 a 30	2
30 a 40	3
40 a 50	0
Mayor a 50	0

Tabla N°6. Recuento de pacientes con hemofilia de IPSS según rango etario

Rango de Edad	Recuento ID Paciente
0 a 10	4
10 a 20	4
20 a 30	3
30 a 40	2
40 a 50	4

Mayor a 50	1
------------	---

Tabla N°7. Recuento de pacientes con hemofilia según CFC de PFIS.

CFC	Recuento ID Paciente
VIII	22
IX	2

Tabla N°8. Recuento de pacientes con hemofilia según CFC de IPSS.

CFC	Recuento ID Paciente
VII	16
VIII	1
IX	1

Tabla N°9. Total de Medicación Prescrita VS Recibidas del CFC (VIII y IX) en PFIS

Año, Mes	Promedio PvsR
2018, Julio	100,00%
2018, Agosto	95,83%
2018, Septiembre	91,67%
2018, Octubre	91,67%
2018, Noviembre	87,50%
2018, Diciembre	95,83%
2019, Enero	83,33%
2019, Febrero	79,17%
2019, Marzo	87,50%
2019, Abril	87,50%
2019, Mayo	89,58%
2019, Junio	97,92%

Tabla N°10. Medicación Prescrita VS Recibidas del Factor VIII de PFIS

Año, Mes	Promedio PvsR
2018, Julio	100,00%
2018, Agosto	95,45%
2018, Septiembre	90,91%
2018, Octubre	90,91%
2018, Noviembre	86,36%
2018, Diciembre	95,45%
2019, Enero	81,82%
2019, Febrero	86,36%
2019, Marzo	95,45%
2019, Abril	95,45%
2019, Mayo	97,73%

2019, Junio	97,73%
-------------	--------

Tabla N°11. Medicación Prescrita VS Recibidas del Factor IX de PFIS

Año, Mes	Promedio PvsR
2018, Julio	100,00%
2018, Agosto	100,00%
2018, Septiembre	100,00%
2018, Octubre	100,00%
2018, Noviembre	100,00%
2018, Diciembre	100,00%
2019, Enero	100,00%
2019, Febrero	0%
2019, Marzo	0%
2019, Abril	0%
2019, Mayo	0%
2019, Junio	100,00%

Tabla N°12. Total de Medicación Prescrita VS Recibidas del CFC (VII, VIII y IX) en IPSS

Año, Mes	Promedio PvsR
2018, Julio	94,44%
2018, Agosto	94,74%
2018, Septiembre	88,89%
2018, Octubre	88,89%
2018, Noviembre	83,33%
2018, Diciembre	94,44%
2019, Enero	77,78%
2019, Febrero	94,44%
2019, Marzo	83,33%
2019, Abril	88,89%
2019, Mayo	94,44%
2019, Junio	100,00%

Tabla N°13. Total de Medicación Prescrita VS Recibidas del CFC VII en IPSS

Año, Mes	Promedio PvsR
2018, Julio	100,00%
2018, Agosto	100,00%
2018, Septiembre	100,00%
2018, Octubre	100,00%
2018, Noviembre	100,00%
2018, Diciembre	100,00%
2019, Enero	0%
2019, Febrero	100,00%
2019, Marzo	100,00%
2019, Abril	100,00%
2019, Mayo	100,00%
2019, Junio	100,00%

Tabla N°14. Total de Medicación Prescrita VS Recibidas del CFC VIII en IPSS

Año, Mes	Promedio PvsR
2018, Julio	93,75%
2018, Agosto	94,12%
2018, Septiembre	87,50%
2018, Octubre	93,75%
2018, Noviembre	81,25%
2018, Diciembre	93,75%
2019, Enero	81,25%
2019, Febrero	93,75%
2019, Marzo	87,50%
2019, Abril	87,50%
2019, Mayo	93,75%
2019, Junio	100,00%

Tabla N°15. Total de Medicación Prescrita VS Recibidas del CFC IX en IPSS

Año, Mes	Promedio PvsR
2018, Julio	100,00%
2018, Agosto	100,00%
2018, Septiembre	100,00%
2018, Octubre	50,00%
2018, Noviembre	100,00%
2018, Diciembre	100,00%
2019, Enero	50,00%
2019, Febrero	100,00%
2019, Marzo	50,00%
2019, Abril	100,00%

2019, Mayo	100,00%
2019, Junio	100,00%

Tabla N°16. Frecuencia de pacientes según distancia al lugar de entrega de la medicación en horas del PFIS

Rango de Hs	Recuento ID Paciente
0 a 2	12
2 a 4	2
4 a 6	3
Más a 6	7

Tabla N°17. Localidades de pacientes y distancia promedio al lugar de entrega de la medicación en horas del PFIS.

Localidades	Horas
Salvador Mazza	7.45
Paraje Tobatirenda-Aguaray	7.17
Tartagal	6.2
Oran	5.45
El Quebrachal	3.35
Molinos-Paraje Humanao	4.3
General Güemes	1.45
Vaqueros	1.05
Salta Capital	0.55
Atocha-San Lorenzo	0.49
Salvador Mazza	7.45
Paraje Tobatirenda-Aguaray	7.17

Tabla N°18. Frecuencia de pacientes según distancia al lugar de entrega de la medicación en Kilómetros del PFIS

Rango de Km	Recuento ID Paciente
0 a 100	12
100 a 200	2
200 a 300	3
300 a 400	1
Más de 400	6

Tabla N°19. Localidades de pacientes y distancia promedio al lugar de entrega de la medicación en kilómetros del PFIS.

Localidades	Horas
Salvador Mazza	431.8
Paraje Tobatirenda-Aguaray	420
Tartagal	378
Oran	298.9

El Quebrachal	248
Molinos-Paraje Humanao	197
General Güemes	58
Vaqueros	44.5
Atocha-San Lorenzo	16
Salta Capital	9.8
Salvador Mazza	431.8
Paraje Tobatirenda-Aguaray	420

Tabla N°20. Frecuencia de pacientes según distancia al lugar de entrega de la medicación en horas del IPSS

Rango de Hs	Recuento ID Paciente
0 a 2	11
2 a 4	5
Más a 6	2

Tabla N°21. Localidades de pacientes y distancia promedio al lugar de entrega de la medicación en horas del IPSS.

Localidades	Horas
Tartagal	3.78
Apolinario Saravia	2.5
Rosario de la Frontera	1.81
Metán	1.43
El Carril	0.41
San Lorenzo	0.38
Salta Capital	0.36

Tabla N°22. Frecuencia de pacientes según distancia al lugar de entrega de la medicación en Kilómetros del IPSS.

Rango de Km	Recuento ID Paciente
0 a 100	12
100 a 200	3
200 a 300	2
300 a 400	1

Tabla N°23. Localidades de pacientes y distancia promedio al lugar de entrega de la medicación en kilómetros del PFIS.

Localidades	Horas
Tartagal	378

Apolinario Saravia	250.3
Rosario de la Frontera	180.9
Metán	143.4
El Carril	44.6
San Lorenzo	11
Salta Capital	7.25

Tabla N°24. Gastos Mensuales del Total de Medicación (CFC) entregadas de PFIS.

Año, Mes	Promedio PvsR
2018, Julio	\$1.957.631
2018, Agosto	\$2.043.329
2018, Septiembre	\$2.013.978
2018, Octubre	\$2.013.978
2018, Noviembre	\$2.298.990
2018, Diciembre	\$2.414.089
2019, Enero	\$1.396.382
2019, Febrero	\$660.393
2019, Marzo	\$777.796
2019, Abril	\$1.767.223
2019, Mayo	\$1.811.249
2019, Junio	\$1.811.249
Total	\$20.966.287

Tabla N°25. Gastos Mensuales de Factor VIII entregadas por PFIS.

Año, Mes	Promedio PvsR
2018, Julio	\$807.147
2018, Agosto	\$777.796
2018, Septiembre	\$748.445
2018, Octubre	\$748.445
2018, Noviembre	\$704.419
2018, Diciembre	\$1.767.223
2019, Enero	\$631.042
2019, Febrero	\$660.393
2019, Marzo	\$777.796
2019, Abril	\$1.767.223
2019, Mayo	\$1.811.249
2019, Junio	\$1.811.249
Total	\$13.012.427

Tabla N°26. Gastos Mensuales de Factor IX entregadas por PFIS.

Año, Mes	Promedio PvsR
2018, Julio	\$1.150.484,16
2018, Agosto	\$1.265.532,57
2018, Septiembre	\$1.265.532,57
2018, Octubre	\$1.265.532,57
2018, Noviembre	\$1.594.571,04
2018, Diciembre	\$646.866,2
2019, Enero	\$765.340
2019, Febrero	\$0
2019, Marzo	\$0
2019, Abril	\$0
2019, Mayo	\$0
2019, Junio	\$2.296.182,30
Total	\$9.561.235,41

Tabla N°27. Gastos Mensuales del Total de Medicación (CFC) entregadas por IPSS.

Año, Mes	Promedio PvsR
2018, Julio	\$17.182.02,32
2018, Agosto	\$19.651.575,39
2018, Septiembre	\$20.744.358,47
2018, Octubre	\$19.917.991,11
2018, Noviembre	\$22.639.941,04
2018, Diciembre	\$26.229.514,44
2019, Enero	\$20.457.665,16
2019, Febrero	\$27.303.658,56
2019, Marzo	\$21.899.492,28
2019, Abril	\$30.893.819,64
2019, Mayo	\$34.508.591,37
2019, Junio	\$35.778.886,96
Total	\$281.743.696,74

Tabla N°28. Gastos Mensuales de Factor VII entregadas por IPSS.

Año, Mes	Promedio PvsR
2018, Julio	\$1.825.477
2018, Agosto	\$1.825.477
2018, Septiembre	\$1.825.477
2018, Octubre	\$1.825.477
2018, Noviembre	\$1.825.477
2018, Diciembre	\$1.825.477
2019, Enero	\$0

2019, Febrero	\$1.825.477
2019, Marzo	\$1.825.477
2019, Abril	\$2.951.794
2019, Mayo	\$2.951.794
2019, Junio	\$2.951.794
Total	\$23.459.198

Tabla N°29. Gastos Mensuales de Factor VIII entregadas por IPSS.

Año, Mes	Promedio PvsR
2018, Julio	\$13.630.817,88
2018, Agosto	\$15.927.799,32
2018, Septiembre	\$17.020.582,41
2018, Octubre	\$18.092.514,91
2018, Noviembre	\$18.422.607,28
2018, Diciembre	\$22.012.181,68
2019, Enero	\$18.065.808,6
2019, Febrero	\$23.086.324,8
2019, Marzo	\$20.074.015,08
2019, Abril	\$25.071.798,16
2019, Mayo	\$28.686.569,88
2019, Junio	\$29.956.865,48
Total	\$250.047.885,48

Tabla N°30. Gastos Mensuales de Factor IX entregadas por IPSS.

Año, Mes	Promedio PvsR
2018, Julio	\$1.725.726,24
2018, Agosto	\$1.898.298,86
2018, Septiembre	\$1.898.298,86
2018, Octubre	\$0
2018, Noviembre	\$2.391.856,56
2018, Diciembre	\$2.391.856,56
2019, Enero	\$2.391.856,56
2019, Febrero	\$2.391.856,56
2019, Marzo	\$0
2019, Abril	\$2.870.227,88
2019, Mayo	\$2.870.227,88
2019, Junio	\$2.870.227,88
Total	\$23.700.433,84

Tabla N°31. Gasto Promedio por UI Recibida/ Consumo de UI Recibidas del Factor VIII de PFIS

PFSI	Promedio Precio/UI Recibidos	Cant. De UI Recibidas
2018, Julio	\$36.689	330.000

2018, Agosto	\$35.354	318.000
2018, Septiembre	\$34.020	306.000
2018, Octubre	\$34.020	306.000
2018, Noviembre	\$32.019	288.000
2018, Diciembre	\$80.328	324.000
2019, Enero	\$28.684	258.000
2019, Febrero	\$30.018	270.000
2019, Marzo	\$35.354	318.000
2019, Abril	\$80.328	324.000
2019, Mayo	\$82.330	342.000
2019, Junio	\$82.330	342.000
Total	-	3.726.000

Tabla N°32. Gasto Promedio por UI Recibida/ Consumo de UI Recibidas del Factor IX de PFIS

PFSI	Promedio Precio/UI Recibidos	Cant. De UI Recibidas
2018, Julio	\$575.242	20.000
2018, Agosto	\$632.766.28	20.000
2018, Septiembre	\$632.766.28	20.000
2018, Octubre	\$632.766.28	20.000
2018, Noviembre	\$797.286,52	20.000
2018, Diciembre	\$323.433,1	20.000
2019, Enero	\$382.670	24.000
2019, Febrero	\$0	0
2019, Marzo	\$0	0
2019, Abril	\$0	0
2019, Mayo	\$0	0
2019, Junio	\$1.148.091,15	20.000
Total	-	164.000

Tabla N°33. Gasto Promedio por UI Recibida/ Consumo de UI Recibidas del Facto VII de IPSS

PFSI	Promedio Precio/UI Recibidos	Cant. De UI Recibidas
2018, Julio	\$1.825.477	150
2018, Agosto	\$1.825.477	150
2018, Septiembre	\$1.825.477	150
2018, Octubre	\$1.825.477	150
2018, Noviembre	\$1.825.477	150
2018, Diciembre	\$1.825.477	150
2019, Enero	\$0	0

2019, Febrero	\$1.825.477	150
2019, Marzo	\$1.825.477	150
2019, Abril	\$2.951.794	150
2019, Mayo	\$2.951.794	150
2019, Junio	\$2.951.794	150
Total	-	1650

Tabla N°34. Gasto Promedio por UI Recibida/ Consumo de UI Recibidas del Factor VIII de IPSS

PFSI	Promedio Precio/UI Recibidos	Cant. De UI Recibidas
2018, Julio	\$851.926,05	268.000
2018, Agosto	\$936.929,37	268.000
2018, Septiembre	\$1.063.786,4	256.000
2018, Octubre	\$1.130.782,12	268.000
2018, Noviembre	\$1.151.412,95	220.000
2018, Diciembre	\$1.75.761,29	256.000
2019, Enero	\$1.129.113,03	208.000
2019, Febrero	\$1.442.895,3	268.000
2019, Marzo	\$1.254.625,94	232.000
2019, Abril	\$1.566.987,38	232.000
2019, Mayo	\$1.792.910,61	268.000
2019, Junio	\$1.872.304,09	280.000
Total	-	3.024.000

Tabla N°35 Gasto Promedio por UI Recibida/ Consumo de UI Recibidas del Factor IX de IPSS

PFSI	Promedio Precio/UI Recibidos	Cant. De UI Recibidas
2018, Julio	\$1.775.601,72	30.150
2018, Agosto	\$1.861.888,03	30.150
2018, Septiembre	\$1.861.888,03	30.150
2018, Octubre	\$912.738,6	150
2018, Noviembre	\$2.108.666,88	30.150
2018, Diciembre	\$2.108.666,88	30.150
2019, Enero	\$1.129.113,03	30.150
2019, Febrero	\$2.108.666,88	30.150
2019, Marzo	\$912.738,6	150
2019, Abril	\$2.911.010,74	30.150
2019, Mayo	\$2.911.010,74	30.150
2019, Junio	\$2.911.010,74	30.150
Total	-	301.800