

Evaluación para el fortalecimiento de la respuesta del sistema de salud al VIH en Paraguay



*EVALUACIÓN PARA EL FORTALECIMIENTO DE LA RESPUESTA DEL SISTEMA DE SALUD AL VIH
EN PARAGUAY*

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE SALUD, OPS

ASUNCIÓN, NOVIEMBRE DE 2009

Organización Panamericana de la Salud
Evaluación para el Fortalecimiento de la Respuesta del Sistema al VIH en
Paraguay. -- Asunción: OPS, 2010.-- 87 págs.

ISBN 978-92-7533096-8

1. SISTEMAS NACIONALES DE SALUD
2. INFECCIONES POR VIH - epidemiología
3. SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA – prevención y control
4. PARAGUAY

I. Título.

616/VIH

©Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud
(OPS/OMS), Representación en Paraguay. 2010

<http://www.paho.org/par>

Este documento es propiedad de la OPS/OMS – Paraguay. No tiene fines de
lucro, por tanto, no puede ser comercializado en el Paraguay ni en el
extranjero.

PRÓLOGO

Es con mucha satisfacción que entregamos esta publicación puesto que hemos respondido en tiempo oportuno y eficientemente a una necesidad nacional expresada por la Señora Ministra de Salud Pública y Bienestar Social del Paraguay, necesidad que no es otra cosa más que agregar conocimiento y evidencia sobre como el organismo rector enfrenta la lucha contra un problema de tamaño complejidad como la infección por el VIH y el SIDA.

Analizar la respuesta nacional centrada en los servicios de salud en tan poco tiempo no fue tarea fácil. Sin embargo, contamos con la capacidad técnica y estratégica de toda la OPS/OMS para darle al proceso la solvencia y eficiencia que nos llevara a obtener un producto de alto valor por su contribución concreta. Creemos haber cumplido con este cometido desde una perspectiva independiente, internacional, comprometida y con la perspectiva de entregar resultados que contribuyan a la reorientación de la respuesta nacional para integrarla a un modelo de atención que atienda mejor las necesidades de la población. No porque el modelo actual sea deficiente o no muestre avances significativos conseguidos con mucho esfuerzo, sino porque la realidad nacional ha cambiado, existen nuevos desafíos, nuevos principios en políticas de salud, procesos que significan cambios estructurales de envergadura, y consecuentemente las propuestas programáticas deben adecuarse a este nuevo escenario.

Identificar las contribuciones contenidas en el Informe no hubiera sido posible sin la valiosa colaboración del personal nacional y diversos actores que intervienen colectivamente en la lucha contra el VIH/SIDA. Nuestro reconocimiento al centenar de personas que trabajan en otras tantas instituciones que nos dieron su tiempo y opiniones.

Este Informe fija una posición crítica de la OPS/OMS frente al problema en el Paraguay, con el objetivo de provocar debate y generar líneas de acción que orienten su cooperación técnica en los próximos años y para que sus recomendaciones signifiquen un compromiso con el Programa Nacional y otras instancias nacionales de que la Organización tiene su capacidad y competencias al servicio de procesos de fortalecimiento de la Respuesta Nacional. Esta es también la posición de las Agencias del Sistema de las Naciones Unidas que en el Paraguay integran el Grupo Temático de ONUSIDA, al igual que la Secretaría Ejecutiva de ese Programa Conjunto.

Complacida por la posición de cambio expresada por las autoridades que encabezan la rectoría en salud, la Subdirectora de la OPS/OMS quiso tener el honor de entregar este Informe personalmente en Asunción.

Las recomendaciones están alineadas con la Estrategia de Cooperación Técnica de la OPS/OMS y su Plan de Trabajo BIANUAL 2010 – 2011, de modo que la Representación de la OPS/OMS en el Paraguay asume el compromiso de acompañar el esfuerzo nacional para superar las limitaciones identificadas y para darle sostenibilidad a las acciones que se ejecutaron y demostraron ser eficaces.

Rubén Figueroa
Representante de la OPS/OMS

EQUIPO DE LA EVALUACIÓN Y ÁREA DE RESPONSABILIDAD

Matilde Pinto	Coordinación Técnica Financiamiento Análisis de la calidad de la inversión
Luis Toro	Rectoría y Gobernanza Salud sexual y reproductiva Reporte de la evaluación
Armando Cotrina	Actualización de la situación epidemiológica del VIH y el sida Estado de la información estratégica y sistema de vigilancia de la epidemia
Margarita Ferreira	Coordinación país del proceso de evaluación Género en la respuesta al VIH y el sida Apoyo análisis de la atención integral y PTMI
María Angélica Gómez	Organización y provisión de servicios Recursos humanos
Alfredo Idiarte	Gestión de Abastecimiento
Vidalía Lesmo	PTMI Visitas a terreno
Bernardo Sánchez	Prevención de VIH/ITS en adolescentes e indígenas Visitas a terreno
Omar Sued	Atención integral Coinfección TB/VIH
Marcelo Vila	Prevención Sociedad Civil
Mónica Bolis	Legislación y rectoría

Contenido

AGRADECIMIENTOS.....	7
ABREVIATURAS Y ACRÓNIMOS.....	9
GLOSARIO.....	11
<i>RESUMEN EJECUTIVO</i>	14
<i>I. INTRODUCCIÓN</i>	24
<i>II. OBJETIVOS Y METODOLOGÍA DE LA EVALUACIÓN</i>	26
<i>A. OBJETIVOS Y RESULTADO ESPERADO</i>	26
<i>B. METODOLOGÍA</i>	27
<i>IV. CONTEXTO</i>	31
<i>V. LA RESPUESTA DEL SECTOR SALUD AL VIH Y EL SIDA EN PARAGUAY</i>	33
<i>A. CONOCIMIENTO Y VIGILANCIA DE LA EPIDEMIA</i>	35
<i>B. RECTORÍA Y GOBERNANZA</i>	44
<i>C. PREVENCIÓN</i>	49
<i>D. ATENCIÓN Y TRATAMIENTO</i>	53
<i>E. GESTIÓN DE ABASTECIMIENTO</i>	57
<i>F. FINANCIAMIENTO</i>	81
<i>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS Y DOCUMENTARIA</i>	85

AGRADECIMIENTOS

El equipo de evaluación quiere expresar su mayor agradecimiento al conjunto de las personas participantes y representantes de instituciones y organizaciones del Paraguay que participan en la respuesta al VIH, por su colaboración, sus observaciones, aportes y entusiasmo con esta actividad, orientada principalmente a lograr aprendizajes para mejorar la efectividad de la respuesta a la epidemia en el país. Quizás falten algunos nombres y solicitamos nuestras excusas por aquello.

Allende Iván, Dr. Director de Dirección General de Epidemiología. MSP y BS.

Abreu Miquéias, Dr. Director SAI de Alto Paraná. Mirtha Ruiz Díaz de Fundación Vencer e integrante del MCP.

Aguayo Nicolás, Dr. Director del PRONASIDA.

Ayala Félix, Dr. Director del Hospital Nacional.

Bazzano Margarita, Dra. Director Dirección General de Programas de Salud del MSP y BS.

Betancur, Mary Presidenta de la Asociación de Travestis, Transexuales y Transgéneros del Paraguay.

Bogado Lucía, Lic. Dirección de BIOESTADÍSTICAS del MSP y BS.

Cáceres María Teresa Lic., Monitoreo y Evaluación del CIRD.

Cabello Agueda, Dra. Director de Monitoreo y Evaluación de la Dirección de Vigilancia de la Salud del MSP y BS.

Campuzano Eligio, Dr. Director de la V Región Sanitaria, Caaguazú.

Cardoso Rubén, Dr. Director Regional de Salud Interino de Alto Paraná.

Carrizosa Agustín, Dr. Director Ejecutivo del CIRD.

Dentice María Vargas, Lic. Jefa de Logística y Distribución de Productos Estratégicos del PRONASIDA.

Duarte Cáceres Laura Marisa, Dra. Directora de la Dirección de Gestión de Insumos Estratégicos del MSP y BS.

Escobar Raquel, Dra. Directora de Niñez y Adolescencia del MSP y BS.

Esquivel Lucila. Organización Unidas en la Esperanza y Punto focal de REDTRASEX.

Fariña Ada, Dra. Directora General de Vigilancia Sanitaria del MSP y BS.

Figuroa Rubén, Dr. Representante OPS/OMS en Paraguay e integrante del MCP.

Ferreira Margarita, Dra. Punto Focal para VIH en la Representación de OPS/OMS en Paraguay.

Flecha Dante, PARAGAY. Diego Gamarra, Director General de Servicios de Salud del MSP y BS.

Fresco Manuel, Dr. Director Centro Nacional de Control de Adicciones.

Galeano Jorge, Dr. Consultor Interagencial: ONUSIDA.

Giménez Lilian, Dra. Departamento de Educación y Comunicación de PRONASIDA.

Gómez Carmen, Dra. Directora de APS del MSP y BS.

Insfran Fátima Dra. Directora de Administración y Finanzas del MSP y BS.

Lesmo Vidalia, Dra. Consultor de la Representación de OPS/OMS de Paraguay.

Lovera Amado, Lic. Consultor UNICEF.

López Gladys, Dra. Jefa de Laboratorio del PRONASIDA.

Mazuera Carlos. Representante de UNICEF y Presidente del Grupo Temático de VIH de ONU.

Mazzotti, Umberto. Fundación Alto Refugio.

Marín Lourdes. Fundación Marcos Aguayo.

Martínez Celia, Dra. Directora Programa de Tuberculosis del MSP y BS.

Montórfano María Gloria, Dra. Consultora Técnica del Proyecto Regional "Armonización de Políticas Públicas para la Educación Sexual y la Prevención del VIH-sida y Drogas en el Ámbito Escolar". CICT-GTZ-ONUSIDA.

Mayorga Rubén, Dr. Coordinador de ONUSIDA para Argentina, Chile, Paraguay y Uruguay.

Negrete, Martín Departamento de Educación y Comunicación PRONASIDA.

Núñez, Dulio, Dr. Jefe de Infectología del IPS.

Ocampos Fátima, Dra. Jefe gineco-obstetricia Hospital Nacional.

Prieto Cinthya, Dra. Directora Ejecutiva del Centro Paraguayo de Estudios de Población.

Ríos Elvira, Lic. Fundación Marcos Aguayo.

Suárez Zully, Dra. PTMI del PRONASIDA.

Valdez, María Ramona Profesora Dra. Responsable del Área de Atención Integral del PRONASIDA.

Villafañe Margarita, Dra. Epidemióloga de la Dirección de Vigilancia de la Salud del MSP y BS.

Asunción, noviembre de 2009

ABREVIATURAS Y ACRÓNIMOS

- APS: Atención Primaria de Salud
- ARV: Antirretroviral
- ASAP: Estrategia y plan de acción contra el sida (*Aids Strategy and Action Plans*)¹
- BECA: ONG, Base Educativa y Comunitaria de Apoyo (Paraguay).
- CD4: Glóbulos blancos o linfocitos T presentes en el sistema inmunológico y que controlan la respuesta del sistema inmunológico a infecciones.
- CDIA: Coordinadora por los Derechos de Infancia y la Adolescencia
- CG: Comité Gestor intersectorial de Proyecto país, conformado por el MSP y BS, el MEC, la SNNA y las OSC.
- CHAI: Clinton Foundation HIV/AIDS Initiative. Iniciativa Contra el VIH y el sida de la Fundación Clinton.
- CICT: Centro Internacional de Cooperación Técnica en VIH y el sida - Brasil.
- CIDA: Agencia Canadiense de Desarrollo Internacional
- CIRD: Centro de Información y Recursos para el Desarrollo. Receptor Principal de los proyectos del Fondo Mundial en Paraguay.
- CV: Carga Viral
- ES: Educación de la Sexualidad.
- CAP: Estudio de Conocimientos, Actitudes y Prácticas
- FM: Fondo Mundial para el Sida, la Tuberculosis y la Malaria
- GTZ: Cooperación Técnica Alemana.
- HSH: Hombres que tienen sexo con otros hombres
- IFD: Instituto de Formación Docente.
- ITS: Infecciones de Transmisión Sexual
- MCP: Mecanismo de Coordinación de País (para proyectos con el Fondo Mundial)
- MEC: Ministerio de Educación y Cultura (Paraguay).
- MSP y BS: Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social
- OG: Organización Gubernamental.
- OIT: Organización Internacional del Trabajo

¹ El ASAP se creó por recomendación del Equipo Especial Mundial apoyar a los países a fortalecer sus estrategias y planes de acción nacionales contra el SIDA en el marco del objetivo de acceso universal.

ONG: Organización no Gubernamental.

ONUDD: Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito

ONUSIDA: Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre VIH y el sida.

OPS/OMS: Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud

OSC: Organizaciones de la Sociedad Civil.

PEI: Proyecto Educativo Institucional.

PEM: Plan estratégico maestro

PEMAR: Poblaciones en mayor riesgo

PMA: Programa Mundial de Alimentos

PNS: Programa Nacional de Sida

PNUD: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo

POA: Plan Operativo Anual.

PPE: Profilaxis post exposición

PRONASIDA: Programa Nacional de Control de ITS-VIH-Sida (Paraguay).

SAI: Servicio de Atención Integral a las personas que viven con el VIH y el sida en Paraguay

SIDA: Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida

SNNA: Secretaría Nacional de Niñez y Adolescencia (Paraguay).

TARV: Tratamiento antirretroviral

TSF: Trabajadora sexual

TSM: Trabajador sexual

UDI: Usuario/a de drogas inyectables

UNESCO: Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura

UNFPA: Fondo de Población de las Naciones Unidas.

UNICEF: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia.

UNIFEM: Fondo de las Naciones Unidas para la mujer

USAID: Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional

VIH: Virus de Inmunodeficiencia Humana

GLOSARIO

Acceso Universal significa establecer un ambiente en el cual las intervenciones de prevención, tratamiento, cuidados y apoyo estén disponibles, accesibles y a precios viables para todas las personas que lo necesiten. Esto cubre un amplio rango de intervenciones que están dirigidas a individuos, hogares, comunidades y países”.²

Brecha de calidad de la inversión: distancia existente entre los resultados logrados y los que son técnicamente posibles con los recursos disponibles.

Brecha de efectividad: distancia entre las metas y los resultados obtenidos con las intervenciones programáticas en una determinada población o grupo.

Descentralización: consiste en el traspaso del poder y toma de decisión hacia núcleos periféricos de una organización. Supone transferir el poder de un gobierno central hacia autoridades que no le están jerárquicamente subordinadas.³

Desconcentración: es una técnica administrativa que consiste en el traspaso de la titularidad y el ejercicio de una competencia que las normas le atribuyan como propia a un órgano administrativo en otro órgano de la misma administración pública jerárquicamente dependiente.⁴

Efectividad: se entiende en este documento como la capacidad de cerrar las brechas y acercarse a las metas del Acceso Universal.

Financiamiento y Aseguramiento. Un sistema de financiamiento de salud recauda fondos suficientes para la salud, de forma tal que asegura que las personas pueden usar los servicios necesarios sin barreras financieras y están protegidos de gastos catastróficos o del empobrecimiento asociado con la obligación de pagar por esos servicios. Proporciona incentivos para proveedores y usuarios para ser eficientes.

Medicamentos y tecnologías. Un sistema de salud debe garantizar el acceso equitativo a los medicamentos, las vacunas y las tecnologías esenciales de diagnóstico y tratamiento, de acuerdo a las normas y protocolos nacionales, garantizando su calidad, inocuidad, eficacia y costo-efectividad, y su uso científicamente sólido y de mayor beneficio en relación a su costo. Esto incluye los recursos de laboratorio y de disponibilidad de sangre, componentes y derivados.

Organización y Provisión de Servicios. Los servicios de salud son aquellos que brindan intervenciones de salud –atención personal y no personal- de forma eficaz, segura, y con calidad a todos los que las necesitan, dónde y cuándo es necesario, con desperdicio mínimo de recursos. Este componente del sistema de salud fundamental se ocupa de cómo los insumos y servicios se organizan y administran, para garantizar el acceso, la calidad, la seguridad y la continuidad de la

² WHO. Priority Interventions. HIV/AIDS prevention, treatment and care in the health sector. Agosto 2008.

³ Wikipedia. En <http://es.wikipedia.org/wiki/Descentralizaci%C3%B3n> Consulta 02-12-09

⁴ *Ibíd.*

atención a las necesidades de salud, a través de diferentes ubicaciones y con el transcurso del tiempo. Sus temas principales son la organización de redes de proveedores, comprender la perspectiva y demanda del usuario de los servicios, conjuntos integrados de prestaciones garantizadas, manejo de la infraestructura y logística.

Poblaciones en mayor riesgo (PEMAR) están integradas por personas que con mayor frecuencia presentan comportamientos que aumentan la probabilidad de exposición al VIH. Estos comportamientos incluyen sexo sin protección (en particular sexo anal), sexo con varias parejas y el uso de instrumentos corto punzante o equipos de inyección que puedan estar contaminados con sangre infectada. Estas poblaciones incluyen a hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (HSH), trabajadores y trabajadoras sexuales (TS), sus clientes y los usuarios de drogas inyectables (UDI).

Poblaciones vulnerables son grupos que debido a factores biológicos, ambientales o socioculturales tienen control limitado, o ningún control, para reducir la exposición al VIH. Estas personas no siempre están expuestas al riesgo, pero si se da la exposición tiene menos poder para evitar la transmisión. Las poblaciones vulnerables al VIH incluyen aquellas sin acceso a información, sin habilidades o poder para negociar los términos de sus encuentros sexuales (particularmente mujeres jóvenes y adultas), personas con otras infecciones de transmisión sexual, personas forzadas a tener relaciones sexuales o presionadas a convertirse en sexualmente activas, aquellas que tienen relaciones sexuales bajo la influencia de alcohol y drogas, mujeres pre púberes, adolescentes y aquellas personas cuya actividad sexual es afectada por las condiciones ambientales, tales como individuos privados de libertad (PPL) y migrantes.

Rectoría y Gobernanza. La rectoría y gobernanza se refiere a la existencia de marcos estratégicos de política que se combinan con supervisión efectiva, formación de coaliciones, regulación, atención al diseño del sistema y rendición de cuentas.

Recursos: Concepto que considera al conjunto de los recursos necesarios en una organización o institución, como ser recursos humano, recursos económicos y financieros, recursos tecnológico, métodos y metodologías y conocimientos, recursos conceptuales, capital relacional (social), desarrollo y capacidades organizacionales, entre otros

Recursos Humanos. El personal sanitario trabaja y responde de manera justa y eficiente para lograr los mejores resultados posibles de salud, con los recursos disponibles y en circunstancias particulares. La fuerza de trabajo en salud de un país consta de los proveedores de servicios de salud, los gestores y los trabajadores de apoyo. Incluye tanto el sector privado como el personal sanitario del sector público, a trabajadores no retribuidos y asalariados y cuadros legos y profesionales.

Rentabilidad social de la inversión en VIH: Proveer adecuada atención a las personas afectadas por la epidemia; al mismo tiempo que se trabaja intensamente en reducir la transmisión del virus entre las poblaciones en mayor riesgo y hacia la población general.

Salud: En esta evaluación se usa el concepto de sistema de salud propuesto por la Organización Mundial de la Salud (OMS), el cual “incluye a todas las organizaciones, personas y acciones cuya intención primaria es promover, recuperar o mantener la salud. Esto incluye tanto los esfuerzos para influenciar los determinantes de salud tanto como las actividades orientadas directamente a mejorar, atender y restablecer la salud. Un sistema de salud es, por lo tanto, más que la red de establecimientos públicos que entregan atención. Incluye, por ejemplo, a la madre que cuida del niño enfermo en su hogar, proveedores privados, programas para la modificación de conducta, campañas para el control de vectores, entidades aseguradoras, salud ocupacional y un marco jurídico efectivo”.⁵

Sistema de Salud: incluye a todas las organizaciones, personas y acciones cuya intención primaria es promover, recuperar o mantener la salud. Esto incluye tanto los esfuerzos para influenciar los determinantes de salud tanto como las actividades orientadas directamente a mejorar, atender y restablecer la salud. Un sistema de salud es, por lo tanto, más que la red de establecimientos públicos que entregan atención. Incluye, por ejemplo, a la madre que cuida del niño enfermo en su hogar, proveedores privados, programas para la modificación de conducta, campañas para el control de vectores, entidades aseguradoras, salud ocupacional y un marco jurídico efectivo. Incluye acciones intersectoriales del personal de salud, por ejemplo, exhortando al Ministerio de Educación a promover la educación de las mujeres, lo que constituye un claro determinante de una mejor salud.⁶

Sistemas de Información y Vigilancia. Un sistema de información y vigilancia de salud debe garantizar la producción, el análisis, la difusión y el uso de información fidedigna y oportuna para los encargados de adoptar las decisiones a diferentes niveles del sistema de salud. Esta información hace referencia a los determinantes de la salud, el desempeño del sistema y el estado de salud de la población.

⁵ WHO. *Everybody's business: Strengthening Health Systems to Improve Health Outcomes. WHO's framework for action.* Geneva 2007

⁶ WHO. *Ibid.*

RESUMEN EJECUTIVO

Por solicitud del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social de Paraguay, MSP y BS, la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) realizó un ejercicio de evaluación de los avances y desafíos en la respuesta del sistema de salud al VIH y sida en Paraguay, con el propósito de proveer información para la toma de decisiones a nivel político y organizacional. El periodo considerado para la evaluación fue 2005-2008. El proceso de evaluación comenzó en octubre con revisión de la documentación relevante, con trabajo de campo y análisis en el país del 5 al 14 de noviembre. El proceso estuvo a cargo de un equipo interdisciplinario de OPS.

Este proceso evaluativo debe conducir hacia aprendizajes y a mejorar el conocimiento sobre la epidemia en el país; lo que incluye abrir procesos de diálogo para actualizar y perfeccionar las estrategias, prácticas y metodologías de trabajo y gestión en la respuesta a la epidemia. Esta evaluación no constituyó una auditoría. Sus resultados muestran avances y debilidades de la respuesta al VIH.

Se buscó incluir la participación de los actores involucrados en la respuesta, con el fin de lograr una apropiación del proceso evaluativo, *como una condición necesaria y facilitadora para que las recomendaciones resultantes de la evaluación tengan oportunidad y posibilidad de ser acogidas e incorporadas en el sistema de salud.*

El objetivo fue analizar la idoneidad de la respuesta que el sistema de salud está entregando al VIH y el sida. Estuvo direccionada a la revisión del nivel, composición y calidad de los servicios que se están proveyendo, en comparación con las necesidades que surgen desde las especificidades de la epidemia en el Paraguay, habida consideración del contexto nacional, las políticas sociales del Gobierno, el nivel de recursos disponibles y las metas establecidas en los planes de respuesta del país. El enfoque ha sido una mirada comprehensiva desde lo contextual, las especificidades del país y los desafíos que manifiesta la epidemia desde un acercamiento reflexivo, crítico e incluyente y de carácter estratégico.

En síntesis, la evaluación buscó respuesta a dos preguntas claves: ¿Están los recursos disponibles para el VIH siendo asignados y ejecutados de la manera que mejor pueden alcanzarse las metas asumidas por el país al VIH? De no ser así, ¿Qué cambios, a nivel programático y del Sistema de Salud, podrían contribuir a mejorar la efectividad y la rentabilidad social en su asignación y utilización?

En respuesta a la primera pregunta se puede afirmar, que no obstante los avances alcanzados se hace necesario tomar acciones para optimizar la rentabilidad social de la respuesta al VIH. Para lo cual, se recomienda avanzar en un diseño que trascienda el encuadramiento de la respuesta del sector más allá del ámbito de acción de los proyectos con el Fondo Mundial.

En función de las afirmaciones del párrafo anterior y en respuesta a la segunda pregunta, se propone considerar esta evaluación y sus recomendaciones, como un hito que suma a ese importante proceso de fortalecimiento y actualización de la respuesta al VIH en el país, en el contexto de la reorganización de la red de servicios e integración de programas con un enfoque de atención primaria que ha iniciado el MSP y BS. Así, la evaluación puede constituir una mirada iniciadora y catalizadora hacia un cambio estructural de la respuesta. La implementación del proyecto Ronda 9 del Fondo Global puede ser un pilar de apoyo en esta empresa. El proyecto en sus fundamentos señala:

“Las principales intervenciones de esta propuesta se plantean en el contexto de la nueva política del MSP y BS la cual busca dar respuesta a las necesidades de salud de la población respetando y considerando la perspectiva del usuario en el diseño y organización de las prestaciones de servicios (incluidas las de VIH y TB) para aumentar la aceptabilidad y la pertinencia de los mismo...” Y los resultados esperados son: i) “Ampliar el acceso a prestaciones de servicios efectivos, con alta calidad, seguridad, continuas y oportunas a través de las redes de servicios.” ii) “Mejorar el desempeño de los RHH incluidos voluntarios en la prestación de servicios y gestión de las redes de servicios” y iii) “Asegurar el acceso equitativo a productos médicos esenciales, insumos y tecnología con calidad, seguridad, eficacia y costo-efectividad.”

A continuación se presentan, en una apretada síntesis, los resultados y recomendaciones organizadas en las dimensiones de i) Conocimiento y vigilancia de la epidemia, ii) Rectoría y Gobernanza, iii) Prevención, iv) Atención y Apoyo, v) Gestión de Abastecimiento, y vi) Financiamiento.

i) CONOCIMIENTO Y VIGILANCIA DE LA EPIDEMIA

La información disponible⁷, aunque limitada y con dificultades para mostrar tendencias, muestra una epidemia concentrada en poblaciones en mayor riesgo, PEMAR: hombres que tienen sexo con otros hombres, trabajadores(as) sexuales, trans y usuarios de drogas inyectables. Falta información sobre poblaciones vulnerables lo que se traduce en que ellas quedan al margen de las estrategias de prevención. Existe una alta tasa de diagnóstico del VIH en etapa sida. De acuerdo al sistema de notificación para el período enero – agosto 2009, muestran que el 73,6% de los casos fueron diagnosticados en etapa sida⁸ y se desconocen los factores asociados a esta circunstancia. Es imprescindible avanzar en estudio y conocimiento sobre la epidemia, para fundamentar y

⁷ PRONASIDA-MSP Y BS. Departamento de Epidemiología. PRONASIDA-MSP Y BS. Informe de los Avances y Logros en la Respuesta Nacional al VIH Y SIDA/ITS, 2009. PRONASIDA-MSP Y BS. Plan Estratégico: Respuesta Nacional a las Infecciones de Transmisión Sexual, VIH y SIDA. 2008-2012 ASAP. Base de Datos y Referencias para una Estrategia Basada en Evidencias 2009.

⁸ PRONASIDA. Presentación realizada al equipo de evaluación de OPS. 08.11.09

mejorar los diseños e implementación de las intervenciones de respuesta al VIH en el país. Con relación a los estudios epidemiológicos, es necesario asegurar adecuados estándares metodológicos, de manera que éstos permitan una mejor comprensión, interpretación y comparación con otras investigaciones. De igual manera, se requiere mejorar el nivel de conocimiento en relación a otras ITS, grupos vulnerables y estimación de tamaños poblacionales.

Recomendaciones

1) **Conocer más profundamente la epidemia de VIH en el Paraguay.** Se necesita comprender los patrones de la transmisión del VIH y en particular los factores determinantes de la adquisición de la infección, entre ellos los socioculturales, de género y sexualidad. Esto implica ir más allá del dato epidemiológico. Este conocimiento es necesario para posibilitar una pertinente asignación de recursos a las acciones de prevención del VIH en las poblaciones más afectadas. Se recomienda:

- a) **Mejorar los sistemas de vigilancia epidemiológica** de acuerdo con los avances conceptuales y metodológicos disponibles.
- b) **Resolver la limitación de la vigilancia epidemiológica** debido a que el acceso a la prueba de VIH es diferencial para los grupos de población ya que algunos la reciben de forma gratuita y otros deben pagar por ella.
- c) **Lograr una mayor solidez metodológica en los estudios** de vigilancia epidemiológica para asegurar una adecuada consistencia, representatividad y comparabilidad.
- d) **Establecer de forma inclusiva una agenda de país priorizada de líneas investigativas y estudios.** Las ITS deben ser parte de la agenda de investigación y estudios. Incorporar e involucrar a otros actores en las acciones de investigación. Entre aquellos, al sector académico como un actor clave que debiera tener una participación muy activa.

ii) RECTORÍA Y GOBERNANZA

La rectoría y la gobernanza, son conceptos clave y estratégicos para los Ministerios y sistemas de salud. En el caso de Paraguay se puede afirmar que ambas dimensiones necesitan de un mayor desarrollo conceptual y de aplicación en las instituciones y entidades a cargo de la respuesta al VIH. Esto se visualiza claramente con la fragmentación del sistema de salud y excesiva autonomía de PRONASIDA; situación que se confirma en el texto la propuesta de la “*Ley que establece derechos, obligaciones y medidas preventivas con relación a los efectos producidos por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida)*”. Es función de la autoridad sanitaria cautelar una complementariedad y sinergia de los esfuerzos de todos los actores del sistema en la respuesta a este problema de salud. Sin embargo, esta propuesta de norma jurídica es confusa acerca de dónde radica la función de rectoría en este problema de

salud. Con relación a la dimensión de recursos humanos, ésta presenta debilidades desde el punto de vista técnico, referidas especialmente a normas, regularización y formación; así como a una necesaria transparencia en los procesos de selección, contratación y evaluación del desempeño del personal.

Recomendaciones

- 1) **Reponer la total responsabilidad de la rectoría en materia de la respuesta al VIH y el sida al MSP y BS**, ya que ésta le corresponde conceptual y técnicamente al Ministerio de Salud. Desde ahí, avanzar en redefinir el rol y la gobernanza de PRONASIDA.
- 2) **Apoyar el proceso de reglamentación de la recientemente promulgada Ley que establece los derechos, obligaciones y medidas preventivas con relación con los efectos producidos por el virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y el Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida (sida)**, con el propósito de:
 - a. Asegurar la rectoría del Ministerio de Salud y Bienestar Social en el proceso de prevención, tratamiento y asistencia del VIH y sida. Si bien el Ministerio actúa a través del Programa Nacional de Control del Sida/ITS (PRONASIDA), debe conservar su rol rector.
 - b. En atención a lo anterior la necesidad de que la reglamentación rescate la función rectora del Ministerio de Salud y Bienestar Social se hace notoria en aspectos como:
 - i. La articulación de la **Respuesta Nacional** que se instrumenta a través del PRONASIDA.
 - ii. La emisión de las normas para la estructuración de los programas de capacitación, si bien contando con la asesoría técnica que para los efectos le brinde el PRONASIDA.
 - iii. El establecimiento de los centros de referencia y contra referencia, tanto en las situaciones de violencia sexual como en cuanto a la atención integral de salud, con el objeto de garantizar la integración de la red de servicios para la efectividad de las respuestas.
 - iv. Las garantías de cumplimiento de los principios éticos en el ámbito de la investigación en las materias objeto de la Ley.
 - v. Todo otro involucrado en el ejercicio de las funciones que le competen en relación entorno a los objetivos de la Ley como política de Estado.
- 3) **Ir a un proceso de rediseño de PRONASIDA para avanzar hacia una respuesta de país al VIH**. Sobre la base de los procesos de reorganización y horizontalización programática impulsados por el MSP y BS, las orientaciones estratégicas definidas en el documento “Políticas Públicas para la Calidad de Vida y Salud con Equidad 2008-2013” y los resultados de la presente evaluación.

- 4) **Avanzar en la separación de los roles normativos y de asistencia en PRONASIDA.** Esto puede caminar en un proceso progresivo de integración funcional de las actividades de los Servicio de Atención Integral, SAI, en los centros en los que operan, el laboratorio central, la farmacia, entre otros.
- 5) **Desarrollar en PRONASIDA un enfoque de gestión centrado en las personas y sus derechos, y basado en los resultados y en el impacto de las acciones que se realizan.**
- 6) **Desarrollar una política integral de recursos humanos en salud** que incluya formación VIH y sida, las responsabilidades y los derechos de usuarios y del personal, transparencia y equidad en el mecanismo de acceso y salarios. La actual política de contratación de personal directa por PRONASIDA que no se integra a la planta hospitalaria y con salarios diferentes, resulta en un deterioro del ambiente laboral, pone dificultades al proceso de integración de las actividades de VIH a los servicios de salud y reduce la probabilidad de ir a una respuesta sostenible.

iii) PREVENCIÓN

La prevención de la transmisión del VIH ha avanzado en el período 2005 – 2009, incorporándose actividades para la prevención de la transmisión materno-infantil del VIH (PTMI), en poblaciones en mayor riesgo. Sin embargo, la tendencia de las nuevas infecciones -particularmente en la población adolescente y joven- hace necesario aumentar la escala de las acciones preventivas incluyendo a las poblaciones vulnerables y mejorar la calidad de las mismas. Del total de casos notificados de VIH entre enero y agosto de 2009, el 60% corresponde al grupo etario de 15 - 29 años, y el 57% de ellos son mujeres⁹. La respuesta en prevención es fragmentada y no considera los factores determinantes socioculturales, sexualidad y género. Tiene baja cobertura relativa y escaso financiamiento nacional. La estrategia de prevención está determinada por lo concertado con el Fondo Mundial.

Recomendaciones

- 1) **Rediseño de la estrategia de prevención** para una respuesta efectiva y sostenible es urgente un rediseño de la estrategia de prevención que fortalezca y amplíe el trabajo con PEMAR y las poblaciones vulnerables, mejore la eficiencia, disponga de recursos nacionales, aumente la cobertura de PTMI y el acceso y promoción de una oferta gratuita de la prueba de VIH a la población.
- 2) **Integrar la oferta de la prueba como un elemento esencial en todos los servicios de salud.** Actualmente estas actividades se realizan solamente en los centros que disponen de SAIs, y en el caso de ITS y de la prevención de la transmisión materno-infantil del VIH (PTMI) solamente en los centros que concertaron estas actividades con PRONASIDA. Esto resulta en un 45% de falta de acceso a la prueba del VIH en mujeres embarazadas, mayor aún en áreas no priorizadas para los proyectos del Fondo Mundial. Incluso en centros

⁹ PRONASIDA. Presentación realizada al equipo de evaluación de OPS. 8 noviembre 2009.

donde funcionan SAIs se detectó la falta de acceso a la PTMI y a profilaxis post exposición en horario nocturno o fines de semana.

- 3) **Mejorar y profundizar el conocimiento sobre factores determinantes del VIH**, entre ellos los socioculturales, sexualidad y género; de manera de asentar en ese conocimiento e información, los principios, las políticas y las estrategias de prevención al VIH.
- 4) **Fortalecer la participación de la sociedad civil en la prevención del VIH** y no sólo en calidad de ejecutores de actividades de pares sino también como actores del diseño y ejecución de la política y estrategias de prevención.
- 5) **Prevención secundaria en personas con VIH**. Diseñar e implementar una política y estrategias de prevención secundaria en personas con VIH, para evitar la transmisión y la reinfección de esta población.
- 6) **Evaluar las acciones diseñadas e implementadas** destinadas a afectar la incidencia del VIH.
- 7) **Internalizar el enfoque de derechos y de género** en las actividades de prevención.

iv) Atención y tratamiento

El país cuenta con un modelo de atención integral conceptualmente adecuado. La implementación de este modelo ha permitido lograr importantes avances en la provisión de servicios. En el periodo de 2005 a 2009 iniciaron tratamiento 2.130 personas. Sin embargo, la organización de la atención ha sido construida en forma desarticulada y duplicando servicios en los centros de salud y hospitales (farmacia, laboratorio, psicología, otros). La forma en que se materializa la atención no contribuye a entregar una prestación de calidad, desfavorece el fortalecimiento de la respuesta al VIH en el sector salud, limita la expansión y compromete la sostenibilidad en el largo plazo.

Recomendaciones

- 1) **Modificar el rol de PRONASIDA** para que se concentre -bajo la orientación del MSP y BS como ente rector del sector salud- en la definición de políticas y estrategias, actividades normativas, la planificación y el control de calidad de la provisión de servicios y deje la función de asistencia que corresponde a los servicios de salud.
- 2) **Reorganizar los SAIs** para iniciar un proceso de integración funcional de las actividades de los SAIs en los establecimientos de salud en que operan.
- 3) **No crear nuevos SAIs con la modalidad organizativa que se da actualmente.**
- 4) **Desarrollar una estrategia integrada con los otros programas de salud existentes** (adolescencia, salud sexual y reproductiva, entre otros) para que puedan ser también efectores de actividades de promoción, prevención y diagnóstico y atención de VIH, idealmente en el primer nivel de atención. Es de particular relevancia hacer efectivo el acuerdo de colaboración entre los programas de VIH y TBC a fin de asegurar la oferta diagnóstica de VIH en los pacientes con TBC, la prevención de la TBC en pacientes VIH, y facilitar el tratamiento antirretroviral oportuno en estos pacientes, de acuerdo con la estrategia 3i de la OMS.

- 5) **Actualizar y optimizar los procesos normativos de las guías terapéuticas.** Es imprescindible establecer un mecanismo participativo que asegure la puesta al día e inclusión de la evidencia reciente a nivel internacional y su adecuación a la situación nacional. Es urgente revisar las guías actuales, que dificultan la función orientadora. La falta de claridad en las recomendaciones de tratamiento de segunda línea puede ser una limitante para la integración de la atención.
- 6) **Fortalecer la capacidad de decisión de los equipos tratantes en los niveles regionales y locales.** El alto grado de centralización del proceso de toma de decisiones sobrecarga el nivel central y limita la capacidad local. Se recomienda mejorar el proceso normativo, fortalecer las actividades de entrenamiento y de educación continua para que las decisiones a nivel local se puedan llevar a cabo en forma efectiva y oportuna.
- 7) **Mejorar los niveles de adherencia y la retención de los pacientes.** Es necesario recolectar y procesar la información clínica sobre los niveles de adherencia, comprender los factores que llevan al abandono y diseñar intervenciones para localizar y re-captar los pacientes, en particular promoviendo el involucramiento de las asociaciones de pacientes. Además, mejorar la planificación y la logística para asegurar el suministro constante, recolectar y procesar en forma sistemática la información de farmacia y demás.
- 8) **Considerar integrar el laboratorio de referencia de PRONASIDA en el laboratorio central.** La creación de una sección de virología en el laboratorio nacional de referencia permitiría optimizar recursos y aprovechar las redes existentes de derivación.
- 9) **Asegurar el compromiso y la participación de los otros actores en la provisión de servicios,** a fin de asegurar acceso y alineación de criterios de inicio y esquemas de tratamiento (en particular con el Instituto de Previsión Social, el sector privado, el sistema carcelario).
- 10) **Perfeccionar los procesos de análisis y devolución de la información estratégica de la atención.** Es necesario que las regiones y centros de salud dispongan de la información estratégica procesada a partir de sus datos y reportes, para alimentar sus procesos de planificación y explicar la tendencia de la enfermedad (en particular la prevalencia en poblaciones clave y en mortalidad, cuya cifra se ha mantenido constante en los últimos 3 años en aproximadamente 140 casos al año).

v) **Gestión de Abastecimiento**

La evaluación del área de Gestión de Abastecimiento consideró tres dimensiones: Compras, Planificación de Adquisiciones y la Asignación de Recursos. El análisis y conclusiones muestran que existen oportunidades significativas para mejorar la gestión en cada una de las tres áreas analizadas. En el área de compras, existe una oportunidad inmediata para mejorar la rentabilidad social de la inversión en VIH. Paraguay compra los ARVs a precios que son de 2 a más de 50 veces superiores comparados con las referencias de precios competitivos internacionales, a que la mayoría de los países de la región accede. Considerando las cantidades y precios estimados para las compras del MSP y BS de los últimos meses, las reducciones posibles inmediatas superan el 60%. Una situación parecida ocurre con las pruebas de CD4 y Carga Viral. Se hace necesario y

urgente cambiar las metodologías de compra, desarrollar e implementar una estrategia de gestión activa de reducción de precios en base a la identificación y generación de alternativas de provisión competitivas. Paralelamente, fortalecer las capacidades de planificación y sistematización de la estimación de la demanda y la programación financiera multianual.

Recomendaciones

- 1) **Iniciar inmediatamente gestiones de compras de ARVs (y otros medicamentos y pruebas rápidas) a través de un agente de compras internacional.**
- 2) **Implementar una estrategia de promoción de la competencia y reducción de precio.** Desarrollar y comenzar a implementar, a partir de 2010, una estrategia (de corto, mediano y largo plazo) de promoción de la competencia y reducción de precios. Esta debe incluir la revisión de metodologías de generación de ofertas, negociación y compra (licitación, negociación directa, compras internacionales, precios de referencia y demás), así como acciones concretas de gestión que permitan aumentar la competencia real de oferentes.
- 3) **Fortalecer las prácticas de planificación de la gestión de abastecimiento** (con énfasis en desarrollar la capacidad y competencias relacionadas de la Dirección de Gestión de Insumos Estratégicos) de forma tal de:
 - a. Producir la información de necesidades de compra con plena anticipación que permita el tiempo necesario para provisión internacional (cuando sea relevante) y oportuna disponibilización de recursos financieros.
 - b. Desarrollar una cultura organizacional de anticipación y previsión de necesidades y evaluación de las implicaciones multianuales por cambios en los parámetros y decisiones relacionadas con los insumos necesarios para la atención integral y otras áreas de la respuesta nacional (esto resulta fundamental para informar adecuadamente y negociar anticipadamente la asignación de los recursos financieros necesarios, y garantizar la sostenibilidad de la respuesta).
- 4) **Comprender la estructura actual de la cobertura de los medicamentos y pruebas de laboratorio por fuente de financiamiento** (MSP y BS, Brasil y Fondo Mundial) para:
 - a. Entender correctamente el porcentaje de cobertura actual (en pacientes y en costo) de cada fuente.
 - b. Tener claridad de los parámetros y duración de cada uno de los compromisos de financiamiento externo, para anticipar y planificar la transición (a su término) de su cobertura hacia el MSP y BS en tiempos y con fondos adecuados.
- 5) **Revisar las asignaciones de recursos a insumos que representan altos porcentajes del costo total** (pruebas de resistencia, CD4, Carga Viral, por ejemplo) evaluando en qué medida son las cantidades actualmente compradas o planificadas estrictamente necesarias o pueden reprogramarse parcialmente para evitar la incidencia de un alto grado de capital inmovilizado y posibilitar otras intervenciones o insumos de crítica necesidad o de mayor impacto.
- 6) **Análisis complementarios necesarios de realizar:**
 - a. Consistencia entre pacientes por esquema ARV, cantidades donadas por Brasil y cantidades compradas.

- b. Términos de los contratos actuales (de equipos y reactivos) de Carga Viral, CD4 y pruebas de resistencia.
- c. Precios de medicamentos para infecciones oportunistas y para fórmula láctea.
- d. Consulta con proveedores alternativos (de medicamentos y pruebas de laboratorio) sobre condiciones del proceso de compra que restringen actualmente la competencia.

vi) FINANCIAMIENTO

Durante el proceso de recopilación y revisión de la información así como en las diversas entrevistas se encontró que, hasta el año 2008, el país no cuenta con registros sistemáticos y comprensivos del movimiento de ingresos y gastos en VIH. Esto se puede explicar en el hecho de que PRONASIDA, en el marco de la flexibilidad con ha manejado los recursos para VIH y sida, no tiene sistematizada la información sobre los recursos financieros de que ha dispuesto en el período de la evaluación. El Ministerio de Salud tampoco dispone de una información completa de fuente y usos de fondos. Los estudios de las cuentas nacionales de VIH se realizaron con anterioridad a la recepción de los recursos del Fondo Mundial; y por lo tanto, la composición de la inversión que ahí se reporta no corresponde a la actual.

Recomendaciones

- 1) **Estimar las obligaciones financieras** que define la nueva ley de sida y sus fuentes de financiamiento.
- 2) **Provisionar financiamiento** para continuar el tratamiento que hoy se financia con donaciones de Brasil. Esto requiere conocer con certeza las cantidades de medicamentos donados. El análisis de la información disponible, en la sección de gestión de abastecimiento indica que la dependencia de esa fuente es superior al 70%.
- 3) **Analizar la estructura de financiamiento y gastos de la respuesta** y desarrollar alternativas de estrategias de financiamiento para cuando terminen los proyectos con el Fondo Mundial.
- 4) **Usar la información financiera para mejorar la asignación de recursos.** El análisis comparativo de la estructura de gastos con la información de producción en términos de atención integral y prevención, permitirá ahondar en los señalamientos que se presentan en este reporte, en las secciones de prevención y tratamiento e identificar con mayor precisión aquellos procesos que debieran ser modificados con miras a mejorar la calidad de la inversión.
- 5) **Definir una regulación** para la recepción, uso y rendición de cuentas de los recursos financieros de origen nacional y externo.

- 6) **Mejorar el proceso de planificación financiera** para que sea consistente con el proceso que sigue el MSPyBS y, la tendencia y proyecciones de desarrollo de la epidemia y facilite una respuesta efectiva y sostenida.

PRÓXIMOS PASOS

Al finalizar el resumen surge la pregunta: *¿cómo seguimos o que ocurre después de finalizado este proceso reflexivo y evaluativo sobre la respuesta del sector salud al VIH?*

Los resultados y recomendaciones que se presentan en este informe, reflejan el análisis que realizó el equipo de evaluación de OPS sobre la base de un proceso colaborativo con representantes de poblaciones afectadas, organizaciones no gubernamentales, instituciones públicas y privadas, Ministerio de Salud y Bienestar Social en sus diferentes roles y responsabilidades en la respuesta al VIH y el sida de Paraguay y agencias del sistema de Naciones Unidas.

Estos resultados deben considerarse de manera conjunta con otros ejercicios que se están realizando con miras a fortalecer la respuesta al VIH que el país está emprendiendo (P.ej.: ASAP, estimaciones de tamaño de población, 9ª ronda del FM).

- 1) Se propone que esta evaluación, que se ha trabajado en el contexto de la decisión de fortalecer y profundizar una respuesta de mayor efectividad al VIH en Paraguay, sirva como un hito para ese proceso de reformulación.
- 2) Es necesario devolver y compartir el contenido del reporte con todos aquellos actores que colaboraron y aportaron durante el proceso de evaluación y otras organizaciones e instituciones en el país.
- 3) Se recomienda que las instancias de coordinación de las agencias de Naciones Unidas para el VIH en el país, conozcan y analicen los resultados de esta evaluación y estudien la pertinencia de considerar las recomendaciones en sus programas de cooperación técnica en el marco de sus mandatos y planes estratégicos.
- 4) Diseñar un plan de acción y seguimiento para implementar las recomendaciones propuestas.

I. INTRODUCCIÓN

Por solicitud del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social de Paraguay, MSP y BS, la Organización Panamericana de la salud (OPS/OMS) realizó un ejercicio de evaluación de los avances y desafíos en la respuesta del sistema de salud al VIH y el sida en Paraguay, con el propósito de proveer información para la toma de decisiones a nivel político y organizacional. El periodo considerado para la evaluación fue 2005-2008.

El MSP y BS está desarrollando, desde un enfoque de abordar determinantes sociales de la salud en el país, un proceso de modificación de la red de servicios hacia uno basado en la Atención Primaria de Salud, APS. Los principios orientadores son: universalidad, integralidad, equidad y participación comunitaria y social, a fin de garantizar desde las políticas públicas el derecho a la salud como un derecho humano inalienable.

Lo anterior se apoya en una política social definida en los documentos: “Propuestas para un crecimiento económico con inclusión social en Paraguay. Plan Estratégico Económico y Social PEES 2008-2013” y “Políticas Públicas para la Calidad de Vida y Salud con Equidad 2008-2013”, de la Presidencia de la República y del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, respectivamente.

En materia de VIH y el sida, el país implementa el Plan Estratégico 2008-2012 y desde el año 2005 a 2008 ha recibido un importante flujo de recursos financieros externos no-reembolsables y de cooperación técnica (rondas 6 y 8 del Fondo Mundial, ONUSIDA, OPS/OMS, UNICEF, UNFPA, UNIFEM, PNUD, USAID, CIDA/Canadá) que han complementado los recursos nacionales. La respuesta se desarrolla con la participación de PRONASIDA y otras instancias del MSP y BS; de la sociedad civil organizada en ONG’s en el área de VIH-sida y otros actores.

La información epidemiológica disponible¹⁰, muestra una epidemia actualmente concentrada en poblaciones en mayor riesgo: hombres que tienen sexo con otros hombres, trabajadores(as) sexuales, trans y usuarios de drogas intravenosas. La vía de transmisión es principalmente sexual. En casos de sida, la información de la transmisión en mujeres indica 84% heterosexual, 6% Perinatal, 2% UDI, 2% transfusional y 6% desconocida; y en hombres: 62% heterosexual, 18% homosexual, 5% bisexual, 3% perinatal, 2% UDI, 1% transfusional y 9% desconocido. Personas notificadas como sida (al momento de la notificación) 2.384. Total casos de VIH y el sida notificados 6.971. Con estatus desconocido 147. Fallecidos 1.555. Número total de registros 8.673. Hasta 2008 personas notificadas con sida (al momento de la notificación) 12.226.

¹⁰ PRONASIDA-MSP Y BS. Departamento de Epidemiología. PRONASIDA-MSP Y BS. Informe de los Avances y Logros en la Respuesta Nacional al VIH Y SIDA/ITS, 2009. PRONASIDA-MSP Y BS. Plan Estratégico: Respuesta Nacional a las Infecciones de Transmisión Sexual, VIH y SIDA. 2008-2012 ASAP. Base de Datos y Referencias para una Estrategia Basada en Evidencias 2009

Se ha implementado una evaluación con un enfoque reflexivo y participativo, principalmente incluyente y convocadora hacia un proceso evaluativo de carácter estratégico dirigido a fortalecer la respuesta del sistema de salud al VIH y el sida en Paraguay. La idea ha sido colocar una mirada comprensiva desde lo contextual, las especificidades del país y de los desafíos que manifiesta la epidemia en el Paraguay. El plan fue hacer una evaluación y no una auditoría. Al mismo tiempo, comprender que esta evaluación constituye un hito importante para un proceso de fortalecimiento y actualización de la respuesta al VIH en el país.

Esto implicó buscar y contar con la participación de los actores involucrados frente al VIH y lograr una apropiación significativa de este proceso, *como condiciones básicas y necesarias de hacer que las conclusiones y recomendaciones resultantes tengan oportunidad y viabilidad de ser incorporadas e institucionalizadas en el sector salud*. El eje principal, conductor del trabajo fue posibilitar – en el marco de lo posible por el escaso tiempo disponible - un proceso inclusivo con expresión de una mirada reflexiva y de apreciación crítica sobre la respuesta al VIH y el sida en el país; particularmente sobre los diseños conceptuales y metodológicos, estrategias, diseños de gestión, decisiones y acciones que se realizan o han realizado y los resultados obtenidos.

El proceso evaluativo tiene que conducir hacia aprendizajes; a cambios en el conocer y en el conocimiento sobre la epidemia en el país; lo que incluye dar apoyo a procesos de innovación, recreación y reinención de estrategias, prácticas y metodologías de trabajo y gestión en la respuesta al VIH y el sida.

En términos de metodología, se utilizó la guía de evaluación elaborada por OPS, denominada “Evaluación para el fortalecimiento de la respuesta del sistema de salud al VIH/ITS: Lineamientos para la Región de las Américas. Documento de Trabajo 23 Octubre 2009”.

A continuación el documento, en base a la guía indicada, presenta los resultados de este proceso evaluativo que tuvo lugar entre los meses de octubre y diciembre de 2009. Éstos se ordenan en base a las dimensiones: conocimiento y vigilancia de la epidemia, prevención, atención y apoyo, gestión de abastecimiento, financiamiento y aseguramiento y rectoría y gobernanza. Cada capítulo correspondiente a las dimensiones señaladas explica la situación de aquella, las observaciones sobre su estado y las recomendaciones que se sugieren.

La terminología relacionada al VIH y el sida está basada en guía de OPS¹¹

¹¹ Orientaciones terminológicas de OPS. 2008

II. OBJETIVOS Y METODOLOGÍA DE LA EVALUACIÓN

A. OBJETIVOS Y RESULTADO ESPERADO

Objetivo general

Analizar la idoneidad de la respuesta que el sistema de salud está entregando al VIH y el sida. Esto se refiere a la revisión del nivel, composición y calidad de los servicios que se están proveyendo, en comparación con las necesidades que surgen de las características de la epidemia, el contexto de país, el nivel de recursos disponibles y las metas establecidas en la respuesta nacional.

Objetivos específicos

Identificar logros y brechas en la cobertura de las intervenciones en prevención y tratamiento integral al VIH y el Sida.

Analizar conjuntamente la respuesta programática y sus vinculaciones con los componentes del sistema de salud; con el fin de identificar los factores que, desde el sistema de salud, facilitan o limitan la entrega de una respuesta programática efectiva y sostenible

Identificar disponibilidad, composición, asignación y utilización de los recursos financieros en relación al logro y sostenibilidad de las intervenciones para detener la propagación del VIH y entregar cuidados y tratamiento al VIH y sida.

Resultado esperado

Recomendaciones que sirvan de base para la actualización de las políticas, planes estratégicos y operativos para una respuesta más efectiva y sostenible del sistema de salud al VIH y el sida. Con la evaluación se intenta responder a dos preguntas claves: ¿Están los recursos disponibles para el VIH siendo asignados y ejecutados de la manera que mejor pueden alcanzarse las metas asumidas por el país al VIH? De no ser así, ¿Qué cambios, a nivel programático y del Sistema de Salud, podrían contribuir a mejorar la efectividad y la rentabilidad social en su asignación y utilización?

B. METODOLOGÍA

El principal producto esperado de la evaluación es que los hallazgos y las recomendaciones sean utilizados para tomar decisiones – en los niveles de política, gerenciales y programáticos- en el Sistema de Salud, enfocadas a mejorar la efectividad en la utilización de los recursos que el país ha movilizado para alcanzar las metas de acceso universal al tratamiento y cuidados integrales de VIH y reducir la transmisión. En este sentido, las principales preguntas orientadoras que guían la evaluación son:

Las preguntas son: ¿Están los recursos disponibles para el VIH siendo asignados y ejecutados de la manera que mejor pueden alcanzarse las metas asumidas por el país ante el VIH? Si así no fuera, ¿Cuáles cambios, a nivel programático y del Sistema de Salud, podrían contribuir a mejorar la efectividad y la rentabilidad social en su asignación y utilización?

La evaluación se realiza con una perspectiva de sistema de salud. Luego, además de incluir PNS se analizan las características y condiciones en que se da la respuesta a la epidemia desde otros programas dentro del Ministerio de Salud, por ejemplo TB, SSR, Adolescentes, entre otros. Se formula como un proceso auto reflexivo, participativo y que involucra a los actores de dicha respuesta. Es un proceso de país con aportes de la cooperación internacional. En ese sentido se concibe como una oportunidad para que los/as diferentes protagonistas reflexionen sobre su práctica y las oportunidades de fortalecerla.

El énfasis está puesto en los resultados y en el impacto de las políticas, estrategias e intervenciones que forman parte de la respuesta nacional, más que en indicadores de procesos. Por aquello se enlaza con los procesos de planificación estratégica y las decisiones sobre políticas y estrategias, sin dejar de considerar los temas gerenciales de la gestión de proyectos y programas en el corto y mediano plazo.

La evaluación suministra información constructiva sobre la calidad de la inversión e identifica oportunidades para mejorarla, al identificar brechas entre los resultados esperados y los obtenidos, en diferentes PEMAR y poblaciones vulnerables; relacionándolos con las características de los procesos de producción de las intervenciones.

En esta experiencia, la cooperación internacional aporta las prácticas de otros países, facilita el proceso, contribuye con una visión de conjunto, nacional e internacional, y propicia la utilización de las diversas fuentes de información disponibles, así como las contribuciones de diversos actores.

El marco conceptual aplicado se sustenta en la premisa que la asignación y utilización de recursos en salud, o en desarrollo humano en general, debe estar orientada por el principio de lograr la máxima rentabilidad social¹².

¹² Organización Panamericana de la Salud. Evaluación de la Respuesta del Sistema Nacional de Salud al VIH en la República Dominicana. 2008.

Se utiliza, además, un concepto de brecha con dos acepciones: i) *Brecha de efectividad*, que es la brecha que tiene lugar entre las metas y los resultados obtenidos con las intervenciones programáticas en una determinada población o grupo. Induce a preguntarnos ¿por qué no estamos alcanzando las metas? ¿Es por falta de recursos para ampliar las estrategias que aplicamos o porque las estrategias aplicadas no son las más efectivas? ii) *Brecha de calidad de la inversión*, que es una brecha que ocurre entre los resultados logrados y los que son técnicamente posibles con los recursos disponibles; lo cual interroga sobre ¿cuáles opciones de estrategias de intervención, o de modalidades de articulación entre los componentes de la respuesta programática y los del sistema de salud, podrían permitirnos alcanzar mejores resultados con los recursos disponibles? ¿Cuáles formas de integración entre los diferentes componentes programáticos nos permitiría mejorar los resultados?

Sistema de Salud y sus componentes

Los componentes del sistema de salud son aquellos pilares definidos por la OMS para el fortalecimiento de los sistemas de salud y adoptados por los principales cooperantes internacionales en la respuesta al VIH.^{13,14} *Estos son: Rectoría y Gobernanza, Financiamiento y Aseguramiento, Organización y Provisión de Servicios, Recursos Humanos, Medicamentos y tecnologías, Sistemas de Información y Vigilancia.*

El contexto de la evaluación está guiado por estos pilares y se aplican en una observación reflexiva y crítica de las siguientes dimensiones que se consideran clave en la respuesta al VIH: conocimiento y vigilancia de la epidemia, prevención, atención y apoyo, gestión de abastecimiento, financiamiento y aseguramiento y rectoría y gobernanza. Sobre las cuales este informe da cuenta.

Alcance de la evaluación

Con el propósito de emitir recomendaciones a la autoridad nacional de salud y a los diferentes actores en la respuesta del sistema de salud al VIH, a través de la evaluación se intenta identificar:

- ¿Cuáles son las poblaciones en mayor riesgo (PEMAR) y poblaciones vulnerables en el país? ¿Están todas ellas identificadas en el Plan Estratégico Nacional? ¿Se están desarrollando intervenciones específicas para estas poblaciones?
- Los principales resultados de la respuesta nacional con respecto a las metas de acceso universal y la detención del VIH, en el marco de las metas 6a y 6b del Objetivo del Milenio

¹³ The Global Fund to fight AIDS, Tuberculosis and Malaria.- Strategic Approach to Health System Strengthening. Sixteen Board Meeting. Kunming, China. November 12 and 13, 2007.

¹⁴ The Global Fund to fight AIDS, Tuberculosis and Malaria.- Hoja Informativa: Enfoque del Fondo Mundial sobre el Fortalecimiento de los Sistemas de Salud. Serie Hojas Informativas del Fondo Mundial. 15 septiembre 2008.

6: Combatir el VIH Y EL SIDA, la Malaria y otras enfermedades.¹⁵ ¿Cuáles son las brechas de la respuesta programática en las diferentes PEMAR y en poblaciones vulnerables, con respecto a las metas de acceso universal y detención de la propagación del VIH asumidas por el país?

- ¿Cuáles y como son los procesos de producción de los resultados encontrados en la respuesta nacional y como se relacionan con los diferentes componentes del sistema de salud?
- Identificar las características de la inversión en la respuesta programática para lograr el acceso universal y la detención de la propagación del VIH ¿Cómo se relacionan los costos con los resultados y la sostenibilidad? ¿Cuál es la calidad de la inversión en función de la rentabilidad social?
- Recomendaciones críticas, organizadas de acuerdo a los componentes del sistema de salud, para una respuesta más efectiva y sostenible.

¹⁵ **Meta 6.A.-** Haber detenido y comenzado a descender la propagación del VIH Y SIDA para el 2015. **Meta 6.B.-** Para el 2010 haber logrado acceso universal al tratamiento de la infección VIH por quienes lo necesiten.

IV. CONTEXTO

Tras el derrocamiento en 1989 del general Alfredo Stroessner (dictadura entre 1954 y 1989), el partido Colorado permaneció en el poder hasta el año 2008, en un período que fue de mucha inestabilidad política.

El Presidente Fernando Lugo logró una victoria histórica en abril del 2008 tras derrotar en las urnas al candidato del partido de gobierno, con lo cual puso fin a 61 años de control político del partido Colorado.

El país vive un proceso de cambios que alcanza al conjunto del país y que tensiona fuertemente a la sociedad paraguaya. El tema de la gobernabilidad está puesta en el acontecer político de cada día: *La frágil gobernabilidad es una de las restricciones más importantes para impulsar un programa de transformaciones económicas y sociales de envergadura en el país.*¹⁶ Paraguay es un país con fuertes contrastes políticos y sociales.

*“Las debilidades institucionales en el Estado afectan negativamente a la competitividad de la economía. La parcial vigencia del Estado de Derecho, la ineficiencia y la falta de transparencia del sector público, el exceso de atribuciones del Congreso y su alta discrecionalidad en el ejercicio del poder, constituyen elementos negativos que afectan de manera crucial al bajo dinamismo del sector privado y representan obstáculos para el desarrollo de la inversión productiva.”*¹⁷

*“...La ineficacia con que actúan la mayoría de las instituciones del sector público, la existencia de prácticas clientelísticas en las relaciones entre agentes privados y la administración pública, la extensión de las prácticas corruptas y las deficiencias que se observan continuamente en el funcionamiento de la justicia, plantean limitaciones a la plena vigencia del Estado de Derecho.”*¹⁸

“Las actuales estructuras de la propiedad y de la distribución del ingreso implican obstáculos importantes para promover el Crecimiento Económico con Inclusión Social. Se deben poner en práctica acciones orientadas a la difusión del poder y a la creación de oportunidades para todos los sectores de la sociedad. La desigualdad económica y social del Paraguay se apoya en una elevada concentración de los recursos y del poder

¹⁶ Equipo Económico Nacional del Gobierno de la república del Paraguay. Propuestas para un crecimiento económico con inclusión social en Paraguay. Plan estratégico económico y social PEES 2008 – 2013. Septiembre de 2009. p. 25

¹⁷ *Ibíd.* p. 20

¹⁸ *Ibíd.* p.25

económico en un reducido número de actores. El grado de desigualdad es de tal magnitud que se convierte en la mayor restricción al crecimiento económico en Paraguay.”¹⁹

Y específicamente con relación a la Administración Pública, el texto citado agrega²⁰:

“El desorden en la Administración Pública manifiesta la debilidad institucional del país y constituye un obstáculo que enfrenta el gobierno para llevar adelante las reformas y transformaciones que el país requiere.

“Hay superposición de funciones entre varias instancias y áreas en las cuales no está definido de cual órgano del Estado dependen. La lógica “prebendaria” en la selección de los recursos humanos y en la promoción del personal está extendida y sustituye al concurso como mecanismo de acceso y promoción de los funcionarios en los distintos estamentos de la organización del Estado. Las actividades gerenciales en el sector público carecen de prestigio social y se encuentran mal remuneradas.

“La Administración Central del Estado Paraguayo requiere una profunda revisión de su organización para adecuar su estructura y su funcionamiento a los criterios aceptados de administración pública. Para promover un sector público que oriente sus actividades hacia los usuarios y beneficiarios de sus acciones hay que realizar transformaciones sustantivas en varias instituciones y cambiar radicalmente las políticas y procedimientos sobre los recursos humanos y materiales.”

¹⁹ *Ibíd.* p.26

²⁰ *Ibíd.* p. 35

V. LA RESPUESTA DEL SECTOR SALUD AL VIH Y EL SIDA EN PARAGUAY

La información disponible²¹, aunque limitada y con dificultades para mostrar tendencias, muestra una epidemia concentrada en poblaciones en mayor riesgo, PEMAR: hombres que tienen sexo con otros hombres, trabajadores(as) sexuales, trans y usuarios de drogas inyectables. Falta información sobre poblaciones vulnerables lo que se traduce en que ellas quedan al margen de las estrategias de prevención. Algunas de estas poblaciones tienen prevalencias de VIH superiores al 5%.

Cuadro 2: Porcentaje de prevalencia de VIH en poblaciones estudiadas por año²²

Población	Prevalencia	Fuente	Año
Puérperas	0,34%	Estudio de seroprevalencia y comportamiento en puérperas	2006
Trabajadoras Sexuales Femeninas (TSF)	1,76%	Estudio de seroprevalencia y comportamiento en TSF	2006
Trabajadores Sexuales Masculinos (TSM)	10,7%	Estudio de seroprevalencia y comportamiento en TSM	2006
Usuarios de Drogas Inyectables (UDIs)	9,1%	Estudio de seroprevalencia y comportamiento en UDIs	2006
Clientes de Trabajadoras Sexuales	1,6%	Estudio de seroprevalencia y comportamiento en Clientes de TSF	2006
Militares	0,40%	Estudio de seroprevalencia y comportamiento en militares	2006
Hombres que tienen sexo con hombres (HSH)	8,7%	Estudio de seroprevalencia y comportamiento en HSH	2007-2008
Hombres y Mujeres privadas de libertad.	0,7 %	Estudio de seroprevalencia del VIH y Sífilis en población privada de libertad (PPL).	2008

A diciembre de 2008 hay 2.384 casos de sida (27% mujeres y 73% hombres). 4.587 casos VIH. Personas viviendo con VIH y el sida: 8.526 (39% mujeres y 61% hombres). Fallecidos 1.555 y total de de personas registradas 8.526.

²¹ PRONASIDA-MSP Y BS. Departamento de Epidemiología. PRONASIDA-MSP Y BS. Informe de los Avances y Logros en la Respuesta Nacional al VIH Y SIDA/ITS, 2009. PRONASIDA-MSP Y BS. Plan Estratégico: Respuesta Nacional a las Infecciones de Transmisión Sexual, VIH y SIDA. 2008-2012 ASAP. Base de Datos y Referencias para una Estrategia Basada en Evidencias 2009.

²² *Ibíd.*

La vía principal de transmisión es sexual²³. En el caso de las mujeres la información disponible señala transmisión heterosexual de un 84%, UDI de un 2%, perinatal de 6%, hemotransfusional de 2% y desconocido de un 6%. En los hombres, transmisión heterosexual de 62%, homosexual de 18%, bisexual de 5%, UDI de 2%, perinatal de 3%, hemotransfusional de 1% y forma desconocida de 9%. La tasa de incidencia anual de casos a fines de 2008 es de 6,69 y la razón hombre/mujer de 2,0. Además un 82% de personas con VIH y el sida entre 15 y 49 años. La población de entre 25 y 29 años corresponde al 21% más afectado por el VIH. Estimaciones realizadas con apoyo OMS/ONUSIDA consideran 12.226 personas con VIH y el sida con edades entre 15 a 49 años. Finalmente en PNS señala una creciente heterosexualización en la vía de transmisión sexual, así como una feminización e incremento de infección en población cada vez más joven.

A continuación, se presentan, en una apretada síntesis, los resultados y recomendaciones organizadas en las dimensiones de i) Conocimiento y vigilancia de la epidemia, ii) Rectoría y Gobernanza, iii) Prevención, iv) Atención y Apoyo, v) Gestión de Abastecimiento y vi) Financiamiento.

²³ *Ibíd.*

A. CONOCIMIENTO Y VIGILANCIA DE LA EPIDEMIA

Resumen: La información disponible²⁴, aunque limitada y con dificultades para mostrar tendencias, muestra una epidemia concentrada en poblaciones en mayor riesgo, PEMAR: hombres que tienen sexo con otros hombres, trabajadores(as) sexuales, trans y usuarios de drogas inyectables. Falta información sobre poblaciones vulnerables lo que se traduce en que ellas quedan al margen de las estrategias de prevención. Existe una alta tasa de diagnóstico del VIH en etapa sida. El sistema de notificación para el período enero – agosto 2009, muestra que el 73,6% de los casos fueron diagnosticados en etapa sida²⁵ y se desconocen los factores asociados a esta circunstancia. Es imprescindible avanzar en estudio y conocimiento sobre la epidemia, para fundamentar y mejorar los diseños e implementación de las intervenciones de respuesta al VIH en el país. Con relación a los estudios epidemiológicos, es necesario asegurar adecuados estándares metodológicos, de manera que éstos permitan una mejor comprensión, interpretación y comparación con otras investigaciones. De igual manera, se requiere mejorar el nivel de conocimiento en relación a otras ITS, grupos vulnerables y estimación de tamaños poblacionales.

Situación actual de la epidemia y vigilancia epidemiológica²⁶

El escenario actual de la epidemia, concentrada en grupos específicos de población, brinda una oportunidad para limitar el aumento de la epidemia en Paraguay, mediante una respuesta que incluya a la prevención como uno de sus componentes vitales. Las actividades de la respuesta nacional deben estar acompañadas de un adecuado sistema de vigilancia y conocimiento de la epidemia.

Actualmente el sistema de información en salud está fragmentado en base a los distintos programas de salud con problemas de flujo interno y nexos funcionales. Se ha percibido importantes debilidades en el sistema como: la sub-notificación de VIH y el sida, reportes incompletos con datos inconsistentes y recibidos con retraso, así como la insuficiente implementación de bases electrónicas.

El PEM 2008-2011 no incluye adecuadamente a los indicadores y metas que deben guiar la respuesta nacional ante el VIH y el sida. Aunque se cuente con un plan de monitoreo y evaluación, con indicadores y metas, este se centra en las líneas estratégicas de los proyectos del fondo mundial, principalmente con indicadores de proceso. No se conoce adecuadamente sobre los

²⁴ PRONASIDA-MSP Y BS. Departamento de Epidemiología. PRONASIDA-MSP Y BS. Informe de los Avances y Logros en la Respuesta Nacional al VIH Y SIDA/ITS, 2009. PRONASIDA-MSP Y BS. Plan Estratégico: Respuesta Nacional a las Infecciones de Transmisión Sexual, VIH y SIDA. 2008-2012 ASAP. Base de Datos y Referencias para una Estrategia Basada en Evidencias 2009.

²⁵ PRONASIDA. Presentación realizada al equipo de evaluación de OPS. 08.11.09

²⁶ El presente reporte ha sido desarrollado en base a la revisión de documentos facilitados durante el proceso de consultoría y entrevistas a informantes clave.

resultados e impacto de las acciones de respuesta. No obstante, hay información, pero limitada en UNGASS y otros informes. Se informó que en el año 2010 se implementarían estudios para medir impacto (Fondo Mundial).

Observaciones

Aunque la información actualmente disponible no muestra una imagen exacta de la situación epidemiológica, se puede clasificar a la epidemia como una epidemia concentrada en grupos poblacionales en mayor riesgo.

La actual situación epidemiológica del VIH y el sida en Paraguay se encuentra descrita en diversas publicaciones e informes nacionales e internacionales de los últimos años¹⁻⁸. La epidemia es un problema urbano con tasas mayores en Asunción, Central y en las zonas limítrofes a Brasil y Argentina⁷; hasta el 2008 se habían notificado 6.971 PVVS⁹. La última estimación realizada con apoyo técnico de ONUSIDA muestra a 12.226 PVVS en la población de entre 15-49 años de edad¹⁰. Entre los que fueron notificados como casos de sida, el 73% son varones y se encontraban entre los 25 y 34 años de edad.⁹ Sin embargo, se evidencia una tendencia al incremento de notificación de casos en grupos etáreos menores⁷. Aunque la información actualmente disponible no muestra una imagen exacta de la situación epidemiológica, se puede clasificar a la epidemia como una epidemia concentrada en grupos poblacionales en mayor riesgo. Este escenario puede ser observado en las últimas vigilancias centinelas y estudios desarrollados entre el 2006-2008, que indican que la prevalencia de VIH es: 10.7% en Trabajadores Sexuales Masculinos (TSM)²⁷; 8.7% en Hombres que Tienen Sexo con otros Hombres (HSH); 1.76% en Trabajadoras Sexuales Femeninas (TSF); 1.6% en clientes de TSF; y 9.1% en Usuarios de Drogas Inyectables (UDIs). De igual manera se ha observado que la prevalencia de VIH en otras poblaciones fue: 0.34% en puérperas; 0.4% en militares; y 0.7% en población privada de la libertad (PPL)^{5,8,9}. Adicionalmente se cuenta con información de un estudio desarrollado en el 2006 en Ciudad del Este con metodología RDS (*respondent-driven sampling*), que muestra una prevalencia de 1% entre TSF y entre 0.4%-1.2% en HSH¹.

Según reportes de PRONASIDA, la principal vía de transmisión entre los casos de sida notificados fue la vía heterosexual con en 62% y 84% para hombres y mujeres respectivamente. De igual manera, la relación hombre/mujer ha disminuido hasta 2/1.⁹ Aunque esta tendencia, tal como ha sido manifestada por algunos actores clave y reportes nacionales⁵, podría alertarnos sobre una potencial feminización y heterosexualización de la epidemia; es importante hacer ejercicios de triangulación de la información con otras fuentes y evaluar todo dentro del contexto de la respuesta del país. Por ejemplo, algunos de los informantes clave han manifestado que el aumento de mujeres VIH+ podría explicarse, en parte, por los esfuerzos para la prevención de la transmisión materno-infantil. Esta estrategia ha mostrado avances mayores a los esfuerzos para alcanzar poblaciones de HSH y trabajadoras sexuales y población trans. Por otro lado, los documentos de notificación de los casos de VIH y el sida consignan el auto-reporte de la vía de

²⁷ Con relación a trabajadores sexuales masculinos, surge la pregunta si se trata más bien de población trans. Sobre población trans no hay información disponible y no está mencionada en la documentación.

transmisión. El auto-reporte de comportamientos sexuales podría acarrear problemas debido a la potencial disociación entre comportamientos e identificación de la orientación sexual. Por ejemplo, el estudio de HSH, definidos como el reporte de sexo con otros hombres en los últimos 12 meses, de Ciudad del Este encontró que solo el 12% de los HSH se auto-identificaron como *homosexuales*. El estudio también halló que entre los auto-identificados como *heterosexuales* u *bisexuales* predominaba el sexo anal insertivo en comparación con el grupo de auto-identificados como *homosexuales*; y que el 83% de los HSH reportaron relaciones sexuales con hombres y mujeres en los últimos 6 meses¹.

El diseño de los estudios y vigilancias epidemiológicas previas limitan su comparabilidad y representatividad

Aunque se han implementado importantes avances en el sistema de vigilancia de segunda generación, el diseño de los estudios y vigilancias epidemiológicas previas limitan su comparabilidad y representatividad.⁸ Por ejemplo, ámbitos geográficos de estudio diferentes, impiden una adecuada comparabilidad a través de los años.

Los conocimientos relacionados a VIH y el sida y los comportamientos sexuales de riesgo han sido abordados en diversas regiones y poblaciones^{6,8}. Entre los hallazgos relacionados al uso de condón podemos destacar aquellos de la línea de base cualitativa-cuantitativa del fondo mundial.

El uso de condón en la última relación sexual fue 83% con pareja ocasional y 41.5% con pareja regular entre los HSH; así como 29.1% con pareja regular y 96.4% con clientes entre trabajadoras(es) sexuales. Sin embargo, se encontró poco uso consistente en los últimos 6 meses⁶. Sólo el 39.2% de los clientes de las trabajadoras sexuales, incluidos en la vigilancia del 2006, reportaron usar condón en su última relación sexual.⁸ En Ciudad del Este se encontró que las TSF se iniciaban muy jóvenes en el trabajo sexual (mediana=18 años) y reportaban limitado uso consistente del condón (70%-58% con clientes y 18% con pareja no-comercial); entre los HSH que reportaron relaciones sexuales con parejas masculinas ocasionales, solo el 20% y 35% reportó uso consistente de condón en las relaciones insertivas y receptivas respectivamente. Es importante destacar que este estudio reportó que el 21% de los HSH informó realizar también trabajo sexual¹.

La prueba de VIH en poblaciones en mayor riesgo supera levemente el 50% de las personas susceptibles de hacerla.

En relación al acceso a la prueba de VIH entre poblaciones en mayor riesgo, la línea de base el proyecto de fondo mundial ha encontrado que el 71% de los HSH se han realizado la prueba; sin embargo, solo el 34% de ellos lo hicieron en los últimos 12 meses.⁶ Las vigilancias del 2006 encontraron que sólo el 54.3% y 51% de TSM y TSF se habían realizado alguna la vez la prueba de VIH.⁸ En Ciudad del Este, el 50% y 12% de TSF y HSH respectivamente, refieren haber tenido algún test de VIH (menos de la mitad conocían sus resultados)¹.

La última Encuesta Nacional de Demografía y Salud Sexual y Reproductiva, desarrollada entre mujeres de 15-44 en el 2008, brinda datos representativos del nivel nacional. En esta encuesta el

53.1% y 50.9% de las que tuvieron atención prenatal desde el 2003 reportaron que se les había ofrecido la prueba de VIH y se realizaron la prueba respectivamente. Los mismos indicadores pero relacionados a la prueba para sífilis fueron menores con 43.6% y 41.9% respectivamente.¹¹

Es necesario conocer el tamaño de las poblaciones en mayor riesgo

Una gestión estratégica en la lucha contra el VIH y el sida requiere contar con conocimiento apropiado de las reales características de epidemia en el País. Esto necesita ir más allá de la identificación de la prevalencia y debe incluir una estimación más estricta del tamaño de las poblaciones en mayor riesgo. Diversas aproximaciones se han planteado a nivel mundial en la búsqueda de un adecuado sistema de estimación poblacional¹². Aunque la ausencia de una adecuada estimación es una importante debilidad en el actual sistema de salud, los entrevistados durante el proceso de evaluación han manifestado el importante aporte de las agencias de cooperación para que durante el 2010 se pueda desarrollar un estudio con metodología RDS (*respondent-driven sampling*) y un estudio de captura-recaptura para estimar la prevalencia de VIH y el tamaño poblacional de HSH en Paraguay.

La información sobre mortalidad por sida es y está muy limitada

La mortalidad por VIH y el sida es monitorizada por PRONASIDA en base a su sistema de información y por la Dirección de Bioestadística del MSP y BS en base a los certificados de defunción. Ambos sistemas no necesariamente informan los mismos valores, sin embargo se ha venido desarrollando un trabajo conjunto entre ambas oficinas para poder consensuar criterios de clasificación y contar con datos oficiales nacionales. Los entrevistados manifiestan que una de las limitantes para la interpretación de los certificados de defunción es la sub-notificación de muertes por VIH y el sida. Luego de un aumento en el 2004, el número de fallecidos por VIH y el sida se ha mantenido estable. Los datos preliminares del 2008, informan de 142 fallecidos entre el grupo de 15-49 años de edad.¹³

Prevalencias de ITS, una situación preocupante que contrapuntea con avances frente al VIH y el sida.

Las investigaciones y estudios epidemiológicos se han focalizado en analizar prevalencias de VIH y Sífilis. No se ha encontrado suficientes estudios de representatividad nacional relacionados a la prevalencia de otras ITS; sin embargo, los datos disponibles muestran una situación preocupante: (1) 38% y 13% de VDRL positivo en TSF y HSH en Ciudad del Este¹; (2) 9.8% y 3.9% de sífilis en bancos de sangre¹⁴ y puérperas⁸ respectivamente; (3) entre trabajadores(as) sexuales en la ciudades de intervención del fondo mundial se ha encontrado un elevado desconocimiento de sintomatología ITS y además el 27.1% reportaron haber tenido “secreción genital” en el último año⁶. Es trascendente el estudio de las ITS debido a que constituyen factores de riesgo para la infección por VIH. De igual manera, las ITS son potencialmente responsables de diversos problemas en salud sexual y reproductiva.

Hay grupos poblacionales que no han sido abordados por estudios epidemiológicos nacionales

En base a la revisión de las sistematizaciones de la investigación en el país y entrevistas a personas clave, se ha podido establecer la existencia de grupos poblacionales que no han sido abordados integralmente por los estudios epidemiológicos nacionales. Entre estos grupos podemos mencionar: camioneros y trabajadoras sexuales en las rutas terrestres comerciales transnacionales, transexuales, adolescentes, militares y poblaciones nativas, entre otros.

Otro asunto complejo es la percepción de una limitada integración y articulación de la investigación y estudios con otros actores de la sociedad, particularmente del sector académico en el marco de la respuesta al VIH y el sida.

Los sistemas de vigilancia, monitoreo y evaluación del MSP y BS están fragmentados y no articulados

Aunque han habido importantes esfuerzos para modernizar los sistemas de Vigilancia y Monitoreo y Evaluación del Ministerio de Salud, se ha podido percibir en los informes facilitados y entrevistas a personas clave la presencia de varios sub-sistemas de información. Estos sub-sistemas corresponderían a los diferentes programas y oficinas de salud y tendrían limitaciones de comunicación interna. Este problema también es evidente en las regiones, donde los SAIs no están adecuadamente integrados con los demás sistemas del Ministerio de Salud¹⁵. Los encuestados perciben que hay problemas en los flujos de información entre las diferentes instancias y los datos reportados no siempre coinciden. Una propuesta interesante, actualmente con implementación limitada, ha sido el trabajo conjunto de dos programas complementarios (VIH y Tuberculosis). En todo caso, es muy importante que el proceso de reforma de los sistemas de salud tenga el propósito de que la Dirección General de Vigilancia en Salud realice la gerencia de los sistemas de vigilancia del MSP y BS, ordenando, y sistematizando y distribuyendo una información relevante para los procesos de dar salud a la población.

La notificación es una importante debilidad estratégica del sistema de vigilancia del VIH y el sida

El sistema de vigilancia de PRONASIDA se ha visto inmerso en un proceso de reestructuración, integrando el concepto de Información Estratégica⁵. El pilar del sistema de vigilancia es la notificación de casos de VIH y el sida. A través de los documentos revisados^{5,15} y a las entrevistas a actores clave, se puede percibir que aún existen problemas como la sub-notificación. Aunque la notificación de casos de VIH y el sida es obligatoria, la percepción de los entrevistados coincide en que la notificación es una importante debilidad del sistema y que es el laboratorio la fuente primaria de información sobre casos nuevos. Un reciente informe nacional reporta que solo el 18% de los casos son notificados usando las fichas¹⁰. A esto hay que sumar el hecho del desconocimiento de la situación en otros sectores de salud, como el sector privado de servicios de salud, farmacias con pruebas rápidas y laboratorios privados.

Es necesario priorizar y agilizar la incorporación de bases de datos electrónicas para el buen manejo de la información en PRONASIDA

Se viene desarrollando e implementando un nuevo sistema de bases electrónicas para la integración de varios de los servicios de PRONASIDA¹⁰. Desde 2007 se está buscando contar con bases de datos que contengan información individualizada. Uno los departamentos con mayor necesidad, pero que aún no cuenta con una base electrónica operacional, es Atención Integral. Esta base de datos tendría un evidente efecto positivo no sólo a nivel de vigilancia programática del departamento, sino también en el manejo clínico y laboratorial de los pacientes. Actualmente, la información de Atención Integral de las regiones sigue llegando en papel a Asunción para su digitación a nivel central.

Se ha percibido además que hay retrasos en la llegada de información al nivel central y que algunos reportes llegan con información incompleta e inconsistente. Por ejemplo, de acuerdo al sistema de verificación de consolidados del componente de PTMI, que compara los datos individuales frente a los aglomerados -recibidos ambos en el nivel central- 61 de 70 servicios de salud cumplieron en enviar su información de septiembre 2009, 11 de los 61 mostraban discrepancias entre los informes en relación al número de gestantes testeadas para VIH y Sífilis. El aseguramiento de la consistencia y calidad de los datos es una preocupación constante entre los actores clave entrevistados. Entre otras causas, la calidad de la información podría estar afectada por instrumentos no estandarizados, limitados recursos económicos para la supervisión, rotación de personal y problemas en el conocimiento de las definiciones operacionales en todos los niveles. Se ha iniciado un proceso de supervisiones regionales desde hace 4 meses y aunque no se cuenta con un informe sistematizado de los hallazgos, se viene implementado como un proceso de supervisión-capacitación.

La devolución desde el nivel central de información procesada al nivel local es escasa

Aunque hay importantes esfuerzos para la retroalimentación a nivel central, se percibe que no se retroalimenta adecuadamente al nivel local. Es más, en la reciente consultaría de los SAIs ha reportado el limitado uso de la información local para la toma de decisiones locales¹⁵.

Insuficiente información disponible afecta la calidad y profundidad de los informes de avance del país a organismos internacionales

Paraguay viene cumpliendo con la entrega de información ante acuerdos internacionales. Por ejemplo, se ha reportado los progresos de la aplicación del UNGASS 2006 y 2008⁵. Sin embargo, no se ha podido reportar la totalidad de los indicadores propuestos debido a la limitada información. Algunas limitaciones se pueden explicar por el tipo de epidemia en Paraguay; sin embargo, otros indicadores como el acceso de poblaciones en mayor riesgo, población prioritaria,

a los servicios de prevención no fueron reportados a profundidad ya que no se contaba con la información al momento del reporte.

El Plan Estratégico de la Respuesta Nacional a ITS/VIH y el sida (PEM) 2008-2012 es un importante instrumento desarrollado de manera participativa y multisectorial que plantea los lineamientos de la respuesta política ante el VIH y el sida⁵. Sin embargo, se ha percibido, entre los documentos revisados y entrevistas realizadas, una limitada inclusión de indicadores de resultado y de impacto, por ejemplo.

En relación a otros esfuerzos de vigilancia: (1) aunque no existe un sistema de evaluación de fármaco-resistencia, se espera su implementación para Diciembre del 2009; (2) se han implementado muy pocas investigaciones operativas relacionadas a la respuesta nacional en la lucha contra el VIH y el sida. Sin embargo, se ha informado que los proyectos del fondo mundial permitirán desarrollar investigación operativa, especialmente en PTMI y trabajo de los promotores educadores de pares.

La sociedad civil es un importante medio de verificación de las acciones de la respuesta nacional. En este sentido, la actual triangulación de información y la próxima implantación de líneas de reclamo telefónico, son interesantes propuestas en el desarrollo de los proyectos financiados por el Fondo mundial.

Recomendaciones

- 1) **Conocer más profundamente la epidemia de VIH en el Paraguay.** Se necesita comprender los patrones de la transmisión del VIH y en particular los factores determinantes de la adquisición de la infección, entre ellos los socioculturales, de género y sexualidad. Esto implica ir más allá del dato epidemiológico. Este conocimiento es necesario para posibilitar una pertinente asignación de recursos a las acciones de prevención del VIH en las poblaciones más afectadas. Se recomienda:
 - e) **Mejorar los sistemas de vigilancia epidemiológica** de acuerdo con los avances conceptuales y metodológicos disponibles.
 - f) **Resolver la limitación de la vigilancia epidemiológica** debido a que el acceso a la prueba de VIH es diferencial para los grupos de población ya que algunos la reciben de forma gratuita y otros deben pagar por ella.
 - g) **Lograr una mayor solidez metodológica en los estudios** de vigilancia epidemiológica para asegurar una adecuada consistencia, representatividad y comparabilidad.
 - h) **Establecer de forma inclusiva una agenda de país priorizada de líneas investigativas y estudios.** Las ITS deben ser parte de la agenda de investigación y estudios. Incorporar e involucrar a otros actores en las acciones de investigación.

Entre aquellos, al sector académico como un actor clave que debiera tener una participación muy activa.

4. Notas al capítulo:

1. Chinaglia M, Tun W, Mello M, Insfran M, Díaz J. Assessment of risk factors for HIV infection in female sex workers and men who have sex with men at the triple-border area of Ciudad del Este, Paraguay, Horizons Final Report. Washington, DC: Population Council, 2008.
2. Bautista CT, Sánchez JL, Montano SM, et al. Seroprevalence of and risk factors for HIV-1 infection among female commercial sex workers in South America. *Sex Transm Infect* 2006;82(4):311-6.
3. Bautista CT, Sánchez JL, Montano SM, et al. Seroprevalence of and risk factors for HIV-1 infection among South American men who have sex with men. *Sex Transm Infect* 2004;80(6):498-504.
4. Aguayo N, Laguna-Torres VA, Villafane M, et al. Epidemiological and molecular characteristics of HIV-1 infection among female commercial sex workers, men who have sex with men and people living with AIDS in Paraguay. *Rev Soc Bras Med Trop* 2008; 41(3):225-31.
5. MSP y BS. Informe Nacional sobre los progresos realizados en la aplicación del UNGASS. Paraguay, 2008.
6. CIRD. Comportamiento sexual y factores de riesgo VIH y sida en poblaciones vulnerables de 6 regiones de Paraguay. Proyecto "VIH y sida en 6 Regiones Sanitarias del Paraguay"- Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria. 2008.
7. MSP y BS. ASAP: Fortalecimiento al Programa de la Respuesta Nacional a las Infecciones de Transmisión Sexual, VIH y el sida en Paraguay. Respuesta Nacional a las Infecciones de Transmisión Sexual, VIH y el sida: Marco de resultados y estimación de costeo: 2008-2012. Informe preliminar 2009.
8. PRONASIDA. Plan Estratégico: Respuesta Nacional a las Infecciones de Transmisión Sexual, VIH y el sida. 2008-2012 ASAP. Base de Datos y Referencias para una Estrategia Basada en Evidencias 2009.
9. PRONASIDA-MSP y BS. Departamento de Epidemiología, 2009.
10. PRONASIDA-MSP y BS. Informe de los Avances y Logros en la Respuesta Nacional al VIH, el sida e ITS, 2009.
11. CEPEP. Encuesta Nacional de Demografía y Salud Sexual y Reproductiva, 2008.

12. "UNAIDS-WHO: Working Group on HIV/AIDS/STI Surveillance". Estimating the size of populations at risk for HIV: Issues and Methods, updated July 2003: Family Health International (FHI), 2003.
13. MSP y BS. Dirección de Bioestadística, 2009.
14. MSP y BS. Información Banco de Sangre, 2008.
15. Arévalo H, Rodríguez M, Aquino R. Consultoría Acceso Universal a la Atención en VIH en los SAIs en el Paraguay: Informe final. , 2009.
16. PRONASIDA-Departamento de Monitoreo y Evaluación. Verificación de resúmenes de prestaciones y consolidado PTMI. Septiembre 2009.

B. RECTORÍA Y GOBERNANZA

Resumen: La rectoría y la gobernanza, son conceptos clave y estratégicos para los Ministerios y sistemas de salud. En el caso de Paraguay se puede afirmar que ambas dimensiones necesitan de un mayor desarrollo conceptual y de aplicación en las instituciones y entidades a cargo de la respuesta al VIH. Esto se visualiza claramente con la fragmentación del sistema de salud y excesiva autonomía de PRONASIDA; situación que se confirma en el texto la propuesta de la “*Ley que establece derechos, obligaciones y medidas preventivas con relación a los efectos producidos por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida)*”. Es función de la autoridad sanitaria cautelar una complementariedad y sinergia de los esfuerzos de todos los actores del sistema en la respuesta a este problema de salud. Sin embargo, esta propuesta de norma jurídica es confusa acerca de dónde radica la función de rectoría en este problema de salud. Con relación a la dimensión de recursos humanos, ésta presenta debilidades desde el punto de vista técnico, referidas especialmente a normas, regularización y formación; así como a una necesaria transparencia en los procesos de selección, contratación y evaluación del desempeño del personal.

Un diseño o modelo de gestión, normativo, institucional y orgánico de gran autonomía

Se observó que PRONASIDA tiene un diseño o modelo de gestión, normativo, institucional y orgánico de gran autonomía²⁸, por lo que está desalineado con los otros agentes componentes del sistema y servicios de salud y éste constituye su modelo de gobernanza, concepto más amplio que el de enfoque de gestión. En este sentido, se mira al modelo de gobernanza de PRONASIDA (lo explícito y lo implícito) como un diseño que da cuenta de formas de liderazgo y conducción, de vínculos, coordinación y alineación con actores, de una orgánica definida, de procesos de implementación, de instituciones y actores que participan y de los sistemas de planificación, seguimiento y evaluación, todo esto concurre con la actual gobernanza para la respuesta a la epidemia.

PRONASIDA cumple una función rectora, normativa y de provisión

La misión de PRONASIDA se concentra alrededor de dos ejes de acción: ejerce la rectoría de la Respuesta Nacional amplia, integrada y comprometida a la epidemia de VIH e infecciones de transmisión sexual y provee en forma descentralizada los servicios de promoción, prevención y atención integral a las personas, bajo los principios de respeto a los derechos humanos, la equidad y el acceso universal, y el enfoque de género, para disminuir el avance de la epidemia y mejorar la calidad de vida de las personas que viven o son afectadas por el VIH e infecciones de transmisión sexual.²⁹

²⁸ Cómo lo expresa con toda claridad la Misión institucional declarada por PRONASIDA (ver página siguiente).

²⁹ *Ibíd.*

Es necesario hacer claridad en que la gobernanza de PRONASIDA es el resultado, una consecuencia, de procesos y cristalizaciones que han tenido lugar en el sistema de salud del país. En este sentido – su gobernanza – es una dimensión definida y establecida en el contexto político, estructural e institucional en los niveles supervisores del PRONASIDA y que –naturalmente- tiene efectos en la forma y el carácter que asume la respuesta y, por lo mismo, en los resultados e impactos que se obtienen o no en ésta. En resumen, la actual gobernanza y rol rector, normativo y de provisión de PRONASIDA, es una consecuencia de un proceso principalmente político antes que técnico. En el entendido que esta gobernanza es el resultado de un proceso de una construcción institucional, su diseño y su implementación puede ser reestructurado si ese cambio se considera necesario para una mayor efectividad en la respuesta a la epidemia. La nueva ley de sida recientemente promulgada institucionaliza en gran forma el actual diseño de rectoría y gobernanza del PRONASIDA.

El PRONASIDA fue creado por Resolución Ministerial Nº 38 del año 1988 y ampliadas sus funciones como responsable de intervenir y controlar la Infecciones de Transmisión Sexual, ITS, en el año 1998, y se ha informado que este encargo fue sin presupuesto para implementar estrategias de intervención de las ITS. Desde su creación PRONASIDA depende de la Dirección General de Vigilancia de la SALUD. Está representado y administrado por una dirección responsable de la conducción y gerenciamiento de las políticas que se genera en respuesta a la epidemia en el país; coordina las acciones con los programa afines del MSP y BS del nivel central, regional y local, involucrando a otros sectores tanto gubernamental y no gubernamental y de la sociedad civil organizada de manera a obtener una respuesta nacional al VIH, el sida y las ITS³⁰.

El diseño de gestión de PRONASIDA está insuficientemente centrado en las personas, los resultados e impacto de las acciones.

El eje principal de acción del PRONASIDA se ordena en base a los proyectos que tiene el país con el FM (ronda 6ª y 8ª y ahora 9ª). Sus energías están puestas en los indicadores de avance de esos proyectos. Su diseño de gestión está insuficientemente basado en los resultados (efectos) y el impacto de las acciones que realiza y es altamente centralizado y discrecional. La población usuaria y potencialmente usuaria, no constituye el centro de la gestión; es un diseño que coloca una oferta de servicios, pero no se hace cargo de las barreras de acceso a esos servicios que afecta a parte importante de la población. Es notable el que de sobre el 70% de la población con VIH se les haya diagnosticado en etapa sida. Esta realidad se hace más compleja frente a la situación de inequidades estructurales, de exclusión y desigualdad en salud existentes en el país.

Los ejes o marco de acción que el Plan Estratégico de la Respuesta Nacional a ITS/VIH y el sida 2008 – 2012 considera son: *Políticas Públicas y Derechos Humanos, Promoción, Prevención y Protección, Diagnóstico, Atención y Tratamiento, Desarrollo Institucional y Gestión, Epidemiología, Armonización e intersectorialidad, Monitoreo y Evaluación.* En realidad estos más bien son líneas o

³⁰ ¿Qué es PRONASIDA? En <http://www.pronasida.gov.py/images/documentos/que-es-pronasida.pdf>

temas de trabajo. Estas declaraciones son perfeccionadas mediante la elaboración del documento denominado “Respuesta Nacional a las infecciones de transmisión sexual, VIH y el sida. Marco de resultado y estimación de costeo, Periodo 2008-2012”, elaborado con metodología ASAP y que se explica como parte de un proceso de fortalecimiento al PEN. No obstante, este trabajo no tiene aún un mapa claro compromisos de gestión resultados esperados. Es un esfuerzo que en parte sobrescribe el PEN original y se necesitan distinciones entre los resultados esperados y el o los procesos necesarios para alcanzarlos. Esta acción de mejoramiento del PEN con el ASAP no se hace cargo del contexto institucional y de los temas de rectoría y gobernanza que contextualizan la respuesta al VIH. Este proceso del ASAP sobre el PEN se costea sobre la base de la situación en el año 2005 y de una continuidad del actual diseño rectoría y gobernanza de la respuesta a la epidemia en el país.

Un diseño de organigrama de PRONASIDA desmedido si se compara con el tamaño de la epidemia en el país y la necesidad de articular una respuesta interprogramática.

Frente a la estructura orgánica del PRONASIDA, llama la atención en nivel que éste ocupa en el MSP y BS y su actual carta de organización. En el organigrama del Ministerio de Salud y Bienestar Social, PRONASIDA se ubica en la estructura ministerial en un 4º nivel. El organigrama que PRONASIDA³¹ declara como actual es una carta organizacional un tanto sobredimensionada con relación al tamaño de la epidemia, los recursos disponibles y la gestión externa de los recursos del FM.

La nueva ley de sida que modifica la anterior 102/91 es ambigua en asignar el rol rector a la autoridad sanitaria nacional y podría validar los roles de rectoría y de provisión de PRONASIDA.

La nueva ley de sida promulgada valida en gran parte un rol paralelo de rectoría y de proveedor de servicios de PRONASIDA. Esto, porque algunos de los artículos no resultan claros con relación al responsable de la función rectora en materia de VIH y sida. Se hace necesario clarificar esta eventualidad. Durante la evaluación se hizo un análisis de la ley -entonces en proceso de aprobación- y se hizo notar la necesidad de revisar el lenguaje de varios artículos. El artículo 2 pone al PRONASIDA como ente rector, el artículo 10 da a entender que hay dos instancias con capacidad normativa, los artículos 14 y 17 le dan a PRONASIDA el rol de establecer los centros de referencia, y con ello se dificulta la posibilidad de integrar las actividades de VIH a la red de servicios de salud, el artículo 19 nuevamente es confuso respecto a donde se ubica la rectoría. Finalmente, el capítulo II que se refiere a sanciones necesita ser revisado a la luz del Régimen Sancionatorio vigente, de acuerdo al Código de Salud y otra legislación aplicable. En esta misma línea el artículo 25 facultaría la creación de cuanta para el PRONASIDA en relación con la recolección de multas.

³¹ PRONASIDA. Avances y logros en la respuesta nacional al VIH y sida/ITS. Presentación realizada al grupo evaluador de OPS. 10 de noviembre de 2009

La función de recursos humanos presenta debilidades.

La dimensión de recursos humanos presenta debilidades, referidas especialmente a normas y regularización y a una necesaria transparencia de procesos de selección y contratación de personal. Se encontró importante discrecionalidad en los procesos de selección y contratación. La selección se hace en base a propuesta del supervisor inmediato y requiere la aprobación de PRONASIDA. Se consultó por normas y protocolos de guía para esos procesos y no se logró disponer de ellos. Una situación similar ocurriría con las remuneraciones, las cuales son diferenciadas para el mismo trabajo. Se otorga a las personas un sobre sueldo o *plus* financiado con recursos del Fondo Mundial (está alrededor del 50%, según lo comentado en las entrevistas y reuniones). Esta asignación no tiene un reglamento o norma que señale cómo se accede a ese *plus*, quiénes pueden hacerlo, por cuánto tiempo, qué asociación tiene con los resultados del trabajo y demás.

Se percibió una alta rotación de personal y no se logró conocer por qué. Además, se encontró superposición de roles y de funciones, a nivel central y regional. Un mismo funcionario cumple funciones de proveedor en un establecimiento y de planificación a nivel regional. Se repite, a nivel regional, el modelo de PRONASIDA que cumple función rectora, normativa y de provisión.

No quedó claro si existen estrategias y líneas de trabajo para el desarrollo del capital humano y de retención de éstos en las unidades relacionadas con el VIH y sida. De modo similar, no hubo claridad sobre esfuerzos de actualización técnica y de formación e instalación de una cultura en materia de derechos humanos, no discriminación, contexto de exclusión y desigualdad, entre otras líneas de formación conceptual y de contexto clave en las acciones en VIH y sida.

RECOMENDACIONES

- 1) ***Reponer la total responsabilidad de la rectoría en materia de la respuesta al VIH y el sida al MSP y BS***, ya que ésta le corresponde conceptual y técnicamente al Ministerio de Salud. Desde ahí, avanzar en redefinir el rol y la gobernanza de PRONASIDA.
- 2) ***Apoyar el proceso de reglamentación de la recientemente promulgada “Ley que establece los derechos, obligaciones y medidas preventivas con relación con los efectos producidos por el virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y el Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida (sida)”***, con el propósito de:
 - a. Asegurar la rectoría del Ministerio de Salud y Bienestar Social en el proceso de prevención, tratamiento y asistencia del VIH y el sida. Si bien el Ministerio actúa a través del Programa Nacional de Control del Sida/ITS (PRONASIDA), debe conservar su rol rector.

- b. En atención a lo anterior la necesidad de que la reglamentación rescate la función rectora del Ministerio de Salud y Bienestar Social se hace notoria en aspectos como:
 - i. La articulación de la Respuesta Nacional que se instrumenta a través del PRONASIDA.
 - ii. La emisión de las normas para la estructuración de los programas de capacitación, si bien contando con la asesoría técnica que para los efectos le brinde el PRONASIDA.
 - iii. El establecimiento de los centros de referencia y contra referencia, tanto en las situaciones de violencia sexual como en cuanto a la atención integral de salud, con el objeto de garantizar la integración de la red de servicios para la efectividad de las respuestas.
 - iv. Las garantías de cumplimiento de los principios éticos en el ámbito de la investigación en las materias objeto de la Ley.
 - v. Todo otro involucrado en el ejercicio de las funciones que le competen en relación a los objetivos de la Ley como política de Estado.
- 3) ***Ir a un proceso de rediseño de PRONASIDA para avanzar hacia una respuesta de país al VIH.*** Sobre la base de los procesos de reorganización y horizontalización programática impulsados por el MSP y BS, las orientaciones estratégicas definidas en el documento “Políticas Públicas para la Calidad de Vida y Salud con Equidad 2008-2013” y los resultados de la presente evaluación.
- 4) ***Avanzar en la separación de los roles normativos y de asistencia en PRONASIDA.*** Esto puede caminar en un proceso progresivo de integración funcional de las actividades de los Servicio de Atención Integral, SAI, en los centros en los que operan, el laboratorio central, la farmacia, entre otros.
- 5) ***Desarrollar en PRONASIDA un enfoque de gestión centrado en las personas y sus derechos, y basado en los resultados y en el impacto de las acciones que se realizan.***
- 6) ***Desarrollar una política integral de recursos humanos en salud*** que incluya formación en VIH y sida, las responsabilidades y los derechos de usuarios y del personal, transparencia y equidad en el mecanismo de acceso y salarios. La actual política de contratación de personal directa por PRONASIDA que no se integra a la planta hospitalaria y con salarios diferentes, resulta en un deterioro del ambiente laboral, pone dificultades al proceso de integración de las actividades de VIH a los servicios de salud y reduce la probabilidad de ir a una respuesta sostenible.

C. PREVENCIÓN

Resumen: La prevención de la transmisión del VIH ha avanzado en el período 2005 – 2009, incorporándose actividades para la prevención de la transmisión materno-infantil del VIH (PTMI), en poblaciones en mayor riesgo. Sin embargo, la tendencia de las nuevas infecciones - particularmente en la población adolescente y joven- hace necesario aumentar la escala de las acciones preventivas incluyendo a las poblaciones vulnerables y mejorar la calidad de las mismas. Del total de casos notificados de VIH entre enero y agosto de 2009, el 60% corresponde al grupo etario de 15 - 29 años, y el 57% de ellos son mujeres³². La respuesta en prevención es fragmentada y no considera los factores determinantes socioculturales, sexualidad y género. Tiene baja cobertura relativa y escaso financiamiento nacional. La estrategia de prevención está determinada por lo concertado con el Fondo Mundial.

Observaciones

La prevención tiene baja prioridad. Los recursos públicos se concentran en la administración y el tratamiento.

La inversión en prevención depende casi íntegramente de los recursos aportados por los proyectos del Fondo mundial, no existiendo un programa de prevención antes de la implementación de éstos. Las actividades preventivas sólo eran esporádicas y no sistemáticas.

La prevención no está orientada por una estrategia integral, que considere determinantes sociales, culturales, género y la construcción sociocultural de la sexualidad.

Aunque PRONASIDA es parte del Comité Gestor de políticas públicas sobre educación sexual, no se observa una reflexión y caracterización de factores sociales y culturales relacionados con la sexualidad en la sociedad paraguaya y de las poblaciones vulnerables que sirvan de orientación al diseño e implementación de acciones preventivas.

Las actividades se concentran en lo concertado con el FM. Intervenciones de pares excesivamente estructuradas en función de los indicadores del FM.

Las actividades de prevención desarrolladas las podemos dividir en dos áreas:

- Profilaxis de la transmisión madre hijo.
- Trabajo de pares en poblaciones vulnerables.

³² PRONASIDA. Presentación realizada al equipo de evaluación de OPS. 08.11.09

PTMI

Respecto a la profilaxis de la transmisión madre hijo se ha observado un importantísimo aumento de la cobertura de testeo a la mujer embarazada en los últimos años. La cobertura actual es de aproximadamente el 50% de las embarazadas del país.

El abordaje de la mujer embarazada se realiza mediante la creación de una entidad con un gerenciamiento paralelo a la estructura de servicios del sistema de salud. Esto es posible gracias a la financiación del FM, pero implica un alto costo y de precariedad en la sostenibilidad futura. Se debe promover la integración del examen VIH en los entornos regulares de atención de la mujer embarazada; debiendo ser el PRONASIDA el ente formador/actualizador técnico en un trabajo integrado con los programas de atención sexual y reproductiva y atención antenatal; que reduzca embarazos no deseados en mujeres con VIH y les facilite embarazos deseados con menor riesgo de transmisión.

Prevención en poblaciones en mayor riesgo

En el marco del Proyecto con el FM se realizan actividades de prevención para población *gay* y otros HSH, trans y usuarios de drogas con una metodología de trabajo entre pares.

Hay disponible buenos materiales para la capacitación de los educadores pares, pero se observa una respuesta muy estructurada, poco flexible, poco adaptada a esas poblaciones. Cierta burocratización de la prevención; a modo de ejemplo, las poblaciones objetivos deben ser registradas en una planilla o forma con su código, número de teléfono y firma. Esto limita la accesibilidad de poblaciones ocultas y/o estigmatizadas y, en algunos casos, puede quebrantar el derecho a la confidencialidad. Los insumos (preservativos, gel, material informativo) son entregados en forma condicionada a cumplir estos requisitos administrativos y no en función de la demanda y necesidades de esas poblaciones.

Cada educador par tiene un número limitado de contactos y no se promueve la expansión de las intervenciones sino en función de un mayor control y monitoreo.

Una población vulnerable refirió que en un accionar voluntario (fuera de las actividades monitoreadas por el FM) ellos triplican el número de contactos; sin embargo, para las personas que no están incorporados al programa, existen serias dificultades para obtener preservativos y folletería. Los indicadores del PRONASIDA solo registran las actividades cubiertas por el fondo mundial.

No existen actividades de prevención para las poblaciones privadas de libertad. Se ha dado como explicación que no se permite ingresar preservativos en los recintos carcelarios.

Insuficiente participación de las poblaciones clave en el diseño y monitoreo de los programas de prevención.

En el marco del MCP existen algunas organizaciones de la sociedad civil y de personas afectadas por el VIH, pero con un grado de desarrollo relativo. No han estado involucradas en el diseño de la propuesta para el FM y son ejecutores de actividades de prevención, básicamente entre pares. La mayoría de las actividades están circunscriptas a la ciudad de Asunción.

Falta de internalizar la confidencialidad y el enfoque de derechos.

Hay niños con VIH que viven en hogares por ser huérfanos. La mayoría están escolarizados, pero se informó que los afecta significativamente el estigma y la discriminación. Incluso algunos niños refirieron que no sabían que tenían el VIH.

Se ha observado estigma y discriminación en los servicios de salud, con una importante homofobia.

Hay poca visibilización de la comunidad gay en Asunción. Hay denuncias de discriminación contra población trans. Existen personas gay con VIH que se tratan fuera del país para no visibilizarse. Los promotores o educadores entre pares llegan a un mínimo, solo a sus amigos.

Esto podría explicar, en parte, el hecho que sobre el 70% de las personas con VIH, éste les haya sido detectado en la etapa sida.

Falta de promoción activa de la prueba de VIH integrada a los servicios de salud. Prueba y consejería centralizada con escasa disponibilidad. Alta tasas de diagnóstico tardío.

No hay una promoción sistemática del examen para el VIH fuera de la mujer embarazada. La prueba es promovida en el trabajo de pares con las poblaciones en mayor riesgo. No hay una promoción sistemática de la prueba fuera de esos espacios. Por ejemplo, solo el 5% de los pacientes con TB se han hecho el diagnóstico de VIH³³, a pesar de existir un documento escrito que regularía el trabajo conjunto de los programas de VIH y TB.

En teoría todos los SAIs realizan la prueba y consejería gratuita y en horarios accesibles. Sin embargo, el grado de implementación de esta estrategia no es similar entre los SAIs. Asimismo, resulta insuficiente que el examen de VIH sólo se realice en los SAIs en una ciudad como Asunción. Se informó que en 2010 se abrirán centros de testeo en dos ONG.

³³ Celia Cuellar Programa de Tuberculosis del MSyBS

No está sistematizada ni disponible oportunamente una provisión de profilaxis post exposición.

Los medicamentos antirretrovirales solo están en ciertos lugares especializados no estando disponible las 24 horas en las guardias de los establecimientos.

Recomendaciones

- 1) ***Rediseño de la estrategia de prevención*** para una respuesta efectiva y sostenible es urgente un rediseño de la estrategia de prevención que fortalezca y amplíe el trabajo con PEMAR y las poblaciones vulnerables, mejore la eficiencia, disponga de recursos nacionales, aumente la cobertura de PTMI y el acceso y promoción de una oferta gratuita de la prueba de VIH a la población.
- 2) ***Integrar la oferta de la prueba como un elemento esencial en todos los servicios de salud.*** Actualmente estas actividades se realizan solamente en los centros que disponen de SAIs, y en el caso de ITS y de la prevención de la transmisión materno-infantil del VIH (PTMI) solamente en los centros que concertaron estas actividades con PRONASIDA. Esto resulta en un 45% de falta de acceso a la prueba del VIH en mujeres embarazadas, mayor aún en áreas no priorizadas para los proyectos del Fondo Mundial. Incluso en centros donde funcionan SAIs se detectó la falta de acceso a la PTMI y a profilaxis post exposición en horario nocturno o fines de semana.
- 3) ***Mejorar y profundizar el conocimiento sobre factores determinantes del VIH,*** entre ellos los socioculturales, sexualidad y género; de manera de asentar en ese conocimiento e información, los principios, las políticas y las estrategias de prevención al VIH.
- 4) ***Fortalecer la participación de la sociedad civil en la prevención del VIH*** y no sólo en calidad de ejecutores de actividades de pares sino también como actores del diseño y ejecución de la política y estrategias de prevención.
- 5) ***Prevención secundaria en personas con VIH.*** Diseñar e implementar una política y estrategias de prevención secundaria en personas con VIH, para evitar la transmisión y la reinfección de esta población.
- 6) ***Evaluar las acciones diseñadas e implementadas*** destinadas a afectar la incidencia del VIH.
- 7) ***Internalizar el enfoque de derechos y de género*** en las actividades de prevención.

D. ATENCIÓN Y TRATAMIENTO

Resumen El país cuenta con un modelo de atención integral conceptualmente adecuado³⁴. La implementación de este modelo ha permitido lograr importantes avances en la provisión de servicios. En el periodo de 2005 a 2009 iniciaron tratamiento 2.130 personas. Sin embargo, la organización de la atención ha sido construida en forma desarticulada y duplicando servicios en los centros de salud y hospitales (farmacia, laboratorio, psicología, otros). La forma en que se materializa la atención no contribuye a entregar una prestación de calidad, desfavorece el fortalecimiento de la respuesta al VIH en el sector salud, limita la expansión y compromete la sostenibilidad en el largo plazo.

Un modelo de atención de la población con VIH y sida fragmentado y desarticulado en los hospitales y sistemas donde se implementa. No se observa una estrategia clara de fortalecimiento de los servicios de salud.

El modelo de atención integral propuesto, es en sí mismo adecuado y pertinente. No obstante, la organización de la atención ha sido construida en forma totalmente desarticulada a los hospitales en donde funcionan, resultando en una duplicación de servicios (farmacia, laboratorio, psicología, etc.) y mala asignación de los recursos ya que se generan costos innecesarios. Para estas actividades se ha contratado gran número de personal que forma parte de PRONASIDA y no de la estructura hospitalaria. La política de recursos humanos (contratación, designación y supervisión de funciones), se lleva a cabo en forma directa desde PRONASIDA. Las diferencias salariales constituyen un efectivo desincentivo para que el personal que no es parte de PRONASIDA tome acción en la atención de pacientes con VIH.

Como consecuencia se observa una falta de involucramiento y persistencia del estigma en el resto del personal sanitario en la atención del VIH, frente a una enfermedad que no se “normativiza” desde el nivel central. Ocurre una atención fragmentada para el usuario y un desaprovechamiento del recurso humano de PRONASIDA, el cual asume actividades para las que no han sido preparado (como, por ejemplo, el control de farmacia por parte de médicos del programa); y que aborda con dificultad tareas integradas al hospital (como supervisión de pacientes VIH internados, programas de profilaxis post exposición, otros problemas infectológicos, coordinación con otros especialistas para proporcionar atención a paciente VIH). La heterogeneidad en los tipos de contrato y de salarios empeora esta situación.

PRONASIDA ejerce simultáneamente la rectoría en VIH y sida y la atención de las personas con VIH: superposición de actividades de planificación, vigilancia, monitoreo y evaluación que lidera el PNS con las actividades de asistencia directa a pacientes.

El PRONASIDA cuenta con un centro de atención de personas con VIH y sida en el mismo edificio (SIA en el Instituto de Medicina Tropical, IMT) donde tiene sus oficinas centrales. Atiende el 94%

³⁴ PRONASIDA. Modelo de atención integral a las PVVS en el sistema público de salud. 2008

de los pacientes de Paraguay. El personal que atiende a la población es el mismo equipo técnico de PRONASIDA. Este doble rol de PRONASIDA y sus funcionarios (generador de políticas, y a la misma vez prestador de servicios) limita su capacidad de supervisar la respuesta al VIH que el resto del sistema de salud proporciona, e impide trabajar para fortalecer los sistemas de salud ejerciendo su rol de rectoría sectorial.

Se observó una mayor concentración y focalización de la atención en este centro, lo que afecta la implementación de procesos de descentralización de la respuesta de la atención en VIH. El proceso de descentralización hacia hospitales regionales iniciado hace unos años no ha sido efectivo, y hoy se limita a pocos pacientes en cada hospital (49 pacientes en tratamiento en Ciudad del Este, 15 en Caaguazú). El modelo implica contratar un equipo completo en cada hospital, lo que tiene un alto costo y ha impedido la expansión al resto del país, quedando grandes zonas no cubiertas como el Chaco.

Hay una debilidad estratégica del rol rector central en el MSP y BS para la articulación interprogramática.

Existe una importante debilidad del rol rector central que se evidencia por insuficiente trabajo interprogramático. Esto se observa en las relaciones con el programa de TB donde sólo se ha podido estudiar el 5% de los pacientes con TB y en los centros penitenciarios, donde no hay una respuesta adecuada. No se percibe la búsqueda de consenso para la definición de estrategias y normas.

Un alto centralismo en la respuesta al VIH y el sida.

El programa ejerce un centralismo en todos sus niveles con limitadas oportunidades de participación, incluso de los mismos representantes de PRONASIDA de los niveles regional y local. Se requieren autorizaciones puntuales para utilizar pruebas rápidas en un individuo que no sea una mujer embarazada y hasta para decidir iniciar, suspender o modificar un esquema de primera línea. Esto impide el involucramiento, la capacitación permanente y el compromiso del recurso humano.

Un sistema de información ineficiente y sin devolución a los niveles de trabajo.

Se ha implementado un sistema complejo e ineficiente de registro de información, principalmente diseñado para las actividades y metas propuestas para el proyecto del fondo mundial. Es ineficiente debido a la necesidad de llenar una multitud de papeles y planillas, que consumen mucho tiempo del personal a cargo, y porque descuida otros aspectos de validez reconocida como el registro sistemático de adherencia, la utilización de indicadores de alerta temprana, entre otros. A pesar de recolectar esta información, no se percibe que los niveles locales y regionales participen en el análisis o en el planeamiento o diseño de actividades e intervenciones a nivel local. No hay procesos de devolución de la información a los niveles regionales y locales.

Ausencia de estrategias y priorización de la investigación y estudio.

El programa no muestra una línea clara de priorización de las actividades de investigación en función de las necesidades del país, y se limita a intentar responder o solucionar situaciones asociadas a sus compromisos con el proyecto con el fondo mundial.

Diagnóstico tardío, alta mortalidad y dificultades para los estudios de CD4 y CV.

Persisten los problemas de diagnóstico tardío y de mortalidad alta, con una cifra de 140-150 muertes anuales por sida reportadas. A nivel local se evidencia una gran dificultad de los pacientes en acceder a los estudios de CD4 o carga viral. Muchas veces se envían los pacientes al nivel central. La logística de transporte de muestras es complicada debido a que se envía sangre entera y no se separa el plasma a nivel local (lo que podría realizarse fácilmente en el laboratorio del hospital). Se han detectado fallas en la logística de provisión y distribución de medicamentos e insumos. Existe una alta tasa de falta de retención y mala adherencia (referida en un 70-80%) y no se dispone de mecanismos comunitarios para facilitar la adherencia.

Recomendaciones

- 1) ***Modificar el rol de PRONASIDA*** para que se concentre -bajo la orientación del MSP y BS como ente rector del sector salud- en la definición de políticas y estrategias, actividades normativas, la planificación y el control de calidad de la provisión de servicios y deje la función de asistencia que corresponde a los servicios de salud.
- 2) ***Reorganizar los SAIs*** para iniciar un proceso de integración funcional de las actividades de los SAIs en los establecimientos de salud en que operan.
- 3) ***No crear nuevos SAIs con la modalidad organizativa que se da actualmente.***
- 4) ***Desarrollar una estrategia integrada con los otros programas de salud existentes*** (adolescencia, salud sexual y reproductiva, entre otros) para que puedan ser también efectores de actividades de promoción, prevención y diagnóstico y atención de VIH, idealmente en el primer nivel de atención. Es de particular relevancia hacer efectivo el acuerdo de colaboración entre los programas de VIH y TBC a fin de asegurar la oferta diagnóstica de VIH en los pacientes con TBC, la prevención de la TBC en pacientes VIH, y facilitar el tratamiento antirretroviral oportuno en estos pacientes, de acuerdo con la estrategia 3I de la OMS.
- 5) ***Actualizar y optimizar los procesos normativos de las guías terapéuticas.*** Es imprescindible establecer un mecanismo participativo que asegure la puesta al día e inclusión de la evidencia reciente a nivel internacional y su adecuación a la situación nacional. Es urgente revisar las guías actuales, que dificultan la función orientadora. La falta de claridad en las recomendaciones de tratamiento de segunda línea, o la incorporación de fármacos no registrados para el tratamiento de infecciones oportunistas, pueden ser una seria limitante para la integración de la atención.

- 6) **Fortalecer la capacidad de decisión de los equipos tratantes en los niveles regionales y locales.** El alto grado de centralización del proceso de toma de decisiones sobrecarga el nivel central y limita la capacidad local. Se recomienda mejorar el proceso normativo, fortalecer las actividades de entrenamiento y de educación continua para que las decisiones a nivel local se puedan llevar a cabo en forma efectiva y oportuna.
- 7) **Mejorar los niveles de adherencia y la retención de los pacientes.** Es necesario recolectar y procesar la información clínica sobre los niveles de adherencia, comprender los factores que llevan al abandono y diseñar intervenciones para localizar y re-captar los pacientes, en particular promoviendo el involucramiento de las asociaciones de pacientes. Además, mejorar la planificación y la logística para asegurar el suministro constante, recolectar y procesar en forma sistemática la información de farmacia y demás.
- 8) **Considerar integrar el laboratorio de referencia de PRONASIDA en el laboratorio central.** La creación de una sección de virología en el laboratorio nacional de referencia permitiría optimizar recursos y aprovechar las redes existentes de derivación.
- 9) **Asegurar el compromiso y la participación de los otros actores en la provisión de servicios,** a fin de asegurar acceso y alineación de criterios de inicio y esquemas de tratamiento (en particular con el Instituto de Previsión Social, el sector privado, el sistema carcelario).
- 10) **Perfeccionar los procesos de análisis y devolución de la información estratégica de la atención.** Es necesario que las regiones y centros de salud dispongan de la información estratégica procesada a partir de sus datos y reportes, para alimentar sus procesos de planificación y explicar la tendencia de la enfermedad (en particular la prevalencia en poblaciones clave y en mortalidad, cuya cifra se ha mantenido constante en los últimos 3 años en aproximadamente 140 casos al año).

E. GESTIÓN DE ABASTECIMIENTO

Resumen: La evaluación del área de Gestión de Abastecimiento consideró tres dimensiones: Compras, Planificación de Adquisiciones y la Asignación de Recursos. El análisis y conclusiones muestran que existen oportunidades significativas para mejorar la gestión en cada una de las tres áreas analizadas. En el área de compras, existe una oportunidad inmediata para mejorar la rentabilidad social de la inversión en VIH. Paraguay compra los ARVs a precios que son de 2 a más de 50 veces superiores comparados con las referencias de precios competitivos internacionales, a que la mayoría de los países de la región accede. Considerando las cantidades y precios estimados para las compras del MSP y BS de los últimos meses, las reducciones posibles inmediatas superan el 60%. Una situación parecida ocurre con las pruebas de CD4 y Carga Viral. Se hace necesario y urgente cambiar las metodologías de compra, desarrollar e implementar una estrategia de gestión activa de reducción de precios en base a la identificación y generación de alternativas de provisión competitivas. Paralelamente, fortalecer las capacidades de planificación y sistematización de la estimación de la demanda y la programación financiera multianual.

i) Compras

Los insumos considerados en esta evaluación han sido principalmente medicamentos antirretrovirales (ARVs) y pruebas de laboratorio para diagnóstico y seguimiento de la infección de VIH (pruebas rápidas de diagnóstico, y pruebas de CD4, Carga Viral y resistencia). De todos ellos, se analiza en mayor detalle la situación de los ARVs, por ser más universalmente comparables (existe más y mejor información de referencia internacional, y su provisión y precio no es determinada ni influenciada por factores adicionales, como la naturaleza de contratos de equipamiento y mantenimiento, como es habitual en el caso de las pruebas de laboratorio).

Análisis de compras y precios de ARVs

Para este análisis, se tomaron cuatro puntos de información de las compras de Paraguay (que determinan los siguientes cuatro aspectos del análisis), y la última actualización (agosto 2009) de los precios techo negociados por la Iniciativa VIH/sida de la Fundación Clinton (CHAI), considerados internacionalmente como referencia de precios competitivos³⁵.

Los cuatro puntos de información considerados (y subsecuentes análisis comparativos) son:

1. Planificación de compras para 2009 del PRONASIDA, incluyendo cantidades y precios de referencia locales.
2. Licitaciones realizadas (o en proceso de realización) por el Ministerio de Salud en 2009
3. Información de precios históricos de ARVs comprados por el PRONASIDA (2005-2009)

³⁵ Esta referencia es relevante para Paraguay por la reciente firma del acuerdo correspondiente con la Fundación Clinton, CHAI, que contribuye a su elegibilidad para acceder a tales precios.

4. Información de cantidades y precios comprados³⁶ por el receptor principal del proyecto de VIH/sida financiado por el Fondo Mundial de lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria.

1. Análisis de planificación de compras 2009 de PRONASIDA

El cuadro de la página siguiente muestra la planificación de compras de ARVs de PRONASIDA para 2009. Se presentan las cantidades a comprar de cada medicamento y los precios de referencia de PRONASIDA (convertidos a dólares estadounidenses, a la tasa de cambio vigente a principios de 2009, de aproximadamente 5.000 Guaraníes/Dólar). Luego se agregan los precios de referencia internacional (utilizando los precios techo negociados por la Fundación Clinton, y agregando a ellos 15% para cubrir costos adicionales de nacionalización e impuestos). Finalmente, en el último bloque de columnas, se comparan los precios de referencia de Paraguay con los internacionales, calculándose:

- a) Factor de sobreprecio (cuantas veces mayores son los precios locales a los internacionales)
- b) Reducción total posible (en dólares estadounidenses)
- c) % de reducción posible

Observaciones principales:

- De los 14 ARVs en cuestión, 9 tienen posibilidad de reducción de precio drástica (promedio de 80%) e inmediata, pudiéndose reducir sus costos de US\$ 465.000 a solo US\$ 91.000 (reducción de US\$ 375.000). Tales precios de referencia locales son, en promedio, 5 veces mayores que los internacionales.
- Hay un medicamento cuyo precio local es 52 veces mayor al referente internacional, y otros dos cuyo factor de sobreprecio es 24.
- Los sobreprecios se observan aun para medicamentos de 1ra línea (como la Zidovudina/Lamivudina), de amplia disponibilidad y competencia a nivel internacional, y que –en teoría, en base a que existen por lo menos 5 proveedores registrados en Paraguay- también debería existir a nivel local.
- Los medicamentos sin posibilidad de reducción de precios inmediata son algunos ARVs de 2da ó 3ra línea, para los que por el momento no existen versiones genéricas elegibles.
- El costo total proyectado (incluyendo los ARVs sin reducción posible) podría reducirse inmediatamente en un 54% (o, visto de otra forma, podría comprarse más del doble de lo que hoy se compra con los mismos recursos). (Tabla 1).

³⁶ *Ibíd.*

Tabla 1: Análisis de posibles reducciones inmediatas en base a planificación de compras 2009 de PRONASIDA

ARV	Forma Farmaceutica	Cantidad (unidades)	Precio Referencia MS Paraguay (US\$)		Precio Referencia Internacional (US\$)		Nro Veces de Sobreprecio	Reducciones Posibles	
			Precio Unitario	Costo Total	Precio Unitario	Costo Total		Total (US\$)	%
Medicamentos CON posibilidad de reduccion inmediata									
Lamivudina 10mg/ml	jarabe	720	\$ 13.00	\$ 9,360	\$ 2.07	\$ 1,490	5	\$ (374,725)	-80%
Lamivudina 150mg	comprimidos	21,600	\$ 0.74	\$ 15,876	\$ 0.05	\$ 1,167	6	\$ (7,870)	-84%
Zidovudina 300 mg/Lamivudina 150 mg	comprimidos	36,000	\$ 1.41	\$ 50,760	\$ 0.18	\$ 6,624	14	\$ (14,709)	-93%
Estavudina 30mg	capsulas	21,600	\$ 0.96	\$ 20,801	\$ 0.04	\$ 869	8	\$ (44,136)	-87%
Didanosina 400mg	comprimidos	25,200	\$ 2.84	\$ 71,568	\$ 0.77	\$ 19,330	24	\$ (19,931)	-96%
Nevirapina 10mg/ml.	jarabe	720	\$ 110.00	\$ 79,200	\$ 2.10	\$ 1,515	4	\$ (52,238)	-73%
Nevirapina 200 mg	comprimidos	36,000	\$ 0.55	\$ 19,800	\$ 0.06	\$ 2,318	52	\$ (77,685)	-98%
Efavirenz 600mg	comprimidos	10,800	\$ 8.00	\$ 86,399	\$ 0.34	\$ 3,627	9	\$ (17,482)	-88%
Lopinavir/ritonavir 200/50mg	comprimido	144,000	\$ 0.78	\$ 111,888	\$ 0.37	\$ 53,986	24	\$ (82,772)	-96%
			\$ 465,652		\$ 90,927				
Medicamentos SIN posibilidad de reduccion inmediata									
Ritonavir 100mg	comprimido	54,000	\$ 1.83	\$ 98,658					
Lopinavir/ritonavir 80/20 mg	jarabe	240	\$ 56.11	\$ 13,467					
Raltegravir 400 mg.	comprimidos	3,600	\$ 13.33	\$ 48,000					
Etravirina 100 mg.	comprimidos tabletas	7,200	\$ 5.00	\$ 36,000					
Darunavir 300 mg.	recubiertas	7,200	\$ 5.00	\$ 36,000					
			\$ 232,125		\$ 232,125				
TOTAL			\$ 697,777		\$ 323,052		\$ (374,725)		-54%

2. Licitaciones realizadas (o en proceso de realización) por el Ministerio de Salud en 2009

El análisis es similar al del punto anterior, sólo que en este caso en lugar de tomarse las cantidades planificadas inicialmente para todo el año 2009, se toman las cantidades efectivamente licitadas.

Han habido dos licitaciones: la licitación 65/09 (recientemente adjudicada a principios de noviembre) y la licitación 34/09, actualmente en curso.

Nótese que de los 14 ARVs originalmente planificados, solo se han licitado efectivamente 7. Este trabajo no ha podido evaluar los motivos de tales cambios.

Observaciones:

En la licitación 65/09:

- 4 de los 5 productos licitados poseían potencial de reducción inmediata, de 87%, o US\$159.000 de reducción (\$18.000 incurridos contra \$23.000 que hubiera costado a precios internacionales).
- Los precios adjudicados para esos 4 medicamentos resultaron un promedio de 8 veces superiores a los de referencia internacional.

En la licitación 34/09 (en curso):

- 4 de los 6 productos tienen potencial de reducción de 65% ó \$122.000 de los \$187.000 de costo que se estima se incurrirá (tomando en cuenta los precios de referencia de la reciente licitación, principalmente).

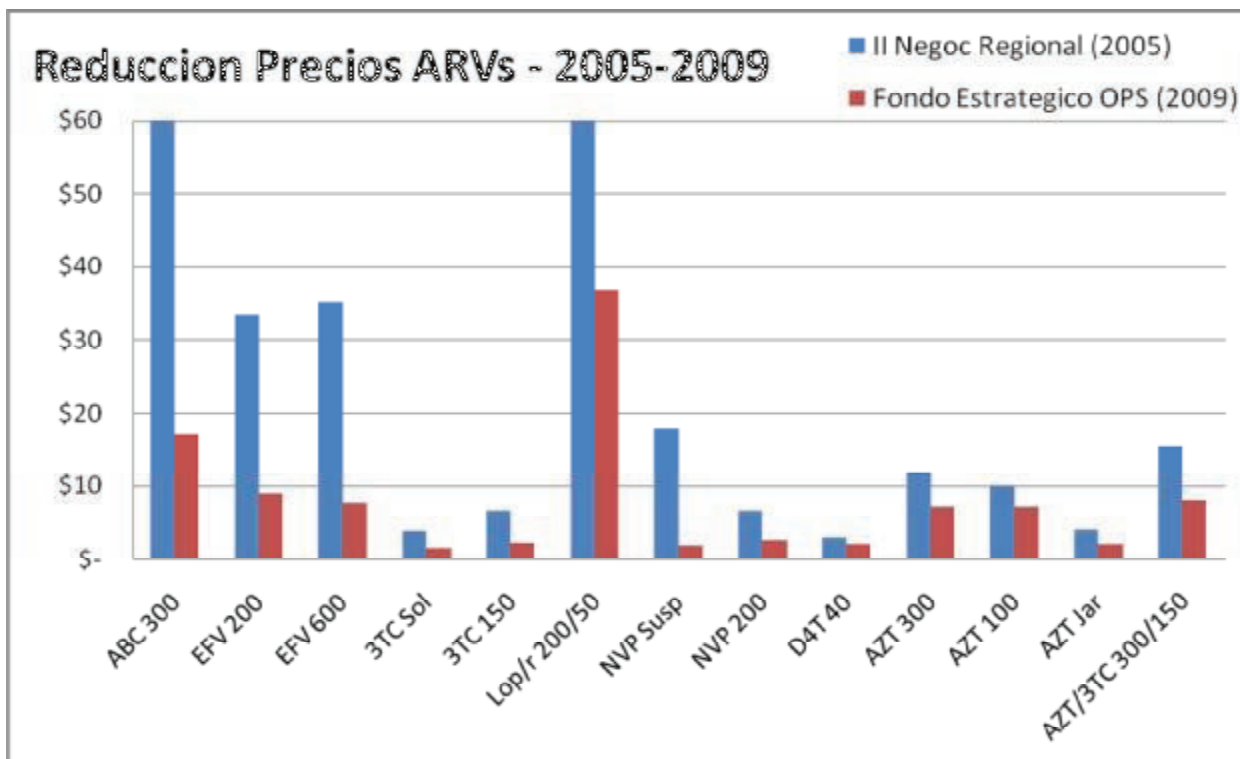
Tomando ambas licitaciones combinadas, el potencial de reducción resulta de 61%. Se podría haber reducido el costo de \$460.000 a \$180.000. O, puesto en otros términos, se podrían haber adquirido 2,5 veces más la cantidad de medicamentos adquiridos (Tabla 2).

Tabla 2: Análisis de posibles reducciones inmediatas en base a cantidades licitadas por el MSP y BS en 2009

ARV	Cantidad	Precios Adjudicados MS Paraguay (US\$)		Precios Referencial Internacional (US\$)		Factor de Sobre precio		Reducciones Posibles		
		Precio Unitario	Total	Precio Unitario	Total	Total (US\$)	%	Total (US\$)	%	
Licitacion 65/09 (Ya adjudicada)										
Reduccion Inmediata			\$ 181,836		\$ 23,080			8	\$ (158,756)	-87%
Zidovudina 300/Lamivudina 150	78000	\$ 1.34	\$ 104,520	\$ 0.18	\$ 14,352			7	\$ (90,168)	-86%
Nevirapina 200	78000	\$ 0.70	\$ 54,600	\$ 0.06	\$ 5,023			11	\$ (49,577)	-91%
Estavudina 30	12000	\$ 0.92	\$ 11,040	\$ 0.04	\$ 483			23	\$ (10,557)	-96%
Didanosina 400	4200	\$ 2.78	\$ 11,676	\$ 0.77	\$ 3,222			4	\$ (8,454)	-72%
Sin reduccion inmediata			\$ 45,864		\$ 45,864					
Ritonavir 100	21000	\$ 2.18	\$ 45,864							
TOTAL			\$ 227,700		\$ 68,944				\$ (158,756)	-70%
Licitacion 34/09 (En curso)										
Reduccion Inmediata			\$ 186,992		\$ 64,861			3	\$ (122,131)	-65%
Didanosina 400	6245	\$ 2.78	\$ 17,361	\$ 0.77	\$ 4,790			4	\$ (12,571)	-72%
Lopinavir/ritonavir 200/50	149878	\$ 0.90	\$ 134,590	\$ 0.37	\$ 56,189			2	\$ (78,401)	-58%
Estavudina 30	10800	\$ 0.92	\$ 9,936	\$ 0.04	\$ 435			23	\$ (9,501)	-96%
Zidovudina 300/Lamivudina 150	18735	\$ 1.34	\$ 25,105	\$ 0.18	\$ 3,447			7	\$ (21,658)	-86%
Sin reduccion inmediata			\$ 45,526		\$ 45,526					
Ritonavir 100	16861	\$ 1.83	\$ 30,805							
Lopinavir/ritonavir 80+20	250	\$ 58.88	\$ 14,721							
TOTAL			\$ 232,518		\$ 110,387				\$ (122,131)	-53%
TOTAL 2009 (ambas licitaciones)			\$ 460,218		\$ 179,331				\$ (280,887)	-61%

3. Análisis evolución histórica (2005-2009) de los precios de los ARVs

En el mercado global y regional, los precios de los ARVs han mostrado –en el periodo 2005-2009- una significativa reducción. El gráfico debajo compara los precios negociados por 11 países latinoamericanos en la 2da negociación regional que tuvo lugar en agosto de 2005 en Buenos Aires, con los precios negociados por el Fondo Estratégico de la OPS en 2009 para los países de Latinoamérica. La reducción promedio entre 2005 y 2009 es de 55%.



Contrariamente, en Paraguay los precios se han incrementado, mayoritariamente, en el mismo periodo. La tabla de abajo compara la evolución de los precios para los 6 ARVs que PRONASIDA y el Ministerio de Salud compraron en ambos años (2005 y 2009). Cuatro de estos seis medicamentos (incluyendo los tres de primera línea de alta disponibilidad y competencia en el mercado internacional) incrementaron sus precios en un promedio de 51%. Los otros dos los redujeron en 71% (de acuerdo a la política de la empresa innovadora en cuestión de mantener escalas de precios específicas para esos dos medicamentos). En promedio para los seis medicamentos, el precio subió un 11% (Tabla 3).

Tabla 3: Promedio de incremento de precios de seis ARV en periodo 2005 – 2009:

	Precios Paraguay		% Variacion
	2005	2009	
Nevirapina 200	\$ 0.57	\$ 0.70	23%
Stavudina 30	\$ 0.79	\$ 0.92	16%
Zidovudina/Lamivudina 300/150	\$ 0.79	\$ 1.34	69%
Ritonavir 100	\$ 1.10	\$ 2.18	98%
<i>Variacion Promedio precios que subieron</i>			51%
Lopinavir/Ritonavir 200/50	\$ 3.12	\$ 0.90	-71%
Lopinavir/Ritonavir jarabe	\$ 200.89	\$ 58.88	-71%
<i>Variacion Promedio precios que bajaron</i>			-71%
Variacion Promedio General			11%

4. Análisis de precios del CIRD

Los precios a los que accede el CIRD –a través de compras por agente internacional en general- están bastante más alineados con los precios de referencia internacional, y son significativamente menores (con comparación MS-CIRD de dos medicamentos) a los que paga el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. La tabla resume el análisis de precios del CIRD y oportunidades de reducción (Tabla 4).

El CIRD compró en 2009 a través de 3 metodologías/intermediarios:

a. Fondo Estratégico de OPS: compras internacionales de productos genéricos precalificados por OMS. Los precios resultaron incluso menores que los tomados como referencias competitivas internacionales (Fundación Clinton). No hay, en consecuencia, posibilidades de reducciones adicionales para estos productos, pues sus precios ya son óptimos.

b. IDA: son compras internacionales, pero en este caso en particular los productos adquiridos fueron de empresas innovadoras (no genéricos). Es necesario aclarar que IDA generalmente accede a medicamentos genéricos (de hecho ha podido hacerlo para otros medicamentos, como aquellos para infecciones oportunistas). Estos precios pueden hoy optimizarse a través de la compra (en por lo menos dos de los tres medicamentos en cuestión) de versiones genéricas precalificadas por OMS. A pesar que los precios pagados no son hoy los más bajos, se evitó por lo menos en esa compra internacional el sobreprecio cargado por los intermediarios nacionales en las licitaciones públicas.

c. Index: esta fue una compra local, pero sin efecto exacerbado en el precio del medicamento, dado que para este producto (Lopinavir/ritonavir pediátrico) la empresa fabricante suele imponer el precio final al intermediario local, para asegurar consistencia (nuevamente, sólo para este medicamento; no así en otros medicamentos o pruebas de laboratorio de la misma empresa) de precios en los distintos países.

Para los dos medicamentos que tanto CIRD como el Ministerio de Salud planificaron comprar (Lopinavir/Ritonavir 200/50, y Efavirenz 600), los precios de referencia del Ministerio de Salud fueron 2,5 y 30 veces mayores, respectivamente, que los del CIRD (Tabla 5).

Tabla 4: Comparación de precios CIRD (2009) con precios de referencias internacionales:

ARV	Presentacion	Cantidad	Compras CIRD (US\$)				Precio Referencia Internacional (US\$)		Fac Sol pre
			Precio Unitario	Total	Proveedor	FABRICANTE	Precio Unitario	Total	
Ritonavir/Lopinavir 50/200 mg	BTL x 120 comp	1.200 bot	\$ 0.36	\$ 51,744	OPS	Matrix (India)	\$ 0.37	\$ 53,986	
Efavirenz 600 mg	BTL x 30 comp	1.217 bot	\$ 0.27	\$ 9,814	OPS	Rambaxy (India)	\$ 0.34	\$ 12,260	
Zidovudina jarabe 50 mg/5 ml	Frasco x 240 ml	120 frascos	\$ 2.41	\$ 289	OPS	CIPLA (India)	\$ 2.46	\$ 295	
Tenofovir 300 mg	Caja x 30 comp	365 cajas	\$ 1.29	\$ 14,133	IDA	Gilead	\$ 0.32	\$ 3,463	
Tenofovir/ Entricitabina 300/200 mg	Caja x 30 comp	1.217 cajas	\$ 1.92	\$ 69,997	IDA	Gilead	\$ 0.48	\$ 17,508	
Nelfinavir 250 mg	Frasco x 270 comp	205 frascos	\$ 0.77	\$ 42,790	IDA	Roche Fama		\$ 42,790	
Lopinavir/Ritonavir 80/20 mg/ml	Kaletra	240 frascos x 160 ml	\$ 57.45	\$ 13,787	INDEX	Abbott		\$ 13,787	
Total				\$ 202,554				\$ 144,090	

Tabla 5: Comparación precios MSP y BS y CIRD:

ARV	CIRD (a través de OPS)	MS (mercado local)	Factor Sobreprecio MS/CIRD
Ritonavir/Lopinavir 50/200 mg	\$ 0.36	\$ 0.90	2.5
Efavirenz 600 mg	\$ 0.27	\$ 8.00	30

Análisis de compras y precios de pruebas de laboratorio: CD4 y Carga Viral

Respecto de los precios de las pruebas de Carga Viral y CD4, la comparación es más difícil dado que no sólo se proveen reactivos y consumibles, sino que además hay que considerar el tipo de contrato del equipo (comodato o compra), términos de mantenimiento y servicio, entrenamiento, etc. Lamentablemente durante la evaluación no se disponibilizaron los contratos respectivos para poder analizarlos. Sin embargo, en base a la información de precios obtenida, se pueden hacer las siguientes observaciones:

- a. Al igual que para los ARVs (aunque en menor escala), los precios de pruebas de CD4 y Carga Viral en Paraguay son superiores a los de otros países de la región que han hecho una gestión estratégica de compras (basada en optimización de la planificación y promoción de la competencia) para reducir efectivamente los precios.

En la Tabla 6 se compara precios que se han observado en otros países de la región, tras gestiones de este tipo, con los actualmente observados en Paraguay.

Tabla 6: Comparación de precios con otros países de América Latina:

Costo/ prueba (US\$)	Referencias competitivas Latinoamérica	Factor Sobrepeso	
		Paraguay	
CD4	5 a 15	29	2 a 6 veces
CV	30 a 40	94	~ 3 veces

- b. A pesar del aumento del volumen de pruebas realizadas durante los últimos años, los precios se han mantenido o en casos aumentado. Un aumento de 10 veces del volumen de uso de la Carga Viral en el sector público fue acompañado por un incremento (en lugar de una reducción) del precio de 15% (Tabla 7). Un aumento de 24 veces de la cantidad de pruebas de CD4 compradas resultó en una reducción de precio de sólo 6% (Tabla 8).

Tabla 7: Incremento % de cantidad y precio de C.

CV	Cantidad total comprada (MS + CIRD)	Precio MS Paraguay
2005	500	82
2009	4764	94
Factor Variación	x10	+15%

Tabla 8: Aumento pruebas CD4 y disminución del precio de la prueba:

CD4	Cantidad total comprada (MS + CIRD)	Precio MS Paraguay
2005	200	31
2009	4700	29
Factor Variación	x24	-6%

Síntesis

Tras todos estos análisis, resumimos a continuación la dinámica observada de los precios de los insumos para tratamiento y diagnóstico de VIH en los últimos años (2005-2009) en Paraguay:

ARVs

- Los precios de los ARVs en Paraguay son altísimos (2 a más de 50 veces superiores), comparados con las referencias de precios competitivos internacionales, a los que un gran número de países de la región ya accede.
- Tomando las cantidades y precios estimados para las compras del MSPyBS de los últimos meses, las reducciones posibles inmediatas superan el 60%.
- El CIRD compra algunos de los mismos medicamentos que el Ministerio, pero –utilizando mecanismos de compra internacional- logra en casos precios 60% a 90% inferiores. Para otros productos, el CIRD tiene un potencial de reducciones adicionales a través de la compra de genéricos precalificados por OMS, de precios inferiores a los que en 2009 obtuvo de empresas innovadoras.
- A diferencia de la tendencia regional de disminución de índices de precios de ARVs (reducción promedio de 55% de acuerdo al análisis presentado) en Paraguay los precios han aumentado en un promedio de 11% en el mismo periodo (promedio calculado en base al grupo de medicamentos que el Ministerio de Salud compro en ambos años).

Pruebas de CD4 y Carga Viral

- Los precios en Paraguay son de 2 a 6 veces mayores que los observados en otros países latinoamericanos que han realizado una gestión estratégica de planificación, negociación y compra competitiva para reducir precios.
- A pesar del dramático aumento del volumen de compra de estas pruebas para uso en el sector público (10 a 24 veces desde 2005), los precios por prueba que paga el MSPyBS no han disminuido significativamente (sólo 6% para el CD4) o han aumentado (15% para la Carga Viral)

¿Por qué los precios son tanto más altos en Paraguay?

Las siguientes causas se identifican como responsables principales de los sobreprecios:

a. Ausencia de estrategia y gestión para la reducción de precios en el periodo 2005-2008

Con excepción de esfuerzos recientes como la firma del Memorando de Entendimiento con la Fundación Clinton (para obtener acceso a los precios que tal Fundación negocia) o el paso de la gestión de compras a la Dirección de Gestión de Insumos Estratégicos de OPS (con la intención – según se entendió durante la evaluación- de hacer una gestión más estratégica y centralizada de estas compras), no se ve durante el periodo 2005-2009 el diseño e implementación de una estrategia de reducción de precios sistemática y adecuada a la situación específica del mercado

paraguay y los objetivos de aumento de cobertura, tendiente a promover la competencia o abrir nuevas fuentes de provisión (internacionales, por ejemplo) para reducir gradualmente los precios de estos insumos. A la luz de los resultados (precios varias veces superiores a las referencias internacionales, y que –en casos- incluso han aumentado a pesar del incremento de consumo) no se evidencia que en el periodo 2005-2008 haya habido un esfuerzo sólido y efectivo de gestión para la reducción de precios. Esto contrasta significativamente con las reducciones que han logrado gestionar la mayoría de los países de la región, con dificultades de mercado similares. Intervenciones de este tipo son fundamentalmente necesarias en mercados altamente imperfectos, con restricciones de competencia, cuando se quieren alcanzar objetivos de cobertura de servicios de salud pública con recursos limitados.

b. Limitada competencia real de oferentes

Al respecto, se ha observado lo siguiente:

- A pesar de que existen o han existido en el mercado más de un (en casos hasta 5 o más) posible proveedor de medicamentos y pruebas específicas, los siguientes hallazgos son evidencia de las restricciones en la competencia real:
 - En la última licitación de pruebas de laboratorio del MSPyBS (43/09):
 - 12 de 17 productos licitados (70%) tuvieron un sólo oferente. Sólo 20% de los productos tuvieron más de 2 oferentes.
 - 12 de 17 productos licitados (y 76% del monto total adjudicado) lo recibió una sola empresa (INDEX, representando productos de Laboratorios Abbott). Otras 3 empresas recibieron el 24% restante.
 - En la última licitación de ARVs del MSPyBS (licitación 65/09), de acuerdo al acta de la subasta a la baja electrónica obtenida del MSPyBS, de los 7 ARVs licitados:
 - 2 quedaron desiertos por falta de ofertas
 - 4 tuvieron un oferente cada uno, y uno solo tuvo 2 oferentes
 - Uno de estos medicamentos (combinación Zidovudina/Lamivudina) tuvo un solo oferente, a pesar de haber 5 proveedores con registro sanitario para ese producto aprobado en Paraguay.
 - Finalmente, una empresa (MEDICINE) fue adjudicada con cuatro medicamentos y otra (INDEX) con uno.

c. Condiciones de licitaciones que reducen la competencia

Ejemplos:

- Requerimientos de plazos de entrega muy cortos: la producción y provisión de medicamentos de las empresas internacionales capaces de ofrecer los mejores precios disponibles en el mercado requieren normalmente –a menos que tengan el producto en stock- entre 8 y 16 semanas. Requerimientos en los pliegos licitatorios tales como la entrega del 30% de los productos en un plazo de 30 días restringe la posibilidad de que empresas de este tipo puedan ofrecer sus productos a bajos precios efectivamente, limitando así la competencia.

- Requerimiento de validación previa de pruebas: este es un requisito importante y necesario, para asegurar la calidad e idoneidad de las pruebas dada la inexistencia en Paraguay de un proceso de registro de tecnologías de laboratorio similar al que existe para medicamentos. Sin embargo, a fines de evitar que este requerimiento limite la competencia, debe ir acompañado de un esfuerzo del agente relevante (MSPyBS, PRONASIDA, Laboratorio Nacional u otro) para incentivar y lograr la validación de otras pruebas que permitan incrementar el número de oferentes habilitados. Este proceso lleva tiempo (obtención de muestras, proceso de validación y demás), por tanto para ser efectivo debe ser planificado y ejecutado con antelación a la licitación y con los recursos necesarios.
- La selección previa de equipamiento determina reactivos a utilizar: seleccionada cierta tecnología específica de un proveedor específico (de carga viral, CD4, resistencia, etc.) en la gran mayoría de los casos queda determinada también el reactivo (tipo y productor) que se necesita. Por lo cual, para evitar limitar la competencia, la licitación en este caso tiene que ser por el servicio completo (equipo, mantenimiento, entrenamiento, reactivos, consumibles y otros) y no sólo por los reactivos.

d. La licitación no es la metodología adecuada para productos con un solo oferente

Una metodología idónea para mercados competitivos no es la estrategia adecuada para optimizar precios cuando hay un sólo oferente posible. En tal sentido, debería elegirse alguna de las siguientes (u otras potenciales) alternativas:

- Aplicación de otra metodología de compra/negociación (negociación directa, licitación internacional, compra a través de agente de compra internacional) o de contratación (compras de menor o mayor plazo, compras centralizadas) que aumente el número de oferentes o mejore la capacidad negociadora del Ministerio.
- Exploración de productos sustitutos de mayor disponibilidad/ofertantes o más costo-efectivos.

e. Precios de referencia inadecuados

Al respecto, se ha observado lo siguiente:

- Los precios de referencia utilizados actualmente en las licitaciones (por modalidad de subasta a la baja electrónica u otra) están solamente basados en el último precio de compra, perpetuando –ante la realidad de la escasa competencia- tales precios en el mercado y perdiendo la oportunidad de actuar más incisivamente como una herramienta de inducción a la reducción de precios. Otros países han logrado utilizar efectivamente los precios de referencia para inducir tales caídas al combinar en su determinación no sólo los precios históricos del mercado local sino además referencias internacionales a las que el país tendría acceso de optar por una modalidad de compra diferente a la actualmente utilizada (compras internacionales, por ejemplo).
- De acuerdo a lo mencionado por la Dirección de Gestión de Insumos Estratégicos, existen también (para otros medicamentos, no los ARVs) precios de referencia inadecuadamente bajos (resultado de la existencia en el mercado de productos de inadecuada calidad en el

pasado) que –en casos- producen que ciertas licitaciones queden desiertas por la falta de oferentes capaces de o interesados en ofertar a tales bajos precios.

Cómo reducir los precios

A continuación, se presentan algunas recomendaciones para una estrategia combinada de gestión de reducción de precios:

1) Compras internacionales

El acceso a los precios de referencia internacional se puede lograr rápida y fácilmente cambiando la metodología de compra actual (licitación nacional) hacia la compra a través de un agente de compra internacional. Existen varias posibilidades al respecto. El Fondo Estratégico de la OPS es una, permitiendo acceso inmediato a precios pre-negociados para la región por dicho mecanismo - así como a aquellos negociados por la Fundación Clinton- y asegurando la calidad de los productos al adquirir solo ARVs precalificados por la OMS. Existen también otros agentes internacionales (Unicef, IDA, entre otros) que pueden obtener precios competitivos internacionalmente.

2) Diseñar una estrategia de reducción de precios de insumos de laboratorio

Esta debe incluir:

- a. Un relevamiento de contratos actuales, para entender términos específicos y duración.
- b. Una exploración y revisión de precios de referencia meta a los que se debe aspirar (a ser usados además como información para mejorar capacidad negociadora y condiciones).
- c. Un análisis de alternativas tecnológicas (marcas/equipos alternativos para CD4, Carga Viral, prueba de Resistencia, etc.) que pueden ser disponibilizadas (a través de sus fabricantes) en el país. Esto incluye una exploración de alternativas de provisión locales e internacionales, y condiciones necesarias para viabilizar la disponibilidad de cada una de ellas en el mercado local.
- d. Un proceso proactivo de validación de insumos y tecnologías de laboratorio, donde el organismo relevante gestiona activamente el esfuerzo de obtener muestras de productos más costo-efectivos y realiza las pruebas correspondientes a efectos de determinar si son acordes a los estándares técnicos y requisitos de calidad necesarios en Paraguay.
- e. Una planificación de necesidades (cantidades, fondos, fechas) con apoyo analítico y de información sólida, y con la anticipación necesaria que permita:
 - Asegurar y programar los fondos con la debida antelación
 - Comenzar los procesos de análisis de alternativas y negociación con los tiempos necesarios para acceder a las mejores condiciones disponibles (a la vez que evitar compras de emergencia en condiciones sub-óptimas)

- f. Una proyección de necesidades multianuales, que permitan mejorar decisiones sobre adopción tecnológica tomando en cuenta no solo necesidades presentes sino además requerimientos futuros, y mejorar capacidad negociadora en función de visión de volúmenes futuros mayores.

3) Anticipación de la planificación y realización de los procesos de compra

Como mencionamos, con frecuencia el requerimiento de cortos tiempos de entrega deviene en una restricción de las opciones de provisión que resulta en no poder acceder a los precios más competitivos disponibles en el mercado. Se debe asegurar entonces que los procesos de compra y la disponibilización de fondos suceden con anticipación suficiente para permitir holgados plazos para la ejecución completa del proceso de adquisición. En la determinación del periodo de antelación necesario, deben considerarse, como mínimo, los siguientes tiempos:

- a. Tiempo para hacer la proyección de necesidades para el periodo a cubrir, tomando en cuenta consumo esperado, existencias actuales, posibles expiraciones y contribuciones de los otros proveedores de medicamentos (CIRD y Brasil)
- b. Tiempo de preparación del proceso de compra (gestión con el agente internacional de compra, o elaboración y aprobación de pliegos licitatorios, u otros)
- c. Tiempo de gestión para liberación interna de partida presupuestaria asociada a la compra (que en algunos casos puede requerir pago anticipado).
- d. Tiempo para obtención de ofertas (en el caso de licitaciones, negociación directa u otras)
- e. Tiempo para disponibilización de productos o equipos por parte del fabricante (esto debe incluir tiempo de fabricación más tiempo de transporte). Para productos importados, se recomienda planificarse un mínimo de 4 meses de tiempo de fabricación.
- f. Tiempo para desaduanaje (para productos importados)
- g. Tiempo para control de calidad
- h. Tiempo para distribución interna a usuarios finales (centros de atención, laboratorios y demás).

4) Investigar en mayor detalle causas adicionales que restringen la competencia a nivel local

Para algunos insumos (ARVs, principalmente) los problemas de sobreprecio podrán resolverse inmediatamente a través del inicio de las compras a través de un agente internacional. Para otros, sin embargo, se deberá continuar comprando en el mercado local.

Muchas de las recomendaciones arriba mencionadas –planificación anticipada para plena disponibilidad de tiempo para los procesos de compra, esfuerzo de gestión proactivo para validación previa de opciones de laboratorio más costo-efectivas- ayudaran a mejorar el nivel de competencia. Pero posiblemente no serán suficientes si existen causas adicionales (estructurales de mercado, restricciones adicionales de los términos licitatorios, gestión del proceso de compra) que en el breve espacio de esta evaluación no pudieron ser identificadas.

Se recomienda entonces profundizar el análisis de factores que restringen actualmente la competencia, para plantear intervenciones en el mercado o modificaciones en el proceso y metodología de compra para tratar de eliminar el efecto de tales factores.

Una vía rápida a este fin es entrevistar a aquellos potenciales proveedores alternativos indagando cuáles ven como condiciones de la gestión de compras que crean restricciones en la oferta, para sus productos o posibilidad de proveer. Entre otros, tal consulta podría ser dirigida a:

- Proveedores de insumos y tecnologías de laboratorio alternativas a las actuales
- Proveedores con ARVs registrados en Paraguay pero que no se han presentado a las últimas licitaciones públicas (la Dirección de Vigilancia Sanitaria tiene disponible el listado de proveedores de ARVs registrados)
- Productores internacionales, con ARVs precalificados por OMS, tanto innovadores como genéricos, cuyos productos hoy no están siendo ofrecidos (o están sólo participando mínimamente) en las licitaciones públicas locales.

Entender estas posibles restricciones desde el punto de vista de quienes están en condiciones de ofrecer los productos, creando mayor competencia e induciendo –en consecuencia- a la caída de precios, permitirá a la Dirección de Gestión de Insumos Estratégicos entender cómo optimizar la gestión y metodología de compras para incrementar el nivel de competencia en el mercado local y lograr las reducciones de precios necesarias.

5) Adecuación de la metodología de generación de ofertas y negociación a la naturaleza y cantidad de oferentes disponibles para cada producto

Se ha visto que se está utilizando la metodología de licitación (a través de la modalidad de subasta a la baja electrónica u otras) aun para productos que presentan un solo oferente, y con precios de referencia que solo reflejan los precios históricos. En estos casos, esta metodología no provee grandes incentivos (frecuentemente ninguno) ni induce a la baja de precios (no hay competencia para que haya puja de precios, y los precios de referencia históricos perpetúan esos mismos niveles de precios, en vez de inducir a la baja).

Por tal motivo, se recomienda revisar y adecuar las metodologías de generación de competencia y ofertas y de negociación para utilizar la más efectiva de acuerdo a la situación particular de cada medicamento o insumo o tecnología de laboratorio a adquirir. Esto incluye también –para los casos en que se utilice precio de referencia - repensar el sistema de determinación y utilización de tal parámetro como parte del ejercicio de negociación (posible inclusión de parámetros de precios internacionales en la fórmula de cálculo del precio de referencia).

ii) Planificación

En la gestión de compras, contar con una adecuada planificación (selección de insumos, cuantificación, financiamiento, calendarios programados con plena anticipación y demás) se torna fundamental para:

- Optimizar las posibilidades de acceder a mejores precios (como se explicó en la sección anterior), asegurando plena disponibilidad de tiempo así como de información para ampliar posibilidades de provisión y mejorar la capacidad negociadora.
- Asegurar disponibilidad de cantidades adecuadas de productos adecuados y costo-efectivos en los tiempos y lugares necesarios.
- Optimizar la asignación y administración de recursos, de forma de evitar desabastecimientos, expiraciones e –igualmente importante, en un contexto de recursos financieros limitados- la inmovilización de capital por encima de los parámetros cuantitativos razonables.
- Asegurar disponibilidad financiera en el corto y largo plazo (en tal sentido, el sistema de planificación debe poder generar programaciones anuales, reprogramaciones periódicas – cuando necesario- y proyecciones de necesidades de largo plazo como instrumento para toma de decisiones terapéuticas, programáticas y políticas, así como instrumento de gestión para garantizar financiamiento futuro adecuado).

Una evaluación sólida debería mínimamente abordar:

- El funcionamiento del sistema de planificación (asignación y sistematización de tareas y responsabilidades, diagrama de flujo de información, calendarios y ciclos utilizados, práctica de monitoreo y evaluación, entre otros).
- Los recursos humanos relacionados (perfiles, capacitación, otros).
- Las estructuras de responsabilidad y coordinación entre agencias involucradas.
- Las herramientas disponibles para tareas de cuantificación, proyección, monitoreo y evaluación, entre otras.
- La incidencia de casos de desabastecimiento, expiraciones, exceso de capital inmovilizado, otros.

En el marco de esta evaluación, la gestión de planificación del periodo 2005-2009 no se pudo evaluar en todos los aspectos mencionados con la profundidad necesaria por los siguientes motivos:

- Restricciones en el tiempo disponible para entrevistas a actores relevantes.
- Restricción en el acceso a información. Al respecto, no se pudieron obtener las siguientes informaciones requeridas:
 - Cantidad de pacientes por esquema ARV en cada uno de los años entre 2005 y 2009 (información básica necesaria para determinar la idoneidad de la práctica de cuantificación, al permitir el análisis de consistencia entre necesidades y medicamentos comprados). Solo se obtuvo esta información para el año 2009.

- Cantidad de ARVs donados o a donar por el gobierno de Brasil en 2009 (fundamental para analizar la consistencia y coordinación entre necesidades, compras y cantidades donadas; así como para determinar la cobertura porcentual del tratamiento –en nro. de pacientes y en costo- por fuente de origen de fondos).
- Registro/memoria de ejercicio de cuantificación de ARVs para los años 2005-2009; básicamente, un documento mostrando la metodología y los datos de entrada –existencias en inventario al momento de realizarse la cuantificación, pacientes en tratamiento por esquema y pacientes nuevos que se esperaba incorporar, medicamentos nuevos que se planeaba introducir- utilizados para la cuantificación realizada en cada ejercicio. Esto es fundamental para analizar la consistencia entre necesidades, existencias y compras, así como la coherencia del sistema de cuantificación utilizado a lo largo de los años.

Por lo explicado, **en esta evaluación no se ha podido determinar rigurosamente la idoneidad de las prácticas de cuantificación de medicamentos e insumos de laboratorio. Se recomienda un estudio complementario más detallado a tal fin.**

Hechas estas salvedades sobre las limitaciones de esta evaluación, se realizan las siguientes observaciones:

1) *Discrepancias entre información de cobertura de donación de ARVs de Brasil*

De acuerdo a lo compartido verbalmente por PRONASIDA durante las entrevistas, la donación de medicamentos de Brasil cubre actualmente alrededor de 1,000 pacientes.

Sin embargo, de acuerdo a la documentación de cantidades donadas en 2008 (no se proveyó información para 2009), las cantidades de medicamentos provistos (Tabla 9) parecen suficientes para cubrir un mínimo de 1,600 a 1,800 pacientes (que representan 75 a 85% de los aproximadamente 2,100 pacientes en terapia ARV (TARV) en noviembre de 2009, y un porcentaje mayor de aquellos en terapia en 2008, cuando estos medicamentos fueron teóricamente donados).

De ser esto así, este dato plantea una dependencia actual del financiamiento externo mucho mayor de lo que se cree, pues no es la mitad sino la gran mayoría (nuevamente, por lo menos 75-85%) de los pacientes en TARV que dependen hoy de esta donación y no de fondos del gobierno.

Tabla 9: Medicamentos donados por Brasil en 2008, y cálculo de cantidad de pacientes que alcanzan a cubrir por el período de un año:

Medicamentos	Presentación	Unidad	Unid/ Paciente /Año	Pacientes Año	Consolidado por funcion ARV	Pacientes - Año equivalentes
Estavudina 30mg.	Cápsula	222,240	730	304	Estavudina o Zidovudina (Nucleosido 1)	1,829
Estavudina Sol. Oral (*)	Frascos	148	72	2		
Zidovudina 100mg.	Cápsula	122,040	730	167		
Zidovudina Sol. Oral (*)	Frascos	1,200	36	33	Lamivudina (Nucleosido 2)	1,682
Zidovudina Inyectable	Frascos/Ampolla	600	?	?		
Zidovudina 300mg. + Lamivudina 150mg	Comprimidos	965,160	730	1,322		
Lamivudina 150mg.	Comprimidos	243,720	730	334	Nevirapina o Indinavir (No Nucleosido o IP)	1,590
Lamivudina Sol. Oral (*)	Frascos	920	36	26		
Nevirapina 200mg.	Comprimidos	944,640	730	1,294		
Indinavir 400mg.	Cápsula	432,000	1,460	296		

(*) Para calcular numero de pacientes cubiertos por presentaciones pediátricas se asumió: a) dosis anual necesaria para un niño de 10kg, y b) el caso mas conservador, de tamaño de frascos de 100ml

2) Discrepancias entre compras y utilización de reactivos de CD4 y Carga Viral

La tabla 10 compara la cantidad de pruebas de CD4 y Carga Viral realizadas en 2008 y 2009 (hasta agosto) con las cantidades totales de pruebas compradas por el conjunto de PRONASIDA, el MSPyBS y el CIRDA (teniendo todas las pruebas el mismo destino de tratamiento y diagnóstico público del VIH y el sida). Las cantidades compradas resultan 2,4 a 2,8 veces mayores que la cantidad utilizada. Aun a sabiendas de que la cantidad final utilizada será un poco mayor dado que habrá que agregar el consumo los últimos 4 meses (septiembre a diciembre de 2009) del periodo de 24 meses en cuestión (2008-2009), la diferencia entre lo comprado y lo utilizado es aún tan grande que amerita revisar los parámetros de cuantificación de compras.

Tabla 10: Cantidad de pruebas CD4 utilizadas vs. compradas:

	Utilizadas	Compradas	Compradas/ Utilizadas
CD4	3350	9240	2.8
Carga Viral	3667	8742	2.4

3) Discrepancias entre necesidad teórica de reactivos de laboratorio y utilización

De acuerdo a la cantidad de pacientes en TARV (aproximadamente 2.100 a noviembre de 2009) y en seguimiento pero sin TARV (1.000 a 2.000, según estimación compartida verbalmente por PRONASIDA), y tomando en cuenta la recomendación de las Normas Nacionales de Tratamiento Antirretroviral 2009-2010 (2 a 3 pruebas de CV y CD4 por año para pacientes en TARV, y 2 para pacientes en seguimiento sin TARV), la siguiente la Tabla 11 estima el rango de cantidad de pruebas que deberían esperarse realizar en 2009³⁷:

Tabla 11: Cantidad de pruebas CD4 y CV estimadas a realizar en 2009:

	Media 2009	Pruebas/pac por año	Total Pruebas 2009
Pacientes en TARV	1900	2 a 3	3800 a 5700
Pacientes en seguimiento (pero sin TARV)	1000-2000	2	2000 a 4000
Total			5800 a 9700

Sin embargo, de acuerdo a información presentada por PRONASIDA, las pruebas realizadas a agosto de 2009 han sido:

CD4: 1183

CV: 1392

Si ajustamos la proyección teórica del cuadro anterior para calcular el número de pruebas necesarias de enero a agosto 2009 (tomando en cuenta también que la media de pacientes en TARV será menor en ese periodo, estimando una media mínima de 1.750 pacientes), las cantidades teóricas necesarias para ese período resultan de 3.700 a 5.200.

³⁷ Estas son cantidades mínimas necesarias, dado que no estamos tomando en cuenta otros usos posibles tales como pruebas de Carga Viral necesarias para diagnóstico de niños expuestos (nacidos de madres infectadas), entre otros

Por lo cual, las pruebas efectivamente realizadas resultan solo una pequeña fracción de las teóricamente necesarias:

CD4: 1183 de 3700-5200 = 23-32%

CV: 1392 de 3700-5200 = 27-38%

Conclusión: vemos una gran diferencia entre la necesidad teórica de pruebas de CD4 y CV y las pruebas efectivamente realizadas. Esto indica que no se da en la realidad el acceso a las pruebas como debería ocurrir de acuerdo a las normas nacionales. No sabemos cuál es la causa, pero normalmente puede ser resultado de:

- Falta de disponibilidad de reactivos (no parece ser el caso)
- Problemas con los equipos (puede contribuir al problema, dado que se ha confirmado interrupción del servicio de pruebas por indisponibilidad o mal funcionamiento de los equipos)
- Limitada disponibilidad de sistema de transporte logístico de muestras (parece también existir este problema, dada que algunos de los SAIs visitados reconocen que esta logística de envío de muestras no está completamente disponible). La alternativa –que el paciente acuda al laboratorio central- resulta inaccesible para muchos pacientes dado el costo del transporte y la necesidad de ausentarse del trabajo.
- Falta de adherencia de los médicos a las recomendaciones, resultando en la no prescripción de la prueba con la frecuencia necesaria (esto apuntaría a un problema de capacitación o de incentivos).

4) Necesidad de capacitación en gestión de insumos para atención integral del VIH y el sida a la Dirección de Gestión de Insumos Estratégicos

La experiencia en gestión de estos insumos (que incluye planificación, cuantificación, proyección y compra, entre otros) reside principalmente en el PRONASIDA. En función de la misión de gestión estratégica (no sólo compra) de insumos de la Dirección de Gestión de Insumos Estratégicos del Ministerio de Salud, la directora de tal Dirección ha expresado la necesidad de obtener capacitación adicional en la gestión de estos insumos específicos, que tienen características particulares en aspectos de cuantificación, oferta/mercado, calidad, etc. Esta capacitación se ve como fundamental si se espera que tal unidad pueda cumplir efectivamente la misión de reducción de precios (entre otras) para la cual fue instituida.

5) Limitada práctica de proyección y evaluación de implicaciones a largo plazo (sobre necesidad de recursos) en la adopción de normas terapéuticas o políticas

Durante período de la evaluación, identificamos por lo menos tres decisiones realizadas en el último año, de gran importancia, valor y necesidad desde el prioritario punto de ofrecer acceso a medicamentos y servicios necesarios para las PVVS, pero que no fueron acompañadas por el

necesario análisis de recursos financieros que se deben identificar y asegurar en los años siguientes (justamente comenzando a trabajar ahora, con anticipación) para garantizar que tal acceso será real y sostenido. Siguen aquí los tres casos hallados:

- **Medicamentos de 3ra línea:** en 2009 se han incorporado a las Normas Nacionales cuatro medicamentos de 3ra línea o rescate: Etravirina y Darunavir (ya disponibles en el país) y Raltegravir y Maraviroc (a ser disponibilizados en los próximos meses). La disponibilización de terapias de rescate es una necesidad vital para pacientes que han fallado ya a opciones de 1ra y 2da línea. Por lo cual la incorporación de estos medicamentos (o por lo menos algunos de ellos) resulta necesaria. Sin embargo, dado su altísimo costo (tratamientos que superan los US\$ 20.000 por paciente por año) una estimación detallada de posible evolución anual (para los próximos años) de consumo es fundamental para entender necesidades financieras asociadas para garantizar una sostenida disponibilidad de estos medicamentos a medida que se les prescriben a más pacientes y crece significativamente el costo total. Tal proyección es la base de un trabajo de planificación financiera anticipada, necesaria para activar los procesos de negociación política presupuestaria para garantizar la asignación de los fondos correspondientes.

Para poner esto en perspectiva dimensional, los siguientes números nos ayudan:

- Costo de tratamiento anual con Etravirina + Raltegravir + Darunavir para un solo paciente: US\$24.000 (*fuentes: precios de referencia en planificación 2009 de PRONASIDA*)
- Asignación presupuestaria 2009 para insumos para PRONASIDA (rubro 350): aprox. US\$ 271.000
- De aquí se ve que **el costo de un sólo tratamiento anual –para una sola persona– representa 9% de la asignación presupuestaria para todos los insumos de atención integral de VIH y el sida originalmente aprobada** (rubro 350 PRONASIDA).

Dada la magnitud relativa de estos costos, consideramos fundamentales estos ejercicios de análisis y planificación financiera anticipada para justamente gestionar y garantizar la disponibilidad de fondos futuros para ofrecer sostenidamente el acceso a estos tratamientos.

- **Cambio de criterio de inicio de terapia a valor de 350 de CD4**

Este cambio (valioso como estrategia para captar pacientes en etapa más temprana de la progresión de la infección y reducir las chances de deterioro de salud –y posible muerte– por intervención tardía del sistema de salud) aparentemente tampoco ha sido acompañado por una evaluación de implicaciones sobre el crecimiento de la demanda de medicamentos, pruebas y servicios sobre el sistema de salud. Tal evaluación puede probar

de valor para asegurar la disponibilidad adecuada de tales insumos y servicios y que la implementación de este cambio de criterio resulte así efectiva.

- ***Aprobación de Ley de sida***

En el mismo sentido que los dos puntos anteriores, la aprobación de tal ley (que mas allá de las observaciones que se realizan en otras secciones de esta evaluación, tiene la virtud de garantizar legalmente el derecho al acceso a atención integral a todo quien lo necesite) no ha sido acompañada con una evaluación del Ministerio de Salud, el Ministerio de Hacienda y las comisiones parlamentarias relevantes sobre las implicaciones financieras relacionadas para poder hacer efectivas estas valiosas garantías de acceso, planificando y asignando los recursos financieros necesarios a tal efecto en años futuros. Esto es particularmente importante si se espera que la ley se convierta en una garantía real, y sobre todo en vistas de que la mayor parte del financiamiento actual de los medicamentos y pruebas para la atención integral del VIH y el sida proviene de fuentes externas (donaciones del gobierno de Brasil y del Fondo Mundial).

Los tres puntos anteriores no cuestionan el valor de las decisiones, sino que resaltan la importancia de que se los acompañe con la planificación financiera necesaria para su implementación efectiva y sostenida.

En resumen

Los precios de los ARVs son altísimos, varias veces superiores (hasta 25-50 veces, dependiendo el caso) a los precios de referencia internacional. El potencial de reducción inmediata para las compras del Ministerio es –de acuerdo a los precios incurridos en 2009- de un mínimo de 60%. Estas reducciones pueden alcanzarse rápidamente a través de la adquisición en 2010 a través de un agente de compra internacional (Fondo Estratégico de OPS, por ejemplo, u otro).

A diferencia de la caída promedio de 55% de los índices de precios competitivos de ARVs que se ha registrado en Latinoamérica de 2005 a 2009, la gran mayoría de los precios en Paraguay han estado estancados al mismo nivel de 2005 o han incrementado (en promedio total, han incrementado un 11%).

Para las pruebas y tecnologías de laboratorio analizados con cierto detalle (CD4 y Carga Viral) se ven fenómenos parecidos. Los precios observados son 2 a 6 veces mayores que aquellos en países que han implementado una estrategia de gestión de reducción de costos basada en la promoción de la competencia, búsqueda de alternativas de provisión y negociación eficaz. Los precios han aumentado (o bajado muy escasamente) a pesar del significativo aumento del consumo de pruebas de los últimos años.

Este estancamiento o leve aumento de precios (que contrasta con las grandes bajas a nivel internacional) ha respondido básicamente a dos factores:

- a) No se evidencia que haya habido un esfuerzo real, adecuado y sistemático de gestión de reducción de precios en las compras de 2005 a 2008.
- b) Las características del mercado local y los procesos de compra utilizados, que han limitado la competencia, con alta incidencia de adjudicaciones a únicos oferentes.

En términos de planificación, se observa:

- Algunas discrepancias entre insumos comprados y utilizados (pruebas de CD4 y Carga Viral) o en la información sobre cantidades donadas por Brasil y cobertura de pacientes (análisis que no pudo ser completado por falta de acceso a algunas informaciones).
- Poca previsión de impacto financiero (y por ende falta de planificación financiera de largo plazo adecuada) en relación a la incorporación de nuevos insumos, criterios y políticas de cobertura de atención integral. Esto tiene el potencial de poner en riesgo la sostenibilidad de los avances realizados en términos de garantías de servicio.

Recomendaciones

1. ***Iniciar inmediatamente gestiones de compras de ARVs (y otros medicamentos y pruebas rápidas) a través de un agente de compras internacional.***
2. ***Implementar una estrategia de promoción de la competencia y reducción de precio.***
Desarrollar y comenzar a implementar, a partir de 2010, una estrategia (de corto, mediano y largo plazo) de promoción de la competencia y reducción de precios. Esta debe incluir la revisión de metodologías de generación de ofertas, negociación y compra (licitación, negociación directa, compras internacionales, precios de referencia y demás), así como acciones concretas de gestión que permitan aumentar la competencia real de oferentes.
3. ***Fortalecer las prácticas de planificación de la gestión de abastecimiento*** (con énfasis en desarrollar la capacidad y competencias relacionadas de la Dirección de Gestión de Insumos Estratégicos) de forma tal de:
 - a. Producir la información de necesidades de compra con plena anticipación que permita el tiempo necesario para provisión internacional (cuando sea relevante) y oportuna disponibilización de recursos financieros.
 - b. Desarrollar una cultura organizacional de anticipación y previsión de necesidades y evaluación de las implicaciones multianuales por cambios en los parámetros y decisiones relacionadas con los insumos necesarios para la atención integral y otras áreas de la respuesta nacional (esto resulta fundamental para informar adecuadamente y negociar anticipadamente la asignación de los recursos financieros necesarios, y garantizar la sostenibilidad de la respuesta).
4. ***Comprender la estructura actual de la cobertura de los medicamentos y pruebas de laboratorio por fuente de financiamiento*** (MSP y BS, Brasil y Fondo Mundial) para:
 - a. Entender correctamente el porcentaje de cobertura actual (en pacientes y en costo) de cada fuente.

- b. Tener claridad de los parámetros y duración de cada uno de los compromisos de financiamiento externo, para anticipar y planificar la transición (a su término) de su cobertura hacia el MSP y BS en tiempos y con fondos adecuados.
5. **Revisar las asignaciones de recursos a insumos que representan altos porcentajes del costo total** (pruebas de resistencia, CD4, Carga Viral, por ejemplo) evaluando en qué medida son las cantidades actualmente compradas o planificadas estrictamente necesarias o pueden reprogramarse parcialmente para evitar la incidencia de un alto grado de capital inmovilizado y posibilitar otras intervenciones o insumos de crítica necesidad o de mayor impacto.
 6. **Análisis complementarios necesarios de realizar:**
 - Consistencia entre pacientes por esquema ARV, cantidades donadas por Brasil y cantidades compradas.
 - Términos de los contratos actuales (de equipos y reactivos) de Carga Viral, CD4 y pruebas de resistencia.
 - Precios de medicamentos para infecciones oportunistas y para fórmula láctea.
 - Consulta con proveedores alternativos (de medicamentos y pruebas de laboratorio) sobre condiciones del proceso de compra que restringen actualmente la competencia.

F. FINANCIAMIENTO

Resumen

Durante el proceso de recopilación y revisión de la información así como en las diversas entrevistas se encontró que, hasta el año 2008, el país no cuenta con registros sistemáticos y comprensivos del movimiento de ingresos y gastos en VIH. Esto se puede explicar en el hecho de que PRONASIDA, en el marco de la flexibilidad con que ha manejado los recursos para VIH y sida, no tiene sistematizada la información sobre los recursos financieros de que ha dispuesto en el período de la evaluación. El Ministerio de Salud tampoco dispone de una información completa de fuente y usos de fondos.

Los estudios de las cuentas nacionales de VIH se realizaron con anterioridad a la recepción de los recursos del Fondo Mundial; y por lo tanto, la composición de la inversión que ahí se reporta no corresponde a la actual. El ejercicio del ASAP³⁸ establece metas y estima el costo anual del período del PEN. Este cálculo se hace asumiendo que se mantiene el actual diseño de organización y el modelo de atención, con los cuales se ha entregado la respuesta desde 2005. Esto es una dificultad pues estos modelos tienen que revisarse en función de los actuales desafíos y demandas que plantea la epidemia en el Paraguay. De manera que estas estimaciones de costo pueden estar inadecuadamente definidas. La situación se hace más compleja si se considera que no se conoce una estimación del costo de implementar las obligaciones del Gobierno que define la ley recientemente promulgada.

Asignación de recursos

Se hace a continuación algunas reflexiones sobre la idoneidad en la asignación de recursos, desde el punto de vista de la priorización de la inversión en el contexto de las limitaciones de los recursos, y con la aspiración de maximizar su impacto en términos de rentabilidad social.

La disponibilidad de información no admitía realizar un análisis completo, que permitiera estimar el costo de oportunidad en que incurre el sistema de salud cuando decide asignar los recursos a un tipo de inversión sobre otra de mayor rentabilidad social. Existe, además, una multiplicidad de intervenciones que representan una inversión susceptible de ser analizada (así como de las que no se hacen y podrían hacerse con mayor retorno social). No obstante, señalamos aquí algunos ejemplos específicos que ilustran oportunidades de optimización del impacto en base a la revisión de criterios de asignación de tales recursos.

En las entrevistas con PRONASIDA se comentó el plan de adquirir 800 pruebas de resistencia, que serían utilizadas para: a) determinar perfil de resistencia en pacientes en falla terapéutica (a efectos de poder escoger la terapia de rescate más adecuada), y b) para un estudio de vigilancia de

³⁸ Estrategia y Plan de Acción contra el SIDA (ASAP, por su sigla en inglés). Banco Mundial.

resistencia primaria en embarazadas (para determinar posibilidad de exposición a virus resistente para hijos de madres infectadas).

En una estimación básica, dada la frecuencia de incidencia de falla terapéutica (de alrededor de 10%, según PRONASIDA), la necesidad de pruebas de resistencia para determinar perfil de resistencia (punto “a” arriba descrito) sería de entre 200 y 400, el primer año, de acuerdo a si se decide testear solo a las nuevas fallas o también aquellas observadas en el pasado y que ya se les ha cambiado a otra terapia. Sujeto a las necesidades de definición adicional de criterios y cuantificación, consideramos las pruebas para estos casos estarían justificadas.

La visión del equipo de evaluación es diferente respecto del caso “b”, de utilización de pruebas de resistencia para medir resistencia primaria en embarazadas, como estudio de vigilancia. En base a esto se estaría planeando comprar un mínimo de 400 pruebas más (si –coherente con los números previos- restamos a las 800 pruebas totales propuestas el máximo de 400 potencialmente justificado por el criterio “a”), que al costo de US\$ 350 por prueba (de acuerdo a lo adjudicado en la última licitación) representan un gasto adicional de US\$ 140.000. Poniéndolo en perspectiva, este valor representa más del 50% del presupuesto 2009 originalmente aprobado para PRONASIDA para insumos para atención integral del VIH y el sida (rubro 350).

En un contexto de recursos limitados con amplias necesidades más básicas de la estrategia nacional de VIH y sida aún desatendidas, existen otros destinos en que estos fondos podrían ser utilizados con mayor impacto, por ejemplo:

a) **Programas de prevención**

Como se indica en otras secciones, existen aún brechas significativas, que podrían abordarse con asignación de fondos específicos.

b) **Aumentar la disponibilidad gratuita de la prueba rápida para población general**

Esta suma de dinero permitiría comprar aproximadamente 200.000 pruebas rápidas (precios internacionales de US\$0.70 e inferiores) que posibilitarían el uso más generalizado de esta metodología (ha estado tradicionalmente limitada a embarazadas), con impacto en prevención, así como en reducción de la pérdida al seguimiento en pacientes que se realizan hoy la prueba y nunca retornan a recibir su resultado (perdiendo la oportunidad –para los casos positivos- de ligarlos inmediatamente a consejería post-prueba y seguimiento inmediato por el personal de atención de la unidad).

c) **Mejoramiento del acceso a pruebas de Carga Viral y CD4**

Mientras la prueba de resistencia persigue como uno de sus objetivos mejorar el entendimiento del perfil de resistencia en la población, por otro lado las limitaciones de acceso actual a la mas básica (y económica) prueba de Carga Viral dificulta la detección temprana de falla terapéutica, comprometiendo las posibilidades de atención oportuna de tales pacientes (antes de que su estado de salud se deteriore a niveles más complicados).

Como hemos visto en el análisis de utilización de pruebas de Carga Viral en la sección de planificación, del número de pruebas de CV realizadas en 2009 (1.392 a agosto, contra un total de alrededor de 1.950-2.000 pacientes en TARV a esa fecha, sin contar los 1.000-2.000 que están en seguimiento sin TARV que también deberían hacerse la prueba 2 veces al año) vemos que el promedio de acceso a la prueba de Carga Viral (fundamental para determinar la falla) es de menos de una prueba por paciente en TARV por año (cuando para personas en TARV se recomienda realizarla 2 ó 3 veces por año).

En consecuencia, otra posibilidad de utilización alternativa de estos recursos –planeados actualmente para pruebas de resistencia para vigilancia de resistencia primaria en embarazadas- podría quizás ser su utilización con mayor impacto fundamental e inmediato en intervenciones que permitan mejorar el acceso a pruebas de Carga Viral y CD4. Por ejemplo, la extensión y fortalecimiento de la red logística de transporte de muestras de sangre de los hospitales al laboratorio central para la realización de estas pruebas.

Recomendaciones

- 1) **Estimar las obligaciones financieras** que define la nueva ley de sida y sus fuentes de financiamiento.
- 2) **Provisionar financiamiento** para continuar el tratamiento que hoy se financia con donaciones de Brasil. Esto requiere conocer con certeza las cantidades de medicamentos donados. El análisis de la información disponible, en la sección de gestión de abastecimiento indica que la dependencia de esa fuente es superior al 70%.
- 3) **Analizar la estructura de financiamiento y gastos de la respuesta** y desarrollar alternativas de estrategias de financiamiento para cuando terminen los proyectos con el Fondo Mundial.
- 4) **Usar la información financiera para mejorar la asignación de recursos.** El análisis comparativo de la estructura de gastos con la información de producción en términos de atención integral y prevención, permitirá ahondar en los señalamientos que se presentan en este reporte, en las secciones de prevención y tratamiento e identificar con mayor precisión aquellos procesos que debieran ser modificados con miras a mejorar la calidad de la inversión.
- 5) **Definir una regulación** para la recepción, uso y rendición de cuentas de los recursos financieros de origen nacional y externo.

- 6) **Mejorar el proceso de planificación financiera** para que sea consistente con el proceso que sigue el MSPyBS, la tendencia y proyecciones de desarrollo de la epidemia y facilite una respuesta efectiva y sostenida.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS Y DOCUMENTARIA

- Aguayo N, Laguna-Torres VA, Villafane M, et al. Epidemiological and molecular characteristics of HIV-1 infection among female commercial sex workers, men who have sex with men and people living with AIDS in Paraguay. *Rev Soc Bras Med Trop* 2008; 41(3):225-31.
- Arévalo H, Rodríguez M, Aquino R. Consultoría Acceso Universal a la Atención en VIH en los SAIs en el Paraguay: Informe final. , 2009.
- Arévalo, H.; Rodríguez, M.; Aquino, R. Consultoría sobre Acceso Universal a la atención en VIH en los SAIS. Paraguay. Enero - febrero de 2009
- ASAP. Base de dato y referencia al 29 de Mayo.
- ASAP. Marco de resultados del Plan Estratégico de Paraguay (borrador final).
- Banco Mundial. Prestación de Servicios de Salud en Paraguay. 2005
- Bautista CT, Sánchez JL, Montano SM, et al. Seroprevalence of and risk factors for HIV-1 infection among female commercial sex workers in South America. *Sex Transm Infect* 2006; 82(4):311-6.
- Bautista CT, Sánchez JL, Montano SM, et al. Seroprevalence of and risk factors for HIV-1 infection among South American men who have sex with men. *Sex Transm Infect* 2004;80(6):498-504.
- CEPAL. Panorama Social de América Latina. 2008
- CEPEP. Encuesta Nacional de Demografía y Salud Sexual y Reproductiva, 2008.
- Chinaglia M, Tun W, Mello M, Insfran M, Díaz J. Assessment of risk factors for HIV infection in female sex workers and men who have sex with men at the triple-border area of Ciudad del Este, Paraguay, Horizons Final Report. Washington, DC: Population Council, 2008.
- CIDA CANADA, OPS, NMRC, PRONASIDA. Estudios de prevalencia y comportamiento. VIH, sida y sífilis. 2007
- CIRD. Comportamiento sexual y factores de riesgo VIH y el sida en poblaciones vulnerables de 6 regiones de Paraguay. Proyecto "VIH y el Sida/ITS en 6 Regiones Sanitarias del Paraguay"- Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria. 2008.
- CIRD. Compras de medicamentos y pruebas de laboratorio 2008 y 2009
- CIRD. Informe anual proyecto con FM "VIH, Sida e ITS en 6 regiones sanitarias del Paraguay". Julio de 2009
- Dirección de Vigilancia Sanitaria - Ministerio de Salud de Paraguay. Listado de ARVs con registro sanitario aprobado en Paraguay
- Fondo Mundial. Rondas 6ª y 8ª.
- Gobierno de la República del Paraguay. Equipo Económico Nacional. Propuestas para un crecimiento económico con inclusión social. Plan Estratégico Económico y Social, PEES, 2008 - 2013.
- Listado de Precios de ARVs negociados por el Fondo Estratégico OPS (2009)
- Listado de Precios Techo negociados por la Iniciativa/VIH de la Fundación Clinton (Agosto 2009)

- MEGAS. Documentos relativos a 2006 y 2007.
- MERCOSUR. Comisión Intergubernamental de VIH. Jornada de análisis, diagnóstico y recomendaciones para la prevención de la transmisión vertical de VIH y sífilis. Informe. Setiembre 2009.
- MSP y BS. ASAP: Fortalecimiento al Programa de la Respuesta Nacional a las Infecciones de Transmisión Sexual, VIH y el sida en Paraguay.
- MSP y BS. ASAP: Respuesta Nacional a las Infecciones de Transmisión Sexual, VIH y el sida: Marco de resultados y estimación de costeo: 2008-2012. Informe preliminar 2009.
- MSP y BS. Dirección Administrativa. Licitaciones 34/09, 43/09 y 65/09 (de acuerdo al caso, pliegos licitatorios, actas de subasta electrónica, actas de adjudicación, recomendaciones de adjudicación del PRONASIDA, cuadro de ofertas, propuestas y ofertas de cada oferente, entre otros).
- MSP y BS. Dirección de Bioestadística, 2009.
- MSP y BS. Dirección de Gestión de Insumos Estratégicos. Planificación 2009 de necesidades de medicamentos y pruebas de laboratorio elaborado por PRONASIDA.
- MSP y BS. Información Banco de Sangre, 2008.
- MSP y BS. Informe Nacional sobre los progresos realizados en la aplicación del UNGASS. Paraguay, 2008.
- MSP y BS. Políticas Públicas para Calidad de Vida y Salud con Equidad en el Paraguay. (Presentación PowerPoint)
- MSP y BS. Políticas Públicas para la Calidad de Vida y la Salud con Equidad, 2008 - 2013
- MSP y BS. PRONASIDA. Compras de ARVs y Pruebas de Laboratorio 2005-2009. Pruebas de laboratorio utilizadas 2005-2009. Donaciones Brasil 2005-2008. Normas Nacionales de Tratamiento Antirretroviral 2009-2010
- MSP y BS/DGEEC/OPS. Exclusión Social en Salud. Análisis a nivel nacional y regional. Paraguay. 2007
- ONUSIDA. Situación de la epidemia de sida. Resumen regional América Latina. 2008
- OPS/MSP y BS/DGEEC. Exclusión Social en Salud. Paraguay 2007
- OPS/USAID. Perfil del Sistema de Salud de Paraguay. 2008
- PNUD. Informe Nacional de Desarrollo Humano. Equidad para el Desarrollo. Paraguay 2008
- PRONASIDA ¿Qué es PRONASIDA?
- PRONASIDA. Avances y logros en la Respuesta Nacional al VIH/SIDAITS. Presentación en PowerPoint a equipo evaluador 08-11-09
- PRONASIDA. Informe de Avances Respuesta Nacional.
- PRONASIDA. Informe de la situación epidemiológica del VIH en el Paraguay. Periodo 1985 - 2008
- PRONASIDA. Línea de base de indicadores de impacto para los diferentes objetivos definidos en el
- PRONASIDA. Manual de organización
- PRONASIDA. Modelo de atención integral a las PVVS en el sistema público de salud. Paraguay 2008.
- PRONASIDA. Mapeo de seroprevalencias en poblaciones vulnerables. Paraguay 2009.

- PRONASIDA. Plan estratégico: respuesta nacional a las infecciones de transmisión sexual, VIH y el sida. 2008 - 2012
- PRONASIDA. Plan Estratégico: Respuesta Nacional a las Infecciones de Transmisión Sexual, VIH y el sida. 2008-2012 ASAP. Base de Datos y Referencias para una Estrategia Basada en Evidencias 2009.
- PRONASIDA. Situación del VIH 2007.
- PRONASIDA-Departamento de Monitoreo y Evaluación. Verificación de resúmenes de prestaciones y consolidado PTMI. Septiembre 2009.
- PRONASIDA-MSP y BS. Departamento de Epidemiología, 2009.
- PRONASIDA-MSP y BS. Informe de los Avances y Logros en la Respuesta Nacional al VIH y el sida e ITS, 2009.
- Propuesta a 8ª ronda del Fondo mundial
- Propuesta a 9ª ronda del Fondo mundial
- Proyecto VIH y el Sida/ITS en 6 Regiones Sanitarias del Paraguay. Fondo Mundial. Noviembre de 2008.
- Resultados de 2da Ronda de Negociación Latinoamericana de Antirretrovirales y Pruebas de Laboratorio (Buenos Aires, Agosto 2005)
- UNAIDS-WHO: Working Group on HIV/AIDS/STI Surveillance". Estimating the size of populations at risk for HIV: Issues and Methods, updated July 2003: Family Health International (FHI), 2003.
- UNFPA. Estado de la población mundial. 2009
- UNFPA. Plan Nacional de Salud Sexual y Reproductiva 2003 – 2008

