

Suministro de antirretrovirales en Argentina: Programa Nacional de Lucha contra los Retrovirus del Humano, SIDA y ETS

Marisel Colautti,¹ Irene Luppi,² Mercedes Salamano,¹
María Luz Traverso,¹ Carina Botta¹ y Valeria Palchik¹

Forma de citar

Colautti M, Luppi I, Salamano M, Traverso ML, Botta C, Palchik V. Suministro de antirretrovirales en Argentina: Programa Nacional de Lucha contra los Retrovirus del Humano, SIDA y ETS. Rev Panam Salud Publica 2009;25(1):62-8.

RESUMEN

Objetivos. Evaluar el circuito de suministro de antirretrovirales (ARV) dentro del Programa Nacional de Lucha contra los Retrovirus del Humano, SIDA y ETS, mediante indicadores de desempeño, y recuperar la perspectiva de actores involucrados en el circuito de provisión. Se busca mejorar las acciones programáticas satisfaciendo las necesidades de los pacientes.

Métodos. En el servicio de farmacia de dos hospitales de Rosario, Argentina, de abril a septiembre de 2005 se llevó a cabo una investigación evaluativa con un abordaje cuantitativo, mediante indicadores y basado en fuentes secundarias, y otro cualitativo, con entrevistas semiestructuradas.

Resultados. Los indicadores revelan el impacto de las interrupciones en la provisión de ARV desde el Programa (nivel central) y la acumulación de stock en el nivel local para paliar esas faltas. Los cambios de tratamiento con ARV representan más de 50% de las prescripciones. El cumplimiento en el retiro de ARV se aleja del valor de referencia. Los entrevistados describieron estrategias alternativas para superar dificultades de comunicación entre niveles, acumular stock, garantizar disponibilidad y acortar tiempos de espera; se establecieron acuerdos informales ante la falta de normativas y la escasez de recursos humanos; las instancias jurisdiccionales (central, intermedia y local o municipal) suman dificultades, y se reconocen esfuerzos del nivel local para mejorar la gestión.

Conclusiones. Estos hallazgos pueden ser el punto de partida para la construcción de propuestas que involucren equipos de trabajo afectados en el circuito de provisión en su totalidad, a fin de lograr una descentralización efectiva, en congruencia con el papel rector que le corresponde necesariamente al Programa.

Palabras clave

Gestión en salud, evaluación de programas y proyectos de salud, indicadores de gestión, agentes antirretrovirales, Argentina.

¹ Facultad de Ciencias Bioquímicas y Farmacéuticas. Universidad Nacional de Rosario, Argentina. La correspondencia deberá dirigirse a Marisel Colautti, Universidad Nacional de Rosario. Facultad de Ciencias Bioquímicas y Farmacéuticas. Farmacia. Suichapa 535, Rosario, Sante (Santa) Fe 2000, Argentina. T: 54-0341-4240258. Correo electrónico: mariselcolautti@yahoo.com.ar

² Instituto de la Salud Juan Lazarte. Centro de Estudios Interdisciplinarios. Universidad Nacional de Rosario. Maestría de Salud Pública. Rosario, Argentina.

El Ministerio de Salud de la Nación Argentina (1) reconoce que el virus de la inmunodeficiencia humana VIH/sida constituye un problema de salud pública, dado el incremento en el número de pacientes y el alto costo del tratamiento con antirretrovirales (ARV). El Programa Nacional de Lucha contra los Retrovirus del Humano, SIDA y ETS comenzó a operar

en Argentina en 1990, en el marco de la Ley 23798, denominada Ley Nacional de SIDA. El Ministerio de Salud de la Nación establece bajo su responsabilidad el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad, así como la prevención, asistencia y rehabilitación, incluyendo las patologías derivadas y otras medidas tendentes a evitar su propagación (1, 2).

En el marco del Programa, el circuito de solicitud y provisión de ARV para cada paciente representa un trámite burocrático y complejo con diferentes instancias de control. Un ejemplo es el requisito de corroborar si el paciente es beneficiario de alguna obra social o de alguna empresa de medicina prepaga, ya que en ese caso dichas entidades deben proveer la medicación. Se ha observado³ que este circuito pasa por los distintos niveles jurisdiccionales, de la siguiente manera: el médico prescriptor inicia la solicitud cuando en el hospital donde se atiende al paciente —instancia local— se toma la decisión de comenzar el tratamiento con ARV. Más adelante, se envía la solicitud al nivel intermedio —Programa Provincial de Lucha contra los Retrovirus del Humano, SIDA y ETS—, dependiente del gobierno provincial y, posteriormente, llega al Ministerio de Salud de la Nación, que constituye el nivel central.

El tiempo que transcurre desde que el médico solicita el tratamiento hasta que el Programa considera a la persona como paciente bajo tratamiento, en una ciudad del interior como Rosario, en general no es menor a tres meses. A partir de ese momento se asume que el paciente está “asignado” al Programa. Esto trae aparejado que los profesionales involucrados en la atención del paciente con VIH busquen sortear las dificultades debidas tanto al obligado tiempo de espera de los pacientes, como a la falta de algunos ARV, lo que genera prácticas no reconocidas por el Programa mismo. Si bien los profesionales admiten que desarrollan estrategias para superar los obstáculos, se desconocen las características de las mismas. Lo expuesto sustenta la necesidad de evaluar el sistema de suministro de ARV por parte del Programa.

Algunos autores (3, 4) consideran que la evaluación consiste fundamentalmente en emitir un juicio de valor sobre una intervención o sobre alguno de sus componentes, a fin de sustentar una decisión; el presente trabajo integra líneas de investigación evaluativa para producir sinergias con la práctica asistencial diaria. Según Denis y Champagne (5) la evalua-

ción supone un juicio que no solo abarca la eficacia de una intervención, sino también los factores que explican los resultados, sin perder de vista las modificaciones posteriores. Tanto la vigilancia como el monitoreo y la evaluación sirven para obtener información sobre la relación entre las actividades y los recursos de los programas y las metas que estos se han propuesto lograr. En el caso de los programas nacionales de sida, la Organización Panamericana de la Salud (6) recomienda, como metas principales: reducir la diseminación del VIH, mejorar la atención de las personas infectadas y reducir al mínimo el impacto económico y social entre las familias y comunidades afectadas. Para alcanzar esas metas, los insumos deben transformarse en resultados como sistemas de abastecimiento y distribución de medicamentos y otros productos esenciales, nuevos o mejores servicios, personal capacitado, material informativo y otros. Cuando estos resultados están bien definidos y llegan al público al que estaban destinados, el programa puede lograr efectos o resultados positivos en el corto plazo.

En el ámbito farmacéutico (7–10), desde hace pocos años los procesos de acreditación de instituciones de salud, así como las políticas de medicamentos de diferentes países, comienzan a incluir indicadores de desempeño en la evaluación de la calidad. En el caso particular del suministro de medicamentos para pacientes con VIH/sida, varios autores (11–14) señalan que su alto impacto económico y social justifica la aplicación de indicadores para evaluar el desempeño de los servicios de salud. En este marco, los objetivos de este trabajo fueron los siguientes:

- a) Evaluar el circuito de suministro de ARV dentro del Programa Nacional de Lucha contra los Retrovirus del Humano, SIDA y ETS, utilizando indicadores de desempeño específicamente diseñados.
- b) Describir las estrategias que se desarrollan en la gestión de los ARV a fin de satisfacer las necesidades de los pacientes.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se llevó a cabo un estudio observacional descriptivo con dos abordajes: uno cuantitativo y otro cualitativo. El objeto de estudio fue el circuito de suministro

de ARV, que incluye la provisión, el almacenamiento, la prescripción y la dispensación; se excluye aquí la adquisición, ya que esta se realiza en el nivel central. El estudio se efectuó entre abril y septiembre de 2005, en dos farmacias hospitalarias de la ciudad de Rosario, Argentina, localizada a 300 kilómetros de Buenos Aires y con cerca de un millón de habitantes. El Programa Municipal de SIDA y el Sistema Municipal de Epidemiología⁴ informaron que el total de casos de la enfermedad acumulados en la localidad entre 1998 y el 31 de diciembre de 2006 fue de 1 424.

Los dos hospitales seleccionados pertenecen al subsector público, tienen distinto nivel de complejidad y dependencia —municipal (hospital A) y provincial (hospital B)— e incluyen a 50% de los pacientes en tratamiento con ARV en la ciudad. La población de estudio está constituida por todos los pacientes con VIH/sida con prescripción de ARV en el período (n: 630). La confidencialidad de la información se garantizó mediante el sistema de codificación establecido por el Programa Nacional de Lucha contra los Retrovirus del Humano, SIDA y ETS.

El abordaje cuantitativo y los indicadores de desempeño

Para alcanzar el primer objetivo se formularon los indicadores, lo que requirió la definición conceptual de los aspectos involucrados en cada uno de ellos para todas las dimensiones analizadas. En cada uno de los indicadores se consideró: importancia o impacto, validez de aspecto y contenido, aceptación, factibilidad, sensibilidad al cambio y asignación de valor de referencia. En todos los casos se realizó una estimación inicial de su validez,⁵ ya que se reconoce a la validación como un proceso complejo que amerita ser continuado. Después se recolectaron datos de fuentes de información secundaria: registros de solicitudes, recepción, almacenamiento, prescripción y dispensación de ARV del servicio de farmacia. La información se recabó en planillas mensuales diseñadas para tal fin, que

⁴ Boletín Epidemiológico Municipal VIH/ SIDA. Programa Municipal de SIDA y Sistema Municipal de Epidemiología. Secretaría de Salud Pública. Rosario, Argentina, 2007. [Documento no publicado]

⁵ Traverso ML, Botta C, Palchik V, Salamano M, Colautti M. Indicadores de desempeño. Aplicación en el suministro de medicamentos. [Presentación en poster]. En: V Congreso de Farmacia Hospitalaria, Córdoba, Argentina, 10–12 Nov; 2005.

³ Salamano M, Colautti M, Palchik V, Botta C. Aplicación de herramientas de calidad al suministro de antirretrovirales del Programa Nacional de VIH/ SIDA [Presentación en mesa redonda]. En: VI Congreso de Farmacia Hospitalaria, Buenos Aires, Argentina, 15–17 Nov, 2006. [Documento no publicado]

CUADRO 1. Descripción de las variables utilizadas en la generación de indicadores específicos para evaluar el sistema de suministro de antirretrovirales en dos hospitales de Rosario, Argentina, abril–septiembre, 2005

Código	Nombre de variable	Unidades	Descripción de la variable
1	ARV ^a solicitados	No. de unidades de ARV	No. de unidades de ARV solicitadas al Programa mensualmente
2	ARV recibidos	No. de unidades de ARV	Recibidas por la farmacia mensualmente
3	Próximos a vencer (PAV)	No. de unidades de ARV	Recibidas mensualmente con vencimiento próximo (< 3 meses)
4	ARV necesarios	No. de unidades de ARV	Necesarias mensualmente para pacientes asignados al Programa
5	Stock real	No. de unidades de ARV	Stock real mensual
6	Consumo informado	No. de unidades de ARV	Consumo mensual informado al Programa
7	Consumo real	No. de unidades de ARV	Consumo mensual real
8	Stock informado	No. de unidades de ARV	Stock informado mensualmente al Programa
9	Diferencia de stock	No. de unidades de ARV	(Stock real – stock teórico) mensual
10	Prescripciones solicitadas	No. de prescripciones	Total de prescripciones solicitadas mensualmente
11	Inicio de tratamiento con LPVr ^b	No. de prescripciones	Prescripciones solicitadas mensualmente de inicio con LPVr
12	Cambio de tratamiento a ATZ ^c	No. de prescripciones	Prescripciones solicitadas mensualmente con cambio a ATZ
13	Prescripciones dispensadas sin asignación	No. de prescripciones	Prescripciones no asignadas dispensadas mensualmente
14	Pacientes totales	No. de pacientes	Pacientes asignados y no asignados mensualmente
15	Pacientes no asignados con retiro de ARV	No. de pacientes	Pacientes sin asignación que mensualmente reciben ARV por primera vez

^a ARV: antirretroviral.

^b LPVr: Lopinavir/ Ritonavir; el Programa Nacional de Lucha contra los Retrovirus del Humano, SIDA y ETS no recomienda su utilización en esquemas de inicio.

^c ATZ: Atazanavir; ARV recientemente incorporado al Formulario Terapéutico del Programa.

luego fueron procesadas en el programa Microsoft Excel. Con la información obtenida se calcularon los indicadores de desempeño para los seis meses del estudio.

En el cuadro 1 se describen las variables utilizadas para generar los 12 indicadores que se presentan en el cuadro 2. Se diseñaron ocho indicadores de provisión (P); las dimensiones prescripción (PR) y dispensación (D) de ARV se evaluaron con dos indicadores para cada una.

El abordaje cualitativo y las entrevistas a informantes clave

El segundo objetivo, relativo a la descripción de las estrategias que se desarrollan en la gestión de los ARV a fin de satisfacer las necesidades de los pacientes, se logró recuperando la perspectiva de los actores relacionados con el circuito de suministro y gestión de ARV, mediante entrevistas semiestructuradas.

Para identificar y seleccionar a los informantes clave se buscó conformar un grupo heterogéneo de sujetos que contribuyera a ampliar y enriquecer la investigación, teniendo en cuenta los siguientes criterios de inclusión: vinculación con el Programa, posición y función, profesión y especialidad, y antigüedad en el servicio. Se definieron los siguientes referentes temáticos de las entrevistas semiestructuradas: 1) la tarea específica que desempeña con respecto al Programa; 2) la disponibilidad de tiempo; 3) la importancia otorgada a la actividad

programática en relación con otras tareas; 4) el conocimiento, la información disponible y las valoraciones respecto del Programa; 5) las estrategias de seguimiento de pacientes y la garantía de la disponibilidad de ARV, y 6) la relación con los otros actores involucrados en el circuito.

El análisis de la información obtenida se realizó a través de una matriz de datos en función de los ejes comunes que movilizan a los informantes. Finalmente, se realizó una triangulación metodológica basada en la propuesta de algunos autores (15, 16) que habilitó la combinación y el entrecruzamiento de los hallazgos de los abordajes realizados.

RESULTADOS

Abordaje cuantitativo

En este trabajo se incluyen los resultados de los indicadores aplicados, a fin de lograr la articulación con el abordaje cualitativo y brindar una visión integral del estudio.

Provisión de antirretrovirales. Se realizaron los cálculos para cada uno de los veintidós medicamentos que provee el Programa; en el cuadro 3 se muestran, a modo de ejemplo, los resultados de un ARV. La mitad de los indicadores de provisión revelan desvíos, con un particular impacto en P4, P5, P6 y P7. La provisión de ARV desde el Programa no re-

sulta acorde con lo solicitado (P1) en los meses de agosto y septiembre de 2005.

En relación con la fecha de vencimiento no se apreciaron inconvenientes en las unidades recibidas (P2) entre abril y agosto de 2005. No se calculó el indicador para el mes de septiembre, por falta de provisión. La solicitud de ARV resulta congruente con los pacientes asignados (P3), y de esta manera se evaluó la gestión local. Por otra parte, el valor de referencia del stock suficiente de ARV (P4) se define considerando el stock apto para cubrir la demanda en el tiempo promedio de espera de recepción de pedido (20 días), según lo indica la Organización Mundial de la Salud (17). En el hospital B, el stock real superó el valor de alarma de abril a junio de 2005, mientras que en el hospital A se registraron valores elevados en los dos primeros meses del período.

Es posible reconocer la puesta en marcha de estrategias al momento de informar el consumo de ARV (P5). En el hospital B, a lo largo de todo el período se informó al Programa un consumo mayor al real, situación que solo ocurrió en el hospital A en los meses de agosto y septiembre. Al realizar el seguimiento del stock real versus el stock informado (P6), en el hospital B se observa que el stock informado era menor que el real, con excepción del mes de abril. En el hospital A se encontraron valores que superaron al de alarma en los últimos tres meses del período.

CUADRO 2. Descripción de indicadores específicos utilizados para la evaluación del sistema de suministro de antirretrovirales en dos hospitales de Rosario, Argentina, abril–septiembre, 2005

Código y nombre del indicador	Código y nombre de las variables del indicador		Valor de referencia ^a
	Descripción del indicador	Denominador	
P b1-Congruencia en la provisión	Provisión de ARV acorde a lo solicitado	2-ARVc recibidos	100
P b2-Fecha de vencimiento de ARV	ARV próximo a vencer	3-PAV	0
P b3-Solicitud de ARV acorde a pacientes	Compara ARV solicitados vs. necesarios	1-ARV solicitados	Máximo: 100
P b4-Stock suficiente	Compara stock real vs. necesario	5-Stock real	Máximo: 75
P b5-Informe de consumo	Consumo real vs. informado	7-Consumo real	100
P b6-Informe de stock	Stock real vs. informado	5-Stock real	100
P b7-Solicitud de ARV acorde a consumo real	Compara ARV solicitados vs. consumidos	1-ARV solicitados	Máximo: 100
P b8-Desviación de stock	Diferencia stock real vs. teórico	9-Diferencia de stock	Máximo: 100
PR ¹ - Inicio con LPVr	Inicio de esquemas con LPVr	11-Inicio de tratamiento con LPVr	Máximo: 100
PR ² -Cambio con ATZ	Cambio de esquema con ATZ	12-Cambio de tratamiento a ATZ	Máximo: 100
D ^o 1-Dispensación no asignada	Dispensación a pacientes no asignados	15-No asignados con retiro de ARV	Máximo: 100
D ^o 2-Dispensaciones prioritizadas	Dispensaciones prioritizadas por el equipo de salud a pacientes no asignados	13-Prescripciones dispensadas sin asignación	Máximo: 30

^a Aquel que debe alcanzarse o superarse para cumplir con las exigencias u objetivos.

^b Indicadores de provisión.

^c ARV: antirretroviral.

^d Indicadores de prescripción.

^e Indicadores de dispensación.

CUADRO 3. Valores mensuales de los indicadores de provisión de antirretrovirales en dos hospitales de Rosario, Argentina, abril–septiembre 2005

Mes	P1- Congruencia en la provisión (VR ^a = 100)		P2- Fecha de vencimiento de ARV (VR = 0)		P3- Solicitud de ARV acorde a pacientes (VR = max 100)		P4- Stock suficiente (VR = max 75)		P5- Informe de consumo (VR = 100)		P6- Informe de stock (VR = 100)		P7- Solicitud de ARV acorde a consumo real (VR = max 100)		P8- Desviación de stock (VR = [-1; 1])	
	Hospital		Hospital		Hospital		Hospital		Hospital		Hospital		Hospital		Hospital	
	A ^b	B ^c	A	B	A	B	A	B	A	B	A	B	A	B	A	B
Abril	100	100	0	0	53	95	158 ^d	139 ^d	110	72 ^d	111	103	75	109	-0,01	0,03
Mayo	100	100	0	0	27	71	114 ^d	130 ^d	99	70 ^d	100	192 ^d	41	100	-0,03	0,03
Junio	100	100	0	0	27	66	66	120 ^d	100	73 ^d	100	119 ^d	38	92	-0,14	0
Julio	100	100	0	0	68	81	64	126 ^d	97	71 ^d	188 ^d	233 ^d	105	109	-0,15	-0,15
Agosto	10 ^d	50 ^d	0	0	83	43	12	80	86 ^d	79 ^d	140 ^d	148 ^d	135 ^d	53	-1,14	0,09
Septiembre	0 ^d	0 ^d	— ^e	— ^e	99	97	12	79	79 ^d	51 ^d	14 ^d	148 ^d	545 ^d	195 ^d	-1,14	8,78 ^d

^a VR = valor de referencia del indicador.

^b Hospital A: nivel municipal.

^c Hospital B: nivel provincial.

^d Valores que se alejan ± 10% del VR o sobrepasan en más del 10% el valor máximo.

^e No se calcula por falta de provisión (relación indeterminada).

CUADRO 4. Valores mensuales de indicadores de prescripción y dispensación de antirretrovirales en dos hospitales de Rosario, Argentina, abril–septiembre 2005

Mes	PR1- Inicio con LPVr ^a (VR ^b = max 100)		PR2-Cambio con ATZ ^c (VR = max 100)		D1- Dispensación no asignada VR = max 100		D2- Dispensaciones priorizadas VR = max 30	
	Hospital A ^d	Hospital B ^e	Hospital A	Hospital B	Hospital A	Hospital B	Hospital A	Hospital B
Abril	0	0	0	10	47	0	14	0
Mayo	0	0	0	13	90	0	33	0
Junio	0	17	67	0	0	0	0	0
Julio	0	0	0	0	44	0	50 ^f	0
Agosto	0	0	29	25	86	0	29	0
Septiembre	*b	0	*b	556 ^f	0	0	*b	0

^a VR = valor de referencia del indicador.

^b LPVr: Lopinavir/ Ritonavir.

^c ATZ: Atazanavir.

^d Hospital A: nivel municipal.

^e Hospital B: nivel provincial.

^f Valores que se alejan \pm 10 % del VR o sobrepasan en más del 10 % el valor máximo.

^g No se registraron solicitudes de asignación de antirretrovirales (relación indeterminada).

Otra cuestión se refiere a las unidades solicitadas al Programa *versus* las realmente consumidas (P7). En el hospital B se evidenciaron valores normales entre abril y agosto, acusando un desvío en septiembre. En el hospital A, los resultados de los indicadores sobrepasaron en agosto y septiembre el valor de alarma. Las cifras obtenidas en cuanto a la valoración mensual que diferencian al *stock* teórico del real, en unidades de *stock* real (P8), no escapan al valor de alarma.

Prescripción y dispensación de antirretrovirales. Los resultados de los indicadores se muestran en el cuadro 4. El indicador (PR1) permite el análisis de las prescripciones de inicio solicitadas con lopinavir/ritonavir (LPVr) en relación con el total de prescripciones en el mes. En junio, el hospital B mostró prescripciones de esta naturaleza que no generaron alarma. En el hospital A no se registraron pedidos de inicio con LPVr durante el período de estudio. El indicador (PR2) analiza las prescripciones que solicitan cambios con un ARV recientemente incorporado al Formulario Terapéutico del Programa, de alto costo y con restricciones para su prescripción: atazanavir (ATZ). Se pone de manifiesto un valor anómalo en septiembre para el hospital B y no se encuentran valores que superen los valores de alarma en el hospital A.

El indicador (D1) remite al número de pacientes que retiran ARV para inicio de tratamiento sin estar asignados. En el hospital B no se registra en todo el período dispensaciones a pacientes no asignados por el Programa, resultado que no

se repite en el efector A. Por su parte, el indicador (D2) permite observar prescripciones a las que se asignó prioridad para dispensarlas, y que correspondían a pacientes no asignados al Programa. En el hospital B nunca se entregaron ARV sin asignación previa, mientras que en el hospital A se superó el valor máximo de alarma en el mes de julio.

Abordaje cualitativo

A partir de sus particulares perspectivas, intereses y necesidades, los trece entrevistados⁶ proporcionaron información acerca del circuito de provisión que hace el Programa de ARV. La preocupación no radica en la generalización de los conceptos, sino en lo específico y abarcador de la comprensión del grupo seleccionado. En su mayoría se trata de responsables locales (tres médicos, dos trabajadores sociales, cuatro farmacéuticos y una administrativa) a cargo de distintas tareas y con diferente nivel de responsabilidad, además de un representante del nivel intermedio (médica) y dos del nivel central (un médico y una farmacéutica). A excepción de los profesionales con tareas de conducción, que trabajan bajo contrato, los demás forman parte del personal de planta de los hospitales y su vinculación con el Programa es de carácter informal; solo un entrevistado trabaja en forma exclusiva para el mismo. Del análisis de las entrevistas se identifica-

⁶ Para facilitar la presentación de este abordaje se obtienen las transcripciones de los aportes realizados por cada uno de los entrevistados.

ron ejes comunes que movilizan a los actores y que a continuación se abordan.

Las dificultades de comunicación y de recursos humanos suficientes. Desde una perspectiva de conducción inicialmente se lo considera como un vínculo para gestionar los medicamentos que luego fue adquiriendo estatura de programa. Entre aquellos sujetos próximos a la atención de los pacientes, no se lo reconoce como una propuesta unificada y se plantea como idea recurrente: “¿cuál de los programas: municipal, provincial o nacional?” En este sentido, los entrevistados manifiestan en términos generales su reconocimiento hacia la experiencia de trabajo en el nivel local, considerada como positiva, en particular en lo tocante a la consolidación y el fortalecimiento de las acciones programáticas. Se hace referencia a un proceso de trabajo que responde a una dinámica de adaptación mutua entre niveles y jurisdicciones, sustentada en acuerdos personales frente a la escasa disponibilidad de normas que respalden dichos acuerdos.

El trabajo en equipo es referido a partir de las vivencias cotidianas y los esfuerzos orientados a realizar un trabajo en común, como alternativa para superar las dificultades que se presentan. Se refieren iniciativas orientadas a salvar dificultades de comunicación apelando a contactos informales basados en relaciones personales. No obstante, también se señalan como obstáculos estilos de práctica que obturarian toda posibilidad de trabajo compartido.

La noción de urgencia y el tiempo de espera del paciente. Estos ejes permiten recuperar dos nociones: una que se sustenta en la perspectiva del paciente, sus expectativas, las dificultades de vida y de salud en las que está inmerso para afrontar la decisión de iniciar un tratamiento, y su incertidumbre en los tiempos de espera, y la otra noción que se plantea en términos relativos frente a otros problemas de salud y al carácter crónico de la enfermedad “... en sida nada es urgente.” Con esta afirmación quedaría cerrada toda posibilidad de reclamo que busque reducir la espera en la asignación de un tratamiento.

La provisión a tiempo y la acumulación de stock. En relación con el eje anterior, se plantea como dilema la garantía de la provisión en tiempo y forma oportunos,

evitando la acumulación de *stock*. Esto debe enmarcarse en el contexto del estudio ya que el Programa no genera un circuito fluido de aprovisionamiento, lo cual es evidente también en los resultados de los indicadores de desempeño. La gestión se inicia en el nivel central con la compra de los medicamentos, tarea sumamente compleja por la variabilidad de los tratamientos, junto con las restricciones que impone el tiempo de vencimiento de los ARV. También es necesario tener en cuenta las capacidades diferenciales de cada jurisdicción en la distribución de los medicamentos.

Estrategias para garantizar la disponibilidad de ARV. Al margen de las disposiciones programáticas, los planeamientos que se registran hacen referencia a una lógica de trabajo sustentada en el convencimiento de que lo correcto es cubrir la necesidad del paciente, según la prescripción médica y con la menor dilación, particularmente al inicio del tratamiento y sin aguardar la asignación oficial. Se verifica la potencial admisión del paciente y se resuelve de forma directa, por acuerdo entre los profesionales involucrados, recurriendo al *stock* existente en el hospital.

DISCUSIÓN

El análisis de la información obtenida considera los resultados de cada indicador en función de los valores de alarma, la evolución de cada uno a través del tiempo y el cruce de resultados entre indicadores relacionados. El valor de referencia se considera habitualmente como aquel que debe alcanzarse o superarse para cumplir con las exigencias u objetivos; sin embargo, con el propósito de esclarecer las causas de las diferencias entre la realidad y el valor de referencia obtenido, se determina un “valor de alarma” que se aleja $\pm 10\%$ del valor de referencia o sobrepasa en 10% el valor máximo.

La provisión desde el Programa resulta uno de los puntos críticos en donde se refleja con claridad el diseño de una política de salud centralizada en materia de adquisición de medicamentos. Este hecho afecta directamente los resultados obtenidos en la gestión local, que se visualizan a través de los resultados de P4, P5, P6 y P7. En estos pueden observarse valores notoriamente discrepantes del valor de alarma, debido a que los servi-

cios de farmacia apuestan a aumentar su *stock* para evitar la demanda insatisfecha. De esta manera, se puede observar que el responsable de la gestión local de ARV debe conjugar diferentes variables: las cantidades solicitadas con las faltas de provisión desde el nivel central; los tiempos irregulares de reposición; el consumo mensual y el *stock* con el que cuenta el servicio. En suma, desde la gestión local se elaboran estrategias que habilitan un intento de equilibrar “el consumo con el *stock*”. La débil función de monitoreo y evaluación desde el nivel central sobre la gestión local, propicia la obtención de resultados anómalos en los indicadores antes mencionados.

En cuanto a los resultados del indicador P8, no se encontraron discrepancias respecto al valor de alarma; no obstante, se señala que “existen diferencias” entre los registros de *stock* informatizados y lo que realmente se encuentra en la estantería de cada ARV.

En lo que se refiere a la prescripción, no se observan mayores desvíos. Las prescripciones solicitadas con LPV/RTV (PR1) respetan las recomendaciones del Programa. Por el contrario, el valor anómalo encontrado para el indicador PR2 puede responder a diferentes factores que determinan la necesidad de cambios en el esquema de tratamiento: criterios clínicos, demoras administrativas vinculadas a informes de test de resistencia, presión de la industria farmacéutica, entre otros.

En el hospital A fue evidente la dispensación de tratamiento con ARV a pacientes no asignados por el Programa mediante D1. El indicador D2 muestra que el equipo de salud del efector otorga prioridad a la entrega de ARV a pacientes aún no asignados, mostrando otra arista de las estrategias paralelas de la gestión local. Se encontró un valor que supera al definido como alarma, en el mes de julio; la mitad de las prescripciones solicitadas correspondían a pacientes que no podían esperar la asignación por parte del Programa. En el hospital B, si bien los motivos son difusos, no se registró este tipo de dispensaciones. Se puede suponer un comportamiento poco flexible del equipo, que se ajusta estrictamente a las normas y tiempos de espera del nivel central.

Los hallazgos resultantes del abordaje cualitativo permiten recuperar y ampliar aspectos considerados como significativos por los entrevistados. Se revelan al-

ternativas de solución a problemas habituales, tiempos que no se ajustan a la realidad del paciente y del equipo de salud, evidentes en los resultados de los indicadores. Estas prácticas podrían enmarcarse en lo que en esta investigación se denominó como “estrategias paralelas”, al encontrarse los profesionales del nivel local con un vacío de respuesta que no facilita el trabajo en equipo. En algunos casos llama la atención el sostenimiento individual y en soledad de un programa que trabaja con población en riesgo de vida. Se contraponen la centralización del presupuesto para la adquisición de ARV frente a una debilidad de rectoría. El Programa aparece entonces con una existencia de tipo artesanal y de construcción diaria, quedando librado solo a las modalidades subjetivas de quien sostiene su práctica o a los avatares institucionales de cada hospital.

En estas circunstancias se vuelve imperioso establecer vías de comunicación y habilitar espacios para compartir y acordar demandas legítimas; de otro modo esas demandas llegarán a experimentarse de forma conflictiva, dando lugar a una suerte de oposición entre los niveles.

De acuerdo con los resultados, cabe aquí la siguiente reflexión: las prácticas desarrolladas ¿están orientadas a satisfacer necesidades y demandas de derechohabientes, o bien están fortaleciendo un espacio de carácter compensatorio, de emergencia, transitorio, fragmentado y residual?

La triangulación metodológica permitió un análisis integrado en términos evaluativos. Las estrategias que describen los entrevistados, fundamentalmente en el nivel local, encuentran sustento en los resultados de los indicadores. La generación de *stocks* ante la falta de regularidad en la provisión, los acuerdos entre profesionales de la salud ante la ausencia de normas claras y las entregas de medicación sin asignación oficial, son situaciones visualizadas desde ambos abordajes.

Atendiendo al carácter descriptivo y exploratorio del estudio, los elementos brindados podrían ser puntos de partida para una discusión que reúna al equipo involucrado en la gestión del Programa en su conjunto, a fin de avanzar en la formulación de acciones que hagan viables y agilicen los tiempos de asignación, así como los canales de comunicación y de retroalimentación entre niveles, recuperando estrategias de seguimiento de pacientes. Esta propuesta se enlaza con la necesidad de

promover una efectiva descentralización del Programa y la posibilidad de contar con presupuesto propio en el nivel local.

Los resultados de esta investigación no pueden ser comparados con los de otros hospitales de la ciudad o el país, ya que es la primera vez que se diseñan indicadores específicos para evaluar al Programa en este ámbito. Por otra parte se considera que este trabajo habilita

nuevas líneas de investigación que incluyan la perspectiva del paciente, con abordajes participativos y centrados en quienes se encuentran involucrados en el proceso. Un cuestionamiento común a estas metodologías cualitativas se refiere a la representatividad de lo colectivo. Algunos autores (18, 19) opinan que, al contrario de lo que se pueda imaginar, las técnicas cualitativas, basadas

en una muestra reducida de sujetos, no siempre producen medidas exclusivamente individuales; han mostrado que son tramas de todas las relaciones sociales y que acompañan las modificaciones sociales de un grupo. De acuerdo con lo anterior, en una entrevista está contenida toda la representación de grupos determinados en condiciones históricas, socioeconómicas y culturales específicas.

REFERENCIAS

1. Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación. Boletín sobre VIH/ SIDA en Argentina. Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación. Año X. No. 24; 2005.
2. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA)-Organización Mundial de la Salud (OMS). Situación de la epidemia de SIDA en diciembre de 2005. Suiza: ONUSIDA; 2005.
3. Contandriopoulos A, Champagne F, Denis J, Pineault R. L'évaluation dans le domaine de la santé: concepts et méthodes. En: Lebrun T, Saily JC, Amouretti L. L'évaluation en matière de santé: des concepts à la pratique. Lille: Cresge; 1992. Pp. 14–32.
4. Aronna A, Luppi I. Evaluación de servicios de salud: aportes preliminares desde una perspectiva epidemiológica. Investigación en Salud. Publicación Científica de la Secretaría de Salud Pública Municipal de Rosario; 2006 Vol. 7 (1 y 2) 2005/2006. [Sitio en Internet] Hallado en: http://www.rosario.gov.ar/sitio/salud/Revista_Inv_Web/principal.htm. Acceso el 4 abril 2006.
5. Denis JL, Champagne F. Analyse d'implantation. Montreal: Groupe de Recherche Interdisciplinaire en Santé, Université de Montréal; 1990.
6. Organización Panamericana de la Salud. División de Prevención y Control de Enfermedades. Programa Regional sobre VIH/ SIDA/ITS. Programas Nacionales de SIDA. Guía para el monitoreo y la evaluación. OPS: Washington; 2000.
7. Schaff R, Schumock G, Nadzam DM. Development of the Joint Commission's indicators for monitoring the medication use system. Hosp Pharm. 1991;26:326–9.
8. Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria SEFH. Libro de Farmacia hospitalaria. SEP. [Sitio en Internet] Hallado en <http://sefh.interguias.com/libros/> Acceso el 20 diciembre 2004.
9. Cosendey MA, Araujo Hartz Z, Bermudez J. Validation of a tool for assessing the quality of pharmaceutical services. Cad Saúde Pública. 2003;19:395–406.
10. Freedberg K, Losina E, Weinstein M, Paltiel D, Cohen C, Seage G, et al. The cost effectiveness of combination antiretroviral therapy for HIV disease. N Engl J Med. 2001;344:824–30.
11. Bozzette S, Joyce G, McCaffrey D, Leibowitz A, Morton S, Berry S, et al. Expenditures for the care of HIV- infected patients in the era of highly active antiretroviral therapy. N Engl J Med. 2001;344:817–23.
12. Wu AW, Gilford A, Asch S, Cohn SE, Bozzette SA, Yurk R. Quality-of-care indicators for HIV/AIDS. Dis Manag Health Outcomes. 2000;7:315–30.
13. Traverso ML, Salamano M, Pérez B, Botta C, Sopranzetti V, Colautti M. Aplicación de un Programa de Acreditación en Servicios de Farmacia Hospitalarios en Argentina. Farm Hosp. 2002;26:356–65.
14. Botta C, Salamano M, Colautti M, Palchik V, Pérez B, Traverso ML. Gestión económica en establecimientos asistenciales de la ciudad de Rosario. Propuesta de indicadores de calidad. Farm Hosp. 2004;28:327–33.
15. Souza Minayo MC, Goncalves de Assis S, Ramos de Souza E. Avaliacao por triangulacao de métodos. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2006.
16. Menéndez E. Técnicas cualitativas, problematización de la realidad y mercado de saberes. Cuadernos de Antropología Social. 2001;13:9–51.
17. Organización Mundial de la Salud/Organización Panamericana de la Salud. La gestión del suministro de medicamentos: selección, compra, distribución y utilización de productos farmacéuticos. 2º ed. OMS/OPS: Boston; 2002.
18. Esperidião M, Trad LAB. Evaluación de satisfacción de los usuarios. Revista Ciencia y Salud Colectiva 2005;10(1 Suppl)303–12.
19. Souza Minayo MC, Sanchez O. Cuantitativo-qualitativo: Oposição ou complementaridade? Cadernos de Saúde Pública. 1993;9:239–62.

Manuscrito recibido el 31 de agosto 2007. Aceptado para publicación, tras revisión, el 13 de mayo 2008.

ABSTRACT

Antiretroviral drug supply in Argentina: National Program to Combat Human Retroviruses, AIDS, and STDs

Objectives. To evaluate the supply cycle of antiretroviral (ARV) drugs, overseen by the National Program to Combat Human Retroviruses, AIDS, and STDs, through its order fulfillment indicators, and to obtain input from supply chain stakeholders.

Methods. A study was carried out from April–September 2005 in the pharmacies of two hospitals in Rosario, Argentina, involving both a quantitative analysis of indicators and secondary sources and a qualitative evaluation using semistructured interviews.

Results. The indicators reveal the impact that interruptions in ARV supply stream from the Program (central level) have and the overstocking that takes place at the pharmacies (local level) to manage the shortages. Changes in ARV treatment account for over 50% of the prescriptions. Fulfillments fall short of the reference value. The interviewees shared possible strategies for overcoming the communication gaps between levels, for building-up stock, for guaranteeing availability, and for shortening waiting times; reached informal agreements to deal with the lack of policies and the shortage of staff; acknowledged the challenges facing the jurisdictions (central, intermediate, and local/community); and recognized local efforts to improve management.

Conclusions. These challenges could be the starting point for building teams to work on effectively decentralizing the entire supply chain and allowing the Program to fulfill its much-needed oversight role.

Key words

Health management, program evaluation, management indicators, anti-retroviral agents, Argentina.