

OPP

el futuro en desarrollo

Evaluaciones de Diseño, Implementación y Desempeño (DID)

Una herramienta para la mejora continua de los servicios públicos

SALUD PÚBLICA 2017

- *Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) -
Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH)
Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (Sida)*

Ministerio
de SALUD

3 SALUD
Y BIENESTAR



5 IGUALDAD
DE GÉNERO



PRESIDENCIA
OFICINA DE PLANEAMIENTO
Y PRESUPUESTO

Evaluaciones de Diseño, Implementación y Desempeño (DID)

Una herramienta para la mejora continua de los servicios públicos

SALUD PÚBLICA 2017

- *Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) -
Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH)
Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (Sida)*



Dirección de Gestión y Evaluación (AGEV)
Dirección de Presupuestos, Control y Evaluación de la Gestión
Oficina de Planeamiento y Presupuesto
Presidencia de la República Oriental del Uruguay



PRESIDENCIA
OFICINA DE PLANEAMIENTO
Y PRESUPUESTO

Presidencia de la República

Tabaré Vázquez
Presidente

Oficina de Planeamiento y Presupuesto

Álvaro García
Director

Santiago Soto
Subdirector

Dirección de Presupuestos, Control y Evaluación de la Gestión

Lucía Wainer
Directora

Dirección de Gestión y Evaluación (AGEV)

Janet López
Directora

División Análisis y Evaluación de Políticas Públicas

Juan Pablo Móttola
Director

María Noel Cascudo
Federico Ott
Juan Manuel Lanza
Juan Manuel Regules
Nora Gesto
Ruy Blanco
Soledad Canto
Fernando Salas
Henry Trujillo

Agradecimiento: a todo el equipo interdisciplinario de la Dirección de Gestión y Evaluación, que participó en el proceso de elaboración del producto obtenido y contribuyó con esta publicación.

Los resúmenes ejecutivos son elaborados por AGEV en base a los resultados de las evaluaciones DID realizadas por equipos de evaluadores, integrados por técnicos externos a la administración e integrantes de AGEV/OPP.

Los contenidos del documento no reflejan necesariamente la posición de las instituciones participantes.

Nota: es preocupación de la institución el uso de un lenguaje que no discrimine entre hombres y mujeres. Sin embargo, con el fin de no dificultar la lectura al utilizar en español “o/a” para marcar la existencia de ambos sexos, se hace uso del masculino genérico clásico, conviniendo que todas las menciones en dicho género representan a hombres y mujeres.

Datos de la publicación

Dirección de Gestión y Evaluación (AGEV/OPP)

Torre Ejecutiva Sur – Liniers 1324 – 5to. Piso

Montevideo, Uruguay

Tel. (+598-2) 150 int. 8001

Correo electrónico: contacto.agev@opp.gub.uy

Sitio web: www.opp.gub.uy

Primera Edición: Mayo de 2018

Diseño: Cuareim

Fotos: Jessica Frías del Departamento de Comunicación del Ministerio de Salud Pública.

Corrección: Belén Panzera

Coordinación editorial: Carolina Piñeyro

ISSN: 2393-7130



ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	9
<p>➤ <i>Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) - Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (Sida)</i></p>	
1. DESCRIPCIÓN DE LA INTERVENCIÓN	12
1.1. Objetivos	12
1.2. Población potencial, objetivo y beneficiaria	13
1.3. Recursos asignados	16
1.4. Estrategia general y servicios de la intervención	17
1.5. Principales aspectos organizacionales	20
2. RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN	21
2.1. Diseño	21
2.2. Implementación	22
2.3. Desempeño	23
3. PRINCIPALES CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	25
3.1. Diseño	25
3.2. Implementación	26
3.3. Desempeño	27

INTRODUCCIÓN

Las evaluaciones de Diseño, Implementación y Desempeño (DID) son una herramienta destinada a contribuir con la mejora continua de los servicios públicos.

En este sentido, la Dirección de Gestión y Evaluación (AGEV) de la Oficina de Planeamiento y Presupuesto (OPP), que tiene entre sus cometidos promover prácticas e instrumentos que contribuyan a la gestión por resultados en la Administración Pública, impulsa el desarrollo de las evaluaciones de Diseño, Implementación y Desempeño. Las evaluaciones DID tienen el propósito de brindar insumos técnicos para identificar oportunidades de mejora en cuanto al diseño e implementación de la intervención pública evaluada, facilitando así el aprendizaje organizacional, impulsando acciones de mejora de los servicios públicos y apoyando el proceso de toma de decisiones.

Estas evaluaciones utilizan principalmente información existente complementada con visitas de campo y entrevistas a informantes calificados, como equipos técnicos de la intervención, beneficiarios o expertos sectoriales, entre otros. Por esto y los objetivos que se persiguen, se diferencian de otros tipos de estudios como las evalua-

ciones de impacto, análisis organizacionales o evaluaciones de eficiencia.

Las evaluaciones DID identifican fortalezas y oportunidades de mejora optimizando tiempo y recursos. Tienen la característica de ser complementarias al seguimiento que realizan las instituciones y poseen una duración de cinco meses. El monitoreo informa sobre los avances o progresos, mientras que la evaluación se orienta a conocer las razones que pueden llevar a un determinado desempeño. El principal beneficio de la evaluación es permitir que las autoridades tomen decisiones con un mayor nivel de información y conocimiento más profundo acerca del desempeño de las intervenciones públicas a su cargo.

El presente material cuenta con el resumen ejecutivo de la evaluación DID realizada y contribuye a uno de los objetivos de AGEV-OPP: promover el análisis, la evaluación y el monitoreo de las políticas públicas y el uso de herramientas de planificación y presupuestación para la mejora continua de los servicios, la optimización del gasto, la transparencia y la rendición de cuentas ante la ciudadanía.



Medicinas
de calidad

Tratamiento

NO
DISCRIMINAR
!!!

Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) – Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (Sida)

Área Programática: Salud
Ministerio de Salud

El presente resumen ejecutivo fue elaborado por la División de Análisis y Evaluación de Políticas Públicas de AGEV-OPP. El mismo recoge las principales conclusiones del informe final de la evaluación de Diseño, Implementación y Desempeño (DID) e incorpora, además, el análisis de información complementaria surgida a partir del proceso de evaluación. De esta forma, se presenta un informe más breve que mantiene las principales conclusiones de la evaluación DID en un formato que facilita su lectura.

El equipo de evaluadores estuvo conformado por integrantes de la Dirección de Gestión y Evaluación (AGEV) de la Oficina de Planeamiento y Presupuesto (OPP) y por evaluadores externos. Fue integrado por María Noel Cascudo, Fernando Salas, Ana Sosa Ontaneda y Verónica Balestero, con la supervisión técnica de Juan Pablo Móttola.

Si bien las evaluaciones DID utilizan fundamentalmente información existente, en esta evaluación la información se complementó con entrevistas a integrantes de la intervención (Ministerio de Salud –MSP– y prestadores de salud públicos y privados) y organizaciones de la sociedad civil.

La evaluación comprendió el período 2012–2016 y se desarrolló durante 2017.

Cabe destacar que la evaluación externa fue posible gracias a la apertura de las autoridades y equipos técnicos responsables de la intervención, quienes brindaron acceso a la información disponible así como su colaboración activa en las diferentes etapas del proceso de evaluación. Agradecemos especialmente la participación de las contrapartes de la evaluación Dra. Susana Cabrera y Soc. Daniel Pérez, así como otros integrantes del Ministerio de Salud y de los prestadores de salud públicos y privados.

Las citas textuales extraídas del informe DID son identificadas por medio del uso de comillas.

1. DESCRIPCIÓN DE LA INTERVENCIÓN

La intervención en sentido amplio abarca las acciones destinadas a reducir las nuevas Infecciones de Transmisión Sexual, el Virus de Inmunodeficiencia Humana y el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (en adelante ITS-VIH/Sida), eliminar la transmisión vertical de sífilis y VIH, y reducir la morbilidad por VIH, Sida y otras ITS, garantizando el pleno ejercicio de los derechos a la Salud Sexual y Salud Reproductiva (SSySR) vinculados a las ITS. Se busca particularmente el acceso adecuado de la población en general y las poblaciones clave en particular a información, diagnóstico y tratamiento oportuno a través de los prestadores de salud públicos y privados. En este sentido, el Ministerio de Salud (MSP) participa como responsable de regular, conducir, facilitar, monitorear y evaluar la política.

La evaluación comprendió el período 2012–2016 y se focalizó en la gestión y los procesos vinculados con la intervención que se realizan directamente desde el MSP a través del Área Programática¹ de ITS-VIH/Sida, que reporta a la Dirección General de la Salud (DIGESA) del MSP. Este será el sentido acotado con que se utilizará en este documento la expresión la “intervención evaluada”. Adicionalmente, el equipo evaluador visitó y entrevistó a otras dependencias del MSP vinculadas a la intervención, prestadores de salud públicos y privados, y organizaciones de la sociedad civil con la finalidad de completar la descripción de la intervención y conocer sus valoraciones en relación a la temática.

La respuesta nacional a las ITS, incluido el VIH/Sida, ha sido conducida por el MSP transitando por diferentes estructuras organizacionales. En 1987, por el Decreto N° 345/87 se crea el Programa Nacional de Sida. En el 2002, se incorpora el Programa de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), pasando a denominarse Programa Prioritario de ITS-VIH/Sida.

Desde el año 2010 al 2014 la conducción de la respuesta nacional a las ITS estuvo a cargo del Programa Nacional de ITS -VIH/Sida (PN ITS-VIH/Sida) integrado en el Área

de SSySR. A partir de 2015 se conforma el Área Programática de ITS-VIH/Sida como Área Programática independiente y con igual posición en el organigrama que el Área Programática de Salud Sexual y Salud Reproductiva (SSySR), ambas dependientes de DIGESA.

1.1. Objetivos

La intervención evaluada se propone contribuir al logro de los siguientes resultados a mediano y largo plazo: a) la reducción de nuevas infecciones por ITS-VIH/Sida, disminuyendo la circulación viral; b) la eliminación de la transmisión vertical de sífilis y VIH; c) la reducción de la morbilidad por VIH/Sida; d) la reducción de la morbilidad por ITS diferentes a VIH/Sida; e) población adecuadamente informada en relación a ITS -VIH/Sida y minimizando riesgos de contraer ITS-VIH/Sida. Esa contribución se logra mediante el logro de los siguientes resultados a corto plazo: a) control adecuado del embarazo y pesquisa que permite diagnóstico de Sífilis y/o VIH; b) embarazadas, parejas y niños recién nacidos reciben tratamiento contra sífilis y/o VIH; c) población accede a diagnóstico de VIH/Sida adecuado y oportuno; d) población diagnosticada con VIH/Sida comienza tratamiento en forma adecuada y oportuna, cobertura de Tratamiento Antirretroviral (TARV); e) población con VIH/Sida que comienza tratamiento lo mantiene según la prescripción indicada y permanece vinculado al sistema de salud en forma adecuada y oportuna y con carga viral indetectable (retención del usuario en el Sistema Nacional Integrado de Salud. SNIS).

Para obtener los resultados mencionados, la intervención evaluada provee los siguientes productos: a) acciones de promoción, difusión, sensibilización y educación entre la población general con énfasis en las poblaciones clave a través del SNIS; b) usuarios del SNIS con diagnóstico y tratamiento oportuno de ITS -VIH/Sida adecuado a las pautas, guías y ordenanzas del MSP a través de los prestadores de salud.

¹ - No debe confundirse el sentido que se le da en el MSP al término Área Programática (AP) para denominar a la unidad responsable de la intervención (AP ITS -VIH/Sida) con el sentido que se le da al término Área Programática en el Presupuesto Nacional, dentro del cual el Área Programática Salud engloba a todo el Inciso MSP así como al presupuesto de otros incisos vinculado con la temática de salud.

Cuadro 1. Resumen de la intervención ITS-VIH/Sida

Resumen de la intervención	
Objetivos a mediano y largo plazo	Reducción de nuevas infecciones por VIH, disminuyendo la circulación viral. Eliminación de la transmisión vertical de sífilis y VIH. Reducción de la morbimortalidad por VIH/Sida. Reducción de la morbimortalidad por ITS diferentes a VIH Sida. Población adecuadamente informada en relación a ITS – VIH/Sida, minimiza riesgos de contraer ITS-VIH/Sida.
Objetivos a corto plazo	Adecuado control del embarazo y pesquisa que permite diagnóstico de sífilis y/o VIH. Embarazadas, parejas y niños recién nacidos reciben tratamiento contra sífilis y/o VIH. Población accede a diagnóstico de VIH/Sida adecuado y oportuno. Población diagnosticada con VIH/Sida comienza tratamiento en forma adecuada y oportuna. Cobertura de Tratamiento Antiretroviral (TARV). Población que comienza tratamiento con VIH/Sida lo mantiene según la prescripción indicada y permanece vinculado al sistema de salud en forma adecuada y oportuna y mantiene carga viral indetectable. Retención del usuario en el SNIS.
Productos / Servicios	Acciones de promoción, difusión, sensibilización y educación entre la población general con énfasis en las poblaciones clave a través del SNIS. Usuarios del SNIS con diagnóstico y tratamiento oportuno de ITS – VIH/Sida adecuado a las pautas, guías y ordenanzas del MSP a través de los prestadores de salud.

Fuente: Informe de Evaluación DID de ITS-VIH/Sida.

1.2. Población potencial, objetivo y beneficiaria

La población potencial corresponde a la población total que presenta la necesidad y/o problema que justifica la intervención y por ende pudiera ser elegible para su atención. En tanto, la población objetivo es aquella que la intervención tiene planeado o programado atender en un período dado de tiempo, pudiendo corresponder a la totalidad de la población potencial o a una parte de ella².

A continuación se describe la población potencial y objetivo de la intervención, las cuales se dividen en cuatro subgrupos en función a las necesidades que presentan:

- población con necesidad de información y sensibilización para prevenir nuevas infecciones de VIH y otras ITS;
- población con necesidad de acceder a un diagnóstico y tratamiento oportuno de VIH;
- población con necesidad de acceder a un diagnóstico y tratamiento oportuno de sífilis, y
- población con necesidad de acceder a un

diagnóstico y tratamiento oportuno de ITS diferentes al VIH y la sífilis.

a) Población con necesidad de información y sensibilización para prevenir nuevas infecciones de VIH y otras ITS.

Uno de los subgrupos de población potencial definidos por la intervención ITS-VIH/Sida comprende la totalidad de los habitantes del territorio nacional, que cuentan con la necesidad de estar adecuadamente informados para prevenir nuevas infecciones.

En este subgrupo, la población potencial y objetivo es coincidente. Los productos brindados por la intervención ITS-VIH/Sida son: acciones de promoción, difusión, sensibilización y educación entre la población general con énfasis en las poblaciones clave a través del SNIS.

b) Población con necesidad de acceder a un diagnóstico y tratamiento oportuno de VIH.

La población potencial correspondiente a este subgrupo comprende a todas las personas infectadas con VIH del territorio nacional.

² - (AGEV, 2014) "Notas técnicas para evaluación de intervenciones públicas"

Debido a la dificultad de conocer esta población potencial, el MSP ha recurrido como herramientas para su estimación al modelo de proyección Spectrum (ONUSIDA). A partir de este modelo se estimó el número de personas con VIH para 2016 en 12.000 personas (10.000 a 14.000)³. Esta cifra es la que ha decidido tomar como estimación el MSP⁴.

A su vez, las cifras de nuevos diagnósticos permiten aproximarse al conocimiento de cómo se comporta la infección en los distintos departamentos del territorio nacional. En el año 2016, según el Informe de la Situación Nacional del VIH, la mayor tasa de notificación de nuevos casos se registró en Montevideo, seguido por Maldonado, Rivera, Salto, Artigas y Rocha. Estos datos son coincidentes con las cifras históricas que muestran las tasas más altas de notificación de nuevos casos para la capital, los departamentos fronterizos con Argentina y Brasil, y los de mayor movimiento turístico.

En cuanto a la población objetivo, la misma corresponde al 90% de las personas infectadas con VIH (12.000 según la última estimación del MSP para 2016), lo cual representa 10.800 personas.

c) Población con necesidad de acceder a un diagnóstico y tratamiento oportuno de sífilis.

Otro subgrupo de población potencial comprende la totalidad de las personas infectadas con sífilis en el territorio nacional.

Dado el subregistro de los casos de sífilis, no se cuenta con una estimación precisa de la cantidad total de personas infectadas.

La intervención ITS-VIH/Sida considera que una fuente de estimación de sífilis adquirida es la prevalencia de embarazadas con sífilis, que se sitúa en 0,7%.

Si esta prevalencia se proyecta a la población uruguaya mayor de 15 años en 2016 (2.764.136 personas), la cantidad estimada de personas infectadas con sífilis en 2016 es 19.353 personas.

³ - http://www.unaids.org/en/resources/documents/2017/HIV_estimates_with_uncertainty_bounds_1990-2016

⁴ - http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/archivos_adjuntos/DIA_MUNDIAL_VIH2017_0.pdf

Ahora bien, como la intervención se focaliza en la transmisión vertical de sífilis se entiende que la estimación más ajustada al producto que entrega es proyectar ese proxy en las embarazadas, sus hijos y sus parejas. Por tanto, si se tiene como referencia a las 47.058 embarazadas registradas en el año 2016 (embarazada + hijo + pareja= 141.174), se puede estimar la población potencial en 988 personas.

En este caso, la población objetivo corresponde a la meta de 95% fijada por la intervención evaluada, lo cual representa 940 personas para el año 2016.

d) Población con necesidad de acceder a un diagnóstico y tratamiento oportuno de ITS diferentes al VIH y sífilis.

Finalmente, el último subgrupo de población potencial comprende a la totalidad de las personas infectadas con otras ITS diferentes al VIH y sífilis en el territorio nacional. La intervención considera especialmente necesario enfocarse en hepatitis C y B.

La intervención estima que la población potencial en el caso de hepatitis C comprende al 1% de las personas mayores de 15 años (3.242.223 año 2016): 32.422 personas.

En tanto en hepatitis B, la población potencial representa el 3% de las personas mayores de 28 años (2.028.705 año 2016), ya que hasta esa edad se entiende que las personas están inmunizadas mediante vacunas de esquema obligatorio de vacunación: 60.861 personas.

En este subgrupo la población objetivo es coincidente con la población potencial.

Por otra parte, la población beneficiaria es la totalidad de personas que están siendo atendidos por la intervención (AGEV, 2016).

Considerando el Producto 1: Acciones de promoción, difusión, sensibilización y educación entre la población general con énfasis en las poblaciones clave a través del SNIS, organizaciones de la sociedad civil y centros de educación, no es posible realizar una cuantificación del alcance de la intervención en este aspecto.

Por su parte, para cuantificar los beneficiarios en el Producto 2: Usuarios del SNIS con diagnóstico y tratamiento oportuno de ITS-VIH/Sida adecuados a las pautas, guías y ordenanzas del MSP a través de los prestadores de sa-

lud, se procedió a cuantificar a la cantidad de personas diagnosticadas con VIH y sífilis adquirida para los años que se tienen datos. En el caso de la sífilis adquirida la información refleja solo los nuevos casos de cada año y no el total de diagnósticos. Estos datos provienen de las notificaciones que se realizan al Departamento de Vigilancia en Salud (DEVISA).

Por su parte, también se cuantificó a las personas que están en tratamiento antirretroviral, cuya fuente es el registro que tiene la intervención a partir de las encuestas a efectores.

Por último, se cuantifica la cantidad de embarazadas y recién nacidos de madres con serología positiva para sífilis y también el número de parejas de embarazadas con sífilis que fueron alcanzadas por la intervención. Estos datos provienen a partir del año 2013 de las auditorías realizadas por la intervención.

La población con nuevos diagnósticos presenta una disminución del 28% en el período de evaluación, observándose una tendencia sostenida a la baja.

Por su parte, las personas que se encuentran en TARV muestran un aumento del 56% en el período evaluado, mostrando una tendencia siempre creciente en el período evaluado.

Con respecto a los nuevos diagnósticos de sífilis adquirida, se verifica un aumento entre el año 2012 y 2013 pero luego una disminución de las personas con nuevos diagnósticos, registrando en todo el período una reducción del 31%.

Con relación a la sífilis congénita (SC), se verifica un aumento del 9,5% en la cantidad de embarazadas con serología positiva para sífilis, existiendo un incremento significativo entre el 2013 y 2015 para luego descender.

Cuadro 2. Beneficiarios efectivos.

	2012	2013	2014	2015	2016	% Variación
Personas con diagnóstico de VIH/Sida	s/d	s/d	s/d	s/d	10.856	n/a
Personas con diagnóstico de VIH/Sida- Nuevos diagnósticos	1.190	1.059	990	945	856	-28%
Personas con VIH en tratamiento antirretroviral	4.046	4.780	5.300	6.000	6.300	56%
Nuevos diagnósticos de sífilis adquirida	2.271	2.792	2.287	1.925	1.545	-31%
Embarazadas con serología positiva para Sífilis durante el embarazo	s/d	292	416	439	329	9,5%
Recién nacidos de madres con serología positiva de sífilis	s/d	287	410	417	321	12%
Parejas de embarazadas con Sífilis alcanzadas por la intervención	s/d	93	151	157	116	25%

Fuente: Elaboración propia en base a datos del MSP.

1.3. Recursos asignados

En este apartado se describen los principales antecedentes presupuestales de la intervención ITS-VIH/Sida, identificando el origen de los recursos.

Las acciones de la intervención evaluada se inscriben en el esquema presupuestal dentro del Área Programática 13 – Salud, en los Programas Presupuestales: 440 Atención Integral de la Salud, 441 Rectoría de Salud, 442 Promoción en Salud y 443 Ciencia y Tecnología de la Salud.

Estos cuatro programas presupuestales comprenden casi la totalidad del presupuesto del Área Programática 13 Salud.

El financiamiento de la intervención desde el MSP se compone de partidas del Ministerio de Salud (Inciso 12) que son ejecutadas a través de la Dirección General de la Salud –DIGESA– (Unidad Ejecutora 103).

La planificación presupuestal no está desagregada a nivel de la intervención para el período evaluado (2012–2016), por lo que se reconstruyeron sus gastos para el año 2016 tomando en consideración remuneraciones del equipo de la intervención evaluada y compras de Antirretroviral (ARV) por amparo o juicios hacia el MSP. Es así que durante dicho año el presupuesto de la intervención evaluada se estimó en 2.943.156 de pesos corrientes.

Tanto los aportes de organismos internacionales como la cuota-parte del pago de Metas Asistenciales, así

como los montos del Fondo Nacional del Sida, no se consideraron en este cálculo.

En el marco de la evaluación, se estimó el costo del diagnóstico de VIH considerando el costo unitario del kit para realizar el test y la frecuencia con la que el test debería realizarse en distintos grupos poblacionales según las pautas de la intervención evaluada (no se consideró para esta estimación el costo del personal de la salud u otros costos asociados). Se arribó a una estimación del orden de \$6.950.031 por año para los kits necesarios para diagnóstico adecuado a las pautas de la intervención evaluada.

También se realizó en el marco de la presente evaluación una estimación teórica del costo de la medicación vinculada al TARV. Al contar con el costo teórico de las combinaciones de TARV elaborado a partir de información aportada por el principal prestador público, se arriba a un gasto promedio anual en ARV por beneficiario de \$69.619 pesos corrientes, año 2015 (en torno a los 5.800 pesos mensuales).

A su vez, si estimamos el costo para los 6.000 beneficiarios que utilizaron TARV en 2015 a través de los prestadores de salud, se arriba a la cifra \$420.791.612 pesos corrientes de 2015. A su vez, existe un costo en TARV que financia el Fondo Nacional de Recursos (FNR) que no se consideró para estos cálculos.

Cabe señalar que al tratarse de un costeo teórico, las cifras pueden utilizarse sólo en el marco de esta evaluación.

Cuadro 3. Estimación del gasto total y unitario⁵ en ARV durante 2015.

Estimación del gasto en ARV en el SNIS	Cantidad de beneficiarios	Gasto promedio por beneficiario por año
\$ año 2015	Usuarios en TARV, 2015	\$ año 2015
420.791.612	6.000	69.619

Fuente: elaboración propia en base a datos brindados por ASSE y MSP.

⁵ – Una vez obtenido el costo de producir un producto en determinado período, por ejemplo un año, el costo unitario se desprende de la división entre el costo total anual y las unidades producidas en el año, asumiendo que su producción inició y terminó en dicho plazo.

1.4. Estrategia general y servicios de la intervención

Para alcanzar una mejor comprensión de la intervención evaluada, en primer lugar (i) se describe el problema que da origen a la intervención (esto es, las necesidades que se buscan satisfacer a partir de sus acciones), en segundo lugar (ii) se plantea la estrategia general propuesta para superar el problema inicial, y luego (iii) se describen los servicios prestados.

Problema que da origen a la intervención

Los principales problemas identificados por la intervención ITS-VIH/Sida y sobre los que busca incidir son: a) la prevalencia del VIH concentrada en algunas poblaciones clave, b) las personas infectadas con VIH sin diagnóstico y sin tratamiento, c) la transmisión vertical de VIH y sífilis, y d) la transmisión de otras ITS diferentes al VIH/Sida.

a) Prevalencia⁶ de VIH /Sida en población general y poblaciones clave.

La infección por virus de inmunodeficiencia humana (VIH) es una infección de transmisión sexual (ITS) de reciente identificación en el mundo (primer caso registrado en el año 1981). Esta enfermedad cuenta con un período de latencia de varios años (8 a 10 años), para luego transitar la etapa de inmunodepresión severa y ocurrencia de enfermedades oportunistas (EO), denominada Sida.

En nuestro país la epidemia de VIH y Sida se encuentra estable en su tendencia desde su aparición en 1983 y presenta un patrón de tipo “concentrado” en poblaciones clave como: hombres que tienen sexo con hombres (HSH), mujeres trans, trabajadoras/es sexuales, usuarios de droga y personas privadas de libertad (PPL). Debe mencionarse que se entiende por “población clave” o “población clave de mayor riesgo de exposición al VIH” a aquella parte de la población que tiene más probabilidad de estar expuesta al VIH o de transmitirlo, por lo que su atención y participación es fundamental para obtener una respuesta de éxito frente al VIH; es decir, es clave en la epidemia y en la búsqueda de una respuesta para la misma (ONUSIDA, 2011).

La estimación de la prevalencia en población general de 15 a 49 años utilizando Spectrum⁷ para el año 2016 fue del 0,6%, mientras que estudios de segunda generación del año 2013 muestran que en algunas poblaciones clave como HSH la prevalencia es del 9,7% y en personas trans del 20%.

Según el informe epidemiológico de VIH/Sida, en el 2016 se notificaron 856 diagnósticos nuevos en adultos, alcanzando una tasa de 25/100.000 hab. El 65% de los nuevos diagnósticos de VIH en 2016 corresponden al sexo masculino. Desde el año 2012, la tasa de nuevos diagnósticos mantiene un descenso sostenido. Este descenso se observa en un período en el que aumentó el número de personas tamizadas.

La relación hombre/mujer disminuyó en forma constante hasta el año 2009, posteriormente aumentó hasta alcanzar 2 hombres por cada mujer en el 2016. Con respecto a la edad en el momento del diagnóstico, las mujeres son diagnosticadas con un promedio de 38 años y los hombres con un promedio de 39 años. El 50% de los hombres y el 58% de las mujeres infectadas se encuentran entre 25 y 44 años de edad.

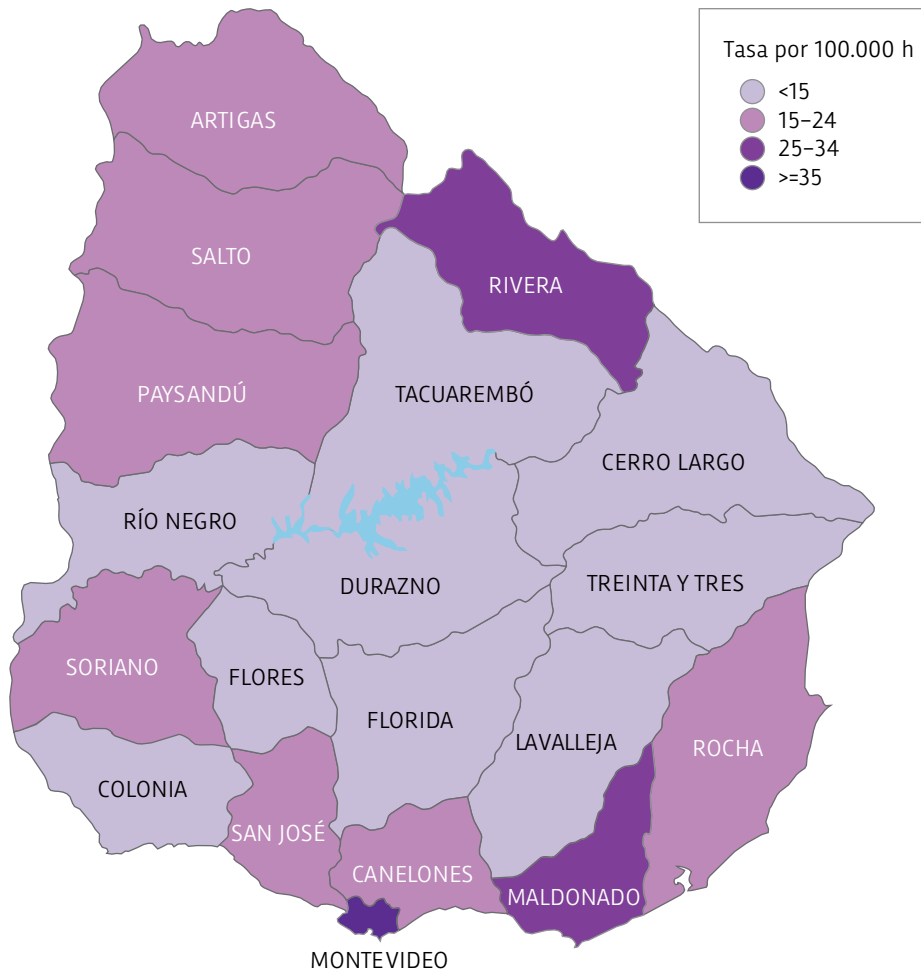
La vía de transmisión predominante es la sexual, alcanzando el 93% de los nuevos casos.

Geográficamente, la epidemia de VIH se distribuye en la población urbana, concentrándose en Montevideo. Los últimos datos disponibles de notificación muestran que en el año 2016 se notificaron casos en todo el país, con una mayor tasa en Montevideo, seguido por los departamentos de Maldonado, Rivera, Salto, Artigas y Rocha.

⁶ – Término epidemiológico que designa la proporción de personas de una población infectada por el virus en un determinado momento puntual.

⁷ – Spectrum es un sistema de modelaje de políticas. Contiene varios módulos relacionados con diversos temas de salud reproductiva y se utiliza para realizar estimaciones nacionales de casos de infección por VIH.

Figura 1. Tasas de notificación de nuevas infecciones según departamento, año 2016.



Fuente: MSP (2017) Informe de la situación nacional del VIH, año 2017.

b) Personas infectadas con VIH sin diagnóstico y tratamiento

Si bien el pronóstico de la enfermedad ha cambiado debido a la implementación de medicación antirretroviral (TARV), pasando de ser una enfermedad mortal a considerarse crónica, el diagnóstico temprano, el tratamiento oportuno y la adherencia al mismo es fundamental para garantizar la calidad de vida de las personas que viven con VIH.

Según el Informe epidemiológico de VIH en el período 2011-2016, el 18% de los nuevos diagnósticos se realizó en pacientes con enfermedades oportunistas, lo que se define como diagnóstico tardío. La proporción de

diagnósticos tardíos fue mayor en varones. A su vez, la mayoría de estos diagnósticos tardíos se verifica en el subsector público.

c) Transmisión vertical VIH y sífilis

La transmisión materno-infantil del VIH puede producirse durante el embarazo, el parto o la lactancia. Uruguay cuenta con intervenciones potentes para la prevención de transmisión como la introducción de la prueba diagnóstica de VIH durante el embarazo, el uso de pruebas rápidas en embarazos mal controlados y embarazos controlados en el primer nivel de atención, terapia antirretroviral (TARV), suspensión de la lactancia y provisión de fórmulas de sustitución (MSP, 2016).

En el año 2016, la tasa de transmisión vertical de VIH se situó en 1,5% (2/130), correspondiendo a la tasa más baja desde el inicio de la epidemia en el país, alcanzando la meta de eliminación fijada por la Organización Mundial de Salud (OMS) (<2%).

Por su parte, la tasa anual de casos reportados de transmisión materno infantil del VIH por cada 1.000 nacidos vivos se ha mantenido por debajo de los 0,5 por mil en tres de los cuatro años que van de 2013 a 2016, siendo de 0,04 por mil en todos los años del período, salvo en 2014 donde la cifra se situó en 0,08 por mil.

d) Transmisión de otras ITS diferentes al VIH/Sida

Dentro de las ITS diferentes al VIH/Sida una de las principales es la sífilis adquirida por transmisión sexual. Esta infección es evitable, diagnosticable y curable mediante un tratamiento altamente efectivo y de bajo costo. La percepción en la población y el personal de salud de enfermedad erradicada, obstaculiza su eliminación, tanto en adultos como en recién nacidos (López Gómez A, 2011)⁸. En 2008, según la Ordenanza N° 97/008 del Ministerio de Salud se establece la obligatoriedad de notificar todo caso sospechoso o comprobado de sífilis al Departamento de Vigilancia en Salud del MSP.

Respecto a otras ITS, a nivel mundial las estimaciones preliminares para 2012 evidencian un número persistentemente elevado de nuevos casos de cuatro ITS curables entre las personas con edades comprendidas entre los 15 y los 49 años: *Trichomonas vaginalis* (239 millones), *Chlamydia trachomatis* (146 millones), *Neisseria gonorrhoeae* (51 millones), y *Treponema pallidum* (5 millones). Las infecciones por agentes patógenos de transmisión sexual disminuyen la calidad de vida, la salud sexual y reproductiva y la salud infantil; asimismo tienen efectos indirectos, ya que facilitan la transmisión sexual del VIH⁹.

Estas cuatro ITS aún no figuran como eventos de notificación obligatoria en Uruguay. Por su parte, las hepatitis B y C sí se reportan, sin embargo, los datos obtenidos por el Departamento de Vigilancia Sanitaria (DEVISA) para ambas infecciones cuentan con limitaciones para su interpretación. Según informantes calificados del MSP, la

⁸ - López Gómez A, Benia W, Alemán A, Vázquez J (2011). Una década de Sífilis gestacional y congénita en Uruguay: 2000-2009: Montevideo. Organización Panamericana de la Salud. CLAP/SMR.

⁹ - OMS (2015) Estrategia Mundial del Sector de la Salud contra las Infecciones de Transmisión Sexual para 2016-2021. Versión Abreviada 10 de marzo de 2015.



vigilancia de las hepatitis virales es compleja y requiere conjugar diferentes fuentes de información, como i) vigilancia de casos, ii) encuestas de base poblacional o en grupos específicos, iii) registros de bancos de sangre, y iv) registro de secuelas. A su vez, existe heterogeneidad en los criterios de qué se debe reportar desde los efectores de salud y bancos de sangre.

Estrategia general

La estrategia general de la intervención en sentido amplio busca lograr el acceso adecuado de la población en general y de poblaciones clave en particular a: (i) información, diagnóstico y tratamiento oportuno a través de los prestadores de salud públicos y privados con el objetivo de reducir las nuevas infecciones por ITS-VIH/Sida; (ii) eliminar la transmisión vertical de sífilis y VIH; (iii) reducir la morbimortalidad por VIH, sífilis y otras ITS, y (iv) garantizar el ejercicio pleno de los derechos a la salud sexual vinculados a las ITS.

Con esta finalidad, la intervención evaluada ITS-VIH/Sida: ejerce la rectoría en la respuesta a las ITS, VIH y Sida; elabora normas, guías y pautas de carácter nacional y diseña estrategias basadas en evidencia; coordina y articula estrategias intersectoriales con otros organismos gubernamentales y no gubernamentales involucrados en la respuesta efectiva a la epidemia; diseña e implementa auditorías; coordina acciones con los sistemas de vigilancia epidemiológica, evaluación sanitaria y fiscalización del MSP.

Además, debe mencionarse que la estrategia general tiene en cuenta las diferencias entre la población general y las poblaciones claves con mayor exposición en el caso del VIH y sífilis.

Servicios brindados por la intervención

Para desarrollar dicha estrategia y alcanzar los resultados esperados, la evaluación DID identificó dos productos diseñados por la intervención:

P1. Acciones de promoción, difusión, sensibilización y educación entre la población general con énfasis en las poblaciones clave a través del SNIS;

P2. Usuarios del SNIS con diagnóstico y tratamiento oportuno de ITS-VIH/Sida adecuado a las pautas, guías y ordenanzas del MSP a través de los prestadores de salud.

1.5. Principales aspectos organizacionales

Desde el punto de vista de la estructura organizacional, la intervención ITS-VIH/Sida se gestiona institucionalmente desde el MSP bajo los principios de coordinación intra e interinstitucional con diferentes actores, como por ejemplo prestadores de salud públicos y privados u organismos internacionales vinculados a la temática. Se encuentra ubicada dentro de la Dirección General de Salud y los procesos son implementados en articulación con cada uno de los prestadores de salud (públicos y privados).

En segundo lugar, el personal responsable de la intervención ITS-VIH/Sida en el MSP está integrado por un equipo de una doctora en medicina, con especialidad en medicina interna e infectología y, desde julio de 2017, por un sociólogo especialista en temas vinculados a las ITS y poblaciones clave. Han sido definidos con una dedicación horaria *part-time* en ambos casos.

Por otro lado encontramos personal en diferentes departamentos dentro del MSP que tienen asignadas tareas destinadas a recolectar, sistematizar o fiscalizar información, como es el caso de departamentos como Fiscalización y Vigilancia epidemiológica de la población (dependientes de DIGESA) que cuentan con personal asignado a tareas relacionadas con la intervención ITS-VIH/Sida.

A su vez y de forma indirecta, la intervención en sentido amplio llega a la población en el cumplimiento de los objetivos a través de cada prestador de salud tanto público como privado que cuenta con su propio equipo de profesionales (infectólogos, ginecólogos-obstetras, medicina familiar, entre otros) que realiza el diagnóstico y seguimiento en el tratamiento en cada caso y brindan información específica a la intervención cuando la misma lo demanda.

En tercer lugar, la intervención evaluada cuenta con los siguientes mecanismos de coordinación intra-institucionales: (i) con las siguientes áreas del MSP: Salud Sexual y Salud Reproductiva, Violencia de género, Salud Mental, Niñez y Adolescencia se identifican e implementan estrategias de abordaje comunes, y son con las cuales la intervención articula con mayor frecuencia de forma presencial y virtual; (ii) Departamento de Fiscalización, con el cual en el año 2016 se diseñó y aplicó una herramienta para conocer el grado de implementación de las ordenanzas relacionadas con ITS en los diferentes prestadores de salud; (iii) Vigilancia epidemiológica, con la cual se trabaja de forma estrecha intercambiando información; (v) Departamento de Evaluación Sanitaria, con el cual se estudia las posibilidades de ingreso de nuevos fármacos en el Formulario Terapéutico de Medicamentos; (vi) Departamento de comunicaciones, con el cual se coordinan las instancias de difusión del estado de las ITS; (viii) Departamento de Laboratorio de Salud Pública, con el cual se intercambia información, por ejemplo, de casos resistentes a los ARV; (ix) Comisión de Genotipificación y Resistencia a Antirretrovirales, en la cual se estudian los casos resistentes analizando las posibilidades de tratamiento; entre otros.

Finalmente, la intervención cuenta también con mecanismos de coordinación interinstitucional con: (i) la Comisión Nacional de Sida (CONSIDA), en donde se tratan temas relacionados a la infección y donde participan organizaciones públicas y privadas; (ii) organismos internacionales como ONUSIDA y Organización Panamericana de la Salud (OPS); (x) organizaciones de la Sociedad Civil; y (xi) efectores de Salud públicos y privados; entre otros.

2. RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN

A fin de hacer más fácil su presentación, los resultados de la evaluación ITS-VIH/Sida resumen las principales dimensiones del análisis realizado en aspectos de diseño, implementación y desempeño.

2.1. Diseño

En primer lugar, con relación a la consistencia con el marco de la política pública, se constata la congruencia entre los objetivos de la intervención evaluada y los objetivos estratégicos de la DIGESA y del MSP, así como también con los objetivos de los programas presupuestales de los que forman parte.

También se encuentra que los objetivos de la intervención están alineados a los Objetivos Sanitarios Nacionales 2020 (OSN 2020) en especial con los Objetivos Estratégicos (OE) 2: “Disminuir la carga prematura y evitable de morbi-mortalidad y discapacidad”, resultado esperado 2.3 “Reducción de la morbi-mortalidad por VIH/Sida”; y OE 3 “Mejorar el acceso y la atención de salud en el curso de la vida”, resultado esperado 3.3 “Eliminación de la transmisión vertical de Sífilis y VIH. (MSP, 2016: 30,32).

Asimismo se encuentra alineada a los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) de Naciones Unidas, en particular en lo que respecta al objetivo N°3 – Salud y bienestar y al objetivo N° 5 – Igualdad de género.

En segundo lugar, la intervención ITS-VIH/Sida identifica en forma adecuada, pertinente y suficiente los problemas que debe abordar, específicamente con relación al VIH, la sífilis gestacional y la sífilis congénita, mostrando oportunidades de mejora con relación a otras ITS. Se evalúa como una fortaleza la identificación del VIH y la sífilis congénita como problemas prioritarios para la estrategia sanitaria hacia el año 2020, su descripción y documentación en el marco de los Objetivo Sanitarios Nacionales.

A su vez, se constata que los diagnósticos realizados por la intervención, así como los saberes tácitos manejados por la misma en VIH y sífilis congénita, dan cuenta en forma adecuada de los factores que originan estos problemas, así como las consecuencias de los mismos.

En tercer lugar, la intervención tiene definida claramente la población potencial y objetivo. En relación a su cuantificación, debe mencionarse que si bien la definición teórica que hace la intervención es precisa, las estimaciones cuantitativas que se presentaron anteriormente para cada subgrupo poblacional fueron elaboradas en el marco de la evaluación por la intervención,



con la colaboración del equipo evaluador. Asimismo, se identifica una posibilidad de mejora con relación a la estimación de personas que viven con VIH.

Por otro lado, se detecta que si bien en el documento del Plan Estratégico Nacional (PEN) 2014–2015 se realiza una estimación de la magnitud de las poblaciones clave en VIH, no se observa lo mismo en otras ITS, lo cual se evalúa como una oportunidad de mejora a nivel de profundización y documentación.

Respecto a la caracterización de la población potencial y objetivo, se evidencia un progreso importante en el período de evaluación respecto al conocimiento de las características de tres poblaciones clave en VIH (personas trans, HSH y usuarios de drogas) mediante estudios comportamentales. Sin embargo, varios de estos estudios fueron realizados hace algunos años y no está previsto actualizarlos a corto plazo ni ampliar el conocimiento de otras poblaciones clave en VIH como los jóvenes; o la situación de ITS en la población en general. Esto limita las posibilidades de la intervención de revisar su estrategia, así como también la medición de alguno de sus resultados esperados.

Se entiende que la intervención evaluada realiza un análisis acertado de las últimas evidencias generadas por organismos nacionales o internacionales (Ministerio de Desarrollo (MIDES), Instituto Nacional de Estadística (INE), Fondo de las Naciones Unidas para la infancia (UNICEF), Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA)) a nivel de estudios de opinión y comportamiento.

En cuarto lugar, la estrategia general de la intervención ITS-VIH/Sida es adecuada y muestra coherencia con la relación causal entre los problemas, resultados y productos que brinda a la población.

La intervención evaluada tiene en cuenta las experiencias nacionales e internacionales y las fuentes especializadas (OMS, ONUSIDA), lo cual es un acierto para superar los problemas identificados y alcanzar los resultados. Sin embargo, no se observan instancias de intercambio de buenas prácticas con los efectores de salud, lo cual sería una oportunidad para ampliar el conocimiento y mejorar la estrategia de la intervención.

En quinto lugar, con respecto a la teoría del cambio (relaciones de causalidad entre los servicios generados, los resultados de corto plazo y los de mediano y largo plazo), se constata coherencia entre todos los niveles

de objetivos. En relación a los resultados de mediano y largo plazo, se puede sostener que dan cuenta de los problemas que se intenta resolver en un sentido amplio aunque con distintos niveles posibles de contribución.

Para la consecución de los resultados a corto, mediano y largo plazo, el Área Programática ITS-VIH/Sida ofrece los siguientes productos finales: i) acciones de promoción, difusión, sensibilización y educación entre la población general con énfasis en las poblaciones clave a través del SNIS; ii) usuarios del SNIS con diagnóstico y tratamiento oportuno de ITS-VIH/Sida adecuado a las pautas, guías y ordenanzas del MSP a través de los prestadores de salud.

A partir de los OSN 2020, el producto relacionado a diagnóstico y tratamiento oportuno de ITS-VIH/Sida se define como prioritario para la intervención, especialmente en VIH y sífilis congénita. Este producto depende de los servicios de salud de los efectores públicos y privados.

Finalmente y en cuanto a la planificación, la intervención se encuentra enmarcada en el proceso de planificación que se realizó con los OSN contando con indicadores y metas asociadas. En cuanto al monitoreo, es muy destacable que la totalidad de los indicadores que miden los avances de la intervención desde el MSP son pertinentes y aplicables, dado que existe información disponible y actualizada para su análisis. Los datos se registran, sistematizan y analizan regularmente por la intervención, lo cual permite medir su desempeño y, por consiguiente, el cumplimiento de la normativa vigente.

2.2. Implementación

En primer lugar, con relación a la estructura organizacional y las funciones, la intervención evaluada cuenta con funciones adecuadas para concretar los procesos, sin embargo éstas están concentradas en un equipo reducido, lo cual afecta la implementación de los procesos definidos.

Se puede apreciar que el doble rol de referente y rector que asume la intervención evaluada ITS-VIH/Sida puede introducir complejidades en su accionar y su vínculo con los efectores.

En segundo lugar, la intervención evaluada cuenta con perfiles de cargo adecuados para implementar la estrategia definida. Asimismo, la dedicación, motivación y el compromiso de todas las personas que forman parte de la intervención es un pilar de trabajo.

En otro orden, la intervención carece de perfiles de cargos documentados, lo cual podría dificultar la incorporación de recursos humanos en el futuro con la formación o experiencia requeridas por la intervención.

En tercer lugar, se evalúan positivamente los mecanismos de coordinación. Es importante destacar que, dado el formato de organización interna del MSP, la intervención evaluada ITS-VIH/Sida requiere una coordinación muy fluida con diferentes direcciones y divisiones del inciso para cumplir con sus cometidos y procesos.

Esta coordinación interna, en términos generales, se desarrolla con vínculos informales y cercanos, generando sinergias y articulación fluida, lo que contribuye a identificar y solucionar eventuales problemas a la interna del Inciso.

La intervención evaluada ha desarrollado mecanismos de coordinación con todos los interlocutores pertinentes del Ministerio y en todos los casos se ha destacado el buen relacionamiento.

En cuanto a los mecanismos de coordinación externa, la intervención evaluada ha realizado los esfuerzos necesarios para se hagan de forma adecuada. Sin embargo con algunas instituciones en particular se podrían profundizar los intercambios, tal es el caso del Ministerio de Desarrollo Social (en los servicios de atención a mujeres en situación de vulnerabilidad y población trans) y del Banco de Previsión Social -BPS- (para mejorar la instrumentación de la prestación que se brinda a las personas con VIH).

2.3. Desempeño

En primer lugar, se analiza el aporte de la intervención en cuanto al logro de los objetivos y de sus principales servicios a través de indicadores básicos que se pudieron relevar a tales efectos. En segundo lugar, se analiza la cobertura efectiva que viene alcanzando la intervención, y en tercer lugar, se presentan algunos resultados a nivel del desempeño financiero, fundamentalmente referido a la eficiencia del programa.

2.3.1. Desempeño a nivel de resultados y servicios

En primer lugar, se presentan los principales hallazgos con relación a resultados a mediano y largo plazo: (i) la “reducción de nuevas infecciones por ITS-VIH/Sida”

cuenta con un desempeño adecuado, sin embargo, no existen indicadores que permitan evaluar el desempeño en este objetivo de otras ITS, lo cual representa una oportunidad de mejora en el sistema de indicadores; (ii) en relación al resultado “eliminación de la transmisión vertical de sífilis y VIH”, la intervención en sentido amplio se desempeña adecuadamente, mostrando un descenso en las tasas de incidencia de SC y VIH en recién nacidos, sin embargo, se registran distintos niveles de resultados en ambas infecciones que hacen que el país esté próximo a la eliminación de la TV de VIH, pero no ocurre lo mismo con el objetivo de eliminación de la sífilis congénita; (iii) la intervención en sentido amplio muestra un adecuado desempeño en el resultado “reducción de la morbimortalidad por VIH/Sida”, manteniendo un descenso leve pero constante en el período 2012-2016; (iv) sobre el resultado de “reducción de la morbimortalidad por ITS diferentes a VIH/Sida”, no se puede ser concluyente sobre el progreso de la intervención por las dificultades asociadas a las notificaciones del virus de hepatitis B y C.

En segundo lugar, con relación al desempeño a nivel de resultados a corto plazo puede señalarse que:

(i) En el resultado “adecuado control del embarazo y pesquisa que permite diagnóstico de sífilis y/o VIH”, la intervención demuestra un adecuado progreso, tanto en control de embarazo como de cobertura de pruebas de sífilis y VIH durante la gestación. Es así que durante el año 2016, casi el 96% de las embarazadas controlaron su embarazo, siendo un porcentaje algo menor (93%) las que realizaron 5 o más controles. Ambos indicadores se mantienen estables desde el año 2013. Si se toma en cuenta que existen aproximadamente 47.000 embarazadas al año, son aproximadamente 1.880 mujeres al año las que aún llegan al servicio de salud en el momento del parto sin controles previos;

(ii) En el resultado “embarazadas, parejas y niños recién nacidos reciben tratamiento contra sífilis y/o VIH” la intervención progresa adecuadamente, mostrando avances en el tratamiento a lo largo del período 2012-2016, especialmente en embarazadas y sus hijos. No obstante, estos avances muestran oportunidades de mejora en el caso del tratamiento de las parejas de las embarazadas en el caso de sífilis para evitar nuevas infecciones.

(iii) Para el resultado “población diagnosticada con VIH/Sida comienza tratamiento en forma adecuada y oportuna” la intervención en sentido amplio demuestra avances ya que la cobertura de TARV en personas diag-

nosticadas aumentó 23 puntos porcentuales entre 2013 y 2016, no obstante, la cobertura se mantiene en el 58%, lo cual está indicando que casi la mitad de las personas infectadas aún no están en tratamiento. Si bien el MSP ha fijado como resultado esperado aumentar la cobertura hacia el año 2020, no existe una meta cuantitativa a la que se aspire, pero si se tiene en cuenta el 90% sugerido como meta por la OMS, aún se observa una brecha significativa para mejorar en este aspecto.

(iv) El resultado “población que comienza tratamiento con VIH/Sida lo mantiene en forma adecuada y oportuna. Retención del usuario en el SNIS” muestra para el año 2015 (último año donde se dispone de información) una mejoría en el porcentaje de personas con VIH que iniciaron TARV en el período y que lo continuaron durante 12 meses, situándose en el 73,5%. No obstante, aún persiste una brecha con respecto a la meta fijada por la OMS del 90%.

Como complemento a estos resultados es oportuno analizar la denominada cascada de atención de pacientes con VIH, donde se puede observar el progreso de la intervención evaluada con relación al resto de las metas fijadas dentro de la estrategia 90-90-90.

Según los indicadores reportados en 2017 respecto al año 2016, se verifica que de las 12.000 personas estimadas por el MSP que viven con VIH en Uruguay, 10.856 personas conocen su estado serológico. En tanto, como se analizó anteriormente, 6.300 personas se encuentran bajo tratamiento antirretroviral y 5.450 personas se encuentran con carga viral indetectable. De esta manera, en relación a las metas 90-90-90 a las que adhiere la intervención, el desempeño muestra que el 90,46% de los pacientes infectados ha sido diagnosticado, el 58% de los diagnosticados ha comenzado tratamiento y finalmente el 86,5% de los pacientes en TARV se encuentra con carga viral indetectable.

2.3.2. Cobertura

En relación a la cobertura, para analizar la evolución de la población beneficiaria en VIH es fundamental conocer cuál es el comportamiento de la intervención respecto a la meta que aspira diagnosticar al 90% de las personas con infección por el VIH, lo cual constituye el primer paso para acceder a los servicios de atención y tratamiento del VIH. En este sentido, la intervención ha logrado superar en 2016 la meta de cobertura.

Contar con información solo para el año 2016 no permite conocer cómo evoluciona la cobertura de la intervención en este aspecto y, por tanto, no es posible saber si ese avance es el adecuado para lograr los objetivos a mediano y largo plazo.

Asimismo, se dificulta analizar las características de la población potencial, objetivo y beneficiaria y conocer cómo viene evolucionando la cobertura de diagnóstico en las poblaciones clave. Estos puntos conforman oportunidades de mejora que deberá abordar la intervención evaluada para mejorar su implementación.

Con respecto a la sífilis congénita, se observan brechas entre la población beneficiaria y la población potencial y objetivo estimadas, lo cual evidencia oportunidades de mejora con relación al aumento de la cobertura de la intervención. Estas brechas son consistentes con las cifras de cobertura de prueba de sífilis en embarazadas.

2.3.3. Desempeño financiero

En este apartado se analizan aspectos relacionados a la planificación presupuestal y uso de los recursos financieros por parte de la intervención evaluada.

La intervención ITS-VIH/Sida cuenta con escasa información relativa a la programación y ejecución del gasto ya que no está identificada a nivel presupuestal. Por tal razón, se estimó su gasto de forma teórica para el año 2016.

Es importante destacar que el gasto en ARV en el marco del SNIS tiene un costo que se estimó en \$420.791.612 anuales, (pesos corrientes año 2015) –sin considerar los ARV comprados por el FNR–.

La intervención tiene planificado aumentar la cobertura en cuanto al tratamiento de VIH pero no hay una planificación presupuestal del costo que esto podría implicar en función de los objetivos de crecimiento que establezca para cada año.

Por otra parte, se ha constatado que el gasto de la intervención se asigna mayoritariamente al producto vinculado con el diagnóstico y tratamiento de las ITS-VIH/Sida, siendo poco significativo el gasto vinculado al otro producto de la intervención vinculado a las acciones de promoción, difusión, sensibilización y educación, el cual tendría un gran potencial para evitar nuevas infecciones.

3. PRINCIPALES CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Para facilitar su presentación, las principales conclusiones y recomendaciones que surgen de la evaluación se agruparán en relación a: (i) aspectos de Diseño; (ii) aspectos de Implementación; y (iii) aspectos de Desempeño.

3.1. Diseño

En relación con la política global y sectorial donde se enmarca la intervención evaluada, se concluye que los objetivos de la intervención ITS-VIH/Sida muestran ser consistentes con los objetivos plasmados por el Área Programática Salud, específicamente con la estrategia diseñada por el Ministerio de Salud (inciso 12) y la DIGESA (UE 103). Además, demuestra ser adecuado el vínculo con los OSN 2020 y con los objetivos de los programas presupuestales donde se inscribe. Asimismo, puede afirmarse que los cometidos de la intervención se ajustan al marco normativo nacional e internacional descrito. Se valora como positivo la existencia de una normativa avanzada que reconoce derechos y prestaciones vinculadas a la detección y el tratamiento de ITS y en particular VIH/Sida y sífilis para toda la población.

Se constatan posibilidades de mejora respecto a la regulación del acceso (disponibilidad en el mercado interno) de fármacos, especialmente de ARV. Se recomienda analizar las posibilidades normativas que existen y/o promover nueva normativa (si así fuera necesario) que garantice el acceso a todos los fármacos incluidos en el Formulario Terapéutico de Medicamentos (FTM), en sus presentaciones para adultos y pediátricas. En esta línea y como forma de asegurar la sostenibilidad del tratamiento de todas las personas que viven con VIH, se considera necesario la definición de procedimientos que establezcan el acceso a ARV que no están disponibles en el mercado pero sí en el FTM. En este sentido, se considera relevante evaluar las instancias de compra planificadas en el año 2017 por el MSP, a través del Fondo Estratégico de la OPS y reglamentar este procedimiento de compra.

Otras fortalezas que se destacan en el diseño de la intervención son las siguientes: (i) identificación precisa de las necesidades a abordar, específicamente con relación al VIH, la sífilis gestacional y la sífilis congénita; (ii) una teoría del cambio y macro estrategia adecuadas (los productos son pertinentes para alcanzar los resultados a corto plazo buscados, y estos son pertinentes para abordar las necesidades detectadas); (iii) la definición adecuada de la población potencial y objetivo, evidenciándose un progreso importante en el período evaluado respecto al conocimiento de las características de tres poblaciones clave en VIH, las personas trans, HSH y los usuarios de drogas; o (iv) la identificación de las necesidades asociadas al VIH y SC en los OSN 2020.



Finalmente y respecto al diseño, se observan oportunidades de mejora en los siguientes aspectos: (i) la identificación y documentación de las causas de desigualdades entre grupos poblacionales específicos en otras infecciones distintas a VIH; (ii) en el producto “Acciones de promoción, difusión, sensibilización y educación entre la población general con énfasis en las poblaciones clave a través del SNIS” pueden definirse normativas que garanticen la relación de causalidad con los resultados esperados como sí ocurre en el otro producto de la intervención; (iii) en la caracterización de la población potencial y objetivo de las poblaciones clave vinculadas a las ITS hay posibilidades de ampliar y/o actualizar el conocimiento en el caso del VIH, pero sobre todo en las restantes ITS.

3.2. Implementación

Se detectan como aspectos positivos: (i) fuerte involucramiento y compromiso de los integrantes de la intervención; (ii) perfiles adecuados del personal para cumplir con el cometido de la intervención; (iii) identificación importante de la intervención evaluada con su responsable, lo cual es una fortaleza por ser considerada referente en el tema por sus colegas, no sólo

por su rol en el MSP sino especialmente como referente técnico de la academia; (iv) funciones adecuadas para los objetivos planteados; (v) desarrollo de herramientas de gestión que permiten trascender a las personas y así mantener los logros obtenidos, por ejemplo, las guías y pautas y la participación de la intervención en procesos de planificación estratégica del MSP. Sin embargo, las responsabilidades y tareas del personal de la intervención exceden a la estructura de cargos en dedicación horaria, más allá del fuerte compromiso de su equipo.

En cuanto a los mecanismos de coordinación interna, la intervención evaluada ha desarrollado mecanismos con todos los interlocutores pertinentes del MSP, en particular se constataron fuertes sinergias con el Área de SSySR y DEVISA. En cuanto a la coordinación externa, la misma es fluida con los organismos que contribuyen al logro de los objetivos de la intervención. Sin embargo, existen algunas demandas de parte de los efectores de salud, las cuales se relacionan con: (i) mayor participación en la CONASIDA, (ii) retroalimentación con información de resultados de la comisión de genotipificación (p.ej. perfiles de resistencia), e (iii) instancias para abordar buenas prácticas de diferentes prestadores y mayores oportunidades de capacitación en los lineamientos del MSP en relación a la temática.



Adicionalmente, se han detectado oportunidades de mejora en la profundización de la coordinación externa con otros organismos como por ejemplo el MIDES y BPS, para avanzar en el abordaje integral de las poblaciones clave que no visitan frecuentemente los servicios de salud.

Se recomienda, entonces: (i) explorar la posibilidad de lograr una mayor participación y coordinación de los efectores de salud en instancias de coordinación como por ejemplo la CONASIDA; (ii) formalizar los procedimientos de devolución de información a los prestadores de salud (por ejemplo de la Comisión de Genotipificación) y de capacitación respecto a los lineamientos del MSP en relación a ITS-VIH/Sida, en particular cuando éstos son actualizados (por ejemplo coordinando con unidades de la DIGESE que tienen funciones asignadas vinculadas a la capacitación de personal de la salud); (iii) fortalecer estrategias de trabajo conjunto para facilitar el acceso al diagnóstico de la infección y la adherencia al tratamiento de poblaciones clave junto con el MI (que implementa el registro de trabajadores sexuales y está a cargo de las PPL), la Junta Nacional de Drogas (en políticas de minimización de riesgos, y centros de diagnóstico y tratamiento de usuarios problemáticos de drogas), con el MIDES (en servicios de atención a mujeres en situación de vulnerabilidad y políticas dirigidas a población trans), y el BPS (procurando los incentivos generados por las prestaciones, para que favorezcan la adherencia al tratamiento).

El proceso de Rectoría contribuye al logro de los objetivos propuestos por la intervención, las pautas de trabajo que elabora la intervención se encuentran adecuadamente documentadas y hay previstos mecanismos de comunicación a los efectores de salud. Asimismo, se destacan como aspectos positivos la inclusión de incentivos al logro de Metas Asistenciales y que, a partir de 2016, se implementó la fiscalización a efectores de salud vinculada al cumplimiento de diversas ordenanzas del MSP, incluidas las ITS.

Se recomienda continuar con el proceso de fiscalización periódica de las ordenanzas vinculadas a la intervención, y realizar una propuesta, en coordinación con los interlocutores pertinentes del MSP, para la implementación de sanciones graduales ante el incumplimiento de la normativa vigente por parte de los efectores de salud, ya que esta experiencia de fiscalización realizada en 2016 mostró que hay importantes oportunidades para mejorar la disponibilidad de test rápidos y ARV en los centros de salud.

También se recomienda profundizar el trabajo en el sistema de información longitudinal que se encuentra en desarrollo con el Área de Gobierno Electrónico del MSP y planificar acciones en el marco de este proceso que asegure a corto plazo la optimización de los reportes solicitados a los efectores.

3.3. Desempeño

El desempeño de la intervención a nivel de resultados a mediano y largo plazo muestra un adecuado progreso en: (i) la reducción de nuevas infecciones por VIH/Sida, (ii) la eliminación de la TV de sífilis y VIH, siendo mejor el desempeño en la reducción en las tasas de VIH respecto a las de SC, y (iii) la reducción de la morbimortalidad por VIH/Sida, con un descenso leve pero constante en el período evaluado.

La información disponible no permite evaluar la reducción de la morbimortalidad por ITS diferentes a VIH/Sida, así como tampoco si la población está adecuadamente informada en relación a ITS-VIH/Sida.

En relación al desempeño de la intervención a nivel de resultados a corto plazo, hay un adecuado progreso en “control del embarazo y pesquisa que permite diagnóstico de sífilis y/o VIH” (con alrededor del 96% de las mujeres que al menos tienen 1 control obstétrico del embarazo y el 97% de cobertura de prueba de sífilis y VIH entre ellas); así como en “embarazadas, parejas y niños recién nacidos reciben tratamiento contra sífilis y/o VIH” (el tratamiento en embarazadas y niños es alto, pero favorece la reinfección el hecho de que la cobertura de tratamiento de las parejas de embarazadas con serología positiva de sífilis sea bajo, 34%). En relación con el resultado que busca que la “población diagnosticada con VIH/Sida comience tratamiento en forma adecuada y oportuna”, se observa que si bien se ha superado la meta del 90% de la población infectada con VIH diagnosticada, y la cobertura de TARV en personas diagnosticadas aumentó casi 20 puntos porcentuales entre 2013 y 2016, aún hay el 42% de las personas infectadas que no están en tratamiento. Por último, en relación con el resultado que busca que la “población que comienza tratamiento con VIH/Sida lo mantenga de forma adecuada y oportuna”, se observa una adherencia al tratamiento del 73,5%.

De acuerdo con lo antes expuesto, se recomienda elaborar, implementar y evaluar estrategias que permitan avanzar en: (i) el tratamiento adecuado de las parejas de

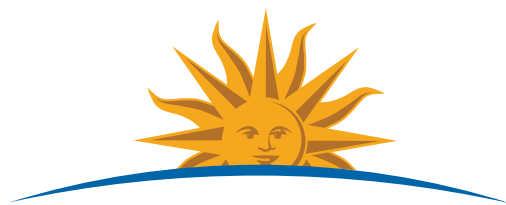
mujeres embarazadas con serología positiva de sífilis, (ii) aumentar el porcentaje de personas diagnosticadas con VIH/Sida que comienzan el tratamiento en forma oportuna, y (iii) aumentar el porcentaje de adherencia al tratamiento en personas que comienzan el mismo.

Como forma de mejorar el análisis de desempeño en los resultados a corto, mediano y largo plazo, se recomienda: (i) profundizar el relevamiento y análisis de las tasas de nuevos diagnósticos en poblaciones clave (HSH, personas trans, usuarios de drogas, trabajadores/as sexuales, jóvenes); (ii) ante las limitantes que existen para generar estudios comportamentales específicos y monitorear indicadores ligados a ellos, se recomienda que el Área Programática ITS-VIH/Sida genere instancias de reflexión multisectoriales a partir de los estudios comportamentales realizados en este último tiempo, con el objetivo de ampliar el conocimiento que se dispone sobre el nivel de información y conductas de riesgo en la población general y poblaciones clave; (iii) en relación con el monitoreo de la sífilis gestacional, se recomienda mejorar el nivel de conocimiento sobre las causas por las cuales hay mujeres embarazadas que no acceden en forma suficiente y oportuna a los servicios de salud durante el embarazo y optimizar el trabajo conjunto con los programas sociales ya existentes a nivel del territorio; (iv) en relación con la adherencia al tratamiento antirretroviral, se recomienda analizar y monitorear las brechas y barreras asistenciales que pueden estar afectando la adherencia de las personas con VIH especialmente en el subsector público; (v) por último, se sugiere

promover y/o alentar, dentro de los efectores de salud o de la academia, investigaciones que ayuden a comprender las características, comportamientos y opiniones de las personas adherentes y no adherentes al tratamiento.

La intervención no cuenta con un presupuesto propio elaborado, lo cual le impide conocer el costo total de la misma y su costo por producto, lo cual sería de utilidad para la toma de decisiones. Existe un desbalance en lo que la intervención en sentido amplio invierte en sus dos productos, viéndose resentidas las tareas de prevención a favor de una priorización presupuestal del diagnóstico y tratamiento. A esto se agrega que la intervención ha dependido para las tareas de prevención, durante el período evaluado, de fondos provenientes de la cooperación internacional. Esto genera limitaciones en cuanto a la planificación y continuidad de esta línea de trabajo.

Se sugiere mejorar la gestión financiera de la intervención participando en la planificación presupuestal en coordinación con Gestión Financiera del MSP. Considerando por ejemplo: (i) el costo asociado a las metas de una mayor cobertura de la cantidad de personas diagnosticadas con VIH en tratamiento, (ii) la implementación de las acciones vinculadas al producto “Acciones de promoción, difusión, sensibilización y educación”, (iii) actividades de actualización permanente y/o congresos, o la realización de investigaciones que retroalimenten las acciones a implementar desde la intervención evaluada.



PRESIDENCIA
OFICINA DE PLANEAMIENTO
Y PRESUPUESTO



Dirección de Gestión y Evaluación
Dirección de Presupuestos, Control y Evaluación de la Gestión
Oficina de Planeamiento y Presupuesto
Presidencia de la República Oriental del Uruguay

Torre Ejecutiva Sur – Liniers 1324 – Piso 5
Montevideo – Uruguay
Tel.(+598-2)150 – int. 8001 – contacto.agev@opp.gub.uy
www.opp.gub.uy

Mayo 2018