



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CÓRDOBA
FACULTAD DE CIENCIAS QUÍMICAS
ESCUELA DE POSGRADO**

Carrera de Especialización en Farmacia Hospitalaria

**JUSTICIA EN LA MACRODISTRIBUCIÓN
DE LOS RECURSOS EN SALUD:
Análisis del Programa de Lucha contra el
Sida y Enfermedades de Transmisión
Sexual y los medicamentos**

*Trabajo integrador final para acceder al
Título de Especialista en Farmacia Hospitalaria*

Quiroga Silvana María

CÓRDOBA
REPÚBLICA ARGENTINA

-2013-



Esta obra está bajo una [Licencia Creative Commons Atribución-No Comercial-Sin Obra Derivada 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/)



Este documento se encuentra disponible en el Repositorio Digital de la Universidad Nacional de Córdoba, Argentina.

<https://rdu.unc.edu.ar/>

TRIBUNAL EVALUADOR

Coordinadora:

Dra. Elena María Vega

Integrantes:

Dr. Mario Alfredo Quevedo

Mag. Ana Descalzo

DEDICATORIA

Dedico este trabajo de investigación final a mi familia, amigos, compañeras, profesoras, colegas, maestros y personas en situación de enfermedad con las que he trabajado a lo largo de mi vida profesional por el apoyo emocional, el aliento a continuar, las enseñanzas constantes y sus consejos sabios. Sin su ayuda no hubiera podido llegar a este momento.

Mi eterno agradecimiento a todos Uds.

SMQ

TABLA DE CONTENIDOS

CAPÍTULO 1	1
INTRODUCCIÓN	1
1.1. Progreso de la medicina	2
1.2. Costo en salud	4
1.3. Bioética de intervención	5
1.4. Justicia sanitaria	7
1.5. Salud. Definiciones	9
1.6. Sistema Nacional de Salud	12
1.7. Marco legal e institucional	14
1.8. Dirección de Sida y Enfermedades de Transmisión Sexual	17
1.9. Programa de Lucha contra el Sida y Enfermedades de Transmisión Sexual	21
CAPÍTULO 2	27
METODOLOGÍA	27
2.1. Descripción del proyecto de investigación	28
2.2. Metodología empleada	28
CAPÍTULO 3	40
RESULTADOS	40
3.1. Generalidades de la población asistida en el DAF	41

3.2. Programa Nacional de Lucha contra el Sida y ETS	47
3.3. Sistema de suministro antiguo	48
3.4. Sistema de suministro nuevo	52
3.5. Variables en estudio	56
3.5.1. 3TC/AZT 150/300 mg.	69
3.5.2. EFV 600 mg.	75
3.5.3. NVP 200 mg.	77
3.5.4. Caso 1	78
3.5.5. Caso 2	82
CAPÍTULO 4	86
DISCUSIÓN	86
4.1. Parte 1: Análisis farmacéutico	87
4.2. Parte 2: Análisis deontológico	100
4.3. Parte 3: Análisis teleológico	108
4.4. Conclusiones	119
CAPÍTULO 5	124
BIBLIOGRAFÍA	124

RESUMEN

Introducción

La realidad de la asistencia sanitaria se puede resumir en “recursos limitados para necesidades ilimitadas”. Esto obliga a realizar elecciones y establecer prioridades. La distribución de los recursos pone a prueba estos conceptos exigiendo universalidad de acceso, equidad y justicia.

Esta investigación pretende analizar la justicia en la macrodistribución de medicamentos antirretrovirales a las personas con VIH que recibían atención farmacéutica en el Hospital Nacional de Clínicas (HNC).

Metodología

Se realizó un estudio comparativo, retrospectivos, observacional y longitudinal en el periodo comprendido entre septiembre/2007 y febrero/2010.

Se determinaron tres etapas: dos correspondientes a los sistemas de suministros aplicados y una etapa de transición.

La población en estudio fueron todas las personas con VIH incluidas en el PN asistidas en el HNC.

Las variables estudiadas fueron 18, relacionadas con el sistema de suministros y con las consecuencias de la aplicación de los mismos.

Resultados

El cambio de sistema de distribución de medicamentos implicó:

- un aumento del número de suministros recibidos, de dispensaciones mensuales, del fraccionamiento de medicamentos, del promedio de visitas de las personas para retirar un mes de tratamiento, de dosis omitidas y de personas que abandonaron el tratamiento.

- una disminución de la adherencia, del número de personas que iniciaron tratamiento y la cantidad de días entre dos suministros.

Discusión

La asistencia sanitaria es un derecho que poseemos por ser humanos, por lo tanto, se puede y debe exigir.

Una manera de medir la justicia en la distribución de los recursos es observando la eficiencia en la consecución de los objetivos. Las metas establecidas por el PN fueron: acceso universal al tratamiento, abastecimiento y continuidad de los mismos, una dispensación mensual para cada persona incluida y una adherencia al tratamiento superior al 95%. Analizando los dos sistemas de suministros implementados se puede determinar que el sistema antiguo no alcanzó los objetivos por razones externas, mientras que el sistema nuevo no fue eficiente porque no alcanzó a ser eficaz.

Valores personales como igualdad, responsabilidad, solidaridad, equidad, inclusión y libertad estuvieron ausentes, por lo tanto, la atención sanitaria recibida por las personas con VIH fue indigna e injusta.

Palabras claves: Recursos en salud; Asistencia sanitaria; Suministro de medicamentos; Bioética; Justicia social; VIH.

SUMMARY

Introduction

The health care can be summarized in “limited resources for unlimited needs” at this moment. This situation forces to make choices and to determinate priorities. The drugs supply demands universality of access, equity and justice.

This investigation tries to analyze the justice in the macrodistribution of anti-retroviral drugs to people with AIDS who were receiving pharmaceutical attention in the Hospital Nacional de Clínicas (HNC).

Methodology

It is a comparative, retrospective, observacional and longitudinally study. It was conducted from septiembre/2007 to febrero/2010.

There were three stages: two correspondents to the systems of applied supplies and a stage of transition.

The population studied was all people with AIDS included in the PN assisted in the HNC.

The variables to be measured were 18, one of them related to the drugs supplies and the others with the consequences of the application of the same ones.

Results

According to the data obtained, the drug supply change shows:

- an increase of the number of supplies received, of monthly dispensations, of drug fractionation, of the average of visits of the people to withdraw a month of treatment, of omitted doses and of persons who left the treatment.

- a decrease of the adherence, of the number of people who initiated treatment and the quantity of days between two supplies.

Discussion

Health care is a right that we have as human beings, therefore, one can and should be required.

A way of measuring the justice in the drug supply is observing the efficiency in the attainment of the aims. The goals established by the PN were: universal access to the treatment, supply and continuity of the same ones, a monthly dispensation for each person included and an adherence to the treatment superior to 95 %. Analyzing both systems of supplies implemented it is possible to determine that the old system did not reach the aims for external reasons, while the new system was not efficient because it didn't manage to be effective.

Personal values like equality, responsibility, solidarity, equity, inclusion and freedom were absent, therefore, the health care was unworthy and unjust to people with AIDS.

Keys words: Health resources; Health care, Drug supply; Bioethics; Social justice; AIDS.

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla	Título	Página
1	Relación entre la fecha de dispensación y el nombre del periodo asignado	35
2	Dispensación fraccionada con criterio de equidad	50
3	Dispensación fraccionada de acuerdo a las directivas del Programa Provincial de Lucha contra el Sida	53
4	Cuadro comparativo de los sistemas de suministros implementados por el PP	54
5	Cantidad de días con problemas de suministro en cada periodo	62
6	Detalle de los suministros recibidos de 3TC/AZT en el DAF provenientes del PP detallado por periodo	71
7	Detalle de las dispensaciones realizadas al Sr. MYYYY XXXX1970 en el DAF	79
8	Detalle de las dispensaciones realizadas al Sr. MYYYY XXXX1987 en el DAF	82

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura	Título	Página
1	Comparación de los gastos en salud presupuestados y la Inversión real anual. Periodo: 2007-2013	13
2	Indicadores de morbilidad de VIH y Sida en la provincia de Córdoba	20
3	Tasa de mortalidad por Sida en la provincia de Córdoba	20
4	Número de personas con VIH que reciben asistencia regular con medicamentos incluidas en el Presupuesto General de la Administración Nacional	22
5	Línea del tiempo donde se incluyen las etapas en que se divide el periodo en estudio	34
6	Población asistida en el DAF por periodo	40
7	Edad de la persona en estudio según el género	41
8	Nivel educacional de la población según el género	43
9	Lugar de residencia de la población en estudio según el género	44
10	Número de personas con VIH que tuvieron indicación de cada una de las IFAs	45
11	Esquemas de tratamientos ARV indicados en el HNC en el periodo de estudio relacionados con el número de indicaciones médicas	46
12	Cantidad de TARVs solicitados por el DAF al PN por periodo	56
13	Cantidad de TARVs suministrados por el PP al DAF por periodo	56

14	Cantidad de TARVs dispensados en el DAF por periodo	57
15	Cantidad de TARVs solicitados, suministrados y dispensados por periodo	58
16	Cantidad de suministros recibidos en el DAF provenientes del PP por periodo	59
17	Cantidad de suministros recibidos en el DAF provenientes del PP por periodo, especificando las características de ingreso	59
18	Condiciones de los fármacos recibidos en el DAF provenientes del PP por periodo, especificando las características administrativas del ingreso	60
19	Tiempo transcurrido entre la solicitud y el suministro de la medicación solicitada comparado con el lapso de tiempo transcurrido entre dos suministros consecutivos por periodo	61
20	Cantidad de IFAs con problemas de suministro por periodo	63
21	Cantidad de dispensaciones realizadas en el DAF por periodos, discriminando los fármacos entregados	63
22	Cantidad de personas con VIH atendidas en el DAF por periodo, discriminando los fármacos entregados	64
23	Promedio de visitas realizadas al DAF por las personas con VIH para retirar medicamentos ARV por periodo	65
24	Número de dispensaciones de TARVs completos en el DAF por periodo	66
25	Numero de dispensaciones de TARVs fraccionados y no dispensados en el DAF por periodo	66

26	Adherencia promedio de las personas con VIH que reciben atención en el DAF por periodo	67
27	Número de dosis de medicamentos faltantes teóricas promedio correspondientes a las personas con VIH que recibieron atención en el DAF por periodo	68
28	Cantidad de personas con VIH que iniciaron y abandonaron el TARV en el DAF por periodo	69
29	3TC/AZT; solicitud, suministro y dispensación por periodo	69
30	Comparación de los días de fraccionamiento y/o carencia de 3TC/AZT en el DAF por periodo con la cantidad de días entre dos suministros	70
31	3TC; solicitud, suministro y dispensación por periodo	74
32	AZT; solicitud, suministro y dispensación por periodo	74
33	Comparación de los días de fraccionamiento y/o carencia de 3TC/AZT, 3TC y AZT en el DAF por periodo con la cantidad de días entre dos suministros	75
34	EFV; solicitud, suministro y dispensación por periodo	76
35	Comparación de los días de fraccionamiento y/o carencia de EFV en el DAF por periodo con la cantidad de días entre dos suministros	76
36	NVP; solicitud, suministro y dispensación por periodo	77
37	Comparación de los días de fraccionamiento y/o carencia de NVP en el DAF por periodo con la cantidad de días entre dos suministros	78

38	Adherencia por periodo del Sr. MYYYY XXXX1970 en el DAF	81
39	Adherencia por periodo del Sr. MYYYY XXXX1987 en el DAF	84

ABREVIATURAS EMPLEADAS

%	Porcentaje
3TC	Lamivudina 150 y 300 mg.
3TC/AZT	Lamivudina/Zidovudina 150/300 mg.
Ab	Abril
ABV	Abacavir 300 mg.
ACB	Análisis costo/beneficio
ACE	Análisis costo/eficacia
Adh	Adherencia
ADN	Ácido desoxirribonucleico
Ag	Agosto
ANAMT	Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica
ARV	Antirretroviral
ATZ	Atazanavir 150, 200 y 300 mg.
AVAC	Años de Vida Ajustados por Calidad
AZT	Zidovudina 100 mg.
bid	Dos veces por día (twice a day)
cél/mm ³	Células por milímetro cúbico
CN	Constitución Nacional
D	Diciembre
D4T	Estavudina 30 y 40 mg.
DAF	Departamento de Atención Farmacéutica
DDI	Didanosina 200 y 400 mg.
DRV	Darunavir 600 mg.

DSyETS	Dirección de Sida y Enfermedades de Transmisión Sexual
E	Enero
EFV	Efavirenz 600 mg.
ET	Etapa de transición
ETS	Enfermedades de transmisión sexual
F	Febrero
FAMP	Fosamprenavir 700 mg.
HNC	Hospital Nacional de Clínicas
IDV	Indinavir 400 mg.
IFA	Ingrediente farmacéutico activo
INNTI	Inhibidores no nucleósidos de la transcriptasa inversa
INTI	Inhibidores nucleósidos de la transcriptasa inversa
INtTI	Inhibidores nucleótidos de la transcriptasa inversa
IP	Inhibidores de proteasa
IP/r	Inhibidores de proteasa más booster
Jl	Julio
Jn	Junio
LPV/r	Lopinavir/Ritonavir 200/50 mg.
mg	Miligramos
My	Mayo
Mz	Marzo
N	Noviembre
NFV	Nelfinavir 250 mg.
Nº	Número
NVP	Nevirapina 200 mg.

O	Octubre
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONUSIDA	Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre VIH/Sida
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PBI	Producto Bruto Interno
PN	Programa Nacional de Lucha contra el Sida
PP	Programa de Lucha contra el Sida de la provincia de Córdoba
RTV	Ritonavir 100 mg.
S	Septiembre
Sida	Síndrome de inmunodeficiencia adquirido
SQV	Saquinavir 200 y 500 mg.
SSA	Sistema de suministro antiguo
SSN	Sistema de suministro nuevo
T-20	Enfuvirtida 90 mg.
TARGA	Terapia antirretroviral de gran actividad
TARV	Tratamiento antirretroviral
tid	Tres veces por día (Three times per day)
TNF	Tenofovir 300 mg.
TPV	Tipranavir 250 mg.
udd	Única dosis diaria
VIH	Virus de inmunodeficiencia adquirida

"Ha llegado el momento, insisto, de detener el girar constante de nuestro planeta. Examinarlo, examinarnos, hacer el diagnóstico correcto y buscar todos juntos el tratamiento adecuado. Sólo lo lograremos si entendemos que estamos convocados por un compromiso ineludible: debemos luchar por una sociedad más justa y equitativa, sin prejuicios de ninguna índole. Sólo lo lograremos si no nos apartamos nunca de los lineamientos éticos basados en el respeto a la dignidad del hombre".

R. FAVALORO, 1993.

(Educador y médico cardiocirujano, reconocido por ser quien realizó el primer bypass cardíaco en el mundo)

Capítulo 1

INTRODUCCIÓN

"La excelencia moral es el resultado del hábito. Nos volvemos justos realizando actos de justicia; templados, realizando actos de templanza; valientes, realizando actos de valentía".

ARISTÓTELES

(Filósofo, lógico y científico de la Antigua Grecia)

Capítulo 1

INTRODUCCIÓN

Progreso de la medicina

El ser humano desde sus comienzos ha tratado de entender temas trascendentales como la vida, la muerte y la enfermedad. Es así como las primeras civilizaciones basaron su práctica médica en dos premisas:

- el empirismo primitivo y el pragmatismo aplicado fundamentalmente al uso de hierbas o remedios obtenidos de la naturaleza, y;
- una medicina mágico-religiosa que recurría a los dioses para dar explicación a lo incomprensible.

Con la evolución del hombre, la medicina también progresó llegando en el siglo XIX a entender que su papel en ese momento era “curar pocas veces, aliviar a menudo, consolar siempre”; paradigma todavía utilizado en nuestros tiempos cuando la ciencia no proporciona los métodos o medios de sanación pretendidos.

La medicina del siglo XX se consolida como una disciplina más resolutive y especializada a partir del desarrollo científico y técnico. Se apoya en el criterio fundamentalmente de la biología que admite y propone una definición de salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”¹. Prueba de ello es el avance farmacológico, principalmente el desarrollo de un gran número de

vacunas que han ocupado un lugar relevante en el incremento de la expectativa de vida de niños y adultos.

Entre los progresos importantes se pueden mencionar; la anestesia, los antibióticos, la elucidación de la estructura del ADN, la teoría de los gérmenes (asesinos invisibles), los rayos X y los progresos de la técnicas diagnósticas por imágenes, la inmunología, la píldora anticonceptiva, la terapia de rehidratación por vía oral, la higiene sanitaria, el cultivo de los tejidos, el descubrimiento de los grupos sanguíneos y su tipificación que convirtió a la transfusión de sangre en un procedimiento seguro y eficaz que permite llegar a los trasplantes de órganos, sustitución de huesos y tejidos dañados. Si a esto último le sumamos la aparición de los medicamentos inmunosupresores con utilidad en trasplantes y los avances generales de la tecnología médica (con aplicaciones del láser, la computación, la robótica), junto a progresos en el campo de la anestesiología se puede hablar de un desarrollo inimaginable de la cirugía en los últimos tiempos.

En un futuro no muy lejano, es probable que con el desarrollo de la farmacogenética, tengamos a nuestra disposición fármacos específicos para cada perfil genético de las personas enfermas.

Esta gran revolución sanitaria permite vislumbrar un futuro incierto y complejo. Incierto porque es imposible determinar hasta donde el ser humano va a avanzar; y complejo, porque no se puede determinar las consecuencias de estos avances. Hasta este momento el desarrollo de la medicina trajo aparejado una gran desigualdad en el acceso a estos métodos y procedimientos debido a los altos costos que los mismos demandan. Un informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS) establece que la atención sanitaria en los países industrializados, que solo representa el 10% de las enfermedades que existen en el mundo, consumen el 90% de los recursos en salud².

Costo en salud

Vale decir entonces que, los costos en la atención sanitaria se aceleran con el progreso de la medicina y ponen en peligro la viabilidad de la seguridad social médica. El presupuesto sanitario de un país no puede extenderse “ad infinitum” y se contrapone con otros intereses y derechos sociales importantes, como son la educación, la vivienda, la seguridad, etc. Se puede discutir si la distribución de los recursos dedicados a la salud dentro de los presupuestos generales del país es la más idónea, pero estos recursos son siempre por su propia naturaleza limitados, y esto obliga inevitablemente a la restricción de las prestaciones sanitarias que la sociedad le puede ofrecer a todos sus miembros y que, lógicamente, varían con el espacio y el tiempo.

La cruda realidad de “recursos limitados para necesidades ilimitadas” obliga a los planificadores y gestores en salud a realizar elecciones y establecer prioridades. Es en ese momento cuando aparecen las preguntas; ¿Hacia dónde deben dirigirse, en una distribución racional, los presupuestos públicos destinados a la sanidad?, ¿Qué criterios deben utilizarse en la distribución de los recursos sanitarios cuando las demandas sobrepasan a las disponibilidades sanitarias existentes?, ¿Todo gasto en salud está éticamente justificado y es exigible en justicia?, ¿El derecho a la salud y el derecho a la asistencia sanitaria deben ser cubiertos en toda su inagotable extensión, o hay unos límites de exigencia, tras pasados los cuales ya nada puede exigirse en justicia?, ¿Cuáles son estos límites?, ¿Hay obligación de justicia en atender con todos los recursos a todos esos enfermos?, ¿Hasta dónde debe tratárselos?, ¿A partir de qué punto la obligación deja de ser perfecta (o de justicia) para convertirse en imperfecta o de caridad?, ¿Debe el Estado estar implicado en la distribución de tales recursos en lugar de dejar estos asuntos a la mano invisible del mercado?. Si el Estado no interviene: ¿Cómo garantizar la protección colectiva y la oportunidad justa en la atención a las necesidades de la salud, entendida esta como bien meritorio?, ¿Cómo se definen las necesidades?, ¿Es cualquier beneficio una necesidad?, ¿Qué sucede con

aquellos beneficios que restauran el funcionamiento normal?, ¿Podría la “necesidad” correlacionarse con beneficios “significativos” de salud?, ¿Cuáles son los costos del desarrollo y administración de una nueva tecnología médica?, ¿Cuántas personas se beneficiarán de esa nueva técnica?, ¿Sirve realmente esa tecnología para salvar vidas o lo que hace es ayudar para que sigan viviendo los enfermos crónicos, pero sin actuar contra enfermedades que ponen en peligro la vida?, ¿Se trata de tecnologías que servirán para salvar la vida de niños, que tienen por delante muchos años de existencia o, por el contrario, para que sigan viviendo ancianos que, en las mejores condiciones, sólo vivirán unos pocos años más? El número de interrogantes puede continuarse largamente y sus respuestas nunca serán fáciles.

Bioética de intervención

Uno de los aportes latinoamericanos, en un intento de búsqueda de respuestas más adecuadas para el análisis de macro-problemas y conflictos colectivos es la Bioética de Intervención³. Esta exige que la discusión bioética pase a ser incorporada al propio funcionamiento de los sistemas públicos de salud en lo que respecta a la responsabilidad social del Estado, definición de prioridades con relación a la asignación, distribución y control de los recursos, administración del sistema, participación de la población de modo organizado y crítico, preparación adecuada de los recursos humanos necesarios al buen funcionamiento del proceso, revisión y actualización de los códigos de ética de las profesiones involucradas, las indispensables y profundas transformaciones curriculares de las universidades.

La Bioética de Intervención defiende como moralmente justificable en el campo público y colectivo, la priorización de políticas públicas y decisiones que privilegien el mayor número de personas, por el mayor espacio de tiempo posible y que resulten en las mejores consecuencias colectivas, aunque en

detrimento de ciertas situaciones individuales, con excepciones puntuales que deben ser analizadas. Incluye en su temario, categorías como responsabilidad, cuidado, solidaridad, alteridad, compromiso, transformación, tolerancia, entre otros valores, además de las “4Ps”: prudencia frente a los avances de la ciencia, prevención de posibles daños e iatrogenias, precaución frente a lo desconocido y protección de los más frágiles, de los desasistidos. El objetivo es un ejercicio de una práctica bioética comprometida con los más vulnerables, con la “cosa pública” y con el equilibrio ambiental y planetario del siglo XXI.

Así, la intervención debe ocurrir para garantizar para todos los seres humanos:

- a. Los derechos de primera generación relacionados al reconocimiento de persona como requisito universal y exclusivo de titularidad de derechos;
- b. Los derechos de segunda generación que significan el reconocimiento de los derechos económicos y sociales que se manifiestan en la dimensión material de la existencia; y
- c. Los derechos de tercera generación que se refieren principalmente a la relación con el ambiente y la preservación de los recursos naturales.

Se debe tener presente que, la Bioética se define como la moral aplicada en el ámbito de la vida y la salud. Se trata de un discurso constitutivamente dialógico, una narrativa social que ilumina el imaginario moral de nuestras prácticas y las somete al juicio y a la crítica. Se puede decir, que la bioética es una disciplina, y como tal, es un discurso que genera aquello de lo que habla, lo construye para la mirada, lo desconstruye para el análisis y lo reconstruye para la acción⁴. Por lo tanto, esta debería ser la tónica a emplear en esta investigación sobre la justicia en la distribución de los recursos.

Justicia sanitaria

En el último siglo la salud ha dejado de ser una preocupación que las personas gestionan de manera privada, para convertirse en un problema público, político. Por esta razón, los términos sanidad y política se han unido indisolublemente en la expresión “política sanitaria” y todos justifican sus puntos de vista apelando al concepto de justicia distributiva. Profundizar en este tema implica adentrarse en los dominios de dos disciplinas que, según la creencia vigente, se encuentran enfrentadas una a la otra: la bioética y la economía, pero ambas asignaturas siempre han permanecido en el mismo terreno. Aristóteles entendía que la economía era una ciencia integrada y subordinada moralmente al bien de todos, puesto que, decía, “es cosa amable hacer el bien a uno solo; pero es más bello y divino hacerlo al pueblo y a las ciudades”⁵. Es así como se puede decir que la economía es una ciencia que debe servir a un fin moral: el bien de todos.

En la ética de la asignación de recursos para la salud pueden describirse dos niveles del problema: el nivel microdistributivo y el macrodistributivo⁶. El primero emerge cuando varias personas enfermas con un grado igual o muy semejante de necesidad compiten por la adjudicación de un medio de diagnóstico o terapéutico escaso, que está disponible para uno solo de ellos.

El nivel macrodistributivo, contrariamente, se refiere a cómo se asignan los recursos asistenciales en la sociedad; o, dicho de otra manera, a cómo se distribuyen aquellos recursos entre todos los miembros de la sociedad. En materia macrodistributiva las decisiones se toman en el nivel político.

Cabe entonces preguntarse: ¿Cuándo debe considerarse justo o injusto un servicio de salud?, ¿Qué recursos es preciso asignarle para cumplir con el deber de justicia?, ¿Cómo proceder cuando los recursos disponibles son menores de lo teóricamente necesarios?, ¿Cómo distribuir justamente los

recursos insuficientes? En la actualidad, estas preguntas no tienen una respuesta definitiva debido a lo dificultoso y complejo del tema, pero se puede intentar acercarse al problema y sacar algunas conclusiones.

Diego Gracia Guillen (médico, filósofo español, reconocido como una autoridad mundial en bioética) define al tema de la justicia en la distribución de los recursos como de enorme complejidad y establece que toda respuesta al tema debe desarrollarse en dos niveles distintos que denomina, respectivamente, deontológico o de los principios y teleológico o de las consecuencias. Esta forma de abordaje hace posible una teoría coherente de la justicia^{7,8}.

En resumen, el problema de la justicia sanitaria podría plantearse de la siguiente forma: “Dada una sociedad en la cual se produzcan y distribuyan ciertos bienes y servicios y no existan sin embargo los suficientes para cumplir las necesidades y los deseos de todos, ¿sobre que base o en virtud de qué principios se producirán y distribuirán con justicia esos bienes y servicios?”⁹.

Para ingresar en el estudio de la justicia sanitaria es necesario tener como referencia un caso. Con este fin, se decidió estudiar al Programa de Lucha contra el Sida y Enfermedades de Transmisión Sexual debido a que en el año 2008 se modificó el sistema de macrodistribución de medicamentos que se desarrollaba hasta ese momento generando situaciones digna de ser analizadas; pero antes de eso, es necesario establecer las bases sobre las que será estudiado el tema.

Salud. Definiciones

Tradicionalmente se ha considerado que la salud es un bien individual, que el ser humano debe administrar con su sistema de valores, y por tanto con su ética. La asistencia sanitaria, por el contrario, sería un bien social que debe manejarse con criterios estrictamente económicos^{10, 11}.

La salud es un derecho humano negativo, y por ello, es propio de cada ser humano y no puede ser invadido por nadie. En todas las declaraciones de derechos humanos civiles y políticos se incluye el “derecho a la salud”, llamado más propiamente, “derecho a la integridad física”. La protección consiste en la “no lesión” por parte de otros de mi integridad física o de mi salud, y por ello, nadie me puede herir, mutilar, etc. Se trata de una protección propia del Código Penal, no de las leyes sociales. La salud es una precondition, un producto y a su vez un indicador del desarrollo sostenible¹².

Pero la asistencia sanitaria en nuestras sociedades es un asunto público, un derecho económico, social y cultural. Se trata de un “derecho de promoción” o positivo. En este tipo de derecho, su materialización exige al Estado la prestación de servicios, por sí o por terceros; los bienes y servicios pretendidos quedan plasmados en la ley y constituyen el objeto del derecho en cuestión. Como se trata de distribuir bienes y servicios o, si se prefiere, recursos escasos entre los titulares del derecho, aquí aparecen los problemas de justicia y la necesidad de pensar en una distribución justa. El objeto de cada derecho será también el objeto de la justicia, entendiendo como “la cosa material” que aquella pretende distribuir equitativamente, dando a cada uno lo que es debido.

La promoción de la salud, según la Carta de Ottawa¹³, consiste en proporcionar a los ciudadanos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mejor control sobre la misma. En este sentido establece cinco áreas de acción: desarrollo de una política pública saludable, creación de entornos

propicios, fortalecimiento de la comunidad, desarrollo de aptitudes personales y reorientación de los servicios de salud. En este mismo documento se establece como factores determinantes para la salud los siguientes elementos: paz, vivienda, educación, alimentos, ingresos, ecosistema estable, recursos sostenibles, justicia social y equidad.

Implícito en estos conceptos, se encuentran las necesidades humanas¹⁴. Con este término se hace referencia a cualquiera de los medios que se requieren para alcanzar fines, más allá de la importancia de éstos. Se distinguen dos tipos de necesidades:

- Necesidades básicas: se caracterizan por ser fundamentales (en tanto su origen no está referido a otra necesidad) y constitutivas (en tanto no se vinculan a una circunstancia en particular).
- Necesidades instrumentales: son derivadas (en tanto su origen está vinculado a otra necesidad) y circunstanciales.

Las necesidades básicas tienen las siguientes propiedades¹⁵:

- a) Son adscribibles objetivamente. “Son aquellas que están supeditadas a fines que no dependen de los deseos o preferencias de los agentes”¹⁶.
- b) Son objetivamente importantes. Es una necesidad humana básica cuando podemos razonar y analizar una situación tal que su no satisfacción causa daño o perjuicio grave, tanto con relación a la supervivencia como al desarrollo de la persona como tal.
- c) Son universales. Son iguales para todos, son características empíricas invariables de las personas, aun cuando la forma de provisión que se requiera en cada caso para su satisfacción pueda ser variable.
- d) Son cambiantes. En el sentido de que si son empíricas es difícil pensar que puedan ser descubiertas todas ellas para todos los contextos, hasta formar una lista cerrada. De esta manera, algunas necesidades

apreciadas como básicas pueden posteriormente, cambiando las circunstancias, calificarse como derivadas.

Con estas características, las necesidades básicas se pueden definir diciendo que “N es una necesidad básica para X si y solo si, bajo las circunstancias dadas en el sistema sociocultural S en el que vive X y en vista de las características personales P de X, la no satisfacción de N le impide a X la realización de algún fin no contingente (es decir, que no requiere justificación ulterior) y, con ello, la persecución de todo plan de vida”¹⁷.

La lucha contra la enfermedad, la liberación de la persona de un proceso patológico o sus manifestaciones constituye una necesidad básica porque cumple con todos los requisitos para serlo. Cualesquiera sean las metas elegidas por una persona, y cualesquiera los caminos escogidos para realizarlas, se necesita de salud para conseguirlo. Es así como, Mario Bunge (físico, filósofo y humanista argentino) considera a la salud como la única necesidad básica que no requiere justificaciones adicionales¹⁸.

Las Naciones Unidas definen a la salud como un derecho humano básico¹⁹. Este derecho exigible que debe ser cubierto por el Estado, requiere de un sistema nacional de salud que no puede prescindir de las siguientes particularidades²⁰:

- Universalidad de acceso de todas las personas al sistema sanitario de atención pública;
- Accesibilidad de los servicios para que las personas puedan transportarse de manera más rápida y económica desde sus hogares hasta los centros asistenciales;
- Jerarquización de las acciones de tal manera que los problemas más simples sean solucionados en puestos de salud periféricos y próximos al domicilio de las personas enfermas, siendo encaminados al hospital de

segundo o tercer nivel de referencia solo aquellos casos que se encuadren en determinados criterios, evitándose de este modo las largas esperas;

- Descentralización de las acciones administrativas de decisión, distribución y control de actividades para un mejor funcionamiento de todo el sistema.

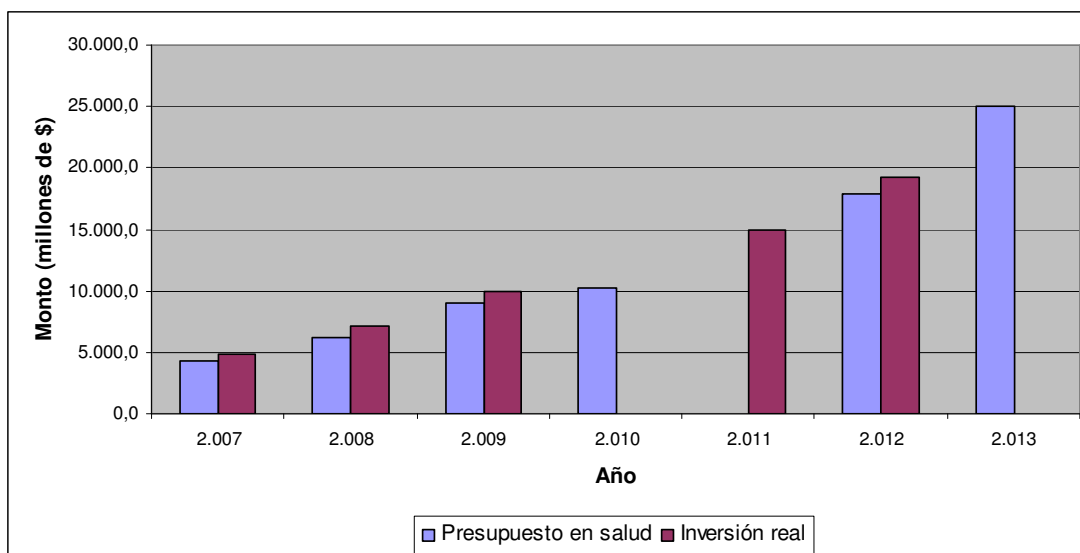
Sin embargo cada sociedad organiza, financia y entrega servicios de salud de manera diferente.

Sistema Nacional de Salud

El Sistema de Salud Argentino es una compleja estructura integrada por una diversidad de actores que cumplen una amplia gama de funciones, como son: provisión de medicamentos, financiación del consumo, prestación de servicios, dispensación y suministro de diversos materiales.

Se trata de un Sistema de Salud mixto, financiado en una parte por el Estado y en otra parte por los particulares. Se destina el 2,0% anual del Presupuesto General de la Administración Nacional al Ministerio de Salud²¹. En la Figura 1 se grafican los gastos en salud presupuestados y se los compara con las inversiones reales ejecutadas en cada año. Lamentablemente, no se tuvo acceso a los datos referentes al año 2011, no obstante se incluyen el resto de los valores para poder ponderar los resultados (ver Figura 1).

Figura 1: Comparación de los gastos en salud presupuestados y la inversión real anual. Periodo: 2007-2013.



Adaptado del Presupuesto General de la Administración Nacional correspondientes al periodo 2006 al 2013²²⁻²⁷.

Los ciudadanos acceden a los distintos servicios a través de Hospitales Públicos, Obras Sociales y Medicina Prepaga.

La atención de salud en los hospitales públicos de la provincia de Córdoba tienen distintos orígenes, estos pertenecen a la órbita nacional, provincial y municipal. Todos comparten la realidad de “recursos limitados para necesidades ilimitadas” y conviven en un clima de acotada armonía.

Por medio de las obras sociales se logra la cobertura de las necesidades de salud de trabajadores en relación de dependencia y a su grupo familiar primario. La financiación proviene de aportes efectuados por los empleados sobre la base del salario mensual abonado, sumado a una contribución del empleador sobre el salario nominal abonado. Existen un gran número de

entidades repartidas entre sindicales, provinciales y aquellas pertenecientes al personal de dirección de las distintas actividades económicas.

La medicina prepaga (seguros de salud privados) funciona de manera similar a las obras sociales, excepto que sus afiliados son generalmente personas que no ejercen en relación de dependencia, que reciben su cobertura de salud en contraprestación a una suma fija mensual. Los sistemas de medicina prepaga están generalmente organizados comercialmente y, a diferencia de las obras sociales, persiguen propósito de lucro.

En estos dos últimos servicios, obras sociales y medicina prepaga, el medicamento para el tratamiento de patologías ambulatorias está cubierto parcialmente por un sistema de coseguro, donde el afiliado paga sólo una parte del valor total. Dicho seguro varía entre un 25 a 100% dependiendo del medicamento prescripto por el médico tratante.

Marco legal e institucional

La Constitución Nacional (CN) de nuestro país establece la obligación al Estado de garantizar la salud a todos los habitantes de manera primaria o subsidiaria. Lo realiza a partir de reconocer los tratados internacionales de Derechos Humanos recogidos en el artículo 75, inciso 22²⁸ que establece la jerarquía superior de los tratados internacionales frente a las leyes nacionales; a esto debemos sumarle que el inciso 23²⁹ obliga al Estado a legislar y promover medidas que garanticen la igualdad real de oportunidades y de trato, y el pleno goce y ejercicio de los derechos reconocidos por la CN.

Los tratados internacionales de los que se habla son los siguientes:

- Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre; artículo XI³⁰: “Toda persona tiene derecho a que su salud sea preservada por medidas sanitarias y sociales, relativas a la alimentación, el vestido, la vivienda y la asistencia médica, correspondientes al nivel que permitan los recursos públicos y los de la comunidad”.
- Declaración Universal de los Derechos Humanos en su artículo 25, inciso 1³¹ establece: “Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez y otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad”.
- Convención Internacional sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Racial, artículo 5³² habla de que: “En conformidad con las obligaciones fundamentales estipuladas en el artículo 2 de la presente Convención, los Estados Parte se comprometen a prohibir y eliminar la discriminación racial en todas sus formas y a garantizar el derecho de toda persona a la igualdad ante la ley, sin distinción de raza, color y origen nacional o étnico, particularmente en el goce de los derechos siguientes:...
 - e. Los derechos económicos, sociales y culturales, en particular:...
 - IV. El derecho a la salud pública, la asistencia médica, la seguridad social y los servicios sociales...”.
- Convención Americana sobre Derechos Humanos, conocida como Pacto de San José de Costa Rica; establece en su artículo 5º, inciso 1³³: “Toda persona tiene derecho a que se respete su integridad física, psíquica y moral”.
- Pacto Internacional de Derechos económicos, Sociales y Culturales en su artículo 12³⁴ ordena:

“1. Los Estados Parte en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.

2. Entre las medidas que deberían adoptar los Estados Partes en el Pacto a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho, figurarán las necesarias para:

- a. la reducción de la mortalidad y de la mortalidad infantil, y el sano desarrollo de los niños;
- b. el mejoramiento en todos sus aspectos de la higiene del trabajo y del medio ambiente;
- c. la prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, y la lucha contra ellas;
- d. la creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad”.

Estos pactos internacionales contienen cláusulas específicas que resguardan la vida y la salud de las personas, vinculadas a la obligación de brindar asistencia y cuidados especiales a todos los habitantes de la Nación que así lo requieran.

Cumpliendo con estos pactos y frente a la necesidad de asistencia de la salud de las personas con VIH, en 1990 se promulgó la Ley Nacional de Sida³⁵ que establece en su artículo 1: “Declárese de interés nacional a la lucha contra el síndrome de inmunodeficiencia adquirida, entendiéndose por tal la detección e investigación de sus agentes causales, el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad, su prevención, asistencia y rehabilitación, incluyendo la de sus patologías derivadas, como así también las medidas tendientes a evitar su propagación, en primer lugar la educación de la población”.

Esta ley y su respectivo decreto reglamentario establecen entre otros temas: notificar los casos detectados dentro de las 48 horas de confirmado el diagnóstico (Ley 15.465³⁶), el carácter reservado de las notificaciones estableciendo un sistema de clave con datos para localizar e individualizar a la persona, iguales condiciones se emplean para comunicar el fallecimiento de un enfermo y las causas de su muerte, como así también se incluye, la prohibición de revelar información, salvo en circunstancias específicas.

Con el paso del tiempo se dictaron leyes complementarias que se detallan a continuación:

- Ley 24.455³⁷: establece la obligatoriedad de que las Obras Sociales dispensen tratamientos médicos, psicológicos y farmacológicos a las personas con VIH.
- Ley 24.754³⁸: incorpora la atención de las personas con VIH por parte de los seguros de salud privados: medicina prepaga.
- Ley 25.543³⁹: establece la obligatoriedad del ofrecimiento del test de diagnóstico del VIH a todas las mujeres embarazadas como parte del cuidado prenatal normal.
- Ley 24.660⁴⁰: instituye el deber de otorgar la asistencia integral de las personas con VIH en situación de cárcel.

Dirección de Sida y Enfermedades de Transmisión Sexual

La Ley Nacional de Sida y su decreto reglamentario establecen la creación de la Dirección de Sida y Enfermedades de Transmisión Sexual (DSyETS). Este organismo depende del Ministerio de Salud, Secretaría de Promoción y Programas Sanitarios, Subsecretaría de Prevención y Control de Riesgos. Sus funciones a grandes rasgos son⁴¹:

- Elaborar una estrategia integral que permita reducir el impacto de la epidemia de VIH/Sida y las ETS mediante la implementación de acciones de prevención y promoción del cuidado de la salud.
- Coordinar acciones para asegurar la mejor calidad de vida de las personas con VIH.
- Fortalecer la investigación relacionada con el VIH/Sida y las ETS.

En lo referente a esta investigación, las acciones a cargo de la DSyETS específicas son:

“7. Asegurar la provisión de medicamentos para las PVVS en todo el país, según normas legales.

8. Gerenciar la provisión de medicamentos para VIH/Sida y ETS y otras enfermedades asociadas, para PVVS (personas que viven con VIH) que se encuentran bajo el Programa”.

Una de las tareas realizadas por esta dirección fue la Planificación Estratégica 2008-2011⁴². En su elaboración trabajó conjuntamente con la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre VIH/Sida (ONUSIDA). Los objetivos planteados incluían:

- Continuar con las acciones realizadas hasta ese momento, buscando reducir las diferencias observadas a partir de las nuevas realidades visualizadas en los ámbitos nacional, provincial y local.
- Garantizar el acceso universal a la prevención, asistencia y tratamiento en VIH/Sida a todas las personas que lo necesiten.

Para alcanzar estos objetivos, se plantearon cuatro ejes estratégicos: los dos primeros trataban sobre el conocimiento y la prevención, el cuarto sobre las tareas de capacitación de las personas que trabajan en esta patología;

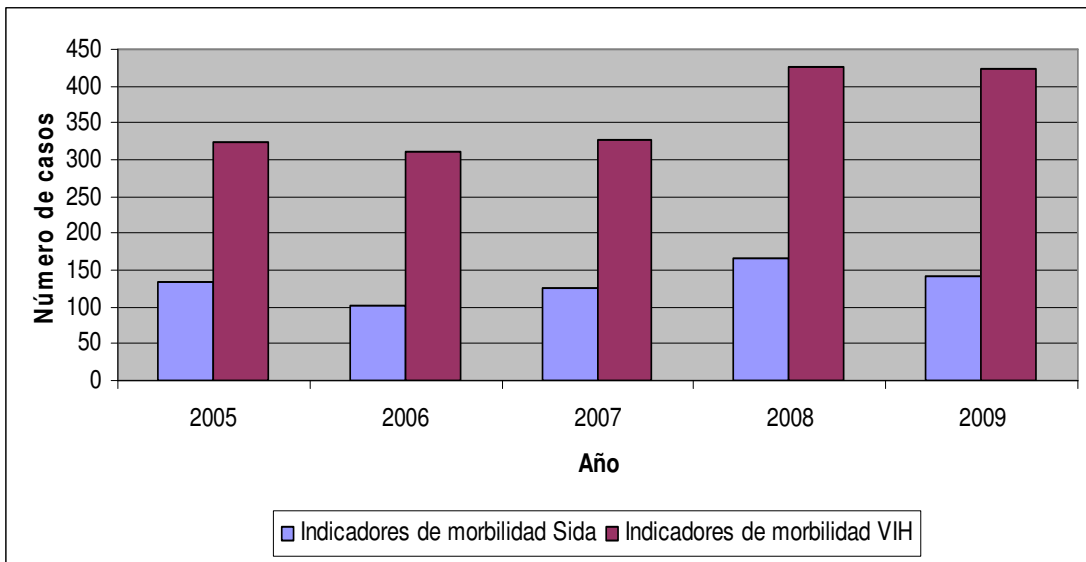
mientras que el tercero, establecía la necesidad de trabajar en garantizar de manera integral el acceso a una atención calificada por equipos multidisciplinarios, la calidad de los tratamientos, su monitoreo y el acompañamiento psicosocial de las personas con VIH. Este eje estratégico en el punto tres establecía: “Asegurar el abastecimiento regular de los insumos, garantizando el stock mínimo de medicamentos tanto para situaciones especiales como para asegurar la continuidad de los tratamientos, especialmente en las provincias”.

Estos cuatro ejes estratégicos debían ser implementados a nivel del sector público y la sociedad civil, incluyendo a los Municipios, las Provincias y la Nación.

Este organismo estableció dos indicadores de gestión: personas bajo seguimiento médico y pacientes con medicación antirretroviral (ARV). Con este fin, se determinó que: “La Dirección de Sida y Enfermedades de Transmisión Sexual cubre los costos de medicación y estudios de CD4, carga viral para VIH y para hepatitis C y test de resistencia de pacientes que se atienden en el sistema público de salud”⁴³.

Además de los indicadores mencionados, la DSyETS utiliza otros índices que son de utilidad para esta investigación, “los indicadores de morbimortalidad de la provincia de Córdoba” (ver Figuras 2 y 3). Estos datos son publicados por el Ministerio de Salud bajo el nombre de “Indicadores Básicos de Salud”. Esta edición incluye información importante y necesaria para la toma de decisiones en este ámbito, es de aparición anual y los datos incluidos tienen una antigüedad de dos años.

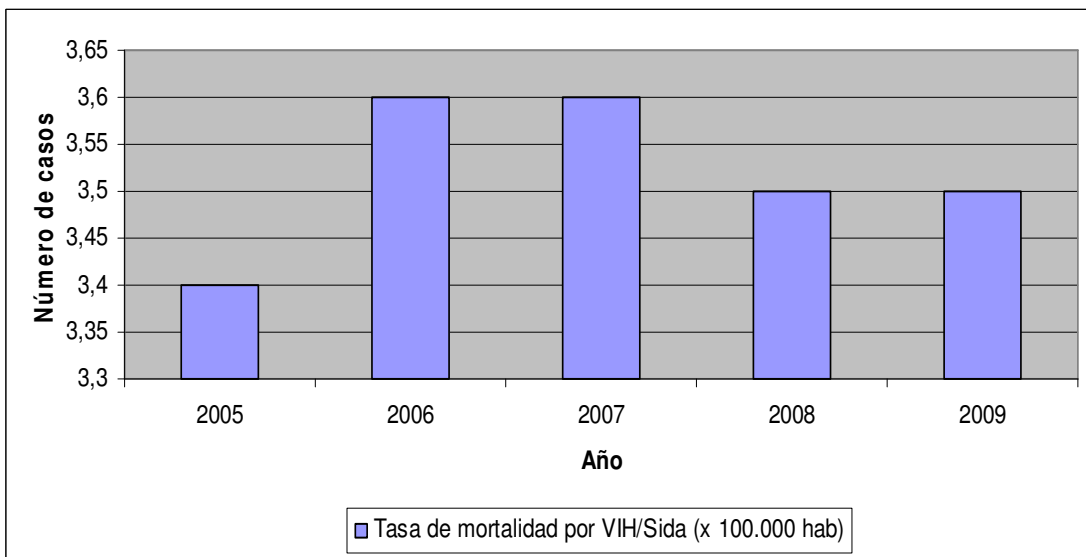
Figura 2: Indicadores de morbilidad de VIH y Sida en la provincia de Córdoba.



Adaptado de indicadores básico de salud correspondientes al periodo 2006-2013⁴⁴⁻⁴⁸.

Nota: Los valores correspondientes al año 2006 son datos provisorios.

Figura 3: Tasa de mortalidad por Sida en la provincia de Córdoba.



Adaptado de Indicadores básico de salud correspondientes al periodo 2006-2013⁴⁹⁻⁵³.

Programa de Lucha contra el Sida y Enfermedades de Transmisión Sexual

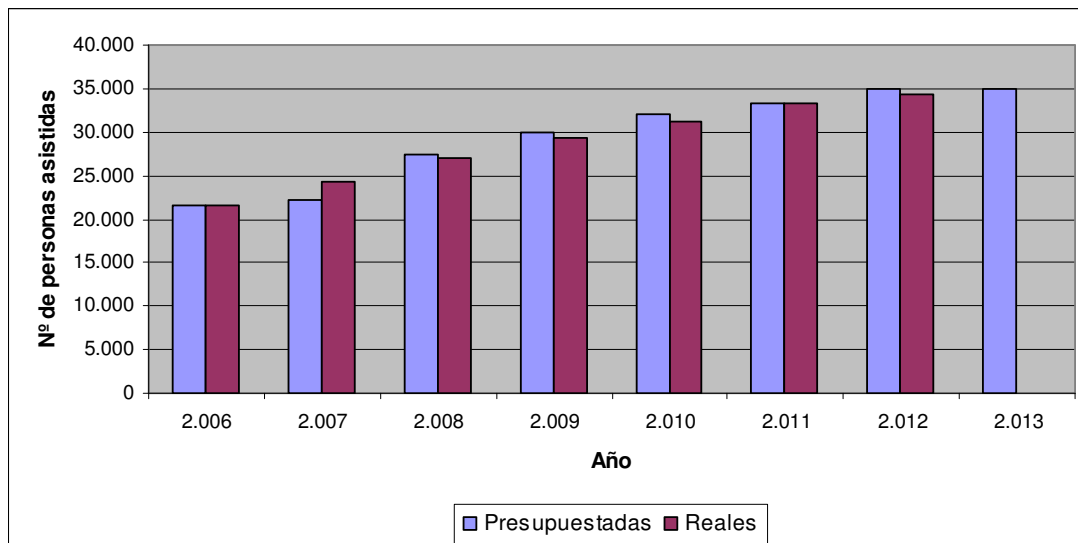
A cargo de la DSyETS se encuentra el Programa de Lucha contra el Sida y Enfermedades de Transmisión Sexual (PN). Este, lleva adelante acciones preventivas sobre la población en general, focalizado en la atención de grupos vulnerables, mejorando la calidad de vida de las personas con VIH de todo el país que carecen de cobertura social y recursos económicos. Las acciones que el programa lleva a cabo son las siguientes:

- Asistencia regular con medicamentos
- Estudios de carga viral
- Distribución de biológicos¹
- Asistencia nutricional a recién nacidos de madres VIH positivas
- Distribución de preservativos
- Publicaciones técnicas
- Elaboración y difusión de materiales sobre VIH/Sida
- Asistencia con medicamentos para el tratamiento de la hepatitis viral

La situación de la epidemia de VIH/Sida en nuestro país presenta un patrón epidemiológico de crecimiento, por lo que año tras año se incrementa el número de personas que reciben tratamiento farmacológico. A esto se suman las mayores exigencias presupuestarias derivadas, especialmente, del encarecimiento de los tratamientos antiretrovirales (TARV), del costo de los medicamentos para personas que han generado resistencia a determinados fármacos y la cobertura de enfermedades oportunistas derivadas de la situación inmunológica de la persona con VIH. Por esta razón, se observa un aumento en el presupuesto anual del número de personas que reciben asistencia regular con medicamentos ARV (ver Figura 4).

¹ Se denomina de esa manera a los reactivos de laboratorio

Figura 4: Número de personas con VIH que reciben asistencia regular con medicamentos incluidas en el Presupuesto General de la Administración Nacional.



Adaptado de Presupuesto General de la Administración Nacional correspondientes al periodo 2006-2013⁵⁴⁻⁵⁹.

El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirido (Sida) es una enfermedad descrita por primera vez en el año 1981⁶⁰ que se transformó en pandemia rápidamente en el mundo.

El agente causal es el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH). Se trata de un retrovirus que infecta a las células del sistema inmunitario (principalmente las células T CD₄⁺ y macrófagos, componentes claves del sistema inmunitario celular) y destruye o daña su funcionamiento. La infección por este virus provoca un deterioro progresivo del sistema inmunitario, lo que deriva en inmunodeficiencia.

Para el tratamiento de esta infección se cuenta con medicamentos específicos que tienen como blanco las proteínas celulares de fusión,

integrasa, transcriptasa inversa y proteasa⁶¹. Estos fármacos utilizados en combinación, en lo que dio en llamar “Terapia Antirretroviral de Gran Actividad” (TARGA), posibilitaron que esta enfermedad se transforme en crónica⁶². Este éxito se sustenta en la adherencia al tratamiento, la cual debe ser superior al 95%⁶³ para lograr una respuesta virológica óptima que permita la reconstrucción del sistema inmunológico, reducir la resistencia del VIH y la progresión clínica de la enfermedad mejorando la calidad de vida de la persona⁶⁴.

Los estudios han demostrado que la incapacidad de adherir al TARGA puede llevar a fallas virológicas e inmunológicas, aparición de virus resistentes⁶⁵ y aumento en la tasa de mortalidad⁶⁶. Incluso las variaciones menores en la adherencia al tratamiento pueden tener un impacto muy importante en el desarrollo de la resistencia⁶⁷.

Este elemento tan importante como es la adherencia al tratamiento se define como un proceso dinámico y complejo que involucra los siguientes factores relacionados⁶⁸ con:

- La persona enferma^{69,70}: en este punto es necesario tener en cuenta edad, sexo, raza, nivel cultural, estilo de vida, situación económica y laboral, disponibilidad de domicilio fijo, personalidad, tolerancia a la frustración, presencia o no de trastornos psicológicos, creencias personales, religiosas y socioculturales, historia previa, apoyo social y familiar (real y percibido por la persona), actitudes y percepciones respecto a la medicación, la enfermedad y el equipo asistencial, autoeficiencia percibida (creencia de que es capaz de ejecutar exitosamente el tratamiento prescrito), etc.
- La enfermedad: tener presente los factores relacionados con la cronicidad, la presencia o no de síntomas, tiempo de la infección, gravedad, enfoque y momento del proceso de la enfermedad, etc.

- El tratamiento: se debe tener en cuenta la complejidad del régimen terapéutico⁷¹ (número de unidades galénicas a ingerir por día^{72,73} y número de administraciones al día, rigidez en el intervalo de dosificación, requerimientos alimenticios, requerimiento de pH gástrico), horarios de la administración de los fármacos, efectos secundarios y adversos⁷⁴, existencias de tratamientos previos, planteamiento de objetivos terapéuticos alcanzables, grado de cambio comportamental requerido, etc.
- La institución que presta el servicio de salud: continuidad o no del cuidado médico, tiempo de espera, estigmatización de la institución y de las personas con VIH dentro de las instalaciones de la institución, etc.
- La interacción y relación de la persona con VIH y los agentes de salud: efectividad de la comunicación, trato, actitudes, comunicación verbal y no verbal, idoneidad de las recomendaciones terapéuticas (contenido de la información y forma en que se emite), empatía (tono afectivo y emocional de la relación terapéutica), características del equipo de salud (autoritarios, paternalistas, abandonónicos,...) satisfacción de la persona con VIH con la atención recibida, etc.

Lamentablemente, las pruebas indican que la adherencia al tratamiento disminuye a un ritmo constante con el tiempo⁷⁵, y muy pocas personas toman los medicamentos tal como se los indicara el profesional de la salud.

Frente al problema de la falta de adherencia el profesional farmacéutico debe poner en juego todas sus destrezas y capacidades para intentar, junto con la persona con VIH, encontrar la solución. La herramienta que mejores resultados ha brindado es la aplicación de la Atención Farmacéutica⁷⁶, actividad que permite la creación de un espacio de encuentro, reflexión y contención, facilitador de experiencias, que permite trabajar para mejorar y fortalecer la adherencia al tratamiento posibilitando la expresión de miedos,

ansiedades, angustias y expectativas, esclareciendo inquietudes y temores relacionados con la enfermedad del VIH a través del mejoramiento de la relación persona con VIH-medicamento ARV-profesional farmacéutico.

En los últimos tiempos existen noticias alentadoras sobre esta patología, tal como lo demuestra el último informe de ONUSIDA⁷⁷ en el que se comunica un descenso de más del 50% en la morbilidad por el VIH en 25 países, un aumento en el número de personas que reciben TARV y una disminución en la mortalidad relacionada con el sida en más de un 25% entre 2005 y 2011 a nivel mundial. La noticia más revolucionaria se presentó en la jornada inaugural de la XX Conferencia sobre Retrovirus e Infecciones Oportunistas (CROI 2013) sobre la curación de una niña infectada por VIH durante el parto que había recibido TARV triple a las pocas horas de nacer presentado por investigadores de la Facultad de Medicina de la Universidad Johns Hopkins⁷⁸.

En este clima actual de optimismo, donde se alcanzan importantes metas a nivel mundial, este trabajo de investigación pretende examinar dos sistemas de suministros de medicamentos ARV y las consecuencias de la implementación de los mismos con la intención de aprender de la experiencia. Es por que se plantean las siguientes metas:

Objetivo general:

Analizar la justicia en la macrodistribución de medicamentos antirretrovirales a las personas con VIH que recibían atención farmacéutica en el Hospital Nacional de Clínicas “Dr. Pedro Vella” en el periodo comprendido entre 2007-2010.

Objetivos específicos:

- Describir y comparar los sistemas de suministros implementados en el periodo de estudio y las consecuencias de los mismos.
- Determinar si los sistemas de suministros implementados por el Programa Provincial de Lucha contra el Sida y Enfermedades de Transmisión Sexual (PP) fueron justos a través de un análisis bioético.
- Proponer, si es posible, una regla mnemotécnica aplicable a los momentos posteriores a la toma de decisión sobre la distribución de los recursos que permita determinar si se actúa con justicia.

Capítulo 2

METODOLOGÍA

"No consideramos que la justicia se nos presente por naturaleza, porque sí, sino porque se puede enseñar y se aprende con la práctica".

PLATÓN

(Filósofo griego seguidor de Sócrates y maestro de Aristóteles)

Capítulo 2

METODOLOGÍA

Descripción del proyecto de investigación

En las páginas que continúan se intentará ahondar en el tema de la justicia en la macrodistribución de los recursos en salud; para ello, se expondrá como se realizó la distribución de medicamentos ARV a cargo del Programa Provincial de Lucha contra el Sida y ETS de la provincia de Córdoba (PP) y, en particular, las consecuencias sucedidas en las personas con VIH atendidas en el Hospital Nacional de Clínicas Dr. Pedro Vella (HNC) a través del Departamento de Atención Farmacéutica (DAF). Más adelante se entrará directamente en el análisis del problema en dos niveles importantes; el deontológico y el teleológico presentando sus elementos constitutivos.

Metodología empleada

Desde el momento de la creación del Programa Nacional de Lucha contra el Sida y Enfermedades de Transmisión Sexual (PN) se estableció un sistema de suministro de medicamentos descentralizado a través del cual, los fármacos eran enviados a las provincias y desde allí se distribuían a los efectores periféricos. En la provincia de Córdoba, esta forma de trabajo dio origen al PP. Durante los primeros años, cuando el Estado Nacional comenzaba a cubrir los tratamientos farmacológicos de VIH, el circuito de suministro y dispensación estaba a cargo de los profesionales médicos infectólogos. Con el paso del tiempo y el aumento del número de personas incluidas en el PN se hizo necesaria la participación del profesional farmacéutico.

En el mes de mayo de 2008, el PP decidió modificar el sistema de suministro de medicamentos ARV al HNC, lo que tuvo consecuencias importantes en la forma de dispensación y en las respuestas de las personas con VIH.

Con el objeto de determinar si este cambio de práctica fue justa se planificó realizar un estudio comparativo, retrospectivo, observacional y longitudinal.

El periodo de estudio determinado para realizar la investigación fue de 30 meses calendario, el tiempo comprendido entre septiembre de 2007 y febrero de 2010. Esa etapa correspondió a la existencia del DAF dependiente de la Dirección Asistencial del HNC. En ese espacio, las personas con VIH recibían Atención Farmacéutica en el ámbito asistencial, incluyendo las siguientes actividades y tareas:

- Dispensación activa
 - Conocer a la persona enferma, su forma de vida, quien/es la contienen, forma de vida, entre otros aspectos personales.
 - Brindar la información necesaria en un lenguaje adecuado, así como consejo de uso de los medicamentos y formas de administración correcta.
 - Establecer y mantener un contacto apropiado con la persona enferma que permita una relación de confianza.
- Seguimiento farmacoterapéutico
 - Evaluar y monitorizar la farmacoterapia indicada por el médico infectólogo y por otros profesionales encargados del tratamiento de patologías concomitantes. El objetivo que se perseguía era obtener el máximo beneficio de la terapia medicamentosa

indicada evaluando necesidad, efectividad y seguridad en cada situación clínica.

- Informar al/los médico/s tratante/s los problemas relacionados con los medicamentos y las posibles soluciones a los mismos.
- Establecer conjuntamente con la persona enferma medidas higiénico-dietarias que permitan reducir o mitigar la aparición de problemas relacionados con los medicamentos.
- Investigar e identificar problemas de adherencia al tratamiento ARV y patologías concomitantes. Aún cuando no se disponía de acceso a los valores de carga viral y recuento de CD₄ para cada persona en particular (información a la que solo accedían algunos médicos infectólogos), esta tarea fue muy importante porque el profesional farmacéutico puede detectar los problemas de mala adherencia antes de que los mismos se evidencien en las pruebas de laboratorio. Para ello se debe considerar las siguientes variables:

1. Los factores psicosociales de la persona enferma:

- Sexo
- Edad
- Estilo de vida
- Situación laboral
- Estado cognitivo y emocional de la persona enferma
- Tolerancia a la frustración
- Creencias religiosas
- Creencias y conocimiento sobre la enfermedad (valoración)
- Concepto personal de salud y calidad de vida

- Estilo de afrontamiento (actitud o postura frente a la enfermedad)
 - Expectativa de resultados
 - Autoeficacia percibida (creencia de que es capaz de ejecutar exitosamente un determinado comportamiento)
2. Las interacciones entre profesionales de la salud y la persona enferma:
- Efectividad de la comunicación
 - Comunicación abierta
 - Idoneidad de las recomendaciones terapéuticas (contenido de la información y forma en que se ha emitido)
 - Empatía (tono afectivo y emocional de la relación terapéutica)
 - Congruencia entre las expectativas del profesional de la salud y de la persona enferma
 - Motivación
 - Satisfacción de la persona enferma, quien evaluará: comunicación e información, calidad técnica, accesibilidad y conveniencia, eficacia y resultados, continuidad, ambiente físico y disponibilidad
 - Toma de decisiones basadas en el consentimiento informado
3. Los referidos a la enfermedad:
- Proceso crónico o agudo, sintomático o asintomático
 - Tratamiento curativo o paliativo
 - Historia de la enfermedad

4. Los referidos al tipo de tratamiento y características del régimen terapéutico:

- Preconceptos sobre los medicamentos
- Expectativas sobre los tratamientos farmacológicos
- Existencia de tratamientos previos
- Planteamiento de objetivos terapéuticos alcanzables
- Información
- Duración de los tratamientos
- Grado de cambio comportamental requerido
- Complejidad (número de unidades galénicas al día, número de administraciones al día, rigidez en el intervalo de dosificación, requerimientos alimenticios, requerimiento de pH gástrico, efectos adversos, efectos secundarios, interacciones medicamentosas potenciales, disponibilidad de formulaciones líquidas, costo inmediato de la medicación)

5. Los referidos al contexto social donde la persona enferma vive:

- Entorno familiar y social
 - Apoyo social (real y percibido por la persona enferma)
 - Acompañamiento
 - Escenario donde la persona enferma es asistida
- Consensuar con la persona enferma estrategias para solucionar problemas de adherencia.
- Consulta farmacéutica
 - Atender y responder las inquietudes de las personas enfermas con un lenguaje adecuado.
 - Promoción del uso racional de los medicamentos

- Brindar información independiente sobre los medicamentos ARV y otros a los profesionales médicos y personas con VIH asistidas.
- Farmacovigilancia
 - Detección de efectos adversos y/o inesperados.
 - Reporte de los casos detectados al profesional médico tratante y al Sistema de Farmacovigilancia de la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica (ANMAT).
- Educación sanitaria

Se realizó en forma individual y colectiva sobre los siguientes temas:

 - Importancia de la adherencia al tratamiento ARV.
 - Administración segura de los medicamentos de vía oral y administración subcutánea.
 - Peligros de la automedicación.
 - Ingesta de medicamentos que contienen derivados de la ergotamina.
 - Lectura y comprensión de la información incluida en los prospectos, etiquetas y rótulos de los medicamentos.

Las visitas al DAF se diseñaron para mejorar el conocimiento y comprensión de la infección por VIH, para identificar y resolver las barreras reales y posibles para el cumplimiento con el fármaco y, finalmente, para mejorar la adherencia. Las intervenciones farmacéuticas realizadas se centraron en:

- Determinantes cognitivos: conocimientos, creencias, suposiciones acerca de la medicación y la patología.
- Determinantes emocionales: incertidumbres, pérdidas de esperanzas, ansiedades.
- Determinantes sociales: estigma asociado con la enfermedad.

- Determinantes conductuales: planes para lograr la adherencia al tratamiento.

Durante el tiempo en el que se desarrolló la investigación se pudieron determinar tres etapas importantes que se detallan a continuación.

1. Sistema de suministro antiguo (SSA): analizada desde septiembre de 2007 a mayo de 2008.
2. Etapa de transición (ET): estimado entre los meses de mayo y julio de 2008.
3. Sistema de suministro nuevo (SSN): considerado entre agosto de 2008 hasta la finalización del tiempo de la investigación.

Para facilitar la comprensión y distinguir esas etapas durante el desarrollo de la investigación, se empleará una línea de tiempo que se presenta a continuación (ver Figura 5).

Figura 5: Línea del tiempo donde se incluyen las etapas en que se divide el periodo en estudio.

	2007							2008			2009							2010												
	S	O	N	D	E	F	M	Ab	M	J	J	Ag	S	O	N	D	E	F	M	Ab	M	J	J	Ag	S	O	N	D	E	F
	SSA							ET			SSN																			

Se designó “periodo” al momento del tiempo transcurrido entre dos suministros de la mayor cantidad de medicamentos ARV por parte del PP (número de IFAs suministradas).

Cada suministro del efector provincial era entregado al finalizar el horario de atención del DAF, quedando disponible para la dispensación al día siguiente. A cada periodo se le asignó la denominación del mes calendario en que se lleva a cabo la dispensación de los mismos a las personas con VIH (ver Tabla 1).

Tabla 1: Relación entre la fecha de dispensación y el nombre del periodo asignado.

Año	Periodo	Fecha de dispensación
2007	S	07/S/07
	O	16/O/07
	N	16/N/07
	D	07/D/07
2008	E	04/E/08
	F	
	Mz	28/F/08 - 27/03/08
	Ab	24/Ab/08
	My	29/My/08
	Jn	26/Jn/08
	Jl	24/Jl/08
	Ag	28/Ag/08
	S	25/S/08
	O	21/O/08
	N	20/N/08
	D	19/D/08
2009	E	20/E/09
	F	20/F/09

Año	Periodo	Fecha de dispensación
	Mz	03/Mz/09
	Ab	23/Ab/09
	My	29/My/09
	Jn	
	Jl	10/Jl/09
	Ag	12/Ag/09
	S	09/S/09
	O	09/O/09
	N	10/N/09
	D	11/D/09
2010	E	12/E/10
	F	10/F/10

La población accesible incluida en esta investigación fueron todas las personas con VIH incluidas en el PN que recibieron atención farmacéutica en el DAF del HNC en el tiempo señalado.

En el desarrollo de esta pesquisa se incluyeron un gran número de variables que serán presentadas en forma de gráficos con la intención de realizar una comparación pormenorizada de los dos sistemas de suministros y las consecuencias observadas.

- Variables en estudio relacionadas con los sistemas de suministros:
 - N° de solicitudes de TARVs al PN por periodo.
 - N° de TARVs suministrados por el PP por periodo.
 - N° de TARVs dispensados en el DAF por periodo.

- N° de suministros de medicamentos recibidos desde el PP por periodo
- N° de suministros de medicamentos recibidos desde el PP con y sin remito por periodo.
- N° de fármacos suministrados por el PP con y sin remito por periodo.
- N° de días transcurridos entre la solicitud y el suministro de medicamentos por periodo.
- N° de días transcurridos entre dos suministros de medicamentos por periodo.
- N° de días con problemas de suministro.
- Variables en estudio relacionadas con las consecuencias de los sistemas de suministro:
 - N° de dispensaciones por periodo.
 - N° de personas con VIH atendidas en el DAF por periodo.
 - N° de personas con VIH que retiraron medicamentos ARV por periodo.
 - N° de dispensaciones mensuales realizadas por periodo.
 - N° de dispensaciones fraccionadas realizadas por periodo.
 - N° de dispensaciones no realizadas por carencia de medicamentos por periodo.
 - Adherencia promedio por periodo.
 - N° de dosis de medicamentos faltantes teóricas promedio por periodo.
 - N° de personas con VIH que iniciaron y abandonaron el TARV por periodo.

Con respecto a los procedimientos de recolección de los datos, se recurrió a:

- los registros de suministro recibidos desde el PP donde se detalla los fármacos recibidos, cantidades, fecha de caducidad, medicamentos recibidos no incluidos en los remitos correspondientes, etc.;
- las fichas de seguimiento farmacoterapéutico individual de las personas con VIH asistidas en el DAF donde se incluye información de notificación espontánea, farmacoterapia dispensada, problemas relacionados con los medicamentos detectados, problemas de salud, resolución de los problemas detectados, entre otros temas; y,
- los registros electrónicos de dispensación y adquisición de medicamentos.

Las anotaciones de los datos y los cálculos se realizaron en una base de datos de Microsoft Office Excel, versión 2007. Para ello, se diseñaron sendas matrices de recolección de datos en que se volcó la información seleccionada para su análisis.

El nivel de adherencia de cada una de las personas con VIH al TARV se calculó como adherencia en un intervalo de dispensación; vale decir, como la razón entre días de medicación dispensada y días transcurridos entre dos dispensaciones⁷⁹. Las fórmulas empleadas fueron las siguientes:

- Adherencia en un intervalo de dispensación (AdhID), obtenido como resultado del cálculo a partir de la siguiente fórmula:

$$Adh_{ID} = \frac{N^{\circ} \text{ de días de medicación dispensada}}{N^{\circ} \text{ de días entre dos dispensaciones}}$$

- Número de dosis de medicamentos faltantes (teóricas) a partir de la fórmula:

N° DF = N° de días entre dos dispensaciones – N° de días de tratamiento completo dispensado

Las mediciones se realizaron según los periodos de tiempo establecidos en la investigación para cada una de las personas con VIH participantes. Luego, los resultados se promediaron para obtener un valor que represente a la totalidad de las personas asistidas en el DAF.

Capítulo 3

RESULTADOS

*"Sólo con una ardiente paciencia
conquistaremos la espléndida ciudad que dará
luz, justicia y dignidad a todos los hombres. Así
la poesía no habrá cantado en vano".*

PABLO NERUDA

(Poeta chileno)

Capítulo 3

RESULTADOS

Generalidades de la población asistida en el DAF

La población asistida en el DAF durante el periodo de estudio incluyó 409 personas (ver Figura 6), 83 (20,29%) correspondían al sexo femenino y 326 (79,71%) al sexo masculino. Siendo el mayor grupo etáreo el correspondiente a los 40-44 años (124 personas con VIH, 30,32%), mientras que, 273 (66,75%) de las personas incluidas correspondían a la franja etárea comprendida entre los 35 y los 49 años de edad (ver Figura 7).

Figura 6: Población asistida en el DAF por periodo.

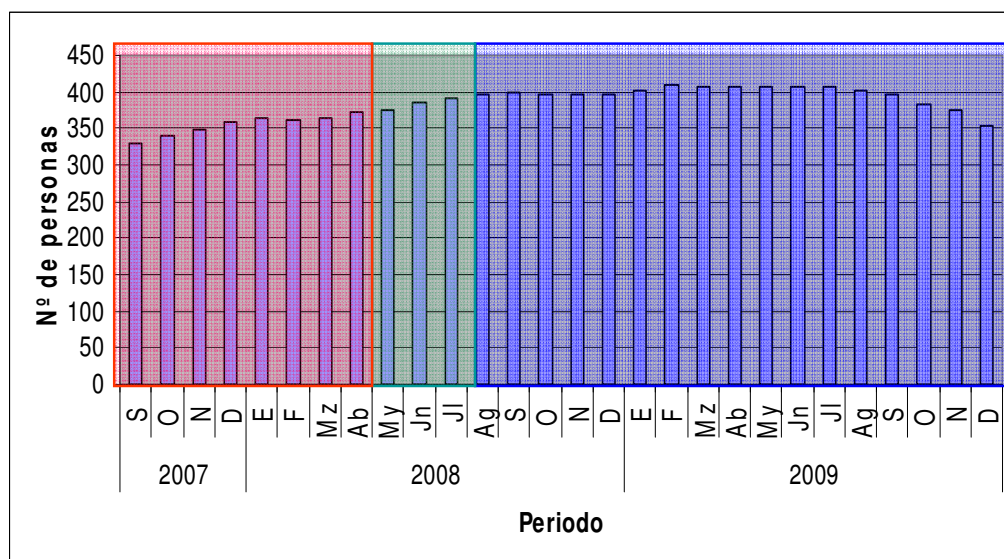
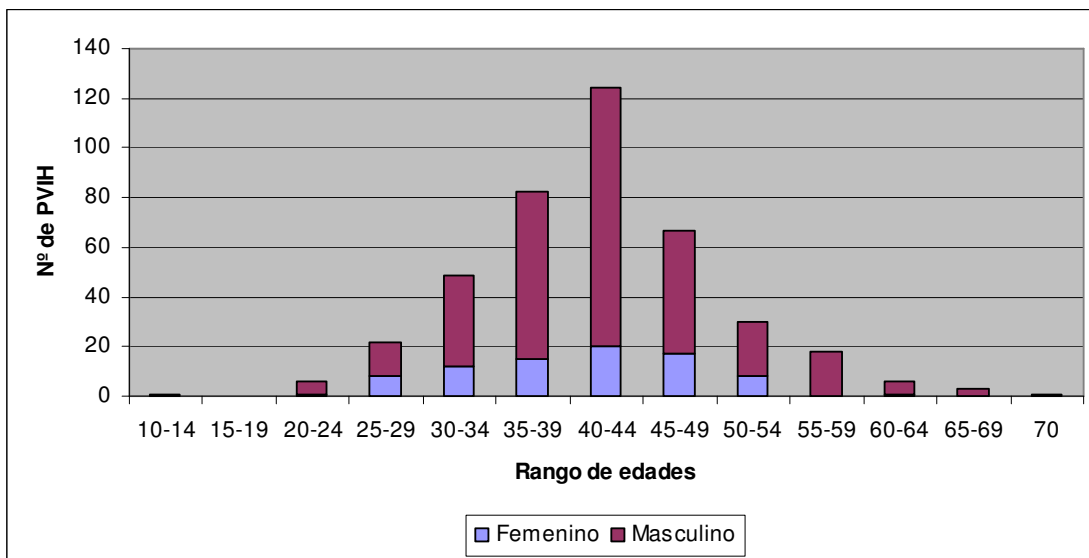


Figura 7: Edad de la población en estudio según el género.



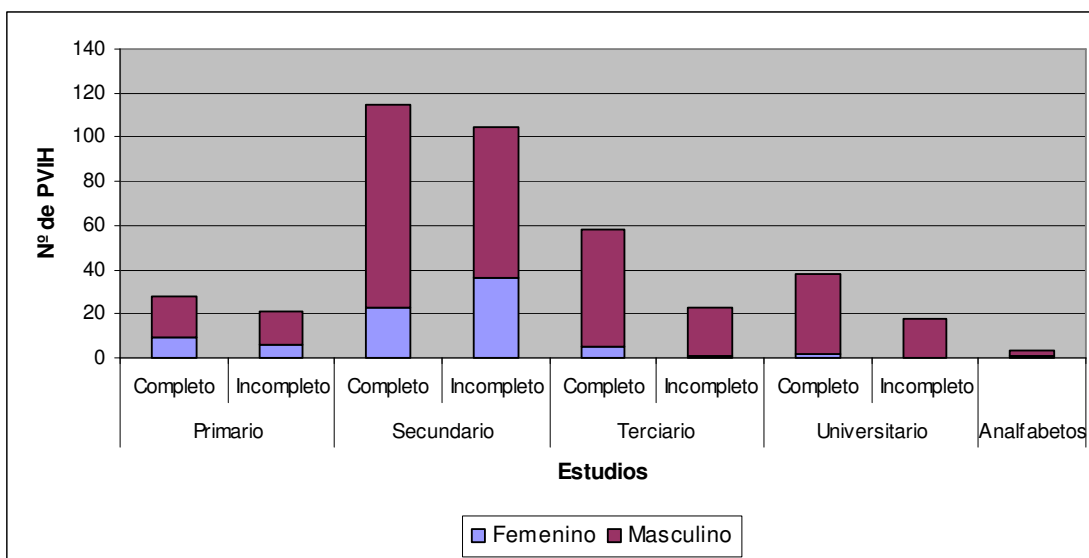
Si se analiza el nivel educacional de la población asistida en el DAF se puede observar que:

- 220 (53,79%) personas incluidas tenían cursados estudios secundarios, habiendo finalizados los mismos 115 (28,12%) del total de las personas,
- 49 (11,99%) tenían estudios secundarios, habiendo completado la escolarización 28 (6,84%),
- 81 (19,80%) habían cursado estudios terciarios, 58 (14,18%) personas completaron los mismos,
- 56 (13,69%) habían iniciado carreras universitarias, obteniendo el título de grado correspondiente 38 (9,29%), y,
- 3 (0,73%) de las personas asistidas eran analfabetos absolutos.

A estos últimos, debemos sumarles los analfabetos funcionales y gramaticales quienes representaron un gran desafío en el trabajo de la atención farmacéutica en la adherencia al TARV de las personas con VIH.

La manera en que la DSyETS adquiría la medicación hacía que constantemente se cambiaran los nombres registrados de los fármacos suministrados, laboratorios que tenían igual cartonería y formato para todas las IFAs que elaboraban, la caligrafía del médico tratante y la escasa disponibilidad de tiempo de los profesionales de la salud para explicar las indicaciones realizadas, atentaban contra el entendimiento de las consignas y, por ello, a la adherencia al tratamiento. Esto llevó a que, en la planificación de las actividades en el DAF se designaran los días jueves para la atención de estas personas que demandaban mayor cantidad de tiempo en la asistencia (ver Figura 8).

Figura 8: Nivel educacional de la población en estudio según el género.

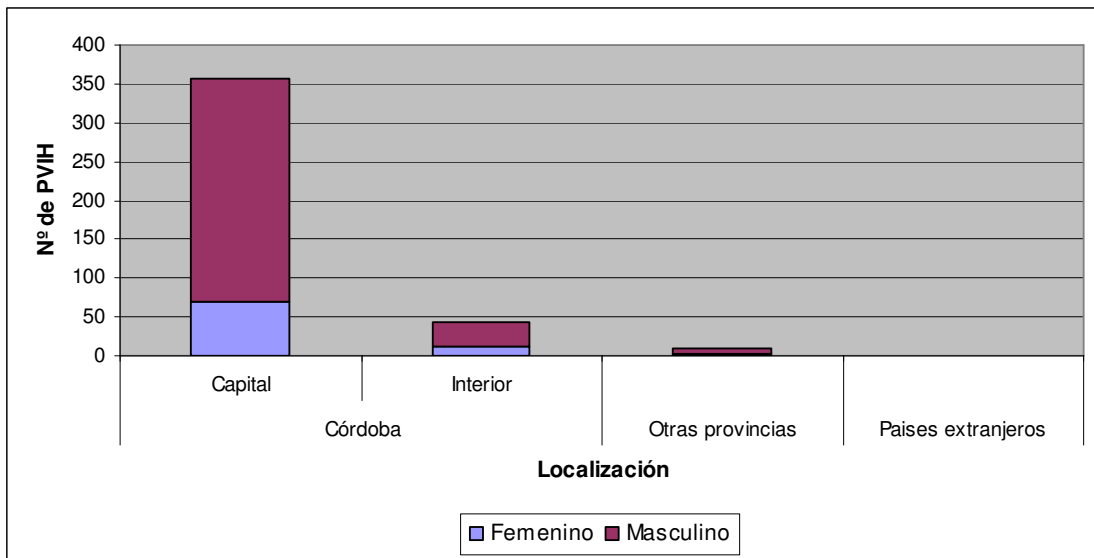


Otro dato importante a tener en cuenta era el lugar de residencia de la persona con VIH atendida en el DAF, al respecto se puede decir que:

- 399 (97,56%) personas habitaban en la provincia de Córdoba; de estas, 357 (87,29%) residían en la ciudad y 42 (10,27%) en el interior provincial,

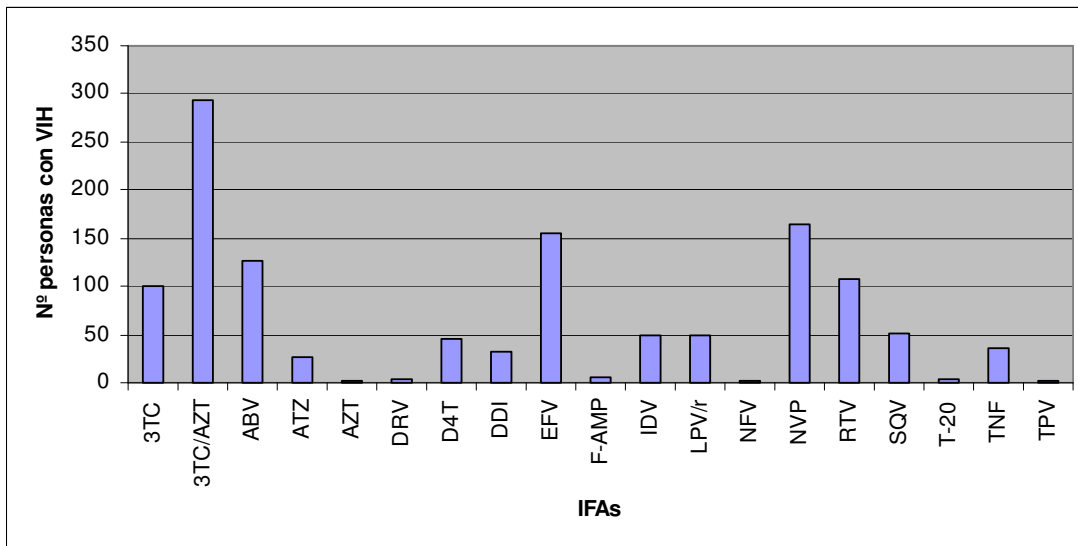
- 9 (2,20%) personas moraban en otras provincias del país, y,
- 1 (0,24%) persona con VIH asentada en el exterior, más concretamente en la ciudad de Montreal, Canadá (ver Figura 9).

Figura 9: Lugar de residencia de la población en estudio según el género.



A lo largo de los 30 meses de estudio, se realizaron indicaciones médicas específicas para cada una de las personas con VIH, pero también se realizaron rotaciones de esquemas de tratamientos según criterio médico. Las IFAs de mayor indicación fueron Lamivudina/Zidovudina 150/300 mg., Nevirapina 200 mg. y EFV 600 mg. (ver Figura 10).

Figura 10: Número de personas con VIH que tuvieron indicación de cada una de las IFAs.



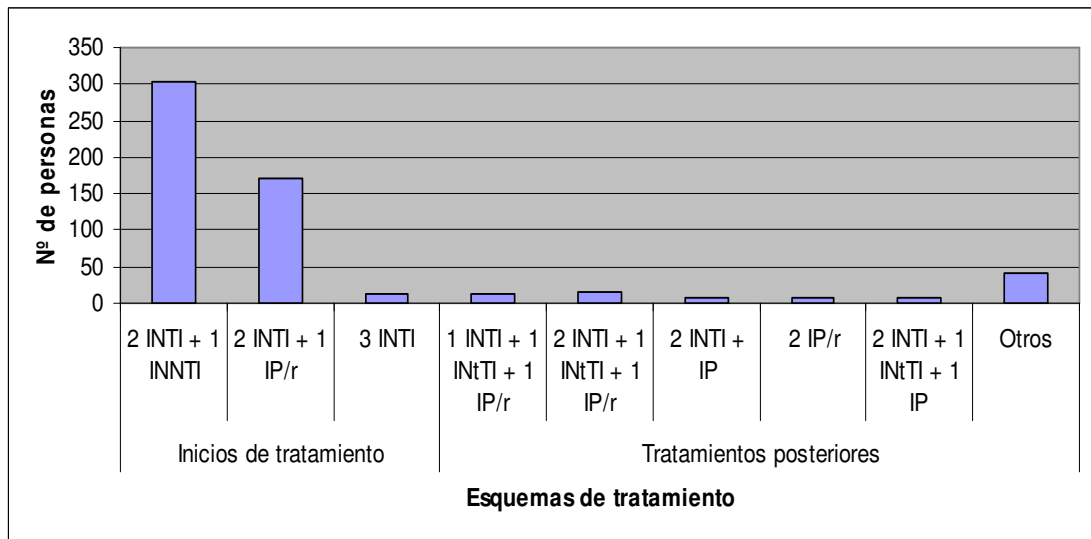
Los esquemas de tratamientos indicados fueron los que se demuestran en la Figura 11. El inicio de tratamiento ARV se recomendaba para personas con VIH que presentaban síntomas de la enfermedad o, que si bien eran asintomáticos, presentaban un recuento de CD₄ inferior a 250 células/mm³. El PN establecía recomendaciones de esquemas de tratamientos para los inicios⁸⁰.

En el caso particular de presentarse un fracaso terapéutico se debía rotar el tratamiento. El fracaso terapéutico estaba definido por:

- Progresión clínica de más de 6 meses de iniciado el tratamiento farmacológico.
- Fallo inmunológico: descenso del recuento de células CD₄/mm³.
- Fallo virológico: aumento de la carga viral o fracaso en lograr el descenso deseado.
- Intolerancia o toxicidad.
- Falta de adherencia.
- Esquema subóptimo.

El PN presentaba unas series de recomendaciones para la rotación de los esquemas de TARV que dependían de los resultados obtenidos en los test de resistencia, recomendando como última opción la incorporación de por lo menos dos IFAs activas⁸¹.

Figura 11: Esquemas de tratamientos ARV indicados en el HNC en el periodo de estudio relacionado con el número de indicaciones médicas.



Del total de las personas incluidas en la investigación, 317 (74,58%) mantuvieron el tratamiento inicial durante el periodo de estudio, mientras que a 92 (22,49%) se les debió rotar el tratamiento. En este caso la rotación de la indicación médica no puede adjudicarse a condiciones relacionadas con el suministro de medicamentos objeto de estudio de esta investigación debido a que las consecuencias de ese cambio se podrán visualizar con el paso del tiempo.

Programa Nacional de Lucha contra el Sida y ETS

La DSyETS, a través del PN, estableció el siguiente circuito de distribución de medicamentos:

- **Adquisición:** Los distintos efectores periféricos de salud (unidades hospitalarias) debían completar la “Planilla Resumen de Necesidades Mensuales de Medicamentos”, la cual se enviaba al PP, encargado de reunir las solicitudes de todos los efectores periféricos de la provincia. Cada jurisdicción (provincia) debía reenviar estas solicitudes al PN. El área asistencial de la DSyETS preparaba los pedidos de medicamentos solicitados e informaba a cada jurisdicción para ser retirados de los depósitos habilitados por el Ministerio de Salud. El PP, luego de retirar el pedido lo suministraba a cada uno de los efectores periféricos de salud en la provincia.
- **Ingreso al programa de asistencia:** Para la incorporación de una persona con VIH al listado de personas que recibían tratamiento, el médico infectólogo efector de salud debía completar el “Formulario para Inicio de Tratamiento con Medicación de Uso Restringido para el Tratamiento de la Infección por VIH/Sida”, el cual debía ser entregado al PP, quien se encargaba de enviarlo al PN. El médico responsable del área asistencial de la DSyETS analizaba la solicitud, si la solicitud estaba de acuerdo con las recomendaciones establecidas por esa dirección, era aprobada. La decisión era comunicada al PP vía correo electrónico. De esta manera, la persona con VIH podía ser incluida en el “Listado de Pacientes bajo el Programa Nacional de Lucha contra el Sida y ETS” del efector periférico. Esta operativa significaba en la práctica dos meses de retraso para el inicio de tratamiento.
- **Medicamentos no incluidos en el formulario del PN:** Frente a la necesidad de realizar tratamiento de VIH multirresistentes se recurría a un mecanismo especial que había sido comunicado a los PPs, y estos a su vez, a los médicos infectólogos eferentes. Este tipo de solicitud incluía la tramitación de subsidios a través de la Dirección de Asistencia

para Situaciones Especiales (DADSE) del Ministerio de Desarrollo Social.

- Baja del PN: Cuando una persona no se presentaba a retirar medicación por un periodo superior a los cuatro meses o en caso de fallecimiento se procedía a eliminar su código y tratamiento del “Listado de Pacientes bajo el Programa Nacional de Lucha contra el Sida y ETS”. En el último de los casos se debía adjuntar la “Notificación de defunción”. La medicación suministrada y no dispensada se incluía en la “Planilla Resumen de Necesidades Mensuales de Medicamentos” sin necesidad de realizar aclaración alguna.
- Material de prevención: El PN elaboraba, como parte de su campaña de prevención, material impreso que se entregaba a los PP para que estos los distribuyan en los eferentes periféricos. Igual sistema de distribución se había establecido para la entrega de preservativos.

Sistema de suministro antiguo

Circuito: Se empleaba el circuito de solicitud de medicamentos establecido por la DSyETS a nivel administrativo.

La única diferencia realizada en la práctica por iniciativa del DAF, estaba dada por el acceso de las personas con VIH al inicio del TARV. Si bien se seguían los pasos administrativos indicados, no se esperaba el tiempo de carencia de dos meses para iniciar en forma efectiva el tratamiento farmacológico. Se procedía a iniciar el tratamiento una vez que el médico infectólogo completaba el “Formulario para Inicio de Tratamiento con Medicamentos de Uso Restringidos para el tratamiento de la Infección por VIH/Sida”. Esta acción no podía realizarse cuando la indicación médica correspondía a medicamentos no incluidos en el formulario del PN.

La “Planilla Resumen de Necesidades Mensuales de Medicamentos” constaba de tres columnas donde se debía determinar el “consumo mensual necesario”, el “stock a la fecha de solicitud” y la “solicitud mensual de necesidades”. Este listado incluía 10 IFAs exclusivas para el tratamiento del VIH en distintas fórmulas farmacéuticas, cinco de ellas correspondían a formulaciones pediátricas y 12 a preparados sólidos. Esta planilla rápidamente quedó desactualizada con el paso del tiempo debido a la cobertura de nuevos medicamentos por parte del PN. Es por esta causa, que el formulario debía ser suplementado con páginas adicionales para agregar los medicamentos que la DSyETS informaba que cubría en su página de Internet. Se debían agregar 30 IFAs, de las cuales 11 correspondían a medicamentos ARV y 19 a fármacos para el tratamiento de las infecciones oportunistas.

Gestión de las necesidades: Esta actividad estaba a cargo de farmacéutico del DAF. El primer paso en la logística del medicamento era establecer los requerimientos mensuales para cubrir las necesidades de todas las personas asistidas. Para ello, se recurría a los datos sobre consumos históricos de cada medicamento, determinaciones de periodos de desabastecimiento de los últimos dos años y listado de personas con VIH en tratamiento farmacológico. Utilizando estas referencias, se procedía a aplicar las fórmulas recomendadas por la OPS para obtener los valores de las existencias mínimas de seguridad² y de alerta³. Con estos resultados, el saldo de existencias en el depósito y los valores de pérdidas por vencimiento se procedía a estimar las cantidades necesarias para cada una de las IFAs a solicitar en forma mensual.

² Existencia mínima de seguridad: volumen de existencias de medicamentos superior al necesario para el funcionamiento normal que se constituyen como protección frente a la incertidumbre de la demanda y del plazo de entrega del pedido.

³ Existencia de alerta: consiste en un determinado nivel de existencias de medicamentos el cual indica cuando debe ser cursado un nuevo pedido.

A continuación se incluye el enunciado de las fórmulas para determinar las existencias mínimas y de alertas que se empleaban en el DAF⁸²:

$$\text{Existencias mínimas de seguridad} = \frac{\text{Consumo máx. del mes} * \text{N}^\circ \text{ de días plazo de seguridad}}{30 \text{ días}}$$

$$\text{Existencias de alerta} = \frac{\text{Existencia mínima} + \text{Consumo mín. del mes} * \text{N}^\circ \text{ de días de obtención del pedido}}{30 \text{ días}}$$

Si se toma Lamivudina/Zidovudina 150/300 mg. para realizar los cálculos antes mencionados se obtienen los siguientes resultados:

$$\text{Existencias mínimas de seguridad} = \frac{294 * 60}{30} = 588 \text{ tratamientos de 3TC / AZT}$$

$$\text{Existencias de alerta} = \frac{588 + 294 * 60}{30} = 607.60 \text{ tratamientos de 3TC / AZT}$$

Si bien, los valores correspondientes a las existencias mínimas de seguridad y de alerta son prácticamente similares (19,6 tratamientos de diferencia), se decidió mantener estos valores para el cálculo porque entre la solicitud y el suministro debía existir la entrega de un pedido intermedio. Si no se producía esa entrega intermedia, una vez alcanzado los niveles de existencias de alerta se iniciaban los reclamos correspondientes.

Características de la dispensación: La existencia mínima o de seguridad de medicamentos permitía la dispensación de fármacos ARV para cubrir las necesidades por un periodo de 30 días de todos y cada uno de las personas incluidas en el PN, cubrir tratamientos frente a vicisitudes (viajes inesperados, vacaciones, enfermedades de familiares, etc.) y estimular la adherencia al tratamiento superior al 95% dispensando medicamentos para 60 y 90 días.

En las oportunidades en que fue necesario fraccionar por razones preventivas, se empleó un criterio de equidad entre todas las personas con VIH

y se favoreció la adherencia puesto que se dispensaban todos los fármacos ARV prescritos en función de las existencias del momento. De esta manera, todas las personas con VIH con igual indicación médica recibieron idéntico tratamiento (ver Tabla 2).

Tabla 2: Dispensación fraccionada con criterio de equidad.

Visita mensual Nº	Fármacos antirretrovirales	Existencias	Tiempo de cobertura	Cantidad de personas con VIH
1º	Fármaco I	30 días	10 días	Todas
	Fármaco II	30 días	10 días	Todas
	Fármaco III	10 días	10 días	Todas
2º (8 días más tarde de la primera dispensación)		Necesaria para completar las prescripciones	Se completaba tratamiento para 30 días	Todas

Bajas al PN: Se seguían las pautas establecidas por la DSyETS. Se solicitaba a los familiares la devolución de la medicación sobrante al DAF.

Materiales de prevención: El PP entregaba preservativos y materiales impresos para ser distribuidos entre las personas asistidas al DAF.

Sistema de comunicación: Se realizaba mediante soporte papel. Se podía adelantar cualquier tipo de trámite administrativo telefónicamente pero al enviar a retirar los medicamentos se debían remitir los formularios correspondientes. Este tipo de sistema raramente se utilizaba porque las existencias de reservas permitían cubrir las necesidades farmacológicas de toda índole sin sobresaltos,

principalmente la medicación inyectable para el tratamiento de infecciones oportunistas.

Devoluciones de TARVs: En muy pocas ocasiones las personas con VIH reintegraron medicación al DAF. Generalmente la medicación sobrante por cambio o abandono de tratamiento, fallecimiento de la persona con VIH se entregaban a los médicos infectólogos tratantes.

Sistema de suministro nuevo

Circuito: Se utilizaba el circuito de distribución de medicamentos establecidos por la DSyETS.

Gestión de las necesidades: Directivos del PP determinaban las necesidades del DAF mediante una fórmula establecida y explicada en una reunión. Para ello, tomaba como base de cálculo las cantidades dispensadas en una fecha determinada por quien realizaba el cómputo, a eso se le restaba las existencias y, al resultado, le restaba el 20% correspondiente a la pérdida de adherencia mensual que presentaban las personas con VIH atendidas en el DAF. Por ejemplo: Solicitaba un listado donde se incluyeran las IFAs dispensadas en el periodo 13/S al 11/O/08 y las existencias al 14/O/08. El suministro correspondiente se entregó el 21/O/08.

Se determinó que para el caso de faltantes de medicamentos por deficiencias en el suministro, el HNC debía adquirir la medicación, tal como lo hacía la Provincia o solicitarle al PN. Esto se fundamentaba en que el PN entregaba medicación para la provincia de Córdoba y nuestra institución era de origen nacional. Posteriormente se cambio de opinión al respecto. Esto

implicaba una modificación del circuito de suministro establecido por la DSyETS a través del PN, además de un acto de discriminación.

Características de la dispensación: Se estableció la prohibición de entregar tratamientos ARVs fraccionados en la primera visita mensual al DAF. En las siguientes visitas se debía fraccionar debido a las características del sistema de suministro de medicamentos del PP (ver Tabla 3).

Tabla 3: Dispensación fraccionada de acuerdo a las directivas del Programa Provincial de Lucha contra el Sida.

Visita mensual N°	Fármacos antirretrovirales	Existencias	Tiempo de cobertura	Cantidad de personas con VIH
1º	Fármaco I	30 días	30 días	Todas
	Fármaco II	30 días	30 días	Todas
	Fármaco III	Inferior a la necesaria para cubrir las prescripciones de todas las personas con VIH	30 días	30 días para algunas personas con VIH, 10 días para una persona y nada para varias personas
2º y sucesivas (en el momento de contar con existencias)	Fármaco III		Se entrega fraccionado	Todas las personas con VIH a las que no se les dispensó en la primera visita

Bajas al PN: Se continúan los lineamientos establecidos por la DSyETS.

Materiales de prevención: El PP no entrega preservativos, ni material impreso para ser distribuidos entre las personas asistidas en el DAF.

Sistema de comunicación: El PP entregó una PC que incluía un sistema informático diseñado exclusivamente para ser empleado como medio de comunicación y transmisión de datos exclusivo para el PP. Este programa de computación no fue puesto en funcionamiento por decisión de la Dirección del Hospital Nacional de Clínicas.

Devoluciones de TARV: No existían.

A continuación se presenta un cuadro comparativo de los dos sistemas de suministros empleados durante el tiempo en que se realizó esta investigación (ver Tabla 4).

Tabla 4: Cuadro comparativo de los sistemas de suministros implementados por el PP.

Características	SSA	SSN
Variación del circuito de logística establecido por la DSyETS	Acceso de las personas con VIH al TARV	
Gestión de las necesidades	A cargo del farmacéutico del HNC	A cargo de personal jerárquico del PP
Fórmula empleada en los cálculos	Establecidas por la OPS	Establecidas por directivos del PP
Tiempo entre la solicitud y entrega del pedido	60 días	Dato desconocido

Características	SSA	SSN
Periodo de dispensación	30 días (60 y 90 días)	En función de las existencias del momento
Fraccionamiento en la dispensación	Preventivo en muy pocas oportunidades	Constante, al presentarse la primera carencia de medicamentos en el periodo
Metodología del fraccionamiento	Equitativo, favoreciendo la adherencia	Aleatorio
Materiales de prevención	Preservativos y material impreso	No se suministran por parte del PP
Sistema de comunicación	Soporte papel	Disponibilidad de sistema informático (sin funcionamiento)
Solicitud de informes desde PN	Nunca	Nunca
Solicitud de informes desde PP	Nunca	Dispensaciones realizadas por periodo, criterio de dispensación empleado, adherencia de determinadas personas
Solicitud de informes desde el Poder Judicial	Periódicamente sobre una persona en particular	Periódicamente sobre una persona en particular

VARIABLES EN ESTUDIO

A continuación se representa mediante figuras los distintos momentos del sistema de suministro en el tiempo determinado para la investigación.

En primer lugar, se presentan las variables relacionadas a la adquisición de medicamentos en el DAF (ver Figuras 12, 13 y 14).

Figura 12: Cantidad de TARVs solicitados por el DAF al PN por periodo.

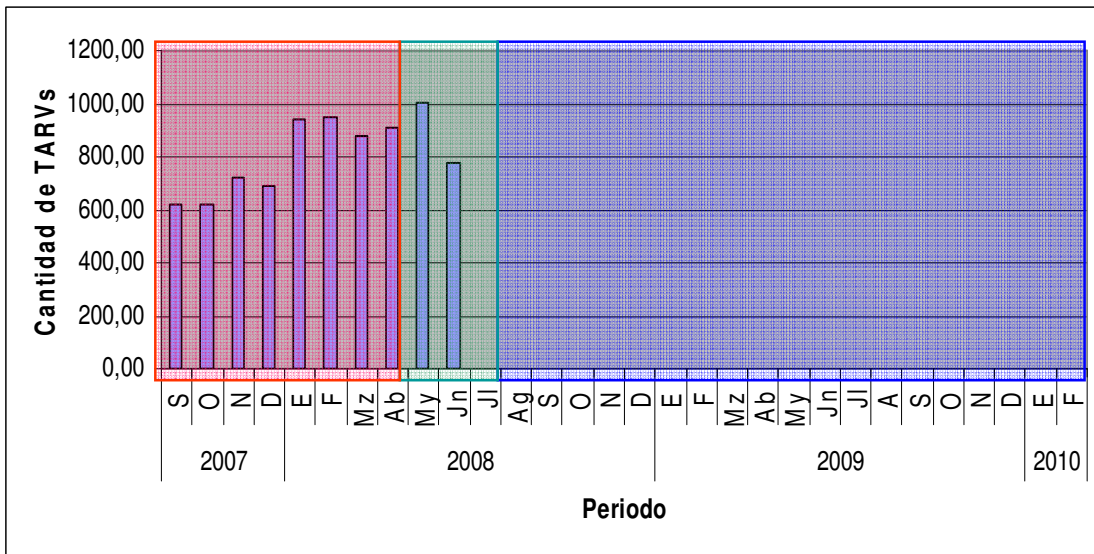


Figura 13: Cantidad de TARVs suministrados por PP al DAF por periodo.

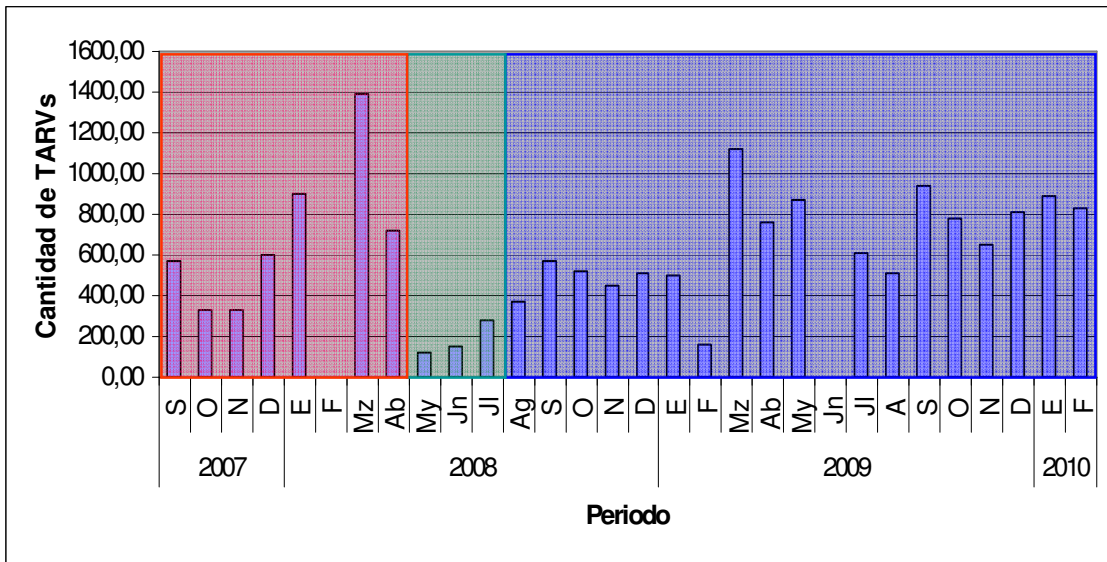
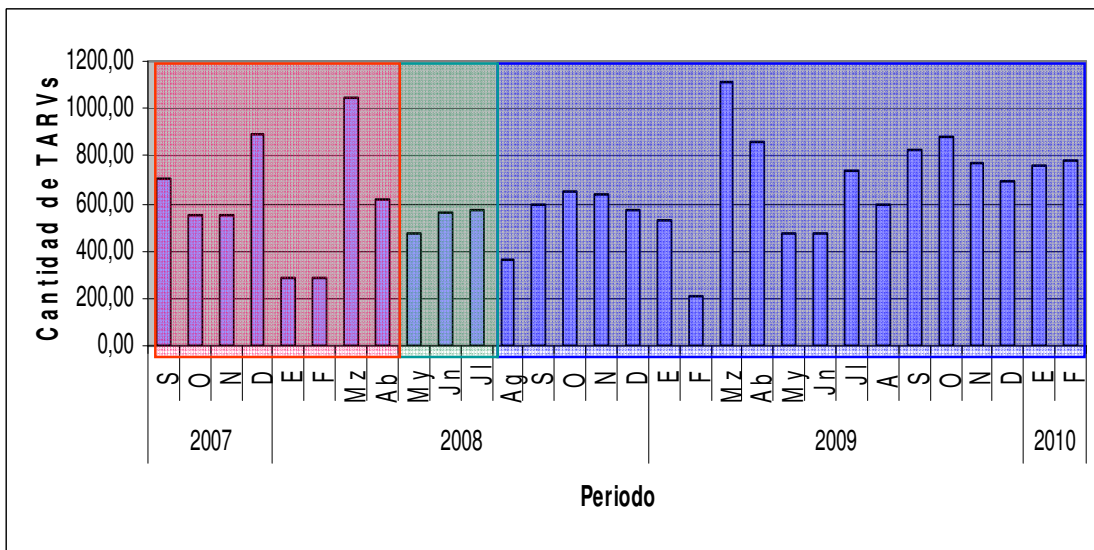


Figura 14: Cantidad de TARVs dispensados en el DAF por periodo.

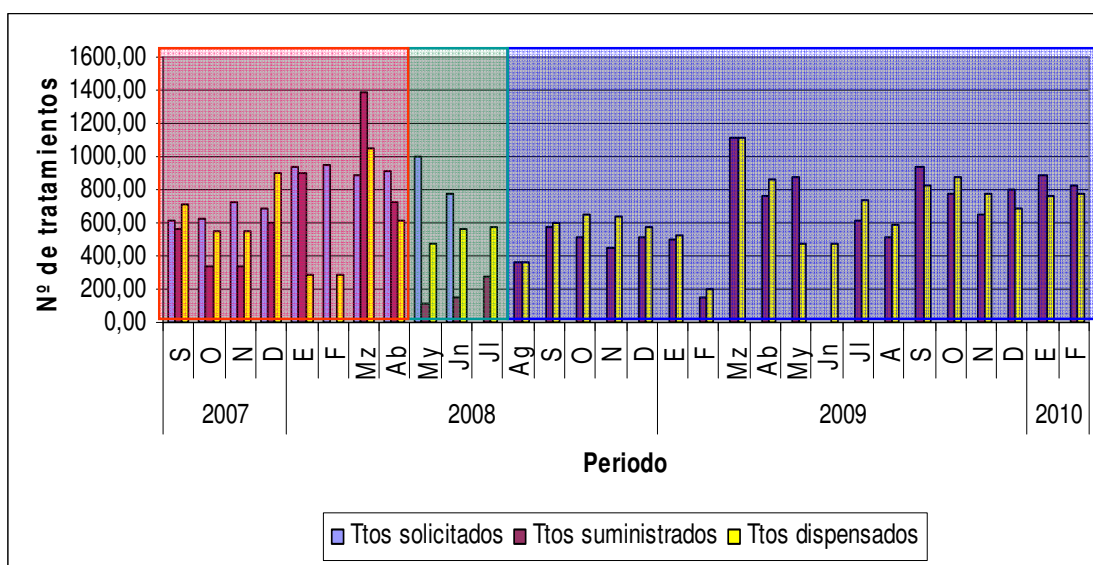


En la confección de esta figura y todas las relacionadas al proceso de dispensación (número de dispensaciones, cantidad de personas con VIH asistidas) se dividió en dos los valores correspondientes a meses de F/08 y Jn/09 para demostrar que, aunque en esos periodos no se realizaron suministros desde PP, las personas con VIH fueron atendidas en sus

necesidades. La asistencia en la primera etapa se realizó con medicación que constituía las reservas del DAF y, en la segunda oportunidad, con medicamentos fraccionados entregados en forma parcial por parte del PP.

En resumen, estas tres variables pueden ser graficadas en forma conjunta obteniendo la Figura 15.

Figura 15: Cantidad de TARV solicitados, suministrados y dispensados por periodo.

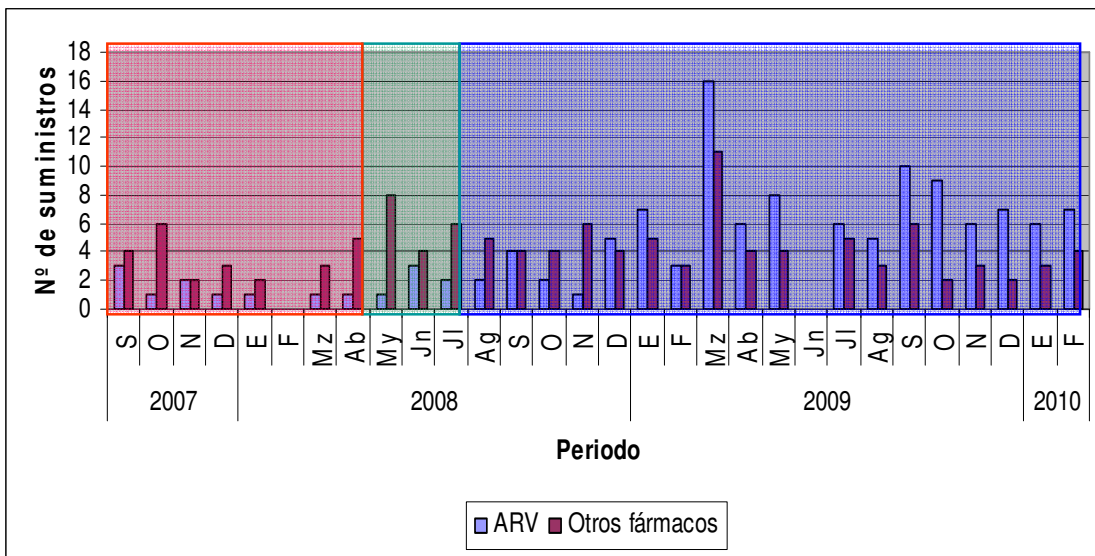


A continuación se presentan datos sobre los suministros recibidos desde el PP necesarios para analizar el proceso. Para eso, es imprescindible establecer que desde el PN se suministraban dos tipos de fármacos:

- Medicamentos ARV
- Medicamentos para el tratamiento de infecciones oportunistas

Los datos emanados del sistema de suministro incluye la cantidad de suministros recibidos, detallando la función de los medicamentos y las características administrativas de la recepción (ver Figuras 16, 17 y 18).

Figura 16: Cantidad de suministros recibidos en el DAF provenientes del PP por periodo.



Estos medicamentos debían ser entregados acompañados de un remito. En la práctica, los suministros de medicamentos se realizaba con y sin remito.

Figura 17: Cantidad de suministros recibidos en el DAF provenientes del PP por periodo, especificando las características del ingreso.

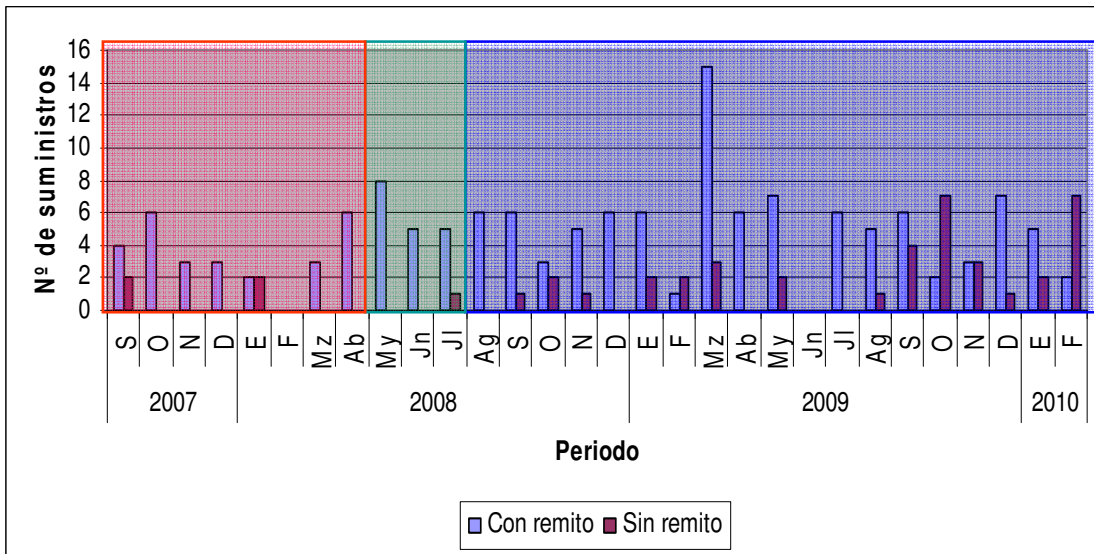
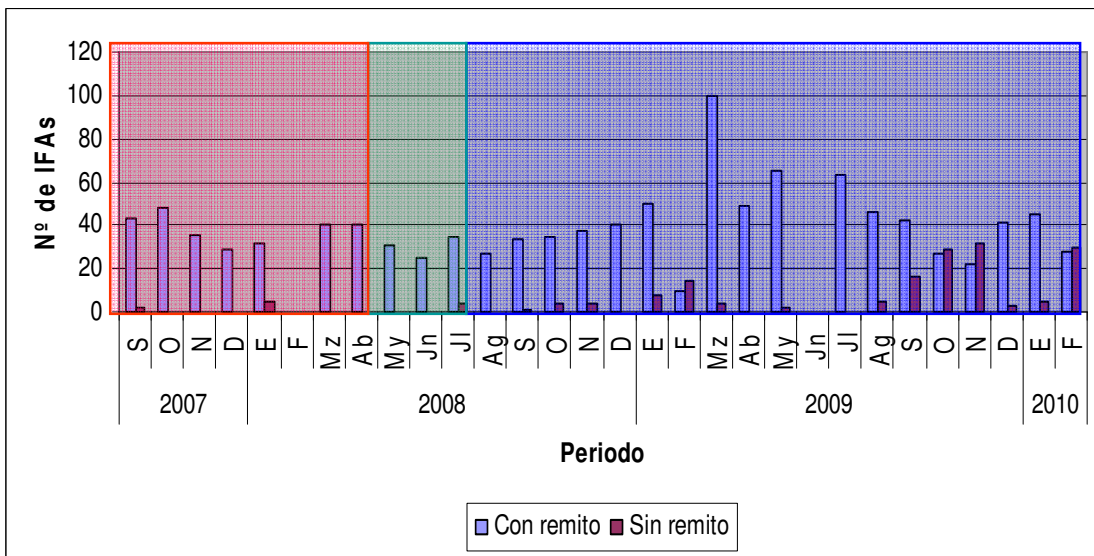
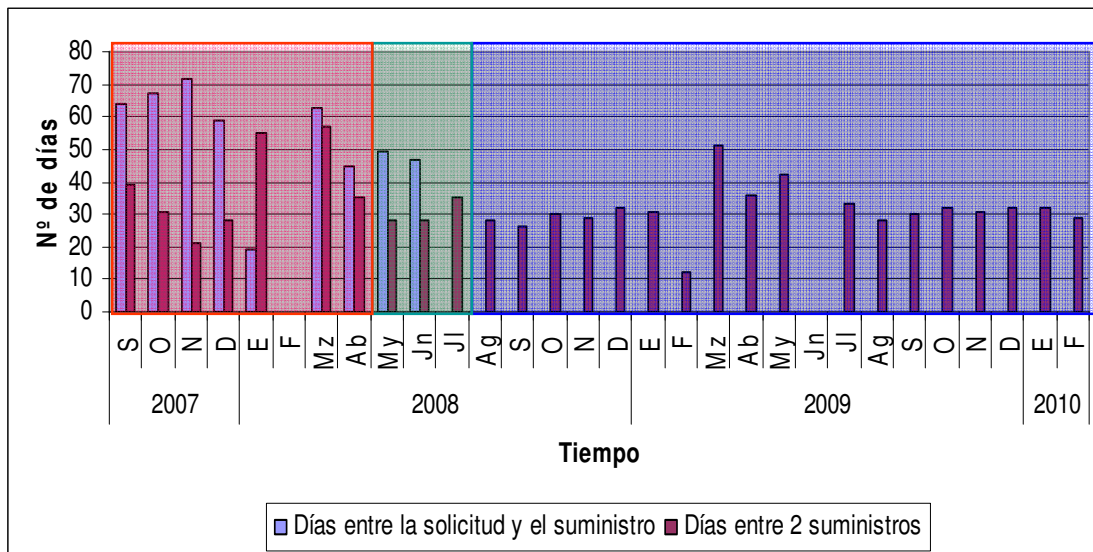


Figura 18: Condiciones de los fármacos recibidos en el DAF provenientes del PP por periodo, especificando las características administrativas del ingreso.



Un dato importante a tener en cuenta era el tiempo transcurrido desde que se solicita la medicación hasta que la misma era suministrada por el PP, como así también, el tiempo entre dos suministros sucesivos (ver Figura 19).

Figura 19: Tiempo transcurrido entre la solicitud y el suministro de la medicación solicitada comparado con el lapso de tiempo transcurrido entre dos suministros consecutivos por periodo.

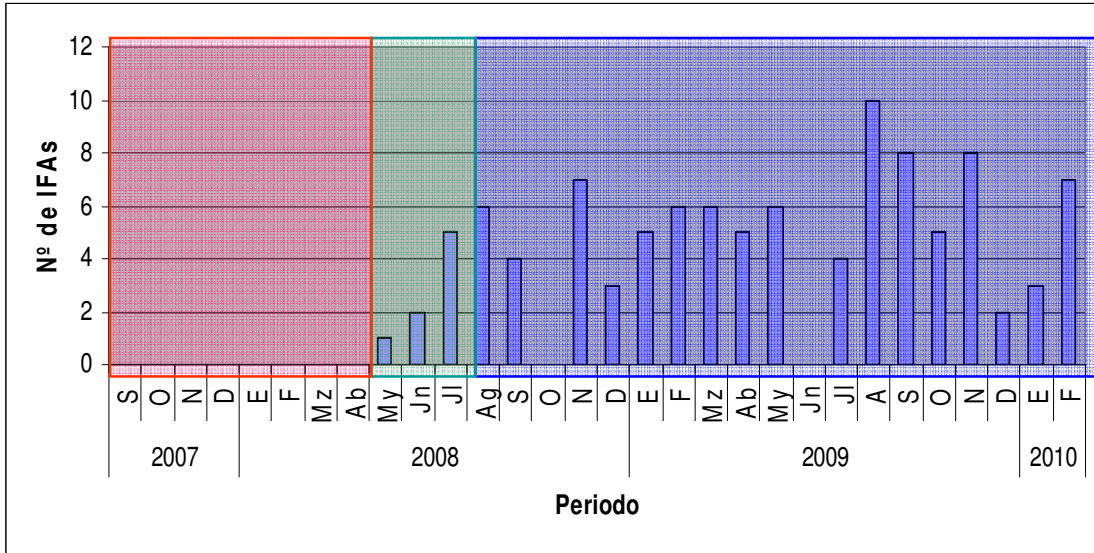


La insuficiente cantidad de medicamentos suministrados por el PP generaba problemas en la dispensación de medicamentos ARV. A continuación se grafica la cantidad de días en que estos problemas se presentaron por periodo (ver Tabla 5 y Figura 20).

Tabla 5: Cantidad de días con problemas de suministro en cada periodo.

	2007				2008												2009												2010		Cantidad de días con problemas
	S	O	N	D	E	F	Mz	Ab	My	Jn	Jl	Ag	S	O	N	D	E	F	Mz	Ab	My	Jn	Jl	A	S	O	N	D	E	F	
3TC	0	0	0	0	0	0	0	0	7	14	25	27	0	0	3	9	24	11	28	0	0	0	0	15	25	1	7	0	4	11	211
3TC/AZT	0	0	0	0	0	0	0	0	0	7	15	28	10	0	3	32	31	11	51	18	21	0	10	18	0	0	11	28	13	12	319
ABV	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	25	8	0	4	0	0	0	44	7	0	0	2	17	14	0	8	0	0	0	129
ATZ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	20	0	0	0	0	1	17	1	0	0	0	2	41
AZT	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	7	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	9
D4T	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	23	2	0	4	0	0	0	0	0	0	0	0	5	2	0	0	0	0	0	36
DDI	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	26	28	0	0	0	8	2	5	0	0	0	0	6	12	0	11	1	0	0	1	100
DRV	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
EFV	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	18	28	4	0	2	0	5	8	0	7	10	0	0	30	24	2	12	0	0	0	150
FAMP	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
IDV	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	4
LPV/R	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	0	2	9	0	0	0	0	14	0	0	0	0	0	0	28
NFV	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
NVP	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	4	4	3	8	15	0	6	19	11	0	0	0	9	0	82
RTV	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	7	0	0	4	19	10	16	6	0	0	62	
SQV	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	0	0	0	0	0	0	0	0	5	0	0	15	11	0	0	0	0	0	35	
T-20	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TNF	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	8	0	0	0	8	
TPV	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Días entre 2 dispensaciones	39	31	21	28	55	0	57	35	28	28	35	28	26	30	29	32	31	12	51	36	42	0	33	28	30	32	31	32	29	29	Periodo de estudio 918 días

Figura 20: Cantidad de IFAs con problemas de suministro por periodo.



A través de los gráficos que se presentan a continuación se presentan distintos aspectos del proceso de dispensación. Para ello, se ha tenido en cuenta la cantidad de dispensaciones realizadas y el número de personas asistidas (ver Figura 21 y 22).

Figura 21: Cantidad de dispensaciones realizadas en el DAF por periodos, discriminando los fármacos entregados.

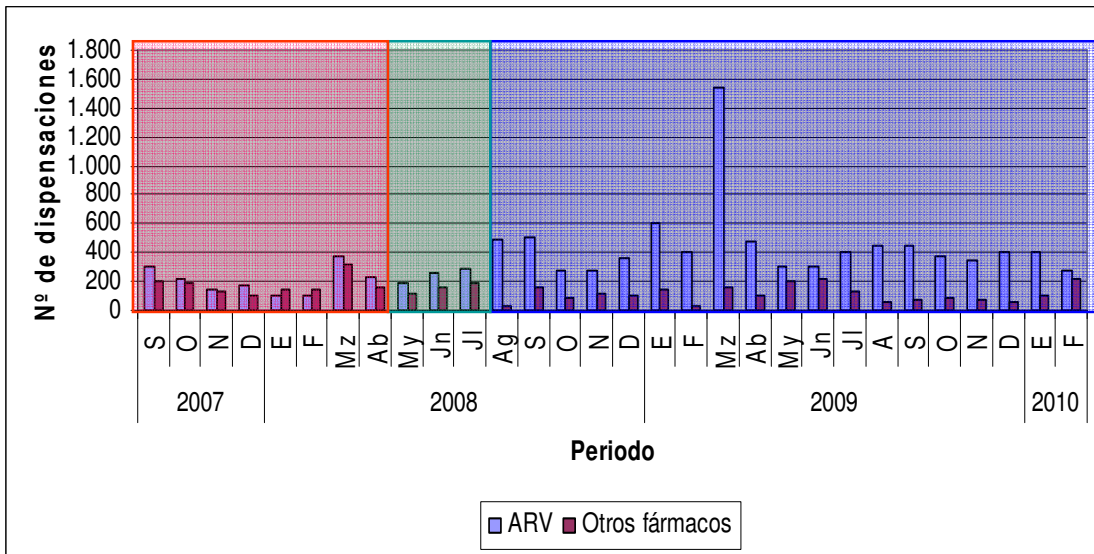
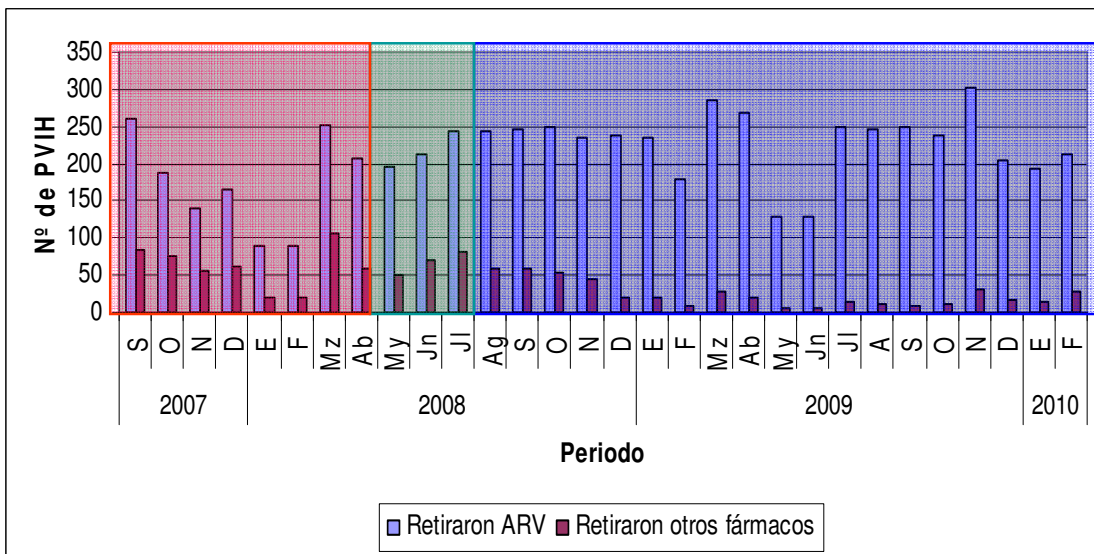


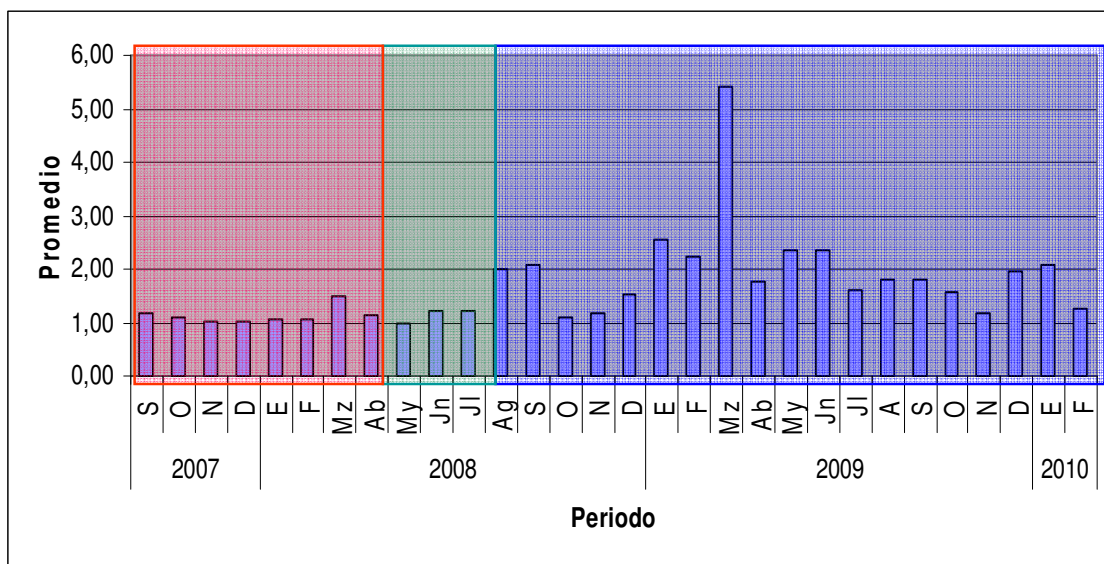
Figura 22: Cantidad de personas con VIH atendidas en el DAF por periodo, discriminando los fármacos entregados.



Las personas con VIH debían asistir al DAF a retirar medicación ARV y fármacos específicos para el tratamiento de infecciones oportunistas. Un dato a estudiar era el número de oportunidades en que las personas debían asistir a

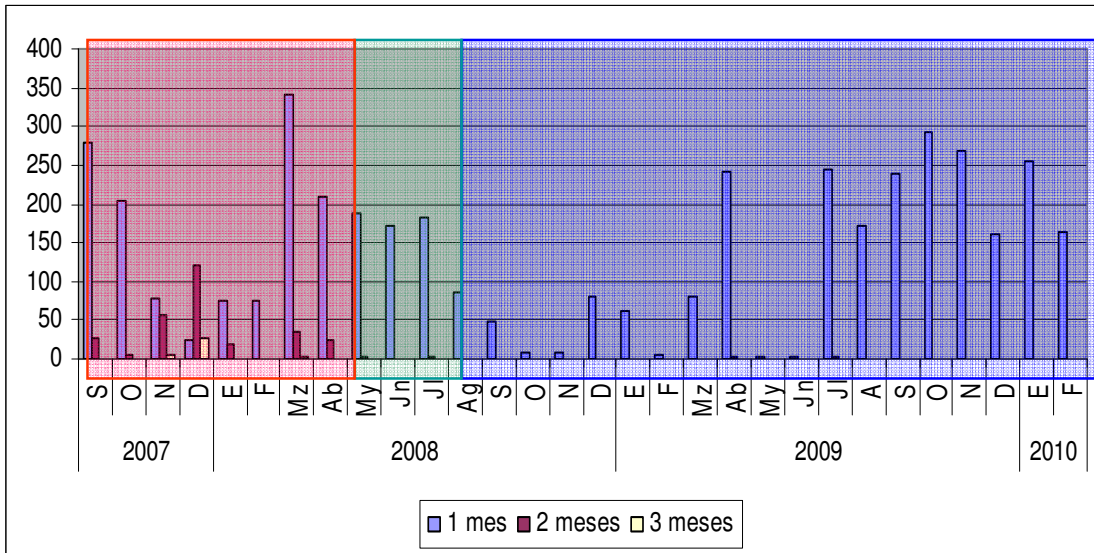
retirar su medicación ARV para completar un mes de tratamiento por periodo tal como lo especificaba la DSyETS (ver Figura 23).

Figura 23: Promedio de visitas realizadas al DAF por las personas con VIH para retirar medicamentos ARV por periodo.



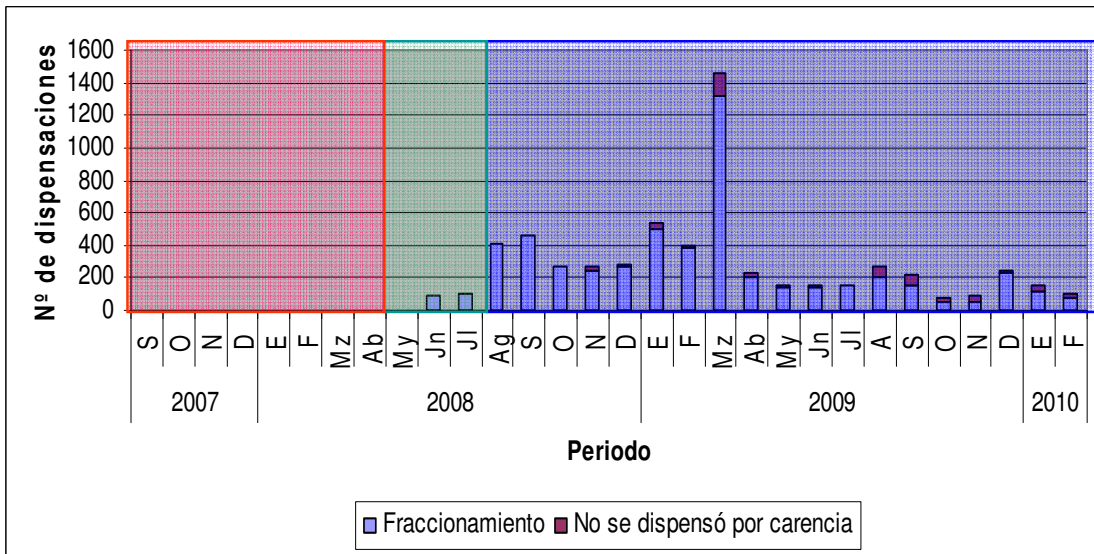
Durante el proceso de dispensación, como parte de las actividades de Atención Farmacéutica realizadas, se debían resolver distintas circunstancias que podrían ser consideradas eventualidades que requerían de la dispensación de medicación ARV por un periodo mayor a los 30 días establecidos por la DSyETS. Entre esas causas se pueden citar: viajes por razones familiares, ausencia de la provincia de Córdoba por cuestiones laborales (problema común en los meses de diciembre cuando artesanos y artistas callejeros viajaban a zonas turísticas a ofrecer sus productos o su arte), entre otras. Por esta causa se realizaban dispensaciones por uno, dos o tres meses de tratamiento dependiendo de la existencia de reservas y las circunstancias del momento (ver Figura 24).

Figura 24: Número de dispensaciones de TARVs completos en el DAF por periodo.



De igual manera, se graficaron la cantidad de dispensaciones fraccionadas y el número de oportunidades en que las personas con VIH asistían al DAF para retirar medicación ARV y debieron retirarse sin su necesidad satisfecha por no contar con existencias en el momento (ver Figura 25).

Figura 25: Número de dispensaciones de TARVs fraccionados y no dispensados en el DAF por periodo.



Otras variables a cuantificar en el tiempo fueron la adherencia, el número de dosis de medicamentos faltantes teóricas y la cantidad de personas que iniciaron y abandonaron el TARV (ver Figuras 26, 27 y 28).

Figura 26: Adherencia promedio de las personas con VIH que reciben atención en el DAF por periodo.

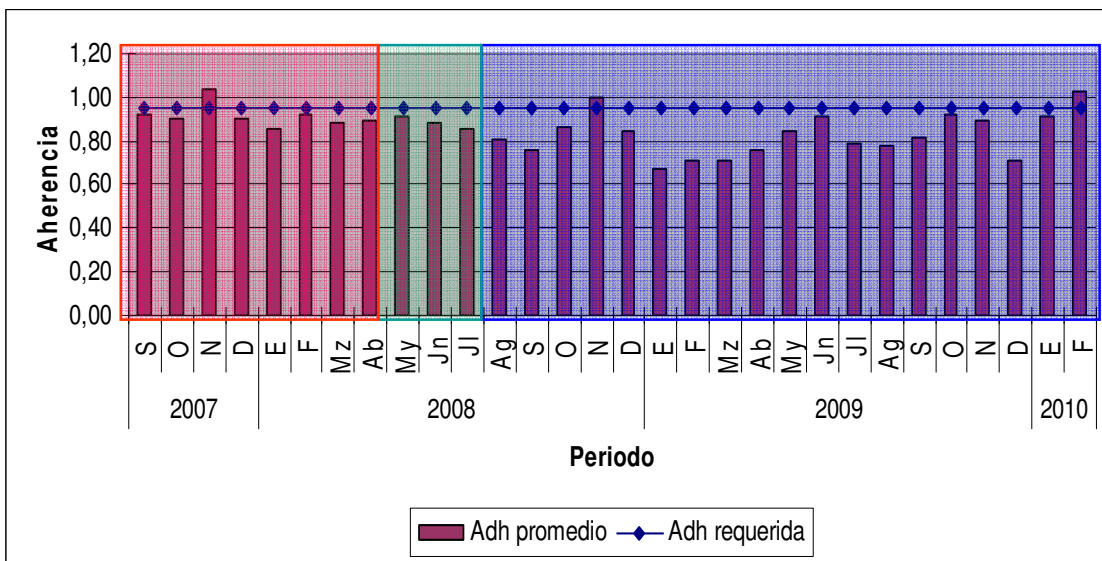


Figura 27: Número de dosis de medicamentos faltantes teóricas promedio correspondientes a las personas con VIH que recibieron atención en el DAF por periodo.

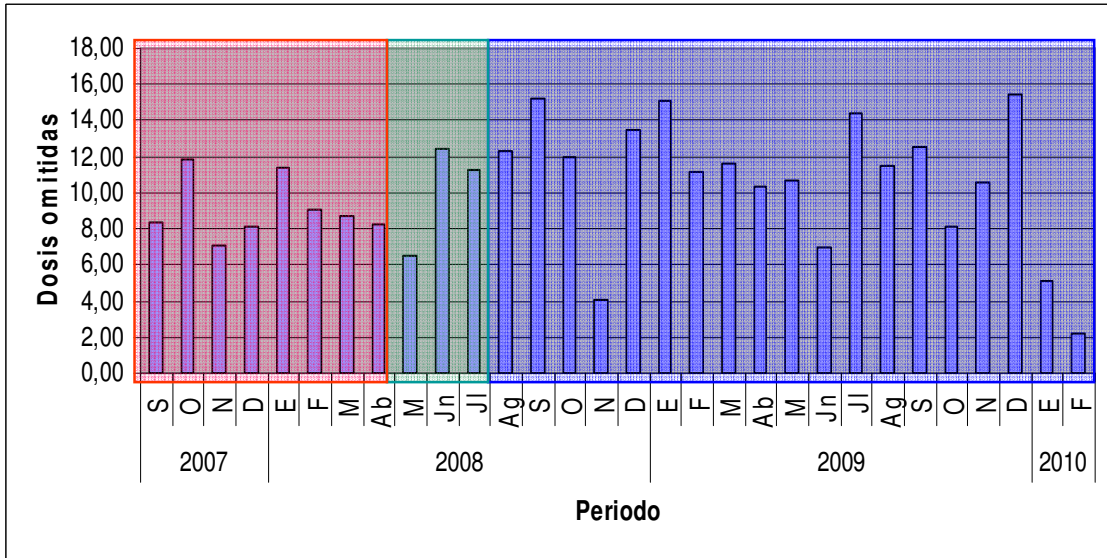
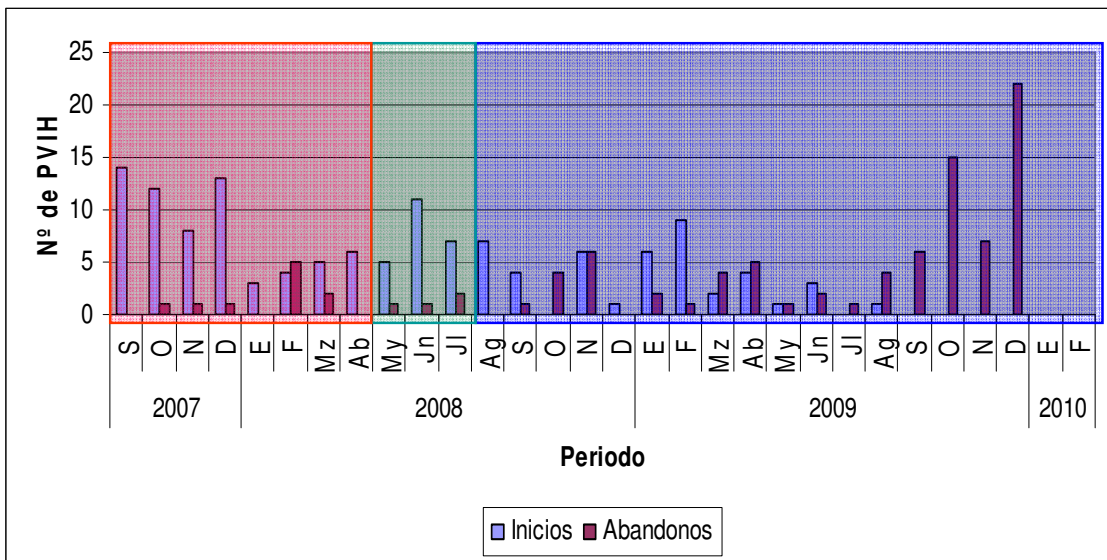


Figura 28: Cantidad de personas con VIH que iniciaron y abandonaron el TARV en el DAF por periodo.



Para continuar ilustrando este proceso, se incluyen los datos de los procesos de solicitud, suministro y dispensación de los IFAs más indicadas a las personas con VIH en el DAF (ver Figura 10).

- 3TC/AZT 150/300 mg.

Dosis diaria: 1 comp. bid.

En los casos de falta de esta asociación medicamentosa se dispensaba Lamivudina 150 mg (Dosis diaria: 1 comp. bid) y Zidovudina 100 mg. (Dosis diaria: 3 comp. bid).

A continuación se detallan los procesos de solicitud, suministro y dispensación de 3TC/AZT y sus medicamentos alternativos; 3TC y AZT (ver Figura 29, 30, 31 y 32). Además se incluye una tabla con el detalle del suministro de 3TC/AZT por parte del PP realizado al DAF (ver Tabla 6). El fraccionamiento y/o la carencia de estas IFAs pueden observarse en la Tabla 5.

Figura 29: 3TC/AZT; solicitud, suministro y dispensación por periodo.

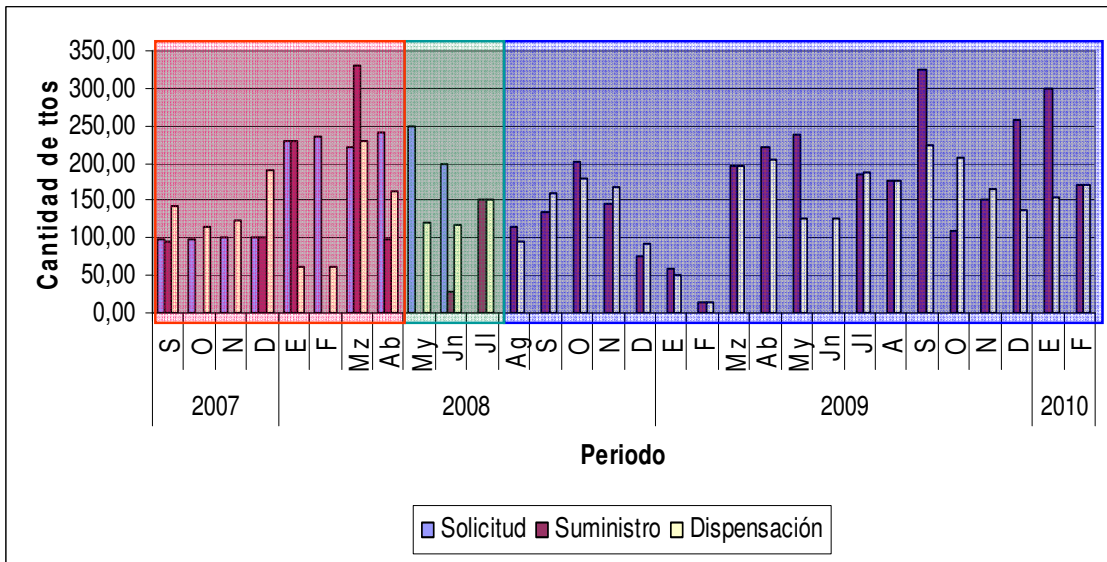


Figura 30: Comparación de los días de fraccionamiento y/o carencia de 3TC/AZT en el DAF por periodo con la cantidad de días entre dos suministros.

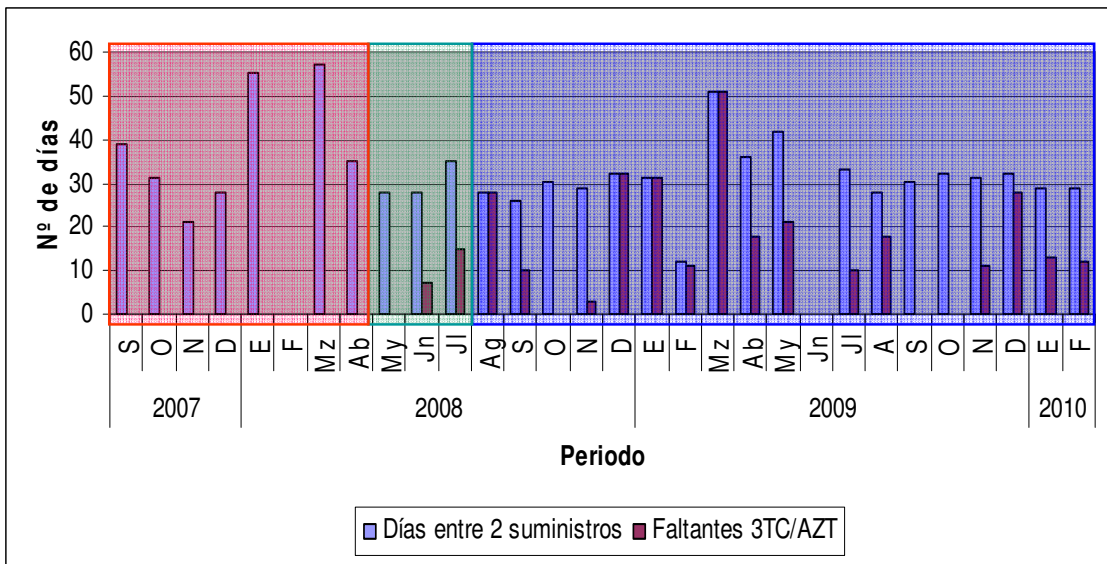


Tabla 6: Detalle de los suministros recibidos de 3TC/AZT en el DAF
provenientes del PP detallado por periodo.

Periodo	Fecha	3TC/AZT	Cantidad de tratamientos suministrados
S/07	07-sep	5.760	96,00
O/07		-	-
N/07	16-nov	1.800	30,00
	30-nov	6.000	100,00
D/07			-
E/08	04-ene	13.800	230,00
F/08		-	-
Mz/08	28-feb	10.800	180,00
	27-mar	9.000	150,00
Ab/08	24-abr	5.940	99,00
My/08		-	-
Jn/08	26-jun	1.140	19,00
	17-jul	600	10,00
Jl/08	24-jul	8.400	140,00
	13-ago	600	10,00
Ag/08	28-ago	6.840	114,00
	09-sep	60	1,00
S/08	25-sep	6.900	115,00
	10-oct	1.200	20,00
O/08	21-oct	12.120	202,00
N/08	20-nov	8.820	147,00
D/08	19-dic	3.000	50,00
	29-dic	1.200	20,00

Periodo	Fecha	3TC/AZT	Cantidad de tratamientos suministrados
	06-ene	300	5,00
	12-ene	300	5,00
	16-ene	120	2,00
E/09	20-ene	900	15,00
	22-ene	600	10,00
	23-ene	180	3,00
	27-ene	600	10,00
	05-feb	600	10,00
	12-feb	670	11,17
F/09	20/feb	600	10,00
	24/feb	300	5,00
Mz/09	11/mar	300	5,00
	13/mar	1.200	20,00
	16/mar	1.200	20,00
	23/mar	600	10,00
	27/mar	300	5,00
	30/mar	300	5,00
	31/mar	7.800	130,00
Ab/09	29/abr	120	2,00
	30/abr	12.000	200,00
	22/may	1.200	20,00
My/09	29/may	300	5,00
	05/jun	300	5,00
	08/jun	12.720	212,00
	01/jul	300	5,00

Periodo	Fecha	3TC/AZT	Cantidad de tratamientos suministrados
	07/jul	600	10,00
Jl/09	10/jul	10.500	175,00
	04/ago	300	5,00
	07/ago	300	5,00
Ag/09	12/ago	9.420	157,00
	21/ago	300	5,00
	25/ago	300	5,00
	01/sep	600	10,00
S/09	09/sep	11.160	186,00
O/09	09/oct	6.480	108,00
N/09	10/nov	9.000	150,00
	02/dic	300	5,00
D/09	11/dic	4.800	80,00
	23/dic	600	10,00
	28/dic	180	3,00
	29/dic	900	15,00
	08/ene	9.000	150,00
E/10	04/feb	300	5,00
F/10	10/feb	8.400	140,00
	23/feb	1.200	20,00
	01/mar	300	5,00
	04/mar	300	5,00

Figura 31: 3TC; solicitud, suministro y dispensación por periodo.

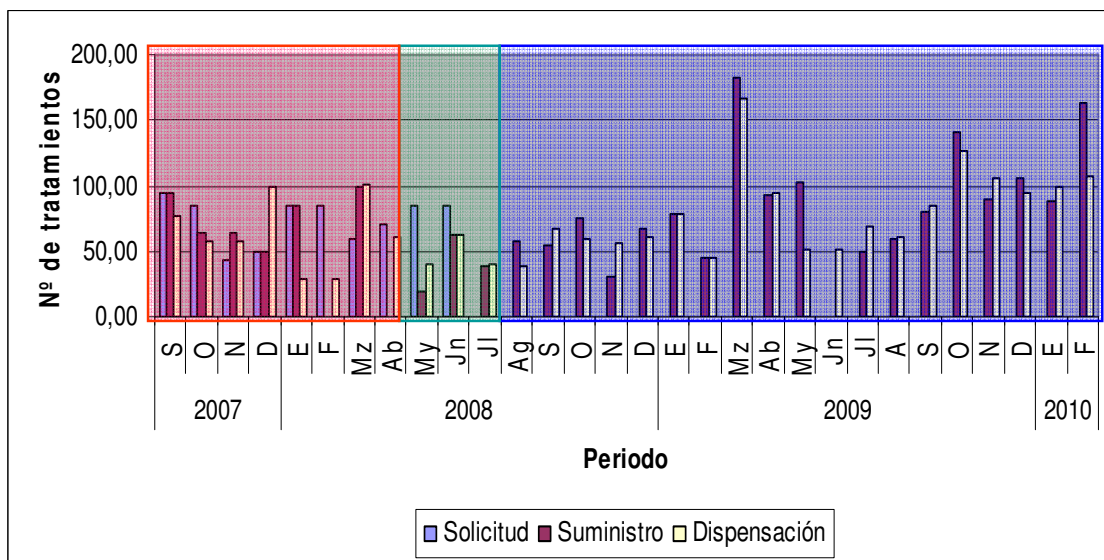
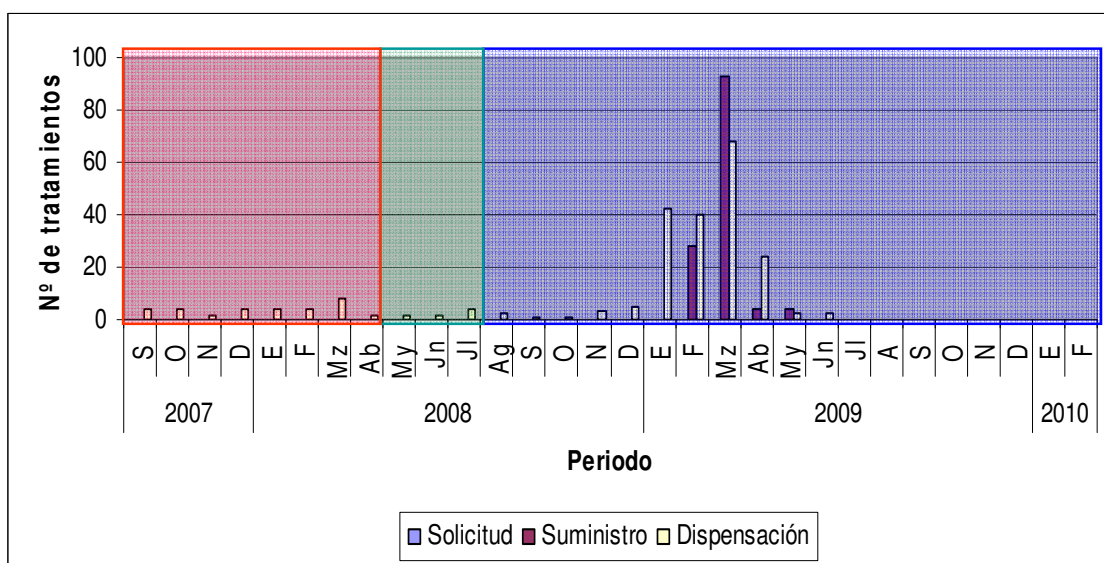
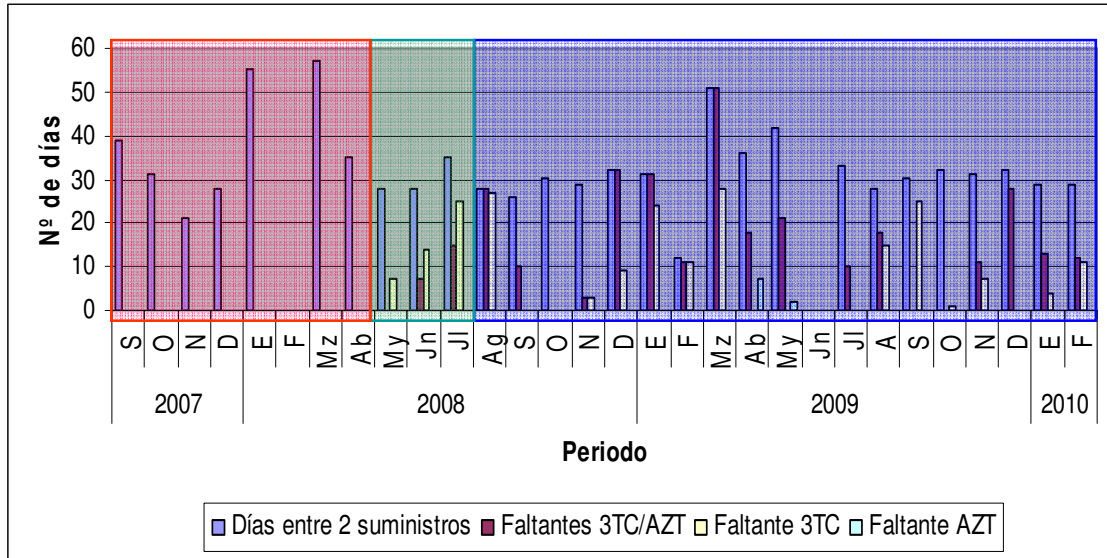


Figura 32: AZT; solicitud, suministro y dispensación por periodo.



Para finalizar, se incluye una figura que permite comparar los días de carencia de estos medicamentos con el lapso de tiempo transcurrido entre dos dispensaciones consecutivas (ver Figura 33).

Figura 33: Comparación de los días de fraccionamiento y/o carencia de 3TC/AZT, 3TC y AZT en el DAF por periodo con la cantidad de días entre dos suministros.



- EFV 600 mg.

Dosis diaria: 1 comp. udd.

En este caso se incluye información sobre la solicitud, el suministro y la dispensación de este fármaco como así también, una comparación entre los días de fraccionamiento y carencia con el tiempo transcurrido entre dos dispensaciones simultáneas (ver Figura 34 y 35). El fraccionamiento y/o la carencia de esta IFA puede observarse en la Tabla 5.

Figura 34: EFV; solicitud, suministro y dispensación por periodo.

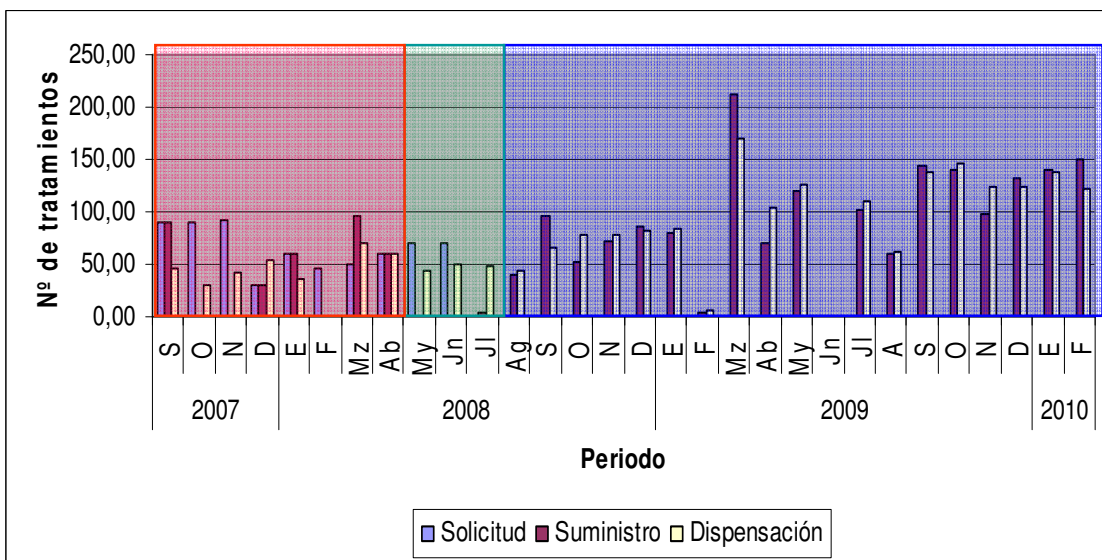
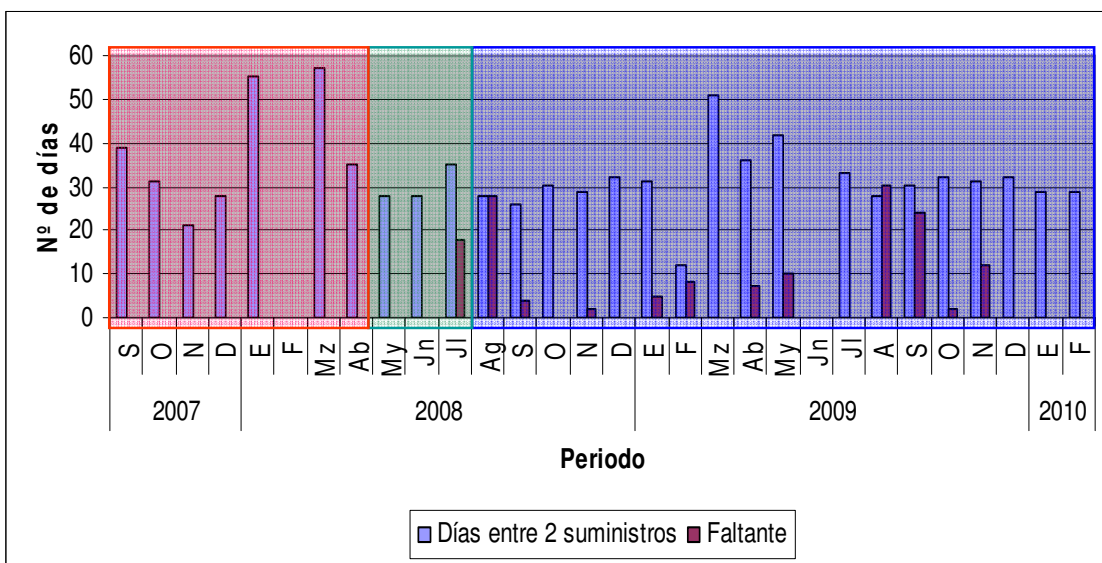


Figura 35: Comparación de los días de fraccionamiento y/o carencia de EFV en el DAF por periodo con la cantidad de días entre dos suministros.



- NVP 200 mg.

Dosis diaria: 2 comp. bid.

En la misma línea, para este medicamento se incluyen los datos sobre la solicitud, suministro y dispensación de este fármaco como así también, una comparación entre los días de fraccionamiento y carencia con el tiempo transcurrido entre dos dispensaciones simultáneas (ver Figura 36 y 37). El fraccionamiento y/o la carencia de esta IFA puede observarse en la Tabla 5.

Figura 36: NVP; solicitud, suministro y dispensación por periodo.

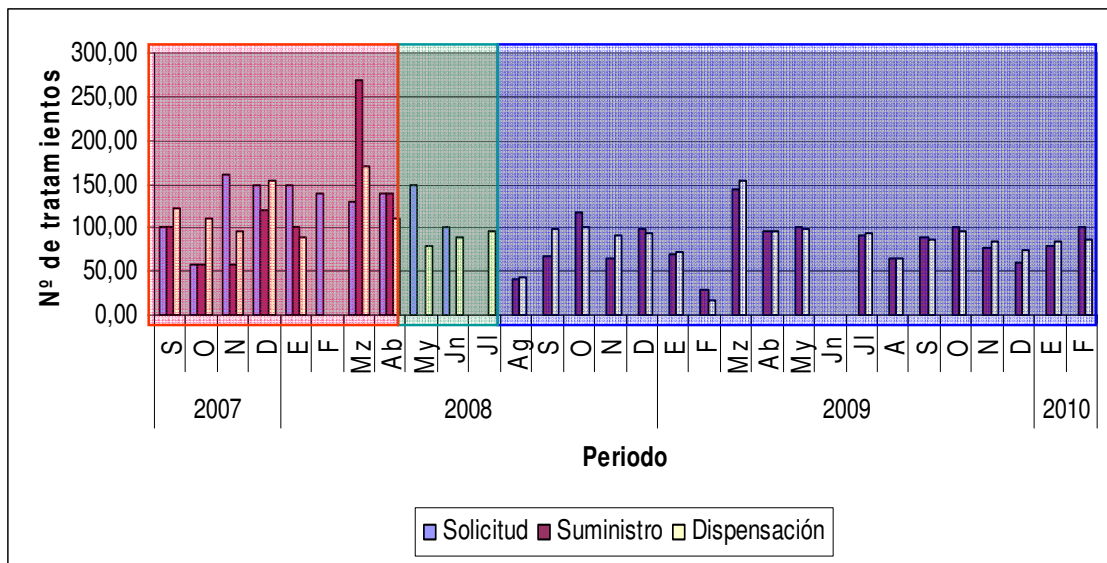
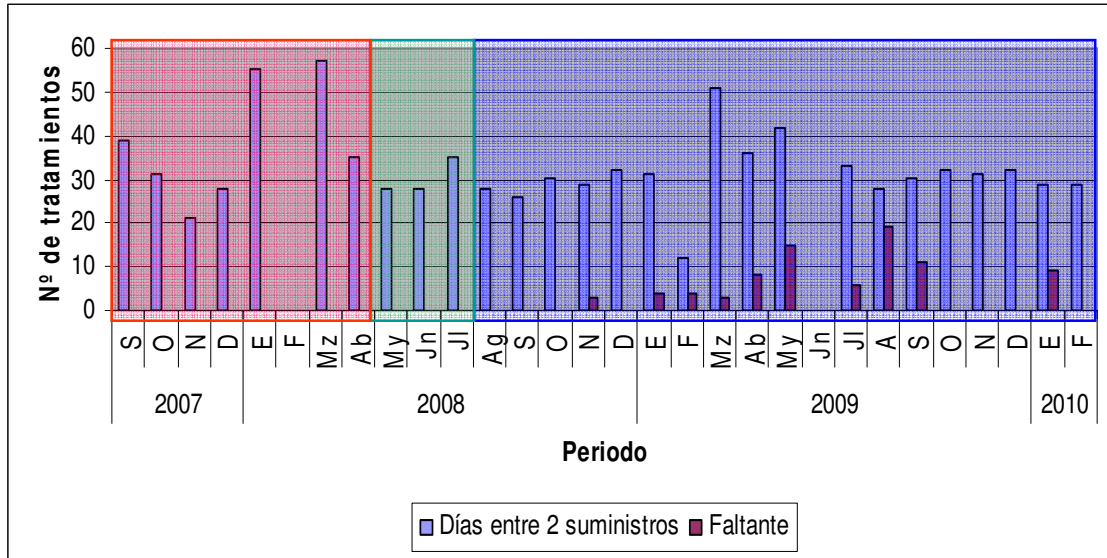


Figura 37: Comparación de los días de fraccionamiento y/o carencia de NVP en el DAF por periodo con la cantidad de días entre dos suministros.



A modo de ejemplificar cómo el proceso de dispensación afectó a las personas con VIH asistidas en el DAF, se incluyen dos perfiles de dispensación y cálculos de adherencia para ser analizados.

Caso 1: MYYYY XXXX1970

Persona con VIH, género masculino, soltero, con estudios terciarios completos. Trabajo informal. La fecha de detección del VIH data del año 2002 e inicia TARV en 2005.

La Tabla 7 incluye el detalle de las dispensaciones realizadas. El cálculo de adherencia se realizó teniendo en cuenta la fórmula incluida en la página 38.

Tabla 7: Detalle de las dispensaciones realizadas al Sr. MYYYY
XXXX1970 en el DAF.

Nº de dispensación	Periodo	Remito	Fecha	Medicamentos dispensados						Adherencia	
				3TC/AZT 150/300 mg	RTV 100 mg	SQV 500 mg	NVP 200 mg	EFV 600 mg	3TC 150 mg		AZT 100 mg
1	S/07	274	20/S/07	60	60	300					0,94
2	O/07	648	22/O/07	60			60				1,88
3		877	07/N/07	60			60				1,15
4	N/07	1.211	03/D/07	120			120				0,98
5	E/08	1.697	05/F/08	60			60				1,07
6	Mz/08	2.032	05/Mz/08	60			60				0,36
7	Ab/08	3.051	28/My/08	60				30			1,07
8	My/08	3.342	25/Jn/08	60				30			0,86
9	Jl/08	3.857	28/Jl/08	20				10			0,91
10		4.012	08/Ag/08	60				30			1,15
11	Ag/08	4.394	03/S/08	28				14			0,74
12		4.652	22/S/08	14				7			1,00
13	S/08	4.892	29/S/08	60				30			1,00
14	O/08	5.289	29/O/08	60				30			1,07
15	N/08	5.610	26/N/08	60				30			0,91
16	D/08	6.093	29/D/08	20				30			1,00
17		6.292	12/E/09	14				30			0,22
18	E/09	6.960	13/F/09	6							1,00
19		6.985	16/F/09	8							1,00
20		7.211	20/F/09	6							1,00
21		7.230	23/F/09	2							0,33

Nº de dispensación	Periodo	Remito	Fecha	Medicamentos dispensados							Adherencia
				3TC/AZT 150/300 mg	RTV 100 mg	SQV 500 mg	NVP 200 mg	EFV 600 mg	3TC 150 mg	AZT 100 mg	
22		7.438	25/F/09	0					14	42	0,88
23	Mz/09	7.658	05/Mz/09	0					9	0	0,00
24		7.746	06/Mz/09	0				30	6	18	0,75
25		7.848	10/Mz/09	0					12	36	1,00
26		7.989	16/Mz/09	14							1,00
27		8.205	23/Mz/09	2							0,50
28		8.276	25/Mz/09	3							0,09
29		8.492	27/Mz/09	0					0	0	0,00
30		8.510	30/Mz/09	0					0	0	0,00
31		8.594	30/Mz/09	4							1,00
32		8.687	01/Ab/09	20				30			2,00
33		8.843	06/Ab/09	20							0,63
34		9.273	22/Ab/09	0					20	60	1,25
35		Ab/09	9.494	30/Ab/09	60				30		0,91
36	My/09	9.923	01/Jn/09	14				30			1,75
37		10.026	05/Jn/09	10							1,00
38		10.167	10/Jn/09	36							0,58
39		10.479	01/Jl/09	14				7			1,00
40		10.609	08/Jl/09	60				30			1,07
41	Jl/09	11.049	05/Ag/09	4				30			1,00
42		11.083	07/Ag/09	10							0,71
43	Ag/09	11.219	14/Ag/09	60				5			1,07
44	S/09	11.725	11/S/09	60				30			0,91

Caso 2: MYYYY XXXX1987

Persona con VIH, género masculino, casado, con estudios terciarios incompletos. Trabajo informal. La fecha de detección del VIH e inicio del TARV en el año 2008.

La Tabla 8 incluye el detalle de las dispensaciones realizadas. El cálculo de adherencia se realizó teniendo en cuenta la fórmula incluida en la página 38.

Tabla 8: Detalle de las dispensaciones realizadas al Sr. MYYYY XXXX1987 en el DAF.

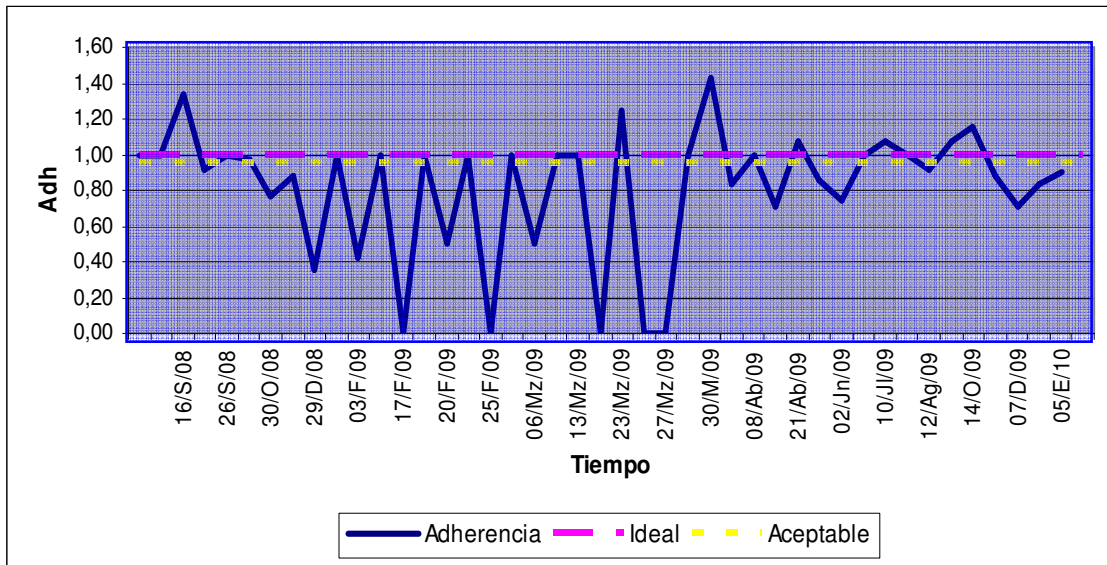
Nº de dispensaciones	Periodo	Remito	Fecha	Medicamentos dispensados				Adherencia
				3TC/AZT 150/300 mg	EFV 600 mg	3TC 150 mg	AZT 100 mg	
1	Ag/08	4.475	09/S/08	14	7			1,00
2		4.569	16/S/08	14	7			1,00
3		4.729	23/S/08	8	4			1,33
4	S/08	4.800	26/S/08	60	30			0,91
5	O/08	5.305	29/O/08	2	1			1,00
6		5.316	30/O/08	60	30			0,97
7	N/08	5.521	20/N/08	60	30			0,77
8	D/08	6.096	29/D/08	0	30	14	42	0,88
9		6.197	06/E/09	20				0,36
10	E/09	6.660	03/F/09	0		14	42	1,00

N° de dispensaciones	Periodo	Remito	Fecha	Medicamentos dispensados				Adherencia
				3TC/AZT 150/300 mg	EFV 600 mg	3TC 150 mg	AZT 100 mg	
11		6.826	10/F/09	7				0,43
12		7.041	17/F/09	0		6	18	1,00
13		7.153	20/F/09	0				0,00
14	F/09	7.195	20/F/09	6				1,00
15		7.246	23/F/09	2				0,50
16		7.379	25/F/09	0	2	4	12	1,00
17		7.528	27/F/09	0	0	14	42	0,00
18	Mz/09	7.688	06/Mz/09	0	30	6	18	1,00
19		7.764	09/Mz/09	0		4	12	0,50
20		7.916	13/Mz/09	6				1,00
21		7.990	16/Mz/09	7				1,00
22		8.215	23/Mz/09	0			0	0,00
23		8.268	23/Mz/09	10				1,25
24		8.484	27/Mz/09	0			0	0,00
25		8.512	30/Mz/09	0			0	0,00
26		8.538	30/M/09	4				1,00
27		8.742	01/Ab/09	20	30			1,43
28		8.971	08/Ab/09	20				0,83
29		9.152	20/Ab/09	2				1,00
30		9.219	21/Ab/09	0		20	60	0,71
31	Ab/09	9.529	05/My/09	60	30			1,07
32	My/09	9.964	02/Jn/09	12	30			0,86

N° de dispensaciones	Periodo	Remito	Fecha	Medicamentos dispensados				Adherencia
				3TC/AZT 150/300 mg	EFV 600 mg	3TC 150 mg	AZT 100 mg	
33		10.133	09/Jn/09	60	7			0,74
34	Jl/09	10.629	10/Jl/09	10	5			1,00
35		10.769	15/Jl/09	60	30			1,07
36	Ag/09	11.174	12/Ag/09	60	30			1,00
37		11.744	11/S/09	60	30			0,91
38	O/09	12.311	14/O/09	60	30			1,07
39	N/09	12.701	11/N/09	60	30			1,15
40		13.061	07/D/09	14	7			0,88
41	D/09	13.176	15/D/09	30	30			0,71
42		13.470	05/E/10	10				0,83
43		13.546	11/E/10	60				0,90
44	E/10	13.765	20/E/10		30			

Si se grafica la adherencia siguiendo las pautas establecidas se obtiene el siguiente gráfico (ver Figura 37):

Figura 39: Adherencia por periodo del Sr. MYYY XXXX1987 en el DAF.



Capítulo 4

DISCUSIÓN

"Tengo un sueño, uno solo sueño, seguir soñando. Soñar con la libertad, soñar con la justicia, soñar con la igualdad y ojala ya no tuviera necesidad de soñarlas".

MARTIN LUTHER KING

(Pastor estadounidense de la iglesia bautista)

Capítulo 4

DISCUSIÓN

Este tramo del trabajo se va a dividir en tres partes para llegar a las conclusiones de la investigación realizada:

- Parte 1: Análisis farmacéutico de los sistemas de suministro de medicamentos utilizados durante el periodo de estudio.
- Parte 2: Análisis deontológico de la justicia en la distribución de los recursos en salud.
- Parte 3: Análisis teleológico de la justicia en la distribución de los medicamentos por parte de los distintos actores que participan de esta investigación.

Parte 1: Análisis farmacéutico

El suministro de medicamentos es la base fundamental de la atención de las personas con VIH en estadio Sida⁸³ (menos de 200 CD4 y presencia de enfermedades marcadoras). En el marco de un enfoque sistemático, está constituido por varias fases secuenciales e interrelacionadas donde cada etapa, y el sistema en su conjunto, deben ser objeto de actividades de control y evaluación a fin de realizar una gestión eficiente. Cada una de estas etapas implican la realización de actividades que requieren planificación de los recursos, del funcionamiento y de la evaluación del mismo, ha esto se refiere la logística del suministro de medicamentos.

Se desconocen los objetivos específicos del programa nacional de suministro de medicamentos de la DSyETS, solo se ha establecido en la Planificación Estratégica 2008-2011 el acceso universal al tratamiento en VIH/Sida de todas las personas que lo necesitan y asegurar el abastecimiento regular de los insumos, en este caso medicamentos ARV, garantizando existencias mínimas para hacer frente a los imponderables que pudieran presentarse con el objeto de asegurar la continuidad de los tratamientos especialmente en las provincias.

Estas metas planificadas en forma general son insuficientes y deberían ser complementadas con los objetivos específicos planteados por la OPS/OMS⁸⁴ en un manual de aplicación en instituciones hospitalarias del sector público o privado para uso de planificadores en salud, directivos, administradores hospitalarios y directivos de servicios de farmacias hospitalarias. En el mismo se detallan cuatro objetivos primordiales que deberían ser tenidos en cuenta:

- Asegurar a las personas enfermas el acceso oportuno a los medicamentos necesarios, teniendo en cuenta calidad, eficacia, seguridad y costo;
- Preservar la calidad de los medicamentos durante su conservación y almacenamiento;
- Asegurar el uso racional y control de los medicamentos;
- Disminuir los costos relacionados al consumo de medicamentos.

Estos objetivos deberían haber sido tenidos en cuenta y alcanzados en cada una de las etapas de la logística del medicamento (DSyETS, PP y hospitales periféricos). Los beneficiarios de estas acciones fueron, son y serán las personas con VIH que reciben atención de la salud.

En el caso del HNC, se podía definir a la persona con VIH promedio en tratamiento farmacológico de su patología de base en el periodo de estudio de la siguiente manera: varón de 35 a 44 años, con estudios secundarios completo que vive en la ciudad de Córdoba y que mantienen el TARV inicial (ver Figuras 7, 8, 9 y 11).

El primer paso en la logística del medicamento era establecer las necesidades mensuales del DAF. En el SSA, el empleo de las fórmulas para el cálculo de las existencias mínimas de seguridad y de alerta, recomendadas por la OMS/OPS, permitían contar con la medicación necesaria para dispensar en los periodos de suministros donde las demoras eran superiores a las pautadas (30 días) y en los casos en que la medicación no se suministraba (Ver Figuras 12, 13, 14 y 19).

En la Figura 15 se representa un resumen que permite observar y comparar los procesos de solicitud, suministro y dispensación en cada uno de los periodos y etapas en que se desarrolla la investigación. Un dato general que sobresale es la gran variabilidad y la discontinuidad en el suministro de medicamentos. En el SSA se puede observar que frente a la falta de suministros, o bien, a la escasa cantidad entregada por parte del PP le corresponde un aumento en la cantidad de tratamientos solicitados en los periodos sucesivos con el objeto de recuperar las existencias mínimas de seguridad. De igual manera, se puede ver que la cantidad de tratamientos dispensados era igual o superior a la cantidad suministrada mientras que en el SSN la cantidad de TARV dispensados depende totalmente de la cantidad suministrada.

Visto de esta manera, se podría decir que en el SSN existió una mayor concordancia entre la medicación suministrada y dispensada. Para complementar esta información es necesario tener en cuenta los datos aportados en la Figura 25 donde se grafica el número de dispensaciones de

TARVs fraccionados y no dispensados en cada periodo lo que pone en evidencia el mayor problema de este nuevo sistema de suministro comparado con el SSA.

Observando la Figura 13, se puede observar que en los periodos correspondientes a F/08 y Jn/09 no se recibieron suministros desde el PP. En el caso del SSA este problema se solucionaba mediante la dispensación de las existencias de reserva, pero en el caso del SSN esta reserva no existía. Para subsanar esta situación, el PP aumentaba el número de suministros parciales. Esta situación se presentó en su mayor expresión en el periodo M/09 donde el lapso de tiempo entre dos suministros programados fue de 51 días por lo que el PP debió realizar 16 entregas parciales de suministros al DAF para cubrir las necesidades de medicamentos ARV de las personas con VIH (ver Figura 16 y 19).

La cantidad de suministros efectuados puede ser una medida de la eficacia de las solicitudes realizadas y de la calidad del proveedor. En este caso en particular, y por directivas de la DSyETS se debía realizar una única solicitud de medicamentos mensual que originaba una única entrega de suministros al PP. Por lo tanto, se descrea de la posibilidad de que el PP realice más de una solicitud de medicamentos por mes al PN para cubrir las necesidades del DAF; razón por la cual, se considera que la cantidad de suministros recibidos fueron producto de la actividad del PP como agente proveedor.

En la Figura 16 se puso en evidencia que la aplicación del SSA generaba una menor cantidad de suministros por periodos comparados con el SSN. El promedio en la primera etapa fue de 1,43 suministros de medicamentos ARV por periodo. Este valor aumentó a 7 (489,50%) en el SSN.

Ese aumento del número de suministros del PP exigió del personal una mayor disponibilidad de tiempo para la realización de las tareas administrativas, tiempo del cual no disponían por lo que se produce un incremento de las entregas de suministros sin contar con los remitos correspondientes. Es así como, esta irregularidad se presentó en un 14,81% de los remitos en el SSA se incrementa a un 39,18% en el SSN (ver Figura 17). El problema no se observa tan marcadamente cuando se analiza la cantidad de IFAs recibidas desde el PP sin remito. En el caso del SSA se entraron sin remito el 13,10% de las IFAs y, en el caso del SSN, el 16,92% (ver Figura 18).

La DSyETS y el PP disponían que debían realizarse una dispensación mensual que debía cubrir las necesidades de TARV para 30 días calendario a cada una de las personas con VIH incluidas en el programa. Para ello, ambos programas debían cumplir con igual requisito para no romper la cadena de logística de suministro de medicamentos. En los datos graficados en la Figura 19 se puede observar que, en el SSA el promedio de tiempo transcurrido entre que se entregaba la solicitud de medicamentos al PP y se recibía el suministro correspondiente era de 55,57 días. En ese periodo se debieron recibir ocho suministros en la práctica, pero por el contrario, se recibieron solo siete (ver Figura 16).

Otra referencia importante que se gráfica en la Figura 19 es el periodo de tiempo transcurrido entre dos suministros recibidos desde el PP. En el SSA ese valor promedio ascendía a 38 días, mientras que, para el caso del SSN la cantidad de días entre dos suministros eran 31,33.

La existencia de periodos entre suministros superiores a 30 días originaba la necesidad de cubrir las demandas de medicamentos de las personas con VIH. Como ya se explicó anteriormente, en el caso del SSA, esto no significaba un problema, la complicación se generaba conforme se avanzaba en la aplicación del SSN. A la escasa cantidad de medicamentos suministrada se le

sumaba un mayor periodo de tiempo entre dos suministros lo que agravaba aún más la necesidad de fraccionamiento para intentar no generar carencias y, en el peor de las situaciones, que la carencia sea del menor número de dosis para todas las personas asistidas. La magnitud de este problema se expresa conforme avanza el tiempo en la etapa de transición, pero que se observa con claridad durante la aplicación del SSN (ver Figura 20). En la Tabla 5 se especifica la cantidad de días en que cada una de las IFAs fue fraccionada o estuvo en falta por periodo.

Como se explicó anteriormente, la DSyETS y el PP establecían la necesidad de una dispensación mensual por persona. Si se analiza lo sucedido en la práctica, se puede ver que en la etapa correspondiente al SSA esta premisa se cumplió relativamente ya que el promedio de dispensaciones por persona fue de 1,13. En contraposición, en la etapa donde se estableció el SSN, el número promedio de dispensaciones ascendió a 1,99 producto de la necesidad de fraccionar debido a las características propias del sistema de suministro ya mencionadas. Esta afirmación se corrobora en las Figuras 21, 22 y 23.

Analizando la forma y el criterio de dispensación establecido en las distintas etapas se puede advertir la diferencia entre estos dos sistemas de suministros. En el SSA la disponibilidad de existencias de reservas permitía realizar dispensaciones por mayor cantidad de tiempo cubriendo de esa manera la totalidad de eventualidades que podían surgir a lo largo del tiempo. Es así como se dispensaron tratamientos para cubrir hasta tres meses y se estimulaba a mantener la buena adherencia en el tiempo con dispensaciones para dos meses de tratamiento a aquellas personas que presentaban una adherencia superior al valor exigido con carga viral indetectable. En oposición a esto, en el SSN se realizaron dispensaciones mensuales erráticas y se produjo un aumento de entregas fraccionadas de medicamentos como así también la carencia de los mismos en casi todos los periodos (ver Figura 24 y 25). Si se

tienen en cuenta todas las 8.311 dispensaciones realizadas en el SSN, se puede decir que 29,07% correspondieron a un mes de tratamiento, 64,43% fueron medicamentos fraccionados y 6,50% de las dispensaciones no se realizaron por carencia de los medicamentos indicados.

Como se expresó en la introducción de este trabajo, el éxito de la TARGA exige alcanzar una adherencia superior al 95%. En la Figura 26 se gráfica la adherencia promedio observada durante el periodo de estudio correspondiente a esta investigación. Como se explicó en la introducción, los valores de adherencia pueden verse modificados por una suma importante y variada de factores. Es por esta causa que se considera que los valores presentados en el SSA como la base donde se incluyen todos esos factores y la diferencia de la adherencia del SSN con respecto a la antigua se considera que refleja los problemas ocasionados por el nuevo sistema debido al fraccionamiento, las carencias y sus consecuencias, fundamentalmente en la aparición de efectos adversos, número de dosis omitidas y abandonos de tratamientos.

En la Figura 26 se destacan dos periodos con un promedio de adherencia superior a 1, calculado sobre la base de la fórmula indicada en página 49. En el caso particular del periodo correspondiente a N/07 se debió al adelantamiento por unos pocos días de las personas con VIH para retirar la medicación (asistencia del personal médico y farmacéutico al Congreso Nacional de Sida). En el caso de F/10, la adherencia promedio de 1,02 se debió al menor fraccionamiento de medicamentos que permitió a algunas personas tener en su poder uno o dos días de reserva personal (ver Figura 26). Otro periodo de adherencia importante corresponde al N/08 donde el valor alcanzado fue de 1,00, lo que probablemente es consecuencia de que en el periodo anterior no se debió fraccionar y no existieron periodos de carencias (ver Figura 25), sumado a que solo se debieron fraccionar medicamentos por pocos días (ver Tabla 5). Los valores promedios de medicamentos faltantes teórica de estos

tres periodos se ven reflejados en la Figura 27, para el periodo N/07 fueron 7, para F/10 fueron 2 y para N/08 fueron 4.

Otro periodo importante para analizar es el correspondiente a Mz/09 donde la adherencia promedio corresponde a uno de los valores más bajos, 0,85. Este periodo se caracterizó por presentar la mayor cantidad de carencias de medicamentos ARV, principalmente de aquellas IFAs de mayor indicación médica como lo son el 3TC/AZT y ABV. A esto se le debe sumar la carencia de los fármacos sustitutos del primero; 3TC y AZT (ver Tabla 5 y Figura 33). En ese periodo, las personas con VIH debieron concurrir al DAF para retirar medicamentos en un promedio de 5,16 oportunidades (ver Figura 23).

Analizando los valores promedios de adherencia observados durante los distintos sistemas de suministro se puede decir que; en el SSA la adherencia se mantenía en un rango de 0,85-0,94, mientras que, en el SSN la fluctuación de los valores de adherencia promedio era más marcada. En este caso el rango era de 0,68-0,95, siendo el valor más bajo para este sistema el observado en E/09. En ese periodo, un alto porcentaje de las personas con VIH atendidas en el DAF viajaban a zonas turísticas para trabajar o vacacionar y al no poder hacerlo con la medicación suficiente para cubrir sus tratamientos procedían a suspenderlo.

Dos datos a tener en cuenta para medir las repercusiones de los dos sistemas de suministros es analizar los inicios de tratamientos y los abandonos. Estos datos se graficaron en la Figura 28. Allí se puede observar que en el SSA existió una mayor cantidad de ingresos al programa que egresos. Todo lo contrario se observa en el SSN, donde durante los últimos seis meses del estudio no se produjeron ingresos y se observó la mayor cantidad de abandonos de tratamiento. El impacto de estos datos se puede observar en la Figura 6. Esta falta de ingresos de personas con VIH al programa es bastante llamativa debido a que la morbilidad por Sida se encontraba en ascenso

durante ese año (ver Figura 2). Probablemente una de las causas sea la decisión médica de no incluir personas al PN debido a la carencia de medicamentos que no permitían cubrir las demandas del momento, o bien, el ingreso de estas personas al PN se realizaba a través de otras instituciones.

La cantidad de abandonos de tratamiento puede ser atribuida a muchos factores, los mismos que afectan a la adherencia. Pero es importante destacar que el número de abandonos por periodo en el SSA nunca fue superior a cinco, por lo que se puede inferir que, el incremento de esta variable por encima de ese valor puede atribuirse a otras circunstancias que no se habían presentado con anterioridad, como por ejemplo, el fraccionamiento y la carencia de medicamentos, sumados a la desesperanza sobre un cambio de situación después de un año de existencia de este problema (ver Tabla 5 y Figura 25). No se considera que personas con VIH pudieran haber migrado hacia otra institución para recibir su tratamiento debido a que en esa etapa no se recibieron solicitudes de baja al PN de ninguna persona asistida en el HNC.

Analizando el caso particular de la IFA de mayor indicación médica, 3TC/AZT (ver Figura 10) se puede observar que la solicitud de la misma se mantiene constante en el tiempo hasta el momento en que no se suministra por dos periodos consecutivos (O y N/08). En ese tiempo, se distribuyeron las existencias de reserva para atender las necesidades de tratamiento de las personas con VIH por lo que se incrementaba la solicitud del mismo conforme a la aplicación de las fórmulas mencionadas. Se debe notar que en ningún momento se les fraccionó o carecieron del medicamento las personas que lo tenían indicado (ver Figura 29 y Tabla 5).

Continuando con la observación de la misma figura, se podría suponer que se contó con medicación suficiente para cubrir las necesidades de las personas en la etapa correspondiente al SSN. Pero cuando se grafica la cantidad de días con problemas de suministro que obligó a fraccionar el

medicamento y se lo compara con el tiempo transcurrido entre dos suministros, se puede determinar que la falta del mismo fue importante a lo largo del estudio (ver Figura 30). En la Tabla 6 se incluye el detalle correspondiente al suministro de 3TC/AZT donde puede observarse periodos donde no se reciben suministros del mismo desde el PP, cantidades entregadas (ejemplo 09/Sept/08, 1 caja) y el número de provisiones extras entregados para intentar mitigar el problema.

Para resolver el inconveniente de la falta de 3TC/AZT se recurría a dispensar 3TC y AZT. La sustitución del medicamento implicaba para la persona con VIH ingerir seis formas farmacéuticas sólidas extras por día y la aparición de problemas gastrointestinales importantes que podían llegar a limitar su calidad de vida y adherencia⁸⁵. En las Figuras 31 y 32 se grafican las cantidades solicitadas, las suministradas y las dispensaciones realizadas de 3TC y AZT. En el caso de AZT se puede observar que no existía solicitud del mismo en el SSA, esto se debió a que solo dos personas tenían indicación de la misma, lo cual era cubierto en el SSA con AZT que el DAF tenía de reserva antes de que el PN decidiera incorporar al formulario terapéutico la asociación 3TC/AZT. Lo importante de este caso se observa cuando se comparan los periodos de carencia de 3TC/AZT, 3TC y AZT con el periodo de tiempo transcurrido entre dos dispensaciones. Es en ese momento donde se pone en evidencia que coexistieron momentos de carencias de 3TC/AZT con su reemplazo 3TC o AZT en forma simultánea (ver Figura 33).

El mismo análisis se puede realizar para EFV y NVP, segundo y tercer IFAs con mayor indicación respectivamente (ver Figura 10). En ambos casos la carencia se presentó en el SSN con el agravante que ninguno de estos fármacos podían ser reemplazados, solo era posible modificar el esquema de tratamiento y la indicación alternativa era sustituir uno por el otro (ver Figuras 34, 35, 36, 37 y Tabla 5). Se puede destacar que ambos fármacos debieron ser

fraccionados al mismo tiempo en los siguientes periodos: N/08, E-F-Ab-My/09 y Ag-S/09 (ver Figuras 35 y 37).

Al analizar el caso 1 se puede observar que en la 6ª dispensación la adherencia tiene un valor de 0,36. Probablemente el valor real estuviera aumentado debido a que el médico infectólogo tratante debió indicar un periodo de vacaciones antes de realizar el cambio de tratamiento de NVP a EFV (generalmente se establecían 30 días de descanso). Se trata como un supuesto, porque esta indicación no fue confirmada por el médico infectólogo ni por la persona enferma (ver Tabla 7). La causa de la rotación del esquema terapéutico se debió a la aparición de rash cutáneo con el uso continuo de NVP.

Al presentarse al DAF a retirar medicación el 27/Mz/09 y 30/Mz/09 (dispensaciones N° 29 y 30) no se contaba con existencias de 3TC/AZT, 3TC y AZT. El día 30 debió asistir en dos oportunidades para retirar dos días de tratamiento. Nótese que en el periodo que se está analizando Mz/09, el Sr MYYYY XXXX70 debió asistir en 12 oportunidades para cumplimentar 25 días de tratamientos de los cuales cuatro días estuvo sin medicación por carencias de los mismos en el DAF.

Una situación similar vivió el 10/F/10 (dispensación N° 50), oportunidad en que debió concurrir al día siguiente para completar un mes de tratamiento con la salvedad de que en ese momento contaba con dos días de existencias para no tener que suspender el tratamiento.

En la Figura 38 se grafica la adherencia de esta persona en función del tiempo. Su adherencia desde que inició el tratamiento ARV en el año 2005 fue aceptable. El rango de adherencia establecido por los datos de farmacia fue de 0,97-0,99. En O/07 solicita un mes extra de tratamiento porque su padre estaba

muy enfermo y en cualquier momento debería viajar. Su papá fallece, esta era la única persona que conocía su realidad y era su apoyo incondicional. Entra en un estado depresivo que se pone en evidencia en la forma de presentación, de hablar y la pérdida de adherencia. Esta problemática fue informada por el DAF al servicio de psicología para su atención profesional. Su adherencia al tratamiento podía ser caracterizada como errática debido al problema personal y se acentuó por los problemas en la dispensación en la etapa de SSN.

El segundo caso detallado (ver Tabla 8) corresponde a una persona con VIH que inicia tratamiento ARV durante el SSN recibiendo en esa oportunidad los fármacos necesarios para cubrir siete días de tratamiento en el mes de septiembre de 2008. En la 8ª dispensación se procedió a sustituir el 3TC/AZT por 3TC + AZT. A partir de ese momento la entrega de medicación alternaba entre la combinación y las formas farmacéuticas simples con el consecuente problema de adaptación que se manifestaba como una diarrea invalidante producida por AZT. En tres oportunidades (dispensaciones 13, 22 y 25) debió asistir a la institución en dos ocasiones el mismo día para retirar medicamentos para cubrir tres, cinco y dos días de tratamiento respectivamente.

Una característica que se presentó en varias oportunidades con distintas personas incluidas en el programa era; el que se presentaba en la dispensación N° 17. La persona dos días antes había recibido tratamiento completo para dos días, concurre a la institución a retirar medicamentos y en esa oportunidad se dispensa fármacos suficiente para cubrir siete días de tratamiento de 3TC + AZT pero no se entregó EFV por no contar con existencias del mismo. La dispensación se realizaba siguiendo las indicaciones dadas por el PP en cuanto a la forma y al fraccionamiento de los medicamentos aún conociendo los problemas que este tipo de dispensación incompleta podía ocasionar. No obstante, se le solicitó a la persona que suspenda el tratamiento hasta tener a su disposición las tres IFAs indicadas por el médico infectólogo. El Sr. MYYYY XXXX1987 se presenta siete días más tarde a retirar sus

fármacos comentando que ingirió los comprimidos entregados en la dispensación anterior diciendo “porque era lo que había”. Se continuó trabajando en la adherencia al tratamiento de esta persona para tratar de solucionar esos picos negativos que se observan en la Figura 39, que si bien tenían un componente psicológico importante, la falta de regularidad en la dispensación del tratamiento no colaboraba en la mejora de su estado de salud física. Esta incongruencia entre lo que se dice y se hace o, para bien decir, entre lo que se decía y se hacía, generaba confusión en las personas en general que las llevaba a realizar acciones poco eficaces en el mejor de los casos. Para el acontecimiento del que se está tratando, la confusión solo generó la posibilidad de crear un mal mayor debido a la posibilidad de resistencia al tratamiento; que en caso de presentarse hubiera obligado al cambio de tratamiento con el consecuente aumento de número de formas farmacéuticas sólidas a ser ingeridas. La ingesta de las formas farmacéuticas sólidas era el problema que causaba la mala adherencia en el periodo en estudio, por lo tanto, se ingresaba de esa manera en un círculo vicioso del cual era complicado salir.

El trabajo en la adherencia de una persona al TARGA involucra una tarea conjunta entre la persona enferma y los miembros del equipo de salud donde se deben enfrentar el duelo con su cuerpo anterior a la infección, la posibilidad de restitución del cuerpo como objeto de amor, de nuevo lugar y la relación persona-medicamento⁸⁶. La tarea principal del farmacéutico es identificar la percepción del esfuerzo que implica seguir el tratamiento, la capacidad de hacerlo, la información y los preconceptos que la persona tiene sobre los fármacos en general y sobre los medicamentos ARVs en particular, el conocimiento sobre los beneficios y los efectos adversos de administrarlos, la mejora de la salud y la dificultad para ingerir los medicamentos prescritos. Esta tarea es imposible de llevar a cabo solo con palabras, es imperativo contar con los medicamentos para que el rol del farmacéutico en el equipo multidisciplinario de salud que atiende a la persona con VIH pueda ser llevado

a la práctica buscando el mayor beneficio y la mejor calidad de vida para la persona enferma.

Hasta este momento, se ha analizado el sistema de solicitud, suministro y dispensación desde todas las aristas posibles, es ahora el tiempo de hacer un análisis deontológico de la justicia en la distribución de los recursos en salud. Para ello, es necesario tener presente que la explicación de conceptos éticos es una tarea de reflexión.

Parte 2: Análisis deontológico

Tal como se dijo en la introducción, el análisis deontológico implica el estudio de los principios y los deberes implicados en la distribución justa de los recursos. Para ello se debe establecer que se entiende por justicia.

Si se habla la justicia en los tiempos actuales, se pone en evidencia dos supuestos incorporados por el cristianismo y potenciados por la modernidad: que las personas son libres e iguales⁸⁷. La libertad implica ser autónomo y responsable, si alguno de estos elementos falta la libertad se transforma en dependencia y las relaciones en injustas. La igualdad significa gozar de los mismos derechos y obligaciones.

Existen muchas definiciones de justicia por lo que intentaré realizar un resumen de las distintas teorías.

- Teoría de la justicia como proporcionalidad natural: En el pasado grecorromano para delimitar a la justicia se empleaba la famosa definición de Ulpiano “*Justitia est constans et perpetua voluntas ius suum unicuique tribuere*”⁸⁸ traducida como “La justicia es la constante y perpetua voluntad de dar a cada uno su derecho”. Platón, por su parte,

relacionaba la asistencia sanitaria con la capacidad de recuperación del ciudadano y no reconocía un derecho individual a dicha asistencia sino en relación de la función de la persona dentro de la polis⁸⁹. Según este criterio al esclavo la atenderá un médico esclavo; el artesano no podrá seguir terapéuticas prolongadas u onerosas, y sólo el rico tendrá completo acceso al mundo de la salud. Aristóteles reconoce dos tipos de justicia⁹⁰; una es la justicia distributiva, que rige las relaciones del gobernante con sus súbditos, y la otra, la justicia conmutativa que regula las relaciones de las personas privadas entre sí. En el área de la salud las dos son importantes, principalmente la primera. En la expresión “justicia sanitaria”, el termino justicia siempre se entiende en el sentido de la “justicia distributiva”. En resumen se puede decir que la justicia como proporcionalidad natural establece que es justo dar a cada uno proporcionalmente según su posición. Esta iniciativa nacida en siglo VI antes de Cristo, no conoció rival hasta bien entrado el siglo XVII.

Partiendo de la definición pre-moderna sobre justicia en la cual cada persona debía recibir, en riquezas y honores lo que le corresponde según su lugar en la polis se pueden realizar dos lecturas diferentes. La primera es la que consolida la ideología liberal que acentúa la libertad y la segunda, el socialismo que pone como máximo valor la igualdad.

- Teoría liberal o de la libertad contractual: Establece la importancia del contrato social como base de todos los deberes de justicia. Su máximo representante John Locke describió en el segundo de sus *Two Treatises on Civil Government*, publicado en 1690, sobre los derechos primarios que el hombre posee por el mero hecho de serlo. Son los llamados “derechos humanos” civiles y políticos: el derecho a la vida, a la salud o integridad física, a la libertad y a la propiedad, además del derecho a defenderlos cuando los considere amenazados. Son el “bien individual” e irrenunciable de cada hombre que para que puedan convertirse en un “bien común”, es preciso efectuar un pacto o contrato, el denominado contrato social. El objetivo es el logro de la “justicia social”, que se identifica con el “bien común”, entendiendo por tal “una ley establecida,

aceptada, conocida y firme que sirva por común consenso de norma de lo justo y de lo injusto”⁹¹. Robert Nozick afirmaba que es justo el Estado que se limita a proteger los derechos individuales contra las posibles violaciones. Es por ello que son las leyes del mercado las que deben realizar la justa distribución de las riquezas y los recursos médicos. Considera a la salud un derecho negativo que el Estado no está obligado a promover en forma positiva. Admite el deber moral de la caridad que obliga a prestar servicios a los pobres^{92,93}. Otro representante de esta teoría, Engelhart, afirma que “nadie puede cargar con la responsabilidad de restablecer la salud de quienes pierden en la lotería natural”, con ello se opone a un sistema de asistencia sanitaria igualitaria reconociendo que las personas acaudaladas eran libres de adquirir una mejor asistencia sanitaria. Establece “que unos pacientes que puedan ser salvados en un sistema o nivel, mueran en otros por no recibir la misma asistencia, no es testimonio de delincuencia moral, sino de los diferentes poderes, fortunas, elecciones y visiones de los hombres y mujeres libres”⁹⁴.

- Teoría de la igualdad social o igualitaria. Permite una nueva definición de justicia distributiva que establece que lo que debe distribuirse equitativamente no son los medios de producción sino los de consumo. La palabra clave aquí es “equitativamente”. Marx lo resuelve estableciendo que “a cada uno debe exigírsele según su capacidad, y debe dársele según sus necesidades”⁹⁵.

Si analizamos las definiciones de justicia hasta aquí dadas, partiendo de la interpretación de Ulpiano “La justicia es la perpetua y constante voluntad de dar a cada uno lo suyo” se puede ver que el cambio está en la interpretación de lo que es “lo suyo”. Para el pensamiento liberal es “lo propio”, en tanto que para Marx es “lo necesario”. La justicia distributiva no es adecuada si no se da a cada uno “según sus necesidades”. Solo así puede coincidir la justicia con la igualdad. La justicia comunista aplicada a la sanidad entiende a la salud como una capacidad y a la enfermedad como una necesidad, es así como, la salud es un bien de

producción y la enfermedad un bien de consumo. El estado debe dar a cada cual según sus necesidades, y por tanto tiene la obligación de cubrir de modo gratuito y total la asistencia sanitaria de todos los ciudadanos.

- Teoría de la justicia como bienestar colectivo, equidad: Se trata de un estado mixto, mezcla de democracia liberal y Estado social. Un representante de esta teoría es John Rawls⁹⁶ quien entiende a la justicia como equidad, dar a cada uno lo que merece. Para explicar esta posición parte desde la autonomía racional kantiana sobre “la igualdad de los seres humanos en tanto que personas morales” y es desde este lugar que el hombre determinaría los principios de justicia que surgirían de un principio general: “Todos los valores sociales (libertad y oportunidad, ingreso y riqueza, así como las bases sociales y el respeto a sí mismo) habrán de ser distribuidos igualmente a menos que una distribución desigual de alguno o de todos estos valores redunde en una ventaja para todos, en especial para los más necesitados”⁹⁷. De allí surgen dos criterios adicionales sobre los que debe escogerse: uno de ellos, el llamado “máximax”, maximizar la utilidad de las situaciones más ventajosas o de los sujetos más favorecidos o el “maximin”, minimizar el perjuicio de las situaciones más desfavorables o sea de los sujetos menos favorecidos. Lógicamente debe escogerse el principio “maximin”, lo que nos lleva a una segunda afirmación: “Todos los bienes sociales primarios han de ser distribuidos de un modo igual, a menos que una distribución desigual de uno o de todos estos bienes redunde en beneficio de los menos aventajados”. Rawls considera que los derechos primarios que posee el hombre (derecho a la vida, a la salud o integridad física, a la libertad y a la propiedad) sumado a las desigualdades sociales y económicas deben estar accesibles a todos en igualdad de oportunidades y “deben suponer el mayor beneficio para los miembros menos aventajados de la sociedad”⁹⁸. Daniels complementa lo postulado por Rawls definiendo con precisión qué son las “necesidades” de asistencia médica utilizando como criterio el funcionamiento típico de la

especie. Este criterio permite considerar enfermedades que exigen asistencia conforme al principio de justicia distributiva a todas aquellas “desviaciones de la organización funcional natural de un miembro de la especie”⁹⁹, pero no las demás.

- Teoría del mínimo decoroso: A través de esta teoría propuesta por Fried, el derecho a la justicia deriva del principio bioético de beneficencia de “responder compasivamente a la miseria de los otros”; vale decir que debe procurarse la asistencia sanitaria estándar a todos los que no sean capaces de conseguirla por si mismos. Fried realiza la siguiente proposición: “Una persona puede reclamar de sus semejantes un paquete estándar de bienes básicos o esenciales: vivienda, educación, cuidado sanitario, alimento; esto es el mínimo social (lo decente), si con esfuerzos razonables no puede ganar bastante para procurarse él mismo ese mínimo”¹⁰⁰.
- Tradición católica: Entiende la justicia como virtud, como hábitos estables y permanentes que marcan todos los aspectos de las relaciones humanas. La justicia trata de las obligaciones y responsabilidades que tenemos para construir la buena comunidad. No hace referencia a lo que nos gustaría hacer por los otros, ni de cómo ser generosos con ellos, sino de lo que les debemos desde la base de nuestra común humanidad. No significa que carezca de importancia la caridad, pero las respuestas con esta base son insuficientes y no cumplen las exigencias de la justicia. La tradición católica establece cinco tipos distintos de justicia; conmutativa, legal, distributiva, igualitaria y social. La justicia distributiva trata de las obligaciones de la sociedad como un todo en relación con los individuos que la componen. En virtud de la justicia distributiva, la sociedad debe atender a las exigencias razonables de los ciudadanos, que lógicamente son variables en el tiempo. En la encíclica papal “Pacem in terris” de Juan XXIII¹⁰¹ se expresa: “Puestos a desarrollar... el tema de los derechos del hombre, observamos que éste tiene un derecho a la existencia, a la integridad corporal (los de la primera tabla) a los medios necesarios para un

decoroso nivel de vida, cuales son principalmente, el alimento, el vestido, la vivienda, el descanso, la asistencia médica y, finalmente, los servicios indispensables que a cada uno debe prestar el Estado. De lo cual se sigue que el hombre posee también el derecho a la seguridad social en caso de enfermedad, invalidez, viudez, vejez, paro (desocupación) y, por último, cualquier otra eventualidad que le prive, sin culpa suya, de los medios necesarios para su sustento”.

- Principio de justicia en bioética: La National Commission interpretó a la justicia como la “imparcialidad en la distribución de riesgos y beneficios (...) iguales deben ser tratados igualmente”. De las tres premisas incluidas en el Informe Belmont¹⁰² esta fue la más perjudicada en su ejecución, debido a que las autoridades públicas responsables de la viabilidad de la justicia, habitualmente son negligentes en asumir las decisiones políticas necesarias¹⁰³.

Analizando el problema planteado en esta investigación se puede decir que la DSyETS entendía a la justicia desde la teoría de la igualdad social donde la distribución de los recursos se realiza entregando los medicamentos necesarios para cubrir las necesidades de las personas incluidas en el programa.

La situación provincial era desigual, un hospital nacional tenía disponibilidad de medicamentos y el hospital provincial referente dirigido por los ejecutores del PP tenía periodos de fraccionamiento y carencia que obligaba a utilizar fondos provinciales para la adquisición en droguerías de medicamentos ARV cuando existían faltantes en los suministros desde la DSyETS (Etapa SSA). En ese momento, en lugar de buscar a través del diálogo conocer las diferencias y consensuar un trabajo conjunto, los gestores del PP decidieron intervenir el sistema de suministro entendiendo la justicia distributiva como el bienestar colectivo donde los medicamentos debían ser distribuidos igualmente entre los hospitales provinciales con una distribución desigual para el HNC lo

que redundaría en una ventaja para todos. Se pretendió aplicar el criterio “maximin” minimizando el fraccionamiento y la adquisición de medicamentos realizada por el PP, sin advertir que el problema de fondo, a mi modesto entender, se encontraba en el sistema de cálculos de sus necesidades que el PP emplea para la solicitud de medicamentos a la DSyETS.

En la práctica, el suministro de medicamentos que el PP realizaba al HNC hacía inferir que se interpretaba a la justicia distributiva como el mínimo decoroso donde se respondía compasivamente suministrando una cantidad de medicación que no alcanzaba a cubrir las necesidades de las personas con VIH sin aceptar ni tolerar el reclamo institucional o de las personas afectadas (ver Tabla 6).

Recurrir en la distribución de recursos sanitarios a criterios como el sexo, la raza, la religión, el cociente intelectual o el estatus social, la jurisdicción del hospital, significa en cualquier tiempo, tratar de forma diferente a las personas en aspectos que afectan profundamente sus vidas “a causa de diferencias de las que no son responsables”¹⁰⁴ y representan un acto de discriminación penado moral y legalmente¹⁰⁵.

Es necesario tener presente que el derecho de justicia distributiva a la asistencia sanitaria¹⁰⁶ se puede exigir y fundamentar en distintos argumentos a partir de:

- La dignidad inviolable de todo ser humano, que es la base del respeto que se debe a toda persona humana, por el hecho de serlo. De esa dignidad emanan obligaciones y derechos que el ser humano puede exigir, siendo el derecho fundamental y fundante el derecho a la vida. Este derecho incluye el acceso a los bienes y servicios que son necesarios para vivir humanamente y desarrollar, de la mejor forma posible, la propia personalidad, garantizándole la satisfacción razonable

de sus necesidades fundamentales. Una de las necesidades fundamentales es la asistencia sanitaria, puesto que la salud es necesaria para que la persona pueda disfrutar de la vida y desarrollar su proyecto vital personal. Además, la salud es necesaria para contribuir al bien común de la sociedad.

- La naturaleza de la enfermedad como elementos indispensables de nuestra común humanidad. Toda persona debe tener acceso a una asistencia sanitaria que le ayude a recuperar la salud o a evitar el dolor. Esto empalma directamente con el derecho a la vida y a la integridad física, sumado a que la salud es un requisito básico para la realización personal del ser humano.
- La protección social colectiva: las necesidades de salud son similares a otras necesidades que deben ser protegidas y potenciadas por el Estado (educación, seguridad medioambiental, etc.). Es necesario resaltar que la salud y la enfermedad, estrechamente asociadas al derecho a la vida, son valores fundamentales para el desarrollo de otros derechos humanos.
- La norma de oportunidad equitativa que exige al Estado garantizar el acceso los servicios sanitarios a aquellas personas con limitaciones naturales o sociales en el área de la salud, pues son las que más las van a necesitar.

Hasta aquí, se ha observado la justicia sanitaria desde los principios aplicables y los aplicados en el tiempo que se estableció para la investigación. Pero la justicia tiene otra dimensión, no menos importante, que es necesario tener en cuenta para completar el análisis y es la consecuencia de los actos realizados, lo que se denomina el análisis teleológico.

Parte 3: Análisis teleológico

Para iniciar este análisis, lo primero que se debe establecer es que la justicia no consiste solo en el respeto de principios morales, sino también en la maximización de las consecuencias buenas de los actos. Este segundo aspecto de la ética de la justicia resulta más operativo que el anterior, debido a que el tema de las consecuencias es fácilmente cuantificable.

La idea de justicia no es ajena al criterio de “máxima utilidad” que la economía comenzó a entender cuando fue capaz de establecer el Criterio Óptimo de Pareto, por el cual “una configuración sólo puede considerarse óptima cuando no existe otra que mejore las condiciones de algunos de los implicados sin que otros reciban un perjuicio”¹⁰⁷. Con este criterio se persigue que todas las personas resulten beneficiadas y ninguna perjudicada. Este simple criterio debe ser cumplido por todo acto para que sea considerado justo. A partir de esta regla se establece el “Criterio de Eficacia” que permitiría aceptar una acción como eficaz, no solo si es buena para cada uno, sino también si puede mejorar la situación de cada uno, aunque de hecho no pudiera hacerlo. De esta idea derivan los análisis de costo/beneficio (ACB) y costo/eficacia (ACE)¹⁰⁸, de los cuales se deduce el cálculo de Años de Vida Ajustados por Calidad (AVAC) o su sigla en inglés QALY¹⁰⁹.

Existen, además, otros criterios para determinar justicia. Uno de ellos tiene en cuenta que el objetivo de cualquier gobernante debe ser el logro de la máxima felicidad de los ciudadanos por lo que se establece el siguiente principio: “la mayor felicidad del mayor número es la medida de lo justo y de lo injusto”¹¹⁰. Es por ello, que al gestor de la cosa pública, al político se le exige el máximo beneficio con el mínimo costo, es decir, optimizar la utilidad.

Un concepto puramente técnico y por tanto libre de valores, es el de la eficiencia. Este concepto implica la maximización de utilidades. Se dice que

algo es eficaz cuando produce un beneficio; y es eficiente cuando lo produce al menor costo, lo que es lo mismo, cuando se consigue el máximo beneficio con el mínimo perjuicio, medido en términos monetarios. La eficiencia busca optimizar el resultado, lo que se consigue cuando no hay posibilidad de operativizar ningún curso de acción alternativo que resulte menos costoso para alcanzar los beneficios¹¹¹. Así definida, la eficacia es una obligación de justicia debido a que los recursos son siempre limitados. De esta manera, una distribución se considera eficiente si cumple con el Criterio de Pareto, es decir, si no existe una redistribución de los bienes que mejore las circunstancias de al menos uno de los individuos sin que otro resulte perjudicado¹¹².

Pero existe la posibilidad de que la distribución de los recursos sea eficiente, aunque puede ser injusta o inequitativa. Esto se debe a que no está dicho cuál de las posibles distribuciones que benefician a algunos o a la mayoría sin perjudicar a ninguno es equitativa. Esto pone en evidencia que el principio de eficiencia no es suficiente para definir un sistema de distribución de bienes como justo.

Cabe preguntarse cómo debe aplicarse la justicia distributiva en el campo de la atención sanitaria. Esto fue estudiado y analizado por Gene Outka¹¹³. El resultado de su investigación fue tomar como punto de partida cinco posibles cánones para la existencia de una política sanitaria justa. A saber:

- Criterio: los “méritos” o la virtud de las personas. Esta aproximación no tiene en cuenta el hecho de que la necesidad de atención sanitaria acontece de forma independiente de los méritos de la persona. Este canon es inadecuado para distribuir recursos en salud.
- Criterio: de la utilidad social de las personas. ¿Quién y con qué criterio establece que persona es más útil para la sociedad? Es conocido que las mayores necesidades sanitarias y, por ende, los mayores gastos en salud se destinan a la atención de niños y ancianos. Este canon,

tampoco parece ser aplicable en nuestros tiempos. Una situación excepcional de aplicación de esta posibilidad sería en el caso de una guerra en que el médico desbordado por la necesidad de atender heridos, debe preferir a aquellos soldados que podrán continuar luchando¹¹⁴.

- Criterio: capacidad de los individuos para adquirir económicamente los recursos. Esta concepción liberal es aplicada en nuestros días por varios países occidentales y, al menos parcialmente, en EEUU. El hecho de considerarla injusta no niega la posibilidad de puedan existir servicios sanitarios que atiendan necesidades que van más allá de las básicas y que estén disponibles para quienes pueden pagarlas. Pero esto sólo es aceptable si se asegura un mínimo adecuado para todos los ciudadanos.
- Criterio: a cada uno se le entrega de acuerdo a sus necesidades. La necesidad humana de atención sanitaria debe desarrollarse en base a una política sanitaria justa y este criterio es una respuesta parcial en la búsqueda de justicia en salud. Las limitaciones de este criterio son la enfermedad y la muerte.
- Criterio: casos iguales exigen iguales tratamientos. A través de una cuidadosa reflexión y el diálogo social se determinaría cuáles son los mínimos servicios sanitarios a ser prestados por la sociedad a todos los ciudadanos y, entonces proporcionárselos a todos, sin tener en cuenta sus méritos, utilidad y capacidad económica.

De acuerdo a lo expuesto se puede generalizar diciendo que existen cuando menos dos maneras de distribuir los recursos:

- Siguiendo el criterio de eficiencia, por el cual los recursos deben ser distribuidos en aquellos que puedan beneficiarse de ellos. Lo que se considera una Teoría Utilitarista.
- Basado en el criterio de equidad. En este caso, la distribución de los recursos se realiza de manera tal que lleguen a todos por igual, o que en

caso de desigualdad, tengan preferencia aquellos que más los necesitan, los más desfavorecidos. Este sistema corresponde a la Teoría Rawlsiana.

Una distribución de recursos basada sólo en el criterio de eficiencia en el gasto genera inequidades y discriminaciones absolutamente inaceptables. Pero si la distribución se basa en la equidad solamente, se incrementan desmesuradamente los gastos, por lo tanto es ineficiente.

Existe una postura intermedia, socialmente aceptada, que permite conciliar el militarismo de la eficiencia con el universalismo de la equidad. Si bien la eficiencia es una obligación moral, se requiere que cumpla con un requisito, y es que no se conforme con el beneficio de la mayoría, sino que su objetivo sea el beneficio de todos y cada uno. En este caso, la universalización es irrenunciable e indiscutible moralmente; tal como la eficiencia es un requisito de la justicia en la distribución de los recursos.

Cada institución en el campo de la salud, al definir el ámbito de sus intervenciones define al mismo tiempo la efectividad de su acción posible. Esa efectividad es el resultado de la acción óptima en condiciones ideales, lo que significa, tal y como lo planifican los gestores de salud. Esta efectividad se transforma en eficacia, que se define como el resultado obtenido en condiciones reales. La eficiencia es el cumplimiento de la eficacia, es un valor ético, organizacional y administrativo.

En el caso particular que se está analizando, el efecto que buscan tanto la DSyETS, el PP y el DAF es que los medicamentos ARV lleguen a las manos de las personas con VIH para ser administrados logrando una adherencia al tratamiento superior al 95% que asegure una cronicidad de la patología de base con una aceptable calidad de vida.

En la etapa del SSA, el efecto deseado no se alcanza, pero aún así, se puede considerar que el accionar del DAF fue eficaz porque disponía de los recursos materiales (medicamentos) para atender las necesidades de las personas con VIH pero no logra alcanzar el porcentaje de adherencia requerido debido a una condición externa al sistema, inherente a la persona enferma como es la adherencia al tratamiento. El PP y la DSyETS, tampoco fueron eficaces debido a los suministros inconstantes e irregulares de medicamentos. Cuando se pone en marcha el SSN, la situación empeora debido a que el alcance del efecto deseado ya no depende de un trabajo en adherencia planteado entre agente de salud y persona con VIH, sino que los problemas de suministros afectan directamente la disponibilidad del medicamento lo que no solamente afecta la adherencia sino que también desalienta y provoca un aumento de dosis de medicamentos faltantes teóricas (por carencia), disminución de inicios de tratamientos y aumento del número de personas que abandonan el mismo. Con este tipo de sistema de suministro se pretendió optimizar la eficiencia en el gasto y se obtuvo como resultado inequidades, carencias, discriminación y una disminución de la adherencia, que con el tiempo, llevaría a necesitar fármacos ARV de segunda y tercera línea haciendo así más onerosa la atención sanitaria y requiriendo mayores partidas económicas para cubrir las necesidades de las personas asistidas. Por lo tanto, se puede decir que en la planificación del SSN no se tuvo presente que si no se alcanzan los objetivos, si no se logra la eficacia, tampoco es posible alcanzar la efectividad ni la eficiencia.

Para justificar la reforma en el sistema de suministro se argumentó en términos de macroeconomía y de financiamiento, más que respecto a la satisfacción de las necesidades y el bienestar de las personas con VIH debido a que siempre nos asignamos, en forma “paternalista” y para no desmerecer los antiguos preceptos hipocráticos, la capacidad de saber que es lo que la gente quiere y la evaluación de nuestras tareas y sistemas de trabajo. Hubiera sido preciso disponer de la opinión que tenían las personas con VIH de los

sistemas de suministros aplicados y la real satisfacción de las necesidades al respecto.

El problema de la salud pública es, y seguramente siempre lo será, la existencia de recursos limitados para necesidades ilimitadas. Una pregunta recurrente, en el marco del derecho a la asistencia sanitaria, es si se deben cumplir todas las necesidades de salud sin límites.

El lema de las Naciones Unidas “salud para todos” considera dos valores importantes: igualdad y equidad. La igualdad sería reconocer dignidad de la persona y acceso a la salud para todos, mientras equidad sería admitir las diferencias en las necesidades y en los recursos disponibles. Esto origina tensiones entre igualdad para derechos y equidad para las respuestas a necesidades desiguales¹¹⁵. Es por esto que la restricción de los servicios y gastos sanitarios deben ser éticamente justificable. Esta acción se legitima si se dan las siguientes condiciones¹¹⁶:

1. Debe tratarse de un último recurso. Con anterioridad se deben haber realizado todos los esfuerzos para potenciar las posibilidades sanitarias, buscando alternativas para su utilización más eficiente.
2. Debe existir un consenso social sobre la futilidad o superfluidad médica. El objetivo de esta condición es que no se aplique a personas servicios que son considerados superfluos. Quizás el punto más difícil de alcanzar debido a la dificultad en delimitar el concepto de que es fútil y dar una respuesta en los casos fronterizos.
3. Debe ser universal. La limitación o restricción debe ser una exigencia de aplicación a todos los miembros de la sociedad sin excepción.
4. Debe ser un decente y razonable nivel de atención racionada. Esta condición no excluye que puedan existir servicios adicionales opcionales para aquellas personas que puedan pagar, siempre que no excluyan o

representen una amenaza al logro de otros bienes sociales en el campo sanitario, educativo, seguridad, etc.

5. Deben ser participativo y no-discriminatorio.
6. Deben ser fundamentadas las decisiones.
7. Deben realizarse frecuentes revisiones periódicas de las limitaciones establecidas. El objetivo es discernir si se está proporcionado al máximo nivel posible de eficacia en el servicio.

El encargado de establecer las limitaciones a las prestaciones a cargo del erario público es el Estado, el cual no es otra cosa que la “voluntad general” de la sociedad. Es por esta causa que cuando el Estado limita prestaciones de cualquier índole, las estamos limitando todos los ciudadanos. El Estado no podría hacerlo si todos, como sociedad, nos opusiéramos. El debate social es siempre previo al debate estatal y fundamento suyo.

La planificación en salud de un sistema más equitativo basado en conceptos éticos como igualdad y equidad, exige la compatibilización de los principios de no-maleficencia, beneficencia y justicia; sumarle la eficacia, la eficiencia y la rentabilidad que deben ser analizadas desde una perspectiva social de “curación”, y además, conciliar los intereses de todos los actores sociales involucrados. Para ello, lo primero es definir en forma clara y precisa las necesidades mínimas que deben ser satisfechas y desde allí definir cual es el “mínimo necesario” de atención en salud que requiere la sociedad, teniendo presente que la medida mínima para poder medir la eficiencia está dada por disponer de los recursos que permitan ofrecer eficacia¹¹⁷. No es posible medir eficiencia si los recursos son tan escasos que no permiten la eficacia.

Los medicamentos suministrados por programas nacionales o provinciales deben ser distribuidos a la población de acuerdo con el criterio de universalización, de esta manera la maximización tiene que afectar no solo a la

mayoría sino a todos y cada uno de los ciudadanos. Esto es debido a que en el orden de lo público la eficiencia tiene que ir unida a la justicia, y por tanto, a la equidad. Esa eficiencia se demuestra con respuestas acordes a demandas razonables.

La más importante y definitiva de las exigencias éticas de la planificación en salud: se resume en la excelencia técnica. Nada que se haga en forma imperfecta, liviana, descuidada, puede ser éticamente aceptable, así sea inspirado por la mejor intención, o signifique en la práctica un alivio para los que sufren. Sólo mediante la utilización de un diálogo amplio, con un espíritu elevado y un fundamento ético y bioético sólido en argumentos, permitirá tener acceso a los requerimientos básicos de satisfacción de las demandas de las personas enfermas que entregaran un primer parámetro para evaluar eficiencia de los sistemas de salud en la entrega de los servicios que les corresponden y que la sociedad espera.

Un error en el número de personas con VIH que reciben asistencia regular con medicamentos en el Presupuesto General de la Administración Nacional del año 2007 no justifica la limitación injusta del acceso de las personas enfermas al TARV, ni el exceso de celo en el cuidado del presupuesto en los años posteriores. En la Figura 4 se puede observar que la cantidad de personas presupuestadas siempre fue superior a la que realmente recibió atención a excepción del año 2007.

La falta de medicación como consecuencia de un recelo en la justicia distributiva debe ser corregida, pero la falta de medicación por una demostración de poder, impericia, el egoísmo de demostrar ser un buen gestor de la salud es inmoral, injusto y por lo tanto debe ser inaceptable.

Hasta aquí hemos hablado de valores éticos como caridad, igualdad, libertad e inclusión. Pero hay tres valores sobre los que es necesario profundizar y ellos son: la equidad, la responsabilidad y la solidaridad.

La equidad se refiere a los problemas de distribución y acceso en el contexto de la salud. Representa un desafío porque es, tal vez, el valor más importante pero que rara vez se aproxima a su realización. La equidad requiere de bienes y servicios esenciales para ser proporcionados a algunas personas pero que deben estar disponibles para otros igualmente necesitados.

La equidad y la justicia están estrechamente relacionadas. Esto es debido a que la justicia establece modelos para la distribución de los bienes y la equidad es uno de estos estándares. Cuando la inequidad y la injusticia se suman, los sujetos experimentan rabia y frustración que se canalizan a través de movimientos políticos orientados a provocar cambios, que si no son satisfactorios fomentan la revolución¹¹⁸.

La equidad se clasifica en horizontal y vertical¹¹⁹. En el caso de la equidad horizontal la asignación de recursos iguales para necesidades iguales. Mientras el principio de equidad vertical asigna los distintos recursos para diferentes niveles de necesidad¹²⁰.

La ética de la responsabilidad¹²¹ constituye uno de los elementos fundamentales de la ética de las instituciones públicas. Consiste en la búsqueda de un método eficaz para hacer frente a complejos problemas sociales y se caracteriza por una mezcla de obligaciones que emanan de las normas del Estado y la sensibilidad de las empresas. Esto ha llevado a considerar a las instituciones como comunidades vinculadas por valores, hábitos y actitudes comunes definidos en una misión u objetivo que debe resultar legítimo para la sociedad. Es en esa comunidad donde los individuos

se pueden convertir en sujetos solidarios; y a la vez, es por medio de esa comunidad como los individuos actúan e inciden en el conjunto social. Si la organización funciona bajo los parámetros del beneficio a corto plazo y sin miramientos, la ética no tiene cabida. En consecuencia, es necesario construir nuevos modelos de gestión, de dirección y de organización. Si los fines son legítimos, es decir, si satisfacen reales necesidades sociales, y se lleva a cabo dentro del marco de los derechos de las personas, y la institución es coherente con estos fines, las decisiones que tomen las personas resultaran correctas de manera habitual, pues tendrá un marco ético definido. Cuando las personas no pueden decidir correctamente dentro del esquema de una organización sin traicionar los valores morales, se necesita cambiar moralmente a las mismas instituciones.

La ética de la responsabilidad implica considerar de modo inteligente la situación y de evaluar críticamente las intenciones ideológicas, es decir, de ser responsables políticamente y críticos con los procesos subjetivos. La responsabilidad pública trata de las instituciones, sus procesos y sus resultados finales, en el marco de sus propios principios y en términos de realizaciones¹²².

La palabra solidaridad tiene su origen en el latín "*solidus*". En la raíz etimológica de la palabra se encuentra un doble significado, el de la construcción (algo construido en forma compacta) y el jurídico (una obligación que se asume en forma mancomunada)¹²³.

Se distinguen dos tipos de solidaridad; una cerrada y otra abierta. La primera de ellas, se da entre iguales, entre los que tienen los mismos problemas y buscan respuestas similares. Existe dentro de los grupos y manifiesta el grado de cohesión del mismo y la forma en que los individuos se relacionan. La solidaridad abierta afecta a todos los que participan de la condición humana, afirma la igual dignidad de todos los seres humanos.

La solidaridad es un sentimiento moral personal, dirigido a los miembros más desfavorecidos de la sociedad, pero que no es exigible. El Concilio Vaticano II pide la formación de conciencia de la solidaridad y una responsabilidad universales. Además de considerarla como uno de los signos positivos de nuestro tiempo. El primer y esencial rasgo de la solidaridad es la afirmación de la dignidad de todos los seres humanos, toma como punto de partida la existencia de asimetría exigiendo como elemento la empatía o compasión.

Adela Cortina afirma que la justicia y la solidaridad son necesarias para proteger a los sujetos autónomos, porque la justicia postula igual respeto y derechos para cada ser, mientras que la solidaridad exige empatía y preocupación por el bienestar del prójimo, exige compasión¹²⁴. La empatía reconoce al otro no como un rival, sino como un igual en el banquete desigual de la vida¹²⁵.

Las actuaciones verdaderamente solidarias hacen crecer la reciprocidad y la potenciación mutua entre el que hace y el que recibe. Es una reciprocidad que favorece a ambos; formula un ideal más noble para la vida social: el de la tendencia a la igualdad ética de todos los sujetos teniendo en cuenta la condición de asimetría en que se encuentran los individuos y los grupos menos favorecidos¹²⁶.

Durante el periodo que comprende esta investigación, estuvieron presentes valores como igualdad, responsabilidad y solidaridad entre pares, entre las personas con VIH y desde la sociedad hacia ellos. Por parte de las políticas sanitarias no solo estuvieron ausentes esos tres valores mencionados, también faltaron la equidad, la inclusión y la libertad, esto lleva a considerar que el trato que las personas con VIH recibieron fue indigno e injusto.

Conclusiones

A través de lo expuesto en esta investigación realizada en el periodo comprendido entre S/07-F/10, se puede decir que:

- La realidad en salud siempre fue, es y, muy probablemente, siempre será de “recursos limitados para necesidades ilimitadas”. Esto se demuestra en la Figura 1 donde los gastos reales en salud en Argentina superan el 2,0% anual presupuestado.
- El PN no aseguraba:
 - universalidad de acceso a las personas con VIH en la provincia de Córdoba,
 - accesibilidad de los servicios para que las personas puedan transportarse de manera económica a los centros asistenciales,
 - provisión de medicamentos para cubrir las necesidades de las personas con VIH asistidas en el DAF, y
 - continuidad por no garantizar las existencias mínimas necesarias.
- No existe duda alguna que la asistencia sanitaria es un derecho que poseemos por el simple hecho de ser humanos y, por lo tanto, se puede y se debe exigir.
- Una justa asistencia sanitaria tiene sus raíces en la equidad, la universalidad, la solidaridad y la integración.
- En el dialogo obligado entre los principios y las consecuencias, entre lo deontológico y lo teleológico, los segundos son poco atendidos en la teoría y los primeros continúan subestimados en la planificación sanitaria. Diego Gracia lo explica muy bien cuando dice que “en los temas relacionados con la justicia sanitaria, la ética parece haber ignorado a la economía y a la política, y éstas, por su parte, han decidido ignorar aquella, cuando no suplantarla. Lo cual es ya, en mi opinión, una grave forma de injusticia”¹²⁷.

- Debe evitarse que la limitación de las prestaciones en salud puedan atentar contra el principio de equidad o de igualdad de oportunidades de todos los seres humanos ante la vida.
- El debate sobre la limitación de prestaciones sanitarias en el orden de lo público debe llevarnos a un incremento de la eficacia, la eficiencia y la efectividad. Solo de ese modo las decisiones serán más justas, o menos injustas y discriminatorias, y por tanto más morales.
- La ineficacia, la ineficiencia y la ineffectividad son siempre injustas e inmorales, y el Estado no puede asumirlas en virtud del principio de justicia.
- En el proceso de toma de decisión, quien decide no puede ignorar el fin de ese acto, los medios que lo posibilitarán o impedirán, y sobre todo los valores y preferencias que lo empujan a realizarlo y sus concepciones del ser humano y de la vida que son el marco donde se aplicarán.
- Un sistema de distribución de recursos en salud debe ser eficiente, por lo tanto exige que se cumpla como requisito que no se conforme con el beneficio de la mayoría, sino que su objetivo debe ser el beneficio de todos y cada uno.
- Es necesario fortalecer los sistemas de salud que permitan ofrecer intervenciones efectivas, seguras y de alta calidad a todas las personas que lo necesitan.
- La acción correcta de una institución pública debe ser justa y extenderse a sus acciones hacia la comunidad.

En el caso particular de los objetivos planteados en esta investigación, se puede concluir:

- El SSA era eficaz aún cuando no se alcanzó el valor de adherencia requerido de 95% porque el sistema de suministro y distribución garantizó el acceso a la medicación de todas las personas incluidas en

el programa de asistencia. El objetivo no se alcanzó por razones relacionadas a la persona con VIH y su tratamiento, vale decir que, elementos externos a la estructura del sistema de distribución atentaron contra la eficacia del mismo.

Es posible poner en dudas la eficiencia del DAF en su actuación debido al capital inmovilizado en existencias de reserva. Pero, analizando las características del PP como proveedor se concluye que; no existía en ese momento otro curso de acción que no inmovilice el capital para alcanzar la disponibilidad de medicamentos para todas las personas con VIH asistidas. Como consecuencia de ello, se puede decir que el accionar del DAF fue eficaz, eficiente, equitativo y justo.

- El SSN era ineficaz debido a que se tuvo un acceso parcial a la medicación con momentos de carencias. No puede ser eficiente un sistema cuando no se cuenta con los medios necesarios para ser eficaz, por lo tanto, el SSN fue injusto en la distribución de los recursos.
- El cambio de sistema de suministro realizado por el PP surgió como consecuencia del capital inmovilizado por el DAF en concepto de reservas de existencias, aún cuando esta situación no se encontraba prohibida.

La forma de solucionar este inconveniente no era limitar el acceso a los medicamentos ARVs. La solución debía provenir de establecer un sistema logístico de macrodistribución de medicamentos adecuado, confiable, que cumpliera con los objetivos planteados por la DSyETS. De esa manera, el número de días de plazo de seguridad y para la obtención del suministro disminuían y, por lo tanto, las existencias de reserva para el DAF y el capital inmovilizado para el PP y la DSyETS. Esto se hubiera conseguido sin la necesidad de generar conflictos entre instituciones sanitarias que debían trabajar mancomunadamente en la asistencia de las personas con VIH.

Intentando establecer la lección a aprender de este problema investigado, se puede decir que la planificación en salud incluirá acciones que serán apropiadas si se cumple con las exigencias del buen arte:

- Lo propio es el primer valor, el valor técnico, lo bien pensado y ejecutado;
- Lo bien hecho está bien porque cumple con el recto proceder, pero también porque consigue buenos resultados; y,
- Lo justo son las acciones que si se generalizan, acrecentarían los beneficios, el bienestar y la felicidad del cuerpo social.

Estas son las dimensiones del juicio bioético: lo propio, lo bueno y lo justo¹²⁸. Esta debería ser la regla mnemotécnica a aplicar con posterioridad a la toma de decisiones en el área de salud para determinar si se actúa con justicia.

Lo propio, lo bueno y lo justo

Capítulo 5

BIBLIOGRFÍA

"La paz social depende de la justicia, así como la justicia de los valores éticos".

FÉLIX CAMPOVERDE VELEZ

(Capacitador empresarial, catedrático de la Universidad de Especialidades Espíritu Santo de Ecuador)

1. Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud. Conferencia Sanitaria Internacional: Nueva York. 1946 Jul 22.
2. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles 2010 [serie online] 2011 [citado en 2012 Dic 23]. Disponible en: URL: http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report_summary_es.pdf
3. Garrafa V. Bioética y salud pública. En: Programa de Educación Permanente en Bioética. Introducción a la bioética clínica y social. RedBioética-UNESCO. 2007. p. 5-6.
4. Lolás Stepke F. Ética, Equidad y Práctica en las Instituciones de Salud. En: Equity & Health. Organización Panamericana de la Salud. Washington. 2008. p. 150-7.
5. Aristóteles. Ética a Nicómaco. Traducción al castellano Gómez Robledo A. México DF; 1967.
6. Rodríguez del Pozo P. Justicia sanitaria y libre mercado: ¿es posible? [Disertación]. XLVII Jornadas de la Fundación Lucas Sierra: Bioética y asignación de recursos en salud. Santiago de Chile; 2005 Sept.
7. Gracia D. ¿Qué es un sistema justo de servicios de salud? Principios para la asignación de recursos escasos. Washington: Organización Panamericana de la Salud. Publicación Científica No 527; 1990.p.187-201.
8. D'Empaire Gabriel. Aspectos éticos de la distribución de recursos escasos y el derecho a la asistencia médica. Gac Méd Caracas 109(4): 455-467. 2001 Oct.
9. Norman B. Justicia distributiva. Buenos Aires: PROLAM S.R.L.; 1972.
10. Gracia D. Ética de la eficiencia En: Profesión médica, investigación y justicia sanitaria. Bogotá: Editorial El Buho; 1998. p. 183
11. Couceiro A. Los niveles de la justicia sanitaria y la distribución de los recursos. Anales Sis San Navarra 29:61-74, TAB 2006.

12. Naciones Unidas. Rio+20. Conferencia de las Naciones Unidas sobre el Desarrollo Sostenible. Documento final [serie online] 2012 Jun 19 [citado en 2012 Dic. 22]. Disponible en: URL: http://www.uncsd2012.org/content/documents/778futurewewant_spanish.pdf
13. Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. Primer Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud [serie online] 1986 [citada en: 2012 Dic 15]. Disponible en: URL: <http://www.paho.org/spanish/hpp/ottawachartersp.pdf>.
14. Rodríguez del Pozo P. El objeto de la justicia sanitaria: elemento para su reconstrucción. En: Programa Regional de Bioética. Cuadernos Médico-Sociales. XXXVIII, 2. Programa Regional de Bioética. 1997. p. 28-38.
15. Lucas J, Añón MJ. Necesidades, razones, derechos. En: Dpto. de Filosofía y Derecho, Universidad de Alicante. Doxa; Cuadernos de Filosofía del Derecho. Nº 7. Alicante; 1990. p. 57-78.
16. Nino CS. Autonomía y necesidades básicas. En: Dpto. de Filosofía y Derecho, Universidad de Alicante. Doxa; Cuadernos de Filosofía del Derecho. Nº 7. Alicante; 1990. p. 22.
17. Zimmerling R. Necesidades básicas y relativismo moral. En: Dpto. de Filosofía del Derecho, Universidad de Alicante. Doxa: Cuadernos de Filosofía del Derecho. Nº 7. Alicante; 1990. p. 51.
18. Bunge M. Treatise on Basic Philosophy. Vol. 8. En: The Good and the Right. Montreal: Montreal Gazette; 1988.
19. IX Conferencia Internacional Americana. Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre [serie online] 1948 [citada en 2013 Feb 17]. Disponible en: <http://www.oas.org/es/cidh/mandato/Basicos/declaracion.asp>.
20. Garrafa V. Bioética y salud pública. En: Programa de Educación Permanente en Bioética. Introducción a la bioética clínica y social. RedBioética-UNESCO. 2007. p. 5.

21. Presidencia de la Nación. Ministerio de Economía y Finanzas Públicas.
2012 Presupuesto resumen [serie online] 2012 [citado en 2012 Dic 18].
Disponibile en: URL:
www.mecon.gov.ar/onp/html/presupresumen/resum12.pdf.
22. Presidencia de la Nación. Ministerio de Economía y Finanzas Públicas.
Presupuesto resumen [serie online] 2007 [citado en 2013 Mar 01].
Disponibile en: URL:
<http://www.mecon.gov.ar/onp/html/presupresumen/resum07.pdf>
23. Presidencia de la Nación. Ministerio de Economía y Finanzas Públicas.
Presupuesto resumen [serie online] 2008 [citado en 2013 Mar 01].
Disponibile en: URL:
<http://www.mecon.gov.ar/onp/html/presupresumen/resum08.pdf>
24. Presidencia de la Nación. Ministerio de Economía y Finanzas Públicas.
Presupuesto resumen [serie online] 2009 [citado en 2013 Mar 01].
Disponibile en: URL:
<http://www.mecon.gov.ar/onp/html/presupresumen/resum09.pdf>
25. Presidencia de la Nación. Ministerio de Economía y Finanzas Públicas.
Presupuesto resumen [serie online] 2010 [citado en 2013 Mar 01].
Disponibile en: URL:
<http://www.mecon.gov.ar/onp/html/presupresumen/resum10.pdf>
26. Presidencia de la Nación. Ministerio de Economía y Finanzas Públicas.
Presupuesto resumen [serie online] 2012 [citado en 2013 Mar 01].
Disponibile en: URL:
<http://www.mecon.gov.ar/onp/html/presupresumen/resum12.pdf>
27. Presidencia de la Nación. Ministerio de Economía y Finanzas Públicas.
Presupuesto resumen [serie online] 2013 [citado en 2013 Mar 01].
Disponibile en: URL:
<http://www.mecon.gov.ar/onp/html/presupresumen/resum13.pdf>
28. Constitución Nacional. Segunda parte: Autoridades de la Nación.
Capítulo 4: Atribuciones del Congreso. [serie online] 1853 y sucesivas

- reformas [citada en 2013 Feb 17]. Disponible en: URL:
<http://www.senado.gov.ar/web/interes/constitucion/atribuciones.php>
29. Constitución Nacional. Op cit 26.
30. IX Conferencia Internacional Americana. Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre [serie online] 1948 [citada en 2013 Feb 17]. Disponible en:
<http://www.oas.org/es/cidh/mandato/Basicos/declaracion.asp>
31. Declaración Universal de Derechos Humanos. [serie online] 1948 [citada en 2013 Feb 17]. Disponible en: URL:
<http://www.un.org/es/documents/udhr/>
32. Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación Racial [serie online] 1969 Jul [citada en 2013 Feb 17]. Disponible en: URL:
http://www.derhuman.jus.gov.ar/pdfs/CONVENCION_INTERNACIONAL_SOBRE_LA_ELIMINACION_DE_TODAS_LAS_FORMAS_DE_DISCRIMINACION_RACIAL.pdf
33. Convención Americana sobre Derechos Humanos. Pacto de San José [serie online] 1969 [citada en 2013 Feb 17]. Disponible en: URL:
http://www.oas.org/dil/esp/tratados_B-32_Convencion_Americana_sobre_Derechos_Humanos.htm
34. Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales [serie online] 1976 Ene [citado en 2013 Feb 17]. Disponible en: URL:
http://www.derhuman.jus.gov.ar/pdfs/PACTO_INTERNACIONAL_DE_DERECHOS_ECONOMICOS.pdf.
35. Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación. Ley Nacional de Sida y su Decreto Reglamentario. Ley 23.798. (Sept 14, 1990).
36. Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación. Régimen legal de las enfermedades de notificación obligatoria. Ley 15.465. (Sept 24, 1960).
37. Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación. Ley de Obras Sociales. Ley 24.455. (Feb 08, 1995).

38. Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación. Ley de Medicina Prepaga. Ley 24.754. Medicina Prepaga. (Dic 23, 1996).
39. Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación. Ley de Test diagnóstico del virus de inmunodeficiencia humana. Ley 25.543. (En 07, 2002).
40. Ley de Ejecución de la pena privativa de la libertad. Ley 24.660. (Jul 08, 1996).
41. Estructura organizativa del Ministerio de Salud. Decreto 1.343. (Oct. 09, 2007).
42. Presidencia de la Nación. Ministerio de Salud. Dirección de Sida y Enfermedades de Transmisión Sexual. Políticas en VIH/Sida. Planificación estratégica 2008-2011 [serie online] [citado en 2012 Nov 09]. Disponible en: URL: http://www.aidstar-one.com/sites/default/files/prevention/resources/national_strategic_plans/Argentina_2008-2011.pdf.
43. Dirección de Sida Y Enfermedades de Transmisión Sexual. Boletín sobre VIH/Sida en la Argentina. Año 12, N° 25. Buenos Aires; 2007.
44. Ministerio de Salud. Dirección de Estadísticas e Información en Salud. Indicadores de Salud [serie online] 2007 [citado en 2013 Feb 12]. Disponible en: URL: http://www.deis.gov.ar/publicaciones/archivos/indicadores_2007.pdf
45. Ministerio de Salud. Dirección de Estadísticas e Información en Salud. Indicadores de Salud [serie online] 2008 [citado en 2013 Feb 12]. Disponible en: URL: http://www.deis.gov.ar/publicaciones/archivos/indicadores_2008.pdf
46. Ministerio de Salud. Dirección de Estadísticas e Información en Salud. Indicadores de Salud [serie online] 2009 [citado en 2013 Feb 12]. Disponible en: URL: http://www.deis.gov.ar/publicaciones/archivos/indicadores_2009.pdf

47. Ministerio de Salud. Dirección de Estadísticas e Información en Salud. Indicadores de Salud [serie online] 2010 [citado en 2013 Feb 12]. Disponible en: URL: http://www.deis.gov.ar/indicadores_2010.pdf
48. Ministerio de Salud. Dirección de Estadísticas e Información en Salud. Indicadores de Salud [serie online] 2011 [citado en 2013 Feb 12]. Disponible en: URL: http://www.deis.gov.ar/indicadores_2011.pdf
49. Ministerio de Salud. Op cit 42.
50. Ministerio de Salud. Op cit 43.
51. Ministerio de Salud. Op cit 44.
52. Ministerio de Salud. Op cit 45.
53. Ministerio de Salud. Op cit 46.
54. Presidencia de la Nación. Op cit 20.
55. Presidencia de la Nación. Op cit 21.
56. Presidencia de la Nación. Op cit 22.
57. Presidencia de la Nación. Op cit 23.
58. Presidencia de la Nación. Op cit 24.
59. Presidencia de la Nación. Op cit 25.
60. Center for Disease Control (CDC). Pneumocystis pneumonia-Los Angeles. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 1981. Jun 5;30(21):250-2.
61. Schaler SM, Wainberg MA. Treinta años de investigación sobre el SIDA: ¿qué tenemos para mostrar al respecto? Actualizaciones en Sida. Buenos Aires. 2011 Nov; vol.19;74:97-108.
62. Mocroft A, Ledergerber B, Katlama C, Kirk O, Reiss P, d'Arminio Monforte A, et al. Decline in the AIDS and death rates in the EuroSIDA study: an observational study. Lancet 2003; 362:22-29.
63. Lima VD, Harrigan R, Murray M, et al. Differential impact of adherence on long-term treatment response among naïve HIV-infected individuals. AIDS. 2008;22:2371–2380.

64. Hammer SM, Saag MS, Schechter M, et al, et al. International AIDS Society-USA panel. Treatment for adult HIV infection: 2006 recommendations of the International AIDS Society-USA panel. *JAMA*. 2006;296:827–843.
65. Romano L, Venturi G, Giomi S, Pippi L, Valensin PE, Zazzi M. Development and significance of resistance to protease inhibitors in HIV-1-infected adults under triple-drug therapy in clinical practice. *J Med Virol* 2002 Feb;66(2):143-50.
66. Wood E, Hogg RS, Yip B, Harrigan PR, O'Shaughnessy MV, Montaner JS. Effect of medication adherence on survival of HIV-infected adults who start highly active antiretroviral therapy when the CD4+ cell count is 0.200 to 0.350 x 10⁹ cell/L. *Ann Intern Med* 2003 Nov 18; 139(10):810-6.
67. Paterson DL, Swindells S, Mohr J, Brester M, Vergis EN, Squier C, Wagner MM, Singh N. Adherence to protease inhibitor therapy and outcomes in patients with HIV infection. *Ann Intern Med* 2000 Jul 4;133(1):21-30.
68. Knobel H, Polo Rodríguez R, Escobar Rodríguez I. Recomendaciones GESIDA/SEFH/PNS para mejorar la adherencia al tratamiento antirretroviral [serie online] [citado en 2012 Nov 12]. Disponible en: <http://www.msc.es/ciudadanos/enfLesiones/>
69. Escobar I, Knobel H, Polo R, Ortega L, Martín-Conde M, Casado J, et al. Recomendaciones GESIDA/SEFH/PNS para mejorar la adherencia al tratamiento antirretroviral en el año 2004 [serie online] 2005 [citado en 2012 Nov 12] Disponible en: <http://www.msc.es/profesional/preProSalud/sida/asistencia/pdf/RECOAD Hjulio04Definitivo2.pdf>
70. Remor E. Valoración al tratamiento antirretroviral en pacientes VIH+. *Psicothema*. 2002; 14(2): 262-267.

71. Nieuwerk PT, Sprangers MA, Burger DM, *et al.*; ATHENA Project. Limited patient adherence to highly active antiretroviral therapy for HIV-1 infection in an observational cohort study. *Arch Intern Med* 2001 Sep 10;161(16):1962-8.
72. Gifford AL, Bormann JE, Shively MJ, *et al.* Predictors of self-reported adherence and plasma HIV concentrations in patients on multidrug antiretroviral regimens. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2000 Apr 15;23(5):386-95.
73. Barlett JA, DeMasi R, Quinn J, *et al.* Overview of the effectiveness of triple combination therapy in antiretroviral-naive HIV-1 infected adults. *AIDS* 2001 Jul 27;15(11):1369-1377.
74. O'Brien ME, Clark RA, Besch CL, *et al.* Patterns and correlates of discontinuation of the initial HAART regimen in an urban outpatient cohort. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2003 Dec 1;34(4):407-14.
75. Mannheimer S, Friedland G, Matts J, *et al.* The consistency of adherence to antiretroviral therapy predicts biologic outcomes, for human immunodeficiency virus-infected persons in clinical trials. *Clin Infect Dis* 2002 Apr 15;34(18):1115-21.
76. Amariles Muñoz P, Alzate NA, Henao Ortega ES. Guía de Atención Farmacéutica en Pacientes con VIH/Sida. Medellín: Impresos Ltda; 2006. p. 30-31.
77. UNAIDS. World AIDS Day Report. 2012 [serial online] 2012 Dic [citado en 2012 Dic 28]. Disponible en: URL: http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2012/gr2012/JC2434_WorldAIDSday_results_en.pdf
78. Persaud D, Gray H, Ziemniak C, *et al.* Functional HIV cure after very early ART of an infected infant. 20th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections [serie online] 2013 Mar [citado en 2013 Mar 05] Disponible en: URL: <http://www.retroconference.org/2013b/Abstracts/47897.htm>

79. Knobel H, Polo Rodriguez R, Escobar Rodriguez, et al. Recomendaciones GESIDA/SEFH/PNS para mejorar la adherencia al tratamiento antirretroviral [serie online] 2008 Jun [citado en 2011 Dic 26] Disponible en: http://www.gesida.seimc.org/pcientifica/fuentes/DcyRc/Gesida_dcycrc2008_adherenciaTAR.pdf.
80. Dirección de Sida y ETS del Ministerio de Salud de la Nación Argentina. Recomendaciones para el tratamiento antirretroviral. Capítulo 4. Inicio de tratamiento antirretroviral. 2007. p.21-9.
81. Dirección de Sida y ETS del Ministerio de Salud de la Nación Argentina. Recomendaciones para el tratamiento antirretroviral. Capítulo 5. Cambio de tratamiento. 2007. p.30-5.
82. Organización Panamericana de la Salud. El suministro de medicamentos. Serie Paltex 1983. p. 29-30.
83. Medline Plus. Sida [serie online] 2012 Ab 30 [citado en 2013 Ab 28]. Disponible en: URL: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000594.htm>.
84. Girón Aguilar N, D-Alessio R. Logística del Suministro de Medicamentos. En: Guía para el Desarrollo de Servicios Farmacéuticos Hospitalarios. Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud; 1997 (Serie 5.2). p. 2.
85. Combivir (zidovudina + lamivudina). Infomed Sida [serie online] 2013 Ab [citada en: 2013 Ab 26] Disponible en: URL: http://www.aidsinonet.org/fact_sheets/view/417?lang=spa
86. OMS, Organización Mundial de la Salud. Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Pruebas para la acción. Washington DC; 2004. p. 3-26.
87. Pfeiffer ML. Toma de decisión clínica III. Salud integral. Introducción a las teorías de la justicia. En: Programa de Educación Permanente en Bioética. Introducción a la bioética clínica y social. RedBioética-UNESCO. 2007. p. 11-7.

88. AIU. Atlantic International University. La Justicia Romana. Justicia según Ulpiano [serie online] [citado en 2012 Oct 14]. Disponible en: URL: <http://www.aiu.edu/cursos/Derecho%20Romano/pdf%20leccion%203/lecci%C3%B3n%203.pdf>
89. Platón. República III. 15:407b-c.
90. Gracia D. ¿Qué es un sistema justo de servicios de salud? Principios para la asignación de recursos escasos. En: Profesión médica, investigación y justicia sanitaria. Santafe de Bogotá. Editorial El Buho; 1998. p. 151-76.
91. Locke J. Dos ensayos sobre el gobierno civil. Traducción de Amando Lázaro Ros. Madrid, Aguilar; 1969. p. 94-103.
92. Nozick R. Anarchy, State, and Utopia. Basic Books. New York; 1974.
93. Sade RM. Medical care as a right: a refutation. The New England Journal of Medicine; 1971. p. 1288-92.
94. Engelhardt HT. Los fundamentos de la Bioética. Editorial Paidós. Barcelona; 1995. p. 401-39.
95. Marx K. Kritik der Gothaer Programms. En: Marx-Engels Werke. Berlin: Dietz; vol. 19. 1976. p. 21.
96. Rawls J. Teoría de la justicia. Fondo de Cultura Económica. México-Madrid-Buenos Aires; 1971. p. 19-341.
97. Rawls J. Teoría de la justicia. Fondo de Cultura Económica. México-Madrid-Buenos Aires; 1971. p. 84.
98. Rawls J. Las libertades fundamentales y su prioridad. En: Mc Murrin SM. Libertad, igualdad y derecho. Barcelona: Editorial Ariel; 1988. p. 13.
99. Daniels N. Just Health Care. Oxford: Cambridge University Press; 1985. p. 28.
100. Fried C. Es posible la libertad. En: Mc Murrin SM. Libertad, igualdad y derecho. Barcelona: Editorial Ariel; 1988. p. 101-2.
101. Juan XXIII. Pacem in terris. Editorial San Pablo. 1963 Abr 11.

102. National Commission for the Protection of Human Subjects and Behavior Research. The Belmont Report. Washington: PRR Reports, 1979.
103. De Siqueira JE. Toma de decisión 1. En: Programa de Educación Permanente en Bioética. Introducción a la bioética clínica y social. 2007. p. 5.
104. Beauchamp TL, Childress JF. Principios de Ética Biomédica. Madrid; 1987. p.197.
105. Ejercicio de derechos y garantías constitucionales. Medidas contra actos discriminatorios. Ley 23.592 (Sept 05 1988).
106. Gracia, D. ¿Qué es un sistema justo de servicios de salud? Principios para la asignación de recursos escasos. Boletín de la Oficina Panamericana 108. 1990. p. 580.
107. Gracia D. ¿Qué es un sistema justo de servicios de salud? Principios para la asignación de recursos escasos. En: Profesión médica, investigación y justicia sanitaria. Santafe de Bogotá. Editorial El Buho; 1998. p. 169.
108. Wenz PS. Utilitarianism and Reliance upon Intuitions. En: Agich GJ, Begley CE, *et al.* The Price of Health. Dordrecht: Reidel; 1986. p. 71-89.
109. Alvis N, Valenzuela MT. Los QALYs y DALYs como indicadores sintéticos de salud. Rev. Med. Chile 2010 Sept;138(2):83-87.
110. Bentham J. Fragmentos sobre el gobierno. Traducción Julián Larios Ramos. Madrid: Editorial Sarpe; 1985. p 26.
111. Gracia D. Ética de la eficiencia. En: Profesión médica, investigación y justicia sanitaria. Santafe de Bogotá. Editorial El Buho; 1998. p. 177-87.
112. Rawls J. Teoría de la justicia. Madrid: FCE; 1978. p. 89.

113. Outka G. Social Justice and Equal Access to Health Care. En: Reiser, at el. Ethics in Medicine: Historical Perspectives and Contemporary Concerns. Cambridge: MIT Press; 1977. p. 584-92.
114. Truog RD. Triage in the ICU. Hastings Center Report 22, N° 2. 1992. p. 13-7.
115. Rodríguez del Pozo P. Ética en la asignación de recursos en salud [Disertación]. Perspectivas sociales de la Bioética. Santiago de Chile. 1996 Nov.
116. Gracia, D. ¿Qué es un sistema justo de servicios de salud? Principios para la asignación de recursos escasos. Boletín de la Oficina Panamericana 108. 1990. p. 580-3.
117. Rodríguez del Pozo P. Ética en la asignación de recursos en salud. [Disertación]. Perspectivas sociales de la Bioética. Santiago de Chile. 1996, Nov.
118. Drane JF. El desafío de la equidad. En: Organización Mundial de la Salud. Lolas Stepke F Editor. Bioética y cuidados de la salud: Equidad, Calidad, Derechos. Panamá; 2000. p. 75-6.
119. Calneggia MI. Igualdad y equidad en la educación. Discusiones y búsquedas en torno a un problema vigente. En: Koleff M Editores. Desigualdad, diferencias, inequidad. Córdoba, 2012: Editorial de la Universidad Católica de Córdoba; 2010. p. 13-26.
120. Arboleda-Flórez J. Equidad y asignación de recursos: donde la ética y la justicia social se interceptan. En: Organización Mundial de la Salud. Lolas Stepke F editor. Bioética y cuidado de la salud. Equidad, Calidad, Derechos. 2000. p. 53-65.
121. Solarte Rodríguez MR. Moral y ética de lo público. Pontificia Universidad Javeriana. Facultad de teología. Bogotá; 2003:61-83.
122. Garrafa V. Bioética y salud pública. En: Programa de educación Permanente en Bioética. Introducción a la bioética clínica y social. RedBioética-UNESCO. 2007. p. 3-4.

123. Conferencia preparada para el I Congreso Nacional de Investigación para el Sector Solidario. Pontificia Universidad Javeriana [serie online] 2004 Nov [citado en 2013 Mar 19]. Disponible en: URL: <http://www.rsu.uninter.edu.mx/doc/glosario/Solidaridad.pdf>.
124. Cortina A. La moral del camaleón. Madrid; 1991
125. Rorty R. Contingencia, ironía y solidaridad. Barcelona; 1991.
126. Vidal M. Para comprender la solidaridad. Verbo Divino, Estrella; 1996. p. 91-2.
127. Garcia D. ¿Qué es un sistema justo de servicios de salud? Principios para la asignación de recursos escasos. En: Profesión médica, investigación y justicia sanitaria. Santafe de Bogotá. Editorial El Buho; 1998. p. 176.
128. Lolas Stepke F. Bioética y antropología médica. Santiago de Chile: Editorial Mediterráneo; 1999.