

CUENTAS NACIONALES EN VIH/SIDA

ESTIMACIÓN DE FLUJOS DE
FINANCIAMIENTO Y GASTO
EN VIH/SIDA

URUGUAY 1997/1998

José Antonio Izazola Licea / editor

Daniel Arán
Rubén Berriolo



FUNDACIÓN MEXICANA PARA LA SALUD
INSTITUCIÓN PRIVADA AL SERVICIO DE LA COMUNIDAD



SIDALAC
Iniciativa Regional
sobre SIDA para
América Latina y el
Caribe



Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA

ONUSIDA
UNICEF • PNUD • FNUAP • PNUFID
UNESCO • OMS • BANCO MUNDIAL

Centro de Estudios de Economía y Salud
Centro de Estudios de Economía y Salud
Centro de Estudios de Economía y Salud
Centro de Estudios de Economía y Salud
Centro de Estudios de Economía y Salud

CUENTAS NACIONALES EN VIH/SIDA
ESTIMACIÓN DE FLUJOS DE FINANCIAMIENTO
Y GASTO EN VIH/SIDA
URUGUAY 1997/1998

Primera edición, 2000

ISBN de la obra 968-5018-40-5
ISBN de este título 968-5018-41-3

Derechos Reservados
© Fundación Mexicana para la Salud, AC
Periférico Sur 4809, Col. El Arenal, Tepepan
14610 México, DF

Coordinación editorial: Victoria Castellanos, Javier Arellano
Diseño: Laura Novelo Q.
Producción: *Grafía*

Se autoriza la reproducción parcial o total
de la obra siempre y cuando se cite la fuente.
El libro completo o en partes se puede bajar
de Internet de la página Web de SIDALAC:
<http://www.sidalac.org.mx>

Los hallazgos, interpretaciones y conclusiones son responsabilidad
exclusiva de los autores y no necesariamente reflejan el punto de
vista de la Fundación Mexicana para la Salud, SIDALAC o las
instituciones patrocinadoras.

Impreso y hecho en México
Printed and made in Mexico

Presentación

Con la celebración del Primer Seminario de Cuentas Nacionales de VIH/SIDA en la Ciudad de México los días 15 y 16 de julio de 1999, se inició formalmente el proceso de estimación de flujos y gastos en VIH/SIDA en países de América Latina y el Caribe. La Iniciativa Regional sobre SIDA para América Latina y el Caribe (SIDALAC) y la Fundación Mexicana para la Salud (FUNSALUD), en tanto su agencia ejecutiva, convocaron a esta reunión como parte de la serie de proyectos para definir el impacto económico del VIH/SIDA sobre los sistemas de salud. De ese momento a la fecha se han finalizado las estimaciones en cuatro países: Brasil, Guatemala, México y Uruguay; asimismo, se encuentran en proceso las estimaciones de flujos y niveles de financiamiento en VIH/SIDA en Honduras, Perú y República Dominicana. Finalmente, con financiamiento adicional de la Comisión Europea y fondos propios de SIDALAC, se finalizarán estimaciones en 13 países de América Latina y el Caribe.

SIDALAC es un proyecto financiado por el Banco Mundial a través de la cobertura técnica del Programa de las Naciones Unidas contra el SIDA (ONUSIDA) que intenta fa-

cilitar la formulación de política pública para la prevención eficaz de la transmisión del VIH y la atención adecuada de las personas que viven con el virus o con SIDA. El mayor énfasis de las acciones de SIDALAC es determinar el impacto económico de la pandemia y la capacidad de respuesta de los sistemas de salud.

Este proyecto denominado *Cuentas Nacionales en VIH/SIDA* toma como base para su inicio las ventajas comparativas de FUNSALUD en tanto que existen antecedentes conceptuales y empíricos para su ejecución. En efecto, el Programa de Economía y Salud de la Fundación ha realizado un trabajo continuo, y de hecho funciona como centro de referencia, en el área de Cuentas Nacionales de Salud; por otro lado, SIDALAC es un programa dedicado a las políticas públicas en materia de VIH/SIDA para la región, y desde 1996 participó en un primer ejercicio de estimación del nivel de gasto en el tema para México en 1995.¹

La estimación del gasto se realiza mediante la metodología de las Cuentas Nacionales de Salud (CNS), que consiste en un análisis sistematizado y bajo la estructura matricial de los flujos financieros que se orientan a la prevención, manejo y suministro de servicios del VIH/SIDA.

¹ Izazola-Licea JA, Jorge Saavedra, Jeffrey Protas, and Donald S. Shepard. 1998 "Expenditures on the treatment and prevention of HIV/AIDS in Mexico". In: *Confronting AIDS: Evidence from the developing world. Selected background papers for the World Bank Policy Research Report*. Martha Ainsworth, Lieve Franssen, Mead Over (Eds.). The European Commission and The World Bank, Washington, D.C., 1998.

La estructura de la estimación tiene dos componentes. El primero es un componente de gasto en salud, que incluye los recursos que se orientan en forma directa a la conservación y elevación de la salud de la colectividad y los individuos, en torno al VIH/SIDA. El segundo componente integra los gastos que apoyan este proceso pero que no son propiamente en salud. En este componente se incluyen los gastos en cabildeo, legislación, derechos humanos, discriminación, albergues y aspectos éticos.

En resumen, se espera incorporar los gastos en salud y sociales, tales como la calidad de vida y protección social de la población, en relación con el VIH/SIDA.

La toma de decisiones será más provechosa cuando se disponga de información diferenciada para el VIH/SIDA, a pesar de la dificultad de separar algunas acciones de las de control de infecciones sexualmente transmisibles.

La estimación de los gastos públicos se apoya fundamentalmente en elementos presupuestales. Sin embargo, los procesos de descentralización han incrementado la heterogeneidad de los registros en los diversos niveles de información, afectando también la disponibilidad de información y dificultando el análisis de doble contabilidad. La mayor debilidad de la estimación radica en el cálculo de gastos privados.

Los nuevos financiamientos de SIDALAC serán en las estimaciones del gasto descentralizado y el privado. Este ejercicio permite la identificación de flujos de financiamiento y gasto de acuerdo a la fuente del financiamiento, a los agentes financieros, y por instituciones prestadoras de servicios. También se pueden obtener estimaciones por tipo de servicio: preventivos o «curativos» (tanto ambulatorio como hospitalario); o por apertura del tipo de gasto (servicios personales, servicios generales, medicamentos, materiales y otros insumos, equipamientos e infraestructura).

De esta manera, los estimadores de flujo de financiamiento y gasto se convierten en el mejor indicador de la respuesta social orga-

nizada hacia la epidemia del VIH/SIDA desde la perspectiva de los sistemas de salud. Otros gastos fuera del sector no son contemplados en estos procesos de estimación, con lo cual se acepta de antemano la parcialidad de la información.

Sin embargo, al seguir un modelo sistematizado de contabilización de gastos en salud, en este caso dirigidos específicamente a la prevención, control y atención del VIH/SIDA, de las diferentes secciones de la sociedad, se convierte también en un instrumento para la planeación estratégica y el seguimiento de la implementación de dichos planes. De hecho, SIDALAC ha buscado, y obtenido, cooperación de la Red de Planeación Estratégica para América Latina y el Caribe en acciones sobre VIH/SIDA para la utilización de la información procedente de estos proyectos.

Es menester, no obstante, fortalecer los esfuerzos tendientes a la institucionalización de las estimaciones. Es decir, que bajo la responsabilidad de las autoridades sanitarias nacionales, o bien de los propios programas nacionales contra el SIDA, se desarrollen las estimaciones de Cuentas Nacionales de VIH/SIDA en forma periódica y sistematizada; asimismo, es imperativo también que esta información sea dirigida al proceso de elaboración de política pública en la materia y en la toma de decisiones.

Ésta es, justamente, la meta que SIDALAC se ha propuesto cumplir para principios del año 2002: lograr que al menos veinte países de América Latina y el Caribe desarrollen estimaciones de flujos de financiamiento y gasto en materia de VIH/SIDA en forma sistemática siguiendo el modelo general de Cuentas Nacionales de Salud, en forma anual, y que sus resultados sirvan de monitoreo de la función pública y privada como indicador de la respuesta del país hacia el VIH/SIDA.

Se inicia con la publicación de los resultados de los primeros cuatro países la serie sobre Cuentas Nacionales en VIH/SIDA en

América Latina y el Caribe. En adición, se publican simultáneamente varios otros documentos: la metodología de Cuentas Nacionales en VIH/SIDA, el análisis de los sistemas de salud y su respuesta ante el SIDA y un análisis comparativo de estos primeros cuatro es-

tudios de país. A continuación se publicarán los estudios de país a medida que se finalicen. Esperamos convertir esta serie de publicaciones de SIDALAC en lectura obligada para la formulación de políticas públicas y toma de decisiones en la materia.

José Antonio Izazola-Licea
Coordinador Ejecutivo
Iniciativa Regional sobre SIDA para
América Latina y el Caribe (SIDALAC)

Introducción

El VIH/SIDA representa un reto único para los sistemas de salud debido a que es una enfermedad emergente, su crecimiento es epidémico, su prevención requiere de una importante movilización de recursos, y su tratamiento es extremadamente costoso.

Aunado a estas características existe un enorme interés de los gobiernos por prevenir la epidemia y una presión social para brindar tratamientos integrales a los enfermos de SIDA.

Siendo una enfermedad nueva y con un número creciente de casos el gasto para prevenir y mitigar esta enfermedad compite con otros programas considerados prioritarios en el sector salud.

Frente a esta situación es que el análisis de las Cuentas Nacionales en SIDA adquiere importancia. La presente investigación sobre una propuesta presentada por SIDALAC (Fundación Mexicana para la Salud) al Centro de Estudios de Economía y Salud, tiene las siguientes características:

Objetivos

Epidemiológicos

- Conocer el acceso de la población general a los servicios para la prevención del VIH.
- Determinar el acceso al tratamiento anti-retroviral de las personas infectadas por VIH.

- Comparar el tratamiento que reciben las personas con VIH/SIDA en Uruguay con los estándares de atención internacional.

- Caracterizar la respuesta del sistema nacional de salud ante la epidemia de VIH/SIDA.

Económicos

- Desarrollar una metodología para estimar las CNS aplicadas a una enfermedad específica.

- Cuantificar en forma sistemática los flujos de financiamiento relacionados con las actividades de salud en VIH/SIDA (promoción, prevención, curación y rehabilitación).

- Estimar las CNS específicamente para VIH/SIDA en Uruguay.

Resultado esperado

La confección de las matrices que integran las Cuentas Nacionales en VIH/SIDA, en Uruguay para 1998.

Beneficiarios

La investigación está orientada hacia dos tipos de usuarios:

a) Por un lado SIDALAC que lidera el proyecto con el objetivo de promover su uso a nivel latinoamericano.

b) Poner a disposición de las autoridades nacionales una herramienta de gestión financiera a nivel macroeconómico que permita entender la realidad y asignar adecuadamente recursos.

Su ejecución fue asignada a dos técnicos con experiencia en sus áreas específicas: el economista Daniel Arán y el doctor Rubén Berriolo.

Metodología

Las Cuentas Nacionales en VIH/SIDA fueron realizadas sobre la base de las Cuentas Nacionales en Salud, actividad que se está desarrollando en la órbita del MSP por parte del Proyecto de Fortalecimiento Institucional del Sector Salud (FISS). Esto permitió la utilización de las mismas definiciones de fuentes, agentes, prestadores y variables de análisis de las actividades.

Luego se identificaron específicamente cuáles son los prestadores de servicios de salud que tuvieran alguna vinculación con VIH/SIDA.

Una vez identificados los prestadores se efectuó el recorrido del flujo financiero a la inversa, para identificar a los agentes financieros que intervienen y cuáles son los fondos que financian la epidemia.

En Uruguay no existen centros de costos por patología que puedan facilitar la confección de las cuentas nacionales. Sólo hay un estudio sobre el *Impacto económico del VIH/SIDA* realizado por el doctor Ignacio Mirazo y un estudio sobre *Aproximación al gasto del VIH/SIDA*, del economista Daniel Arán para estimar el gasto potencial de la universalización del triplan.

Para la estimación de las cifras fue necesario buscar la información, realizando entrevistas con informantes calificados en cada prestador. Se confeccionó un cuestionario guía para la sistematización del proceso de recolección. En la mayoría de las instituciones no

existía información organizada. Por tal motivo fue necesario armar una especie de *puzzle* con la información existente a los efectos de poder determinar los gastos de cada institución.

En algunos casos se obtuvo el gasto derivado de la compra de los medicamentos o reactivos, detalle sobre las acciones realizadas y el número de pacientes atendidos por SIDA o por VIH.

La producción de cada servicio se elaboró a partir de los pacientes reconocidos (el total de casos de SIDA y VIH fue cotejado con la información en poder del Programa Nacional de SIDA). Se definieron protocolos mínimos. Se agrupó a las empresas prestadoras según los mismos.

En el caso del ASSE se diferenció el Servicio de Enfermedades Infecto-Contagiosas (SEIC) del resto de los hospitales.

A los efectos de estimar el gasto en las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC) se relevó la información sobre la base de las IAMC más importantes por el número de pacientes atendidos y la calidad de las prestaciones y se proyectó al resto. A cada acto se le asignó un valor, así se obtuvo la información de gasto por institución y según la clasificación de nuestro interés.

A los efectos de calcular la producción de servicios se tomó como base el *stock* de pacientes existentes al 31 de diciembre de 1998.

Análisis estratégico

La misión de las cuentas nacionales

El conjunto de matrices que integran las Cuentas Nacionales de Salud es una herramienta que permite visualizar los movimientos financieros del sistema de salud en tres niveles, macroeconómico, la gestión financiera y la asignación de los recursos. Su utilización en la toma de decisión introduce un factor ético al asignar prioridades.

Las cuentas nacionales de salud consisten en la contabilidad sistemática, periódica y exhaustiva de los gastos dirigidos a los cuidados de la salud. La estimación tiene una base anual y se calcula a partir de la construcción de matrices que presenten los flujos de financiamiento, partiendo de las fuentes de financiamiento a los agentes financieros (matriz 1), de los fondos a las instituciones prestadoras (matriz 2), de las instituciones prestadoras a los distintos servicios (matriz 3), de las instituciones prestadoras a los gastos por categoría (matriz 4) y los tipos de servicio según categoría de gasto (matriz 5).

Las cuentas nacionales de SIDA

Una herramienta de gestión¹

Las Cuentas Nacionales en VIH/SIDA son el instrumento integrado de información financiera más apto para entender la realidad y su seguimiento.

Pero para el monitoreo de la eficiencia de la gestión se requiere de un instrumento complementario que permita visualizar el impacto derivado de la asignación; aquí es donde los compromisos de gestión adquieren importancia ética.

Nivel de análisis	Sistémico	Organizacional	Programático
Macroeconómico	Fuentes de financiamiento · Gobierno Central · Empresas · Hogares · Externo	Prioridades por grupo de riesgo · Instituciones públicas · Instituciones privadas	· Normas constitucionales adecuadas a las prioridades epidemiológicas
Gestión financiera del sistema afectado a SIDA	Agentes financieros · Presupuesto nacional · Previsión social · IAMC · Privada	Normas para la asignación de recursos	· Canasta de servicio · Normas de inclusión
Asignación de los recursos para la intervención en SIDA	Asignación por empresa prestadora, por programa y per cápita	· Asignación por prestaciones · Compra eficiente de insumos	· Asignación por usuario · Asignación por objeto del gasto

¹ Basado en el informe preliminar de las Cuentas Nacionales de Salud México.

Fortalezas

Compatibilidad con las Cuentas Nacionales en Salud

La definición de las fuentes, fondos y empresas prestadoras de las Cuentas Nacionales en VIH/SIDA fue calculada sobre la base de las Cuentas Nacionales de Salud cuyo estudio se está realizando en el MSP, dentro del Proyecto FISS. Esto asegura la compatibilidad de ambos juegos de matrices.

Verificación de las cifras

Los gastos identificados como más importantes pudieron ser comprobados de la siguiente forma:

- a) La información de MSP-ASSE son datos que corresponden a sus respectivas contadurías.
- b) La cifra de venta de preservativos corresponde a la suministrada por los proveedores, a través de las correspondiente denuncias de importación (no existe industria nacional).
- c) En el rubro medicamentos no hay una cifra cierta, pero las estimaciones existentes no difieren de las cifras de este informe, si se tiene en cuenta que el 70% del gasto es considerado medicamento específico.

El peso relativo de estas tres cifras equivale al 82% del gasto total estimado, lo que estaría asegurando la confiabilidad de las estimaciones realizadas.

Sector público

Todas las cifras del Ministerio de Salud Pública y de la Administración de los Servicios de Salud (ASSE) son informaciones que provienen de las contadurías de cada organismo, o fueron estimadas con indicadores muy preci-

sos proporcionados por el Laboratorio Central del MSP o el Servicio Nacional de Sangre.

Debilidades

Las principales debilidades de este estudio están basadas en:

La no existencia de centros de costos por patología

Las instituciones prestadoras de servicio en su mayoría no tienen registros de sus costos (probablemente porque todavía la eficiencia no es un objetivo prioritario), por ello fue necesario estimar las cifras de gasto en cada institución sobre la base de la información sobre producción de servicios.

Estimaciones sobre stock de pacientes al 31.12.98

El crecimiento de los afectados por VIH es creciente, lo que significa que el número de enfermos al inicio del año es inferior al final del periodo. Para poder estimar las cifras sobre producción de servicios fue necesario, por razones prácticas, tomar una única cifra, el *stock* al 31.12.98. Esto supone una sobreestimación del gasto total.

Estimaciones específicas para cada prestador

Las estimaciones fueron realizadas sobre la base de la producción de unidades físicas, y luego se les asignó valor suponiendo la existencia de un protocolo similar para todos los prestadores. La diferenciación entre prestadores se realizó al suponer un gasto distinto en el rubro medicamentos.

La epidemia

Uruguay y su salud

Situación geográfica, geopolítica y socioeconómica

La República Oriental del Uruguay es un país pequeño situado en América del Sur, sus límites son al oeste con la República Argentina y por el norte con la República Federativa del Brasil. Tiene una superficie de 176,215 km² y una población, según el último censo de 1996, de 3,151,662 habitantes. Políticamente está dividida en 19 departamentos, cada uno con un gobierno municipal semiautónomo.

Posee un alto grado de urbanización (90.3%) y el 44% de los habitantes reside en la capital, Montevideo. El porcentaje de crecimiento anual de la población es de sólo un 0.60%.

El porcentaje de analfabetismo es de 3% en hombres y 4% en las mujeres.

El PNI per cápita es de US\$6,231 para 1997.

Situación general de la salud y sus tendencias

Uruguay ha experimentado un cambio en el perfil demo-epidemiológico, con una tendencia permanente al aumento de los grupos de población de mayor edad y al predominio de las enfermedades crónicas no transmisibles como principales causas de morbimortalidad.

El sector salud se encuentra al inicio de un proceso de ajustes. Esta tendencia se manifiesta en el sub-sector público por la prioridad que el Ministerio de Salud Pública (MSP) da a sus funciones de ente rector normatizador y controlador, frente a las de atención directa, transfiriendo sus servicios de atención a la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE).

El sub-sector privado, a su vez, orienta su administración hacia una modalidad empresa-

rial y aparecen nuevas instituciones con diferentes formas de prestación de servicios.

Existen tres grandes sub-sistemas que dan cobertura a la población, el sub-sistema público, las IAMC y el privado. La diferencia de cada uno radica en el tipo de legislación que lo regula y la cobertura. Los dos primeros aseguran una canasta integral, mientras que el estrictamente privado asegura sólo lo que se contrate por paquete de servicio o por acto médico.

El sector público, a su vez está integrado por distintas instituciones según su población objetivo, la Dirección Nacional de las Fuerzas Armadas y la Dirección de Sanidad Policial, dirigidas a cubrir la salud de sus efectivos. La Administración de los Servicios de Salud (ASSE) y el Hospital Universitario aseguran a las poblaciones de escasos recursos

A su vez, las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC) a través de mutualistas o instituciones de afiliados, mediante el sistema de pre-pago asisten a una población de diferente situación socioeconómica: desde los asalariados de bajos ingresos hasta grupos de alto nivel socioeconómico.

La mortalidad infantil descendió a un 15 por 1,000 nacidos vivos, como valor promedio nacional y la tasa de mortalidad materna ha ido descendiendo en los últimos años, era de 3.8 por 10,000 partos en 1991. El parto institucional se practica en el 99% de los nacimientos, con un porcentaje de cesáreas del 21% (varía del 12% en los servicios de la ASSE al 29.4% en las IAMC).

La esperanza de vida está situada en 70 años para el hombre y 76 años para la mujer, siendo de 72.5 años promedio para el total de la población.

La tasa de mortalidad está en 10 por 1,000 habitantes. Las enfermedades cardiovasculares constituyen la primera causa de mortalidad y el 38% del total de defunciones.

El cáncer es la segunda causa de defunción y los accidentes constituyen la tercera causa

(siendo la primera causa en el grupo etario de 1 a 29 años de edad).

Respecto a las enfermedades transmitidas por vectores en el país no existen casos de malaria, dengue, peste, esquistosomiasis o fiebre amarilla. No obstante, se realizan permanentes actividades de control del vector *Aedes Aegypti* que se encontró en el país. La enfermedad de Chagas, endémica en el país, se logró, mediante un buen programa instrumentado por el MSP, interrumpir la transmisión humana de la enfermedad. Respecto a las enfermedades inmunoprevenibles, no se registran casos de poliomielitis, tétanos neonatal o difteria desde hace más de 15 años. El sarampión se mantiene en cifras bajas, mediante vacunación masiva de los grupos más expuestos.

No se han registrado casos de cólera en el país en los últimos cien años, y en los últimos 15 años no se han notificado casos de rabia humana ni canina.

Desde 1986 la mortalidad infantil por diarrea es inferior a la mortalidad por infecciones agudas respiratorias.

Se presentaron algunos brotes periódicos y localizados de salmonelosis por contaminación de alimentos. Luego de muchos años sin casos, hace algunos meses se diagnosticó una fiebre tifoidea en la ciudad de Paysandú. La hepatitis vírica A es endémica en el país. Se están iniciando campañas de vacunación contra la hepatitis A y B, siendo obligatoria para el personal de la salud.

Situación epidemiológica de la infección por VIH/SIDA

Antecedentes

Los primeros casos de SIDA aparecieron en el país en 1983, tratándose entonces de uruguayos residentes en el exterior que ingresaban al país en etapa terminal, prácticamente para fallecer entre sus seres queridos.

Tratándose de una infección transmisible el MSP nombró una Comisión Técnica, compuesta por técnicos del Ministerio y de la Facultad de Medicina, para dictar las primeras medidas para prevención y control de la infección.

En septiembre de 1987 por resolución ministerial se crea el Programa Nacional de Control de SIDA, que se adhiere al Departamento de Enfermedades de Transmisión Sexual para actuar en forma conjunta y aprovechar la infraestructura ya existente.

Desde 1990 el Programa Nacional de SIDA es considerado entre los seis Programas Prioritarios más importantes.

El Programa Nacional de SIDA está actualmente ubicado en la sede central del MSP, en la capital Montevideo, integrado por un conjunto de médicos ginecólogos, dermatólogos, psicólogos, asistentes sociales, educadores, practicantes, administrativos y choferes.

A su vez, el Programa Nacional de SIDA del MSP cuenta con un Coordinador Departamental en cada capital de departamento, médico que coordina, conjuntamente con el Director Departamental de Salud de la localidad, las actividades de control y educación a realizar en la capital y todo el departamento. La gran mayoría cuenta con comisiones departamentales de apoyo, integradas por fuerzas vivas de la ciudad que colaboran activamente con los responsables locales.

Situación epidemiológica sobre el SIDA en Uruguay

Desde 1983 hasta el 30/06/99 se notificaron al Programa Nacional de SIDA un total acumulado de 1,287 casos, de los cuales ya fallecieron 704 pacientes (54.7%) en el mismo lapso. Presenta un patrón epidemiológico de tipo I/II, con un claro predominio de la transmisión sexual (67.6%) sobre la transmisión sanguínea (28.4%), y seguidas a distancia por la transmisión perinatal (4.00%).

Dentro de la transmisión sexual, a diferencia de lo que ocurría durante los primeros años de la epidemia, predomina ahora entre los heterosexuales (40.1%) si entre ellos incluimos los casos en prostitución femenina (4.0%), superando ya a los casos en homosexuales (35.6%) y en bisexuales (24.3%).

Dentro de la transmisión sanguínea, predomina ampliamente entre los usuarios de drogas inyectables (94.5%), superando ampliamente a los transfundidos (3.6%) y a los hemofílicos (1.9%). Cabe acotar que el tamizaje de sangre y hemoderivados es obligatorio en todo el territorio nacional desde junio de 1988, efectivizándose en el 100% de los casos de transfusión y en el 100% del país.

Respecto al sexo, el 79.5% de los casos de SIDA son hombres y el 20.5% restante son mujeres, estas últimas en sus máximos porcentajes alcanzados desde el comienzo de la epidemia. Se observa un lento pero permanente aumento de la afectación femenina y la relación de SIDA hombre/mujer pasó de 8.9 en 1989 a 3.0 en 1998. Esa disminución de la relación se da en razón del aumento del denominador, es decir, del crecimiento de los casos de SIDA en mujeres.

Respecto a la situación geográfica, el 78.3% de los casos de SIDA ocurren en la capital, Montevideo, donde se asienta cerca de la mitad de la población del país. Las tasas de prevalencia mayores le siguen en departamentos como Rivera (frontera con Brasil), Artigas (frontera con Brasil y Argentina) y luego por el departamento de Maldonado, donde se halla el balneario internacional de Punta del Este, donde durante los tres meses de verano la población aumenta en diez veces, por el aporte de turistas y con un enorme incremento de la prostitución, tanto femenina como masculina y con enorme circulación de droga, tanto inhalante como inyectable.

El SIDA afecta a edades jóvenes, sexual y laboralmente activas, con todos los perjuicios que ello acarrea con su morbi-mortalidad, in-

clusive a la economía de los países, predominando entre los 20-49 años, con un pico de máxima incidencia entre los 25-34 años.

Características de la infección por VIH en Uruguay

Desde 1983 al 30/06/99, e independientemente de los casos de SIDA, se han notificado un total acumulado de 3,053 portadores de infección por VIH. En Uruguay son obligatorias tanto la notificación de SIDA como de infección por VIH.

En el análisis de la infección por VIH también predomina la transmisión sexual (66.5%), sobre la sanguínea (23.6%) y sobre la perinatal (1.1%). Cabe agregar que un 8.8% de casos no tiene precisado su mecanismo de transmisión por no haberse aún concluido la investigación epidemiológica de dichos casos de infección.

Dentro de la transmisión sexual es aún más claro el predominio entre los heterosexuales (58.7%) incluyendo el (5.4%) correspondiente a la prostitución femenina, superando a los homosexuales (23.8%) y a los bisexuales (17.5%).

Dentro de la transmisión sanguínea también es más amplio el predominio entre los usuarios de drogas inyectables (98.1%), siguiéndole el compromiso decreciente de los hemofílicos (1.0%) y transfundidos (0.8%). Ocurrió un caso de infección por VIH por accidente laboral en personal de salud expuesto (0.1%).

Respecto al sexo, el 71.2% de los infectados son hombres y el 28.8% son mujeres, con un compromiso en aumento y aún más claro que para los casos de SIDA.

La faja etaria más afectada se halla entre los 15-44 años, con máxima incidencia entre los 15-34 años, como es lógico en edades aún más jóvenes que el SIDA enfermedad.

Afectando en casos extremos, en nuestra casuística, a recién nacidos y a una persona de 81 años de edad.

Los estudios centinelas de la infección por VIH, que se realizan como vigilancia activa en forma anual en nuestro país desde 1991, estudiando a la población laboral, en los últimos tres años han mostrado una tendencia de la prevalencia del VIH al enlentecimiento del crecimiento. El último estudio (diciembre de 1998) determinó una prevalencia de infección por VIH del 0.27%, sobre una muestra de casi 12,000 personas en edad laboral de la capital de la República.

Si bien los casos de seropositivos VIH (SIDA+Infectados) conocidos en el país son a la fecha 4,340, se estima, a partir de los estudios centinelas, que la realidad de la infección por VIH/SIDA en el país estaría afectando a alrededor del doble de los casos conocidos y notificados al Programa.

Se puede considerar que si bien la prevalencia de la infección por VIH en el país es baja, por la nueva tipología de la epidemia usada por ONUSIDA a nivel internacional, tenemos en Uruguay una epidemia concentrada, por afectar por lo menos a un sub-grupo poblacional de riesgo en un 5% o más. A esta situación nos llevan los resultados de estudios centinelas del VIH realizados en los sub-grupos de trabajadores sexuales masculinos y de usuarios de drogas inyectables.

Acceso a la terapia anti-retroviral en Uruguay

Por resolución de la Dirección General de la Salud de agosto de 1991, todas las Instituciones de Asistencia Médica Colectivas (IAMC) deben brindar el tratamiento anti-retroviral a todos los pacientes de VIH/SIDA afiliados a las mismas que lo necesiten, según criterio de sus respectivos médicos tratantes.

Por otra parte, ASSE ya lo brindaba desde antes en todos sus servicios hospitalarios y ambulatorios de la capital y el interior del país, a todos los pacientes con cobertura (que

son más del 65% del total de VIH/SIDA del país).

En Uruguay se hace tratamiento anti-retroviral de triple terapia en casos de:

- primoinfección por VIH
- accidentes laborales
- embarazadas VIH+
- etapa de SIDA enfermedad

Al 100% de los pacientes que lo necesiten, según criterio de los médicos tratantes, en el 100% del territorio nacional, ya sea a través del Ministerio de Salud Pública, de las IAMC o del Banco de Seguros del Estado, para el caso específico de accidentes laborales.

La terapia anti-retroviral en Uruguay, respecto a países de primer nivel

Por ordenanza ministerial No. 499, de fecha 14 de setiembre de 1998, Uruguay cuenta con una Comisión de Expertos en Terapia Anti-retroviral que tiene como presidenta a la Directora del Programa Nacional de SIDA del MSP, y está integrada además por otros 12 médicos (incluye dermatólogos, ginecólogos, infectólogos, pediatras y laboratoristas) y que funciona como organismo asesor del Ministerio de Salud Pública.

La misma hace las recomendaciones para la terapia anti-retroviral en adultos, niños, embarazadas y en los casos de accidente laboral; además de la permanente actualización de los planes terapéuticos a emplearse, dadas las constantes modificaciones a que están sujetos los protocolos terapéuticos de la infección por VIH/SIDA en el mundo.

Con la utilización de los actuales planes terapéuticos de triple terapia se ha logrado cortar la progresión de la infección, mejorar la calidad de vida de los pacientes y prolongar su sobrevivencia al disminuir significativamente las complicaciones y la mortalidad.

Uruguay tiene actualmente a disposición 13 de los 14 medicamentos anti-retrovirales aprobados internacionalmente para el tratamiento de la infección por VIH/SIDA, lo que lo coloca a la par de los países más avanzados en la terapia de la presente pandemia.

Análisis de la respuesta nacional

Uruguay se organiza en la medida en que se incrementa la prevalencia del VIH/SIDA en el país. Desde diferentes ámbitos del Estado y de la sociedad civil nace una respuesta que se consolida al compás de la evolución de la epidemia.

El Ministerio de Salud Pública es el primer organismo en responder a tal situación. Desde la órbita estatal, otras instituciones se incorporan sucesivamente a la lucha de la prevención del virus. Del mismo modo, surgen organizaciones que desde la esfera privada contribuyen al mismo objetivo.

Evolución del Programa Nacional de SIDA

El Programa Nacional de SIDA se crea en 1987, instrumentándose los siguientes planes:

- 1) Plan de Emergencia, 1988/1989
- 2) Plan Puente, 1990
- 3) Plan a Mediano Plazo I, 1991/1993
- 4) Plan a Mediano Plazo II, 1994/1997

En 1996 se crea ONU/SIDA (Grupo Temático). A partir de entonces, el PNS recibe el apoyo técnico y financiero de ONU/SIDA, sobre la base de Proyectos Anuales para la Planificación Estratégica, desde 1996 hasta el año 2000.

El Programa Nacional de Prevención y Control de la Infección por VIH/SIDA-ETS, a punto de partida del Plan de Emergencia (1987), se propone: reducir la morbi-morta-

lidad de las ETS en general y de la infección por VIH/SIDA en particular en Uruguay.

Para este fin establece una serie de objetivos:

1. Lograr que tanto la población en general como el personal de salud y los grupos de riesgo, enfermos y contactos, conozcan la situación de estas enfermedades, los mecanismos de prevención y los centros de atención a nivel nacional.

2. Lograr un sistema de vigilancia epidemiológica efectivo.

3. Lograr una red nacional de servicios efectivos para la prevención y lucha contra estas enfermedades (SIDA en particular).

4. Capacitar e implementar suficientemente al Departamento de Laboratorios de Salud Pública como Centro de Referencia Nacional para diagnóstico de SIDA y la Red de Laboratorios de Salud Pública.

La planificación de las acciones del Programa se articulan en niveles:

1. Educación.
2. Prevención de la transmisión.
3. Vigilancia epidemiológica.
4. Diagnóstico y tratamiento de SIDA-ETS.
5. Organización de servicios.
6. Supervisión.
7. Evaluación.

El Programa Nacional de SIDA en la actualidad

Los objetivos del Programa Nacional SIDA son:

- Disminuir la incidencia del VIH en Uruguay
- Reducir el impacto social e individual del portador VIH y enfermos de SIDA.

Indicadores del Programa Nacional en el periodo 1995-1998

Indicadores	1995	1996	1997	1998
Nro. total de efectores de salud capacitados o sensibilizados por el PNS	560	1,500	1,900	2,063
Nro. total de personas pertenecientes a la comunidad capacitada o sensibilizada directamente por el PNS	7,000	20,000	35,000	40,000
Nro. de personas tratadas con doble y triple terapia anti-retroviral.	—	120	200	883
Presupuesto total ejecutado U\$S	30,000	71,000	97,000	77,000
Nro. total de actos de capacitación	89	120	160	182
Nro. total de actos de coordinación	50	64	78	83
Nro. de pacientes tratados con terapia anti-retroviral fallecidos	—	—	—	12 (4%)
Nro. de artículos de prensa escrita publicados sobre SIDA	76	200	200	285
Nro. de preservativos vendidos y distribuidos	6,000,000	10,000,000	12,000,000	15,000,000
Impresos de material de promoción distribuidos	20,000	350,000	500,000	700,000
Nro. de normas elaboradas, actualizadas	1	2	3	4
Nro. de normas distribuidas	2,000	2,000	3,000	4,500
Nro. de actos de estrategia de intervención realizadas/estrategias de prevención previstas			100%	100%
Nro. proyectos ejecutados	2	3	5	5
Apoyo internacional	OPS/ UNICEF	ONUSIDA	ONUSIDA/ FAS	ONUSIDA/ FAS

- Coordinación de la ejecución oportuna y eficiente de actividades para prevenir el VIH y luchar contra la discriminación de las personas portadoras y enfermas de SIDA.

- Vigilancia epidemiológica pasiva y activa de la epidemia, para orientar las acciones del Programa Nacional hacia sectores prioritarios de la población.

- Mejorar la calidad de vida de los enfermos de SIDA y disminuir su mortalidad.

Logros del Programa Nacional de SIDA

Se destacan algunos logros obtenidos a lo largo de estos casi 12 años de labor, actuando en la tarea de informar, educar, prevenir y controlar la epidemia en el país.

- Mejora en la información. Encuestas organizadas por estudios consultores de opinión privados demuestran que hay un 90% de la población que sabe cómo se transmite y cómo se previene la infección por VIH.

- Aumento de la venta de preservativos en el país, de 4.5 millones anuales en 1995 a 15.3 millones en el año 1998.

- Disminuir la transmisión vertical de la infección de un 28.4% a un 8%, en los últimos dos años, mediante la detección del VIH en las embarazadas, post consejería informada y ofrecimiento del tratamiento anti-retroviral con AZT posteriormente.

- Una legislación que obliga al personal de salud a ofrecer el examen de detección del VIH a toda embarazada y en caso de ser positiva ofrecerle la medicación específica.

- Todas las embarazadas VIH+ reciben en el país el tratamiento gratuito con AZT (tanto en el sector del MSP, como de las IAMC), así como el recién nacido durante sus primeras seis semanas de vida.

- 13 de los 14 medicamentos anti-retrovirales aceptados internacionalmente se pueden adquirir en el país.

- Los enfermos de SIDA cuyo médico tratante entienda que necesiten medicación específica, pueden recibir medicación gratuita tanto del sub-sector público como del privado.

- Normas de bioseguridad, dictadas por el Programa Nacional de SIDA, para tratamiento de los accidentes en personal de salud, obligando a todos los servicios de salud, tanto públicos como privados, a tener un permanente *stock* de triple terapia a disposición.

- Tamizaje obligatorio del 100% de las transfusiones, en todo el territorio nacional, lo que nos ubica en un muy buen nivel de seguridad en sangre en América del Sur.

- Todos los pacientes que inician actualmente el tratamiento reciben triple terapia, en ambos sub-sectores de la salud. Ha disminuido, con la triple terapia, en un 70% el número de internaciones hospitalarias por infecciones oportunistas, contribuyendo a disminuir los ya elevados costos de la terapéutica anti-retroviral.

- Una más larga sobrevida y con mejor calidad de vida. En nuestro centro de referencia de la capital, durante 1998 se obser-

vó una disminución en un 4% de la mortalidad entre los pacientes en tratamiento con triple terapia, que esperamos sea mayor durante el presente año.

Los recursos

Organización

El sistema de salud uruguayo

En el sistema de salud uruguayo se observan tres tipos de prestadores claramente diferenciados. El sector público que debe dar cobertura a la población de bajos recursos, y sobre quien recae la responsabilidad de la promoción y prevención.

Dentro de este sector existen instituciones públicas que por la particularidad de sus servicios aseguran la salud de sus funcionarios (Sanidad Militar y Policial) o son prestaciones derivadas de algún monopolio público.

Un sector de aseguramiento voluntario, 50% de la población contrata en las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC) un paquete de servicios integrales, mediante el pago de una cuota mensual, igual para toda la población.

Una tercera parte de la población contrata seguros de cobertura parcial (emergencia móvil, internación, etcétera). Las personas con capacidad de pago acceden a los dos tipos de cobertura mencionados, confundándose las poblaciones

Un tercer sector, muy reducido, es estrictamente privado, es decir, que compra las prestaciones de servicios de salud mediante el pago directo del precio.

Al analizar el sistema desde un punto de vista económico, la situación no es muy clara, pues la identificación de las fuentes de financiamiento como de los agentes o administradores de fondos no son figuras que se observan fácilmente en el funcionamiento del sistema.

El gasto en salud equivale al 9.5% del PIB, lo que representa unos US\$1,900 millones de dólares, que se distribuyen de acuerdo a la estructura presentada en el cuadro 1.

Cuadro 1
Gasto en salud en Uruguay

	%	%
Sector público		
<i>Acciones a la población</i>		2.29
MSP	1.78	
CH de lucha contra el cáncer	0.16	
CH por la salud cardiovascular	0.01	
CH de lucha contra la hidatidosis	0.05	
CH de lucha antituberculosa	0.29	
<i>Acciones a las personas</i>		26.31
ASSE	14.97	
DNSFFAA	1.87	
DNSP	1.28	
Hospital de clínicas	1.58	
BPS	2.25	
BSE	1.33	
ANCAP	0.55	
IMM	0.41	
FNR-Aporte del Tesoro	2.03	
ANP	0.04	
Subtotal sector público		28.60
Sector privado		
IAMC	49.62	
FNR-aporte sector privado	3.87	
Seguros parc. emerg. móviles	5.85	
Seguros parc. médicos y quirur.	0.43	
Seguros parc. odontológicos	2.52	
Farmacias externas	6.44	
Casas de salud y residenciales	0.36	
Caja notarial	0.36	
Asistencia privada	1.96	
Subtotal sector privado		71.40
Total gasto sector salud		100.00

Fuente: Proyecto FISS y elaboración propia.

Fuentes de financiamiento

Los agentes que aportan los recursos para financiar el funcionamiento del sistema se denominan fuentes de financiamiento.²

Las fuentes de financiamiento identificadas para Uruguay son: en forma indirecta el gobierno central, que contribuye en el proceso de financiamiento, canalizando los impuestos hacia el pago de la atención de sus trabajadores (empresas públicas y gobiernos departamentales), o acciones a la población en materia de promoción y prevención.

Los aportes del exterior también son una fuente indirecta que se canaliza en este caso en particular sólo como donación o préstamos no reintegrables.

Las empresas y los hogares son fuentes directas de financiamiento con las aportaciones al Tesoro Nacional y los pagos directos derivados de las distintas transacciones en el sector.

Gobierno central. El presupuesto nacional (Rentas Generales), a través de sus distintos incisos, es uno de los principales financiadores de la patología.

Gobiernos departamentales. Los gobiernos regionales no destinan ningún tipo de recurso económico para esta epidemia. En algunos casos apoyan de forma voluntaria o de patrocinio, organizando actos o algún tipo de promoción los días mundiales y nacionales de SIDA.

Empresas. Todas las empresas están obligadas a contribuir con la seguridad social para financiar la salud de sus trabajadores.

Hogares. Los hogares inyectan sus recursos en transacciones directas tales como la de asegurar su salud contratando directamente en empresas prestadoras, las IAMC, o en medidas preventivas, como la compra de preservativos y la contratación de análisis.

La determinación de la contratación directa de servicios es muy difícil de estimar por las reservas del caso, dado que la mayoría de las

personas con capacidad de pago que quieren pasar desapercibidas realizan sus tratamientos en otro país.

Externo. Un reducido número de organismos internacionales contribuye con el financiamiento de actividades específicas en el área de la promoción, ya sea en el Ministerio de Salud Pública y/o con las Organizaciones no Gubernamentales.

Agentes financieros

El agente financiero o administrador de fondo es quien compra los servicios de salud a las empresas prestadoras. Esta figura no se identifica claramente ni se tiene incorporada en nuestra cultura, y se confunde con las fuentes. No obstante hay ejemplos muy claros.

El organismo de la seguridad social Banco de Previsión Social (BPS) asegura en las IAMC la salud de la población trabajadora formal, negocia el precio y obliga a los proveedores a ser eficiente pues debe de prestar la canasta integral de calidad al mismo precio que se lo vende al resto de la población. El otro es el Fondo Nacional de Recursos (FNR) que compra a empresas especializadas los servicios de alta tecnología que sean necesarios, dentro de una canasta de 14 intervenciones previamente definidas.

Las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC), que son empresas proveedoras, son también un seguro de prepago, cosa que estas instituciones no tienen claro, ni la legislación las trata como empresas aseguradoras. Los agentes privados en su mayoría confunden su rol entre fuente y agente, o entre agente y prestador.

Se identifican fácilmente dos tipos de agentes financieros, los públicos o privados. Los agentes públicos más significativos son los Ministerios quienes asignan una parte de su

² Cuentas Nacionales de Salud México-Versión Preliminar-Iniciativa Reforma del Sector Salud.

presupuesto a unidades ejecutoras que son prestadoras de servicios (ASSE, Hospitales: Policial, Militar y Universitario). El Banco de Previsión Social es un ente público que asegura las prestaciones jubilatorias y la enfermedad de la población económicamente activa.

Instituciones prestadoras de servicios de salud

Las instituciones públicas prestadoras de servicios las podemos clasificar según su población objetivo: acción a la población y acciones a las personas. En el primer grupo tenemos al Ministerio de Salud Pública, que además de ser el rector de la política del sector, realiza las acciones de prevención y promoción para toda la población del país.

Dentro de este ítem incluimos a cuatro Comisiones Honorarias que son instituciones públicas de derecho privado, con objetivos específicos de promover o prever patologías específicas como cáncer, cardiovascular, hidatidosis, y enfermedades prevalentes.

Dentro del segundo grupo se encuentra la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE), que asegura la salud de las personas de bajos recurso según mandato constitucional, el Hospital Universitario y la red de policlínicas de consulta ambulatoria de los gobiernos departamentales que está orientada a la misma población objetivo. Además de los Hospitales Militar, Policial o la Unidad de Perinatología del BPS.

En el sector privado, la mitad de la población esta cubierta por las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC) que brindan una canasta de servicios integral mediante el pago de una cuota del orden de los US\$50 mensuales.

Las empresas que brindan seguros parciales, en su mayoría son Emergencias Móviles, (traslado y atención médica a domicilio) y seguros quirúrgicos.

Las Cuentas Nacionales

Las Cuentas Nacionales en VIH/SIDA

En Uruguay no hay ningún estudio que permita cuantificar y que determine cuál es el gasto en SIDA, sólo hay dos esfuerzos que permiten aproximarse al tema.

Un trabajo del doctor Ignacio Mirazo, *Costo financiero para el paciente VIH/SIDA*, realizado para un encuentro sobre Repercusión económica de la infección por VIH/SIDA, efectuado en Uruguay en noviembre de 1998, que logra demostrar el costo teórico de una paciente y estima el gasto de la unidad que dirige, el Servicio de Enfermedades Infecto-Contagioso, dependiente de la ASSE.

Y un informe presentado a CONASIDA sobre la estimación del costo para el país de la implementación obligatoria del tratamiento con las tres drogas realizado por el economista Daniel Arán.³

³ Datos comparativos proyectados

Gasto	Miles de US\$	Relación con el gasto potencial de aplicar triplan a toda la población con VIH
PBI	17,684	0.5 %
Total en salud	1,780	4.4 %
ASSE	200	18 %
IAMCs (*)	849	3.8 %
MSP (*)	20	3.5 veces
Prevención y promoción	40	1.75 veces
Ingreso bruto per cápita en US\$	5,916	2 veces

(*) Respecto de su población de cobertura

Cuadro 2
 Ministerio de Salud Pública 1998
 Clasificación por actividad
 US\$

	PNSIDA	Laboratorio	Total	%
Tipo de actividad				
Prevención	456,973	165,121	622,094	74.26%
Promoción	215,614		215,614	25.74%
Total	679,787	165,121	837,708	100.00%
Tipo de gasto				
Retribuciones personales	105,672	9,791	115,463	13.78%
Materiales y otros	86,150	154,130	240,280	28.68%
Servicios no personales	480,765	1,200	481,965	57.53%
Total	679,787	165,121	837,708	100.00%

Comenzaremos en este punto un análisis con detenimiento bajo la óptica de identificar y cuantificar los servicios que se prestan a las poblaciones con VIH/SIDA, objetivo de este trabajo.

Prestaciones de servicios de salud aplicadas al VIH/SIDA

Ministerio de Salud Pública

La estimación de lo gastado por el Ministerio de Salud Pública se realizó sobre la base de

identificar las actividades de sus principales actores: el Programa Nacional de SIDA y el Laboratorio de Salud.

El MSP gasta US\$ 837,708, un 74% en prevención y un 26% en promoción.

A vigilancia epidemiológica se destinan US\$ 65,856, correspondientes al estudio centinela y a las retribuciones del personal destinado a la notificación de casos y seguimiento de enfermos y contactos (cuadro 2).

Las actividades que realiza el MSP en prevención y promoción del SIDA son las que figuran en el cuadro siguiente:

Área	Actividad
Prevención de la relación sexual	<ul style="list-style-type: none"> · Creación, distribución y controlar el cumplimiento de las normas de diagnóstico y tratamiento de la infección por VIH/SIDA. · Campañas de comunicación masivas sobre las formas de prevención. Realización de talleres, cursos y seminarios, para personal de salud, docentes, personal de laboratorios, estudiantes y público general, en capital e interior. · Conmemoración del Día Nacional del SIDA (29 de julio) y del Día Mundial de Lucha contra el SIDA (1 de diciembre) con eventos científicos y festivales artísticos populares, · Compra y distribución de preservativos para los centros diagnósticos, actividades educativas y para apoyo de ONGs que luchan contra la infección en el país. · Promoción de los servicios de diagnóstico, orientación e información de pruebas diagnósticas.
Prevención de la transmisión materno-infantil	<ul style="list-style-type: none"> · Informando adecuadamente a las parejas sexuales acerca de la transmisión sexual. · Ofreciendo a toda embarazada la prueba diagnóstica mediante <i>tests</i> de Elisa. · Tratamiento gratuito de toda embarazada VIH con AZT, tanto a ella (desde la 14a. semana del embarazo hasta el parto mismo) y al recién nacido (durante las 6 primeras semanas de vida).
Prevención de la transmisión sanguínea	<ul style="list-style-type: none"> · Promoción, mediante formulario de auto-exclusión, de la no-participación como donantes de personas pertenecientes a grupos de “comportamientos de riesgos”. · Creación, distribución y control del cumplimiento de las normas de bioseguridad para el personal de salud y laboratorios. · Realización de estudios epidemiológicos que permitan conocer la magnitud y tendencias de la infección en UDI (usuarios de drogas inyectadas).
Disminuir las consecuencias socioeconómicas en la población	<ul style="list-style-type: none"> · Coordinar acciones con las ONGs que luchan contra la infección en el país. Desarrollo de planes de contingencia para reducir el impacto socioeconómico.
Fortalecimiento del sistema de vigilancia epidemiológica	<ul style="list-style-type: none"> · En Uruguay es de notificación obligatoria tanto el SIDA como la infección por VIH en todo el país, tanto en el ámbito público como privado. · Realización de visitas epidemiológicas a las capitales departamentales, tanto a los hospitales del MSP como a las IAMC del interior.
Actividades de gestión	<ul style="list-style-type: none"> · Coordinación intra y extra ministerial e inter institucional. · Centro sostenedor del CONASIDA. · Especialización de los recursos humanos, tanto en servicios como con becas al exterior. · Evaluación periódica del Programa Nacional.

Laboratorio central del MSP

El laboratorio central del MSP es un centro de confirmación diagnóstica, que realiza un mínimo de 2,000 actos por año.

Para la determinación del costo se tuvo en cuenta el consumo de reactivos que ascendió a US\$ 154,130⁴, más los costos administrativos del personal que específicamente se destina a esta actividad y los servicios específicos.

Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE)

La Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE) es un organismo desconcentrado dentro de la Administración Pública, creado por la ley 15,903 y tiene como objetivo la administración de los establecimientos de atención médica pertenecientes al Ministerio de Salud Pública. Brinda una canasta integral de servicios de salud destinada a la población de bajos recursos.

La atención de los enfermos de VIH/SIDA se realiza en su red de hospitales en todo el territorio nacional y en el Servicio de Enfermedades Infecciosas (SEIC), radicado en la capital del país, cuya misión es la atención médica a los VIH/SIDA beneficiarios de ASSE y otras instituciones públicas, transformado en un centro de referencia por la particularidad del mismo.

De la ASSE depende también el Servicio Nacional de Sangre (SNS), que supervisa en el ámbito nacional la red de bancos de sangre y controla su propia red.

El número de los pacientes asistidos es de 442 en tratamiento y 1,550 con VIH.

La mayoría se atiende en el SEIC donde reciben una amplia atención que incluye el tratamiento con tres drogas, siempre que el paciente esté dispuesto y lo tolere.

Para determinar el gasto que realiza la ASSE, se tuvieron en cuenta los siguiente supuestos:

a) Tamizaje obligatorio, en todo el territorio nacional, de toda sangre y hemoderivado (desde junio de 1988 por resolución ministerial) en todos los bancos de sangre, públicos y privados del país.

Cuadro 3

Tamizaje de sangre en donantes

Prestador	Nro.
Hospitales públicos	41,450
DNFFAA	3,615
DSPP	2,210
Hospital de clínicas	5,561
IAMC	77,253
BSE	447
Unidad de Perinatología	1,037
Total	131,573

El total de donantes para el año 1998 fue de 135,483, de los cuales un 30% corresponde al sector privado y el resto al sector público. (Cuadro 3)

El SNS compra y distribuye entre los hospitales de ASSE 43,000 reactivos para la determinación, a un costo de US\$ 1.50 c/u, mientras que en las instituciones privadas deben de pagar US\$ 2 por c/u.

A tales efectos este servicio destina un médico, tres técnicos y una sicóloga.

En la parte administrativa destina el 10% del personal de compras, y proveeduría y el 50% del personal de distribución.

En servicios no personales se tuvieron en cuenta los gastos en comunicaciones telefónicas (fax) por envíos de los resultados y en correos por envíos de las muestras, más la cuota

⁴ Fuente: Viabilidad del Laboratorio del MSP - Proyecto FISS - Cr. Laura Palma y otros.

parte de los gastos derivados por la contratación de la empresa de limpieza.

En el curso del año se compró una nueva heladera para mejorar la cadena de frío a un costo de US\$ 20,000, lo que fue registrado en inversiones.

En materiales se incluyó el costo de las 43,000 determinaciones más el descarte de las bolsas de sangre.

Cuadro 4
Servicio Nacional de Sangre

Tipo de gasto	US\$	%
Servicios personales	25,832	20.04%
Materiales y otros	79,000	61.29%
Inversiones	20,000	15.52%
Servicios no personales	4,056	3.15%
Total	128,888	100.00%

El SEIC destinó US\$ 2,975,000. De este total el 94% es destinado a tratamiento y sólo un 6% a tratamiento de profilaxis a las personas viviendo con VIH (PVV). En medicamentos se gastó el 61%. (Cuadro 5)

Las cifras de gasto fueron proporcionadas por la Contaduría de la ASSE y los costos del recurso humano fueron estimados sobre la base de la planilla de personal presentada por la Dirección SEIC.

La ASSE a nivel central compra y suministra a todas las unidades ejecutoras (95 centros asistenciales) los *kits* a US\$ 254.980 (US\$ 2470*7 unidades*12 meses + dos *kits* de accidentes laborales para c/u de los 95 centros asistenciales a un costo de US\$ 250). Estos *kits*, al caducar se envían al Centro de Referencia para su aprovechamiento.

En los hospitales de ASSE el gasto es de US\$ 1,701,600 (cuadro 6), de los que lo más

Cuadro 5
Servicio de enfermedades infecto contagioso
Tipo de gasto
(En miles de US\$)

Tipo de gasto	US\$	%
Retribuciones personales	410	13.78%
Medicamentos	2,409	80.97%
Materiales y otros	122	4.10%
Servicios no personales	34	1.14%
Total	2,975	100.00%

Fuente: Contaduría de ASSE y elaboración propia.

significativo es el gasto en medicamentos, que representa un 60%. Para tratamiento se destina un 82% y el resto para actividades preventivas en VIH.

Cuadro 6
Hospitales de ASSE

Tipo de gasto	US\$	%
Servicios personales	221,208	13%
Medicamentos	1,020,960	60%
Materiales y otros	119,112	7%
Servicios no personales	340,320	20%
Total	1,701,600	100%

Dirección de Sanidad de las Fuerzas Armadas

Es una unidad ejecutora del Ministerio de Defensa Nacional que tiene como objetivo asegurar el estado sanitario del personal de las fuerzas armadas (y de sus familiares). Su principal brazo ejecutor es el Hospital Militar.

Acciones en VIH/SIDA

- Tratamiento sobre las personas con SIDA y una fuerte vigilancia sobre los VIH.
- Compra de las drogas anti-retrovirales para el tratamiento de sus enfermos y para los posibles accidentes laborales entre su personal de salud.
 - Todas las emergencias están equipadas con los *kits* preventivos de posibles accidentes.
 - Campañas de información interna (boletines, afiches, carteleras en pasillos y videos para el público en general).
 - Una o dos veces al año en cada unidad militar se realizan talleres donde se analizan los problemas de SIDA.
 - Actividades educativas para sus funcionarios realizadas en coordinación con OPS.
 - Se duplicaron los folletos realizados por el MSP para ser distribuido entre el cuerpo militar.
 - Se capacita al personal de las misiones de paz.
 - Compra de *kits* diagnósticos (Elisa).

El gasto para el año 1998 fue de US\$ 540,950 (cuadro 7) destinando un 27.5% a la atención preventiva, un 71% al tratamiento de SIDA y un 1.5% a prevención. La estimación se realizó sobre la base de 39 personas en tratamiento con drogas anti-retrovirales, 89 VIH y un total de 3,616 donantes. El personal destinado en forma permanente es un médico jefe, un enfermero y un auxiliar de servicio.⁵

Cuadro 7
Hospital militar
Tipo de gasto

Tipo de gasto	U\$S	%
Servicios personales	21,798	4.03%
Medicamentos	280,800	51.91%
Materiales y otros	191,552	35.41%
Servicios no personales	46,800	8.65%
Total	540,950	100.00%

Dirección Nacional de Sanidad Policial

El Hospital Policial es la unidad ejecutora de la Dirección de Sanidad Policial y tiene como objetivo asegurar el estado sanitario del personal policial y sus familiares.

Actualmente tiene en tratamiento a 10 personas con VIH/SIDA, y a 25 con VIH, y ha realizado durante 1998 unos 2,210 tamizajes. Para su tratamiento tiene una pequeña unidad de personal dedicado directamente a la atención de estos pacientes.

Su gasto anual fue de US\$ 177,779 (cuadro 8) destinando un 2.9% a prevención, un 23.5% a la atención preventiva y el resto al tratamiento de las personas con SIDA o con VIH que requieren tratamiento. El mayor gasto se concentra en medicamentos debido al suministro de los anti-retrovirales, y en materiales debido a los insumos de los estudios periódicos.

⁵ La cifras porcentuales adjuntas son el fruto de una investigación reservada realizada por la institución. Estructura de costos según un estudio propio.

	%
Paraclínica	12
Consultas	3
Internación	23
Tratamiento	62
Total	100

Cuadro 8
Hospital policial

Tipo de gasto	U\$S	%
Servicios personales	13,519	7.60%
Medicamentos	108,000	60.75%
Materiales y otros	56,260	31.65%
Total	177,779	100.00%

Principales acciones

- Campañas de información interna (boletines, afiches, carteleras en pasillos y videos para el público en general).
- Actividades educativas para sus funcionarios.
- Compra de *kits* diagnósticos (Elisa).
- Compra de las drogas anti-retrovirales para el tratamiento de sus enfermos y para los posibles accidentes laborales entre su personal de salud.

Hospital de Clínicas

El Hospital de Clínicas (Hospital Universitario), es financiado por el presupuesto de la Universidad de la República, tiene una participación muy pequeña en esta actividad, sólo realiza los estudios de vigilancia en las transfusiones de sangre. Por otro lado aprovecha la proximidad del edificio del Servicio de Enfermedades Infecto-Contagiosas (SEIC), dependiente de ASSE, ambos en el mismo predio; inmediatamente que es detectado un caso de VIH es derivado directamente al SEIC, para su tratamiento y seguimiento (cuadro 9).

Unidad de Perinatología del Banco de Previsión Social (Sanatorio Cansani)

El organismo de seguridad social BPS asegura el parto de las mujeres trabajadoras y la

Cuadro 9
Hospital de Clínicas

Tipo de gasto	U\$S	%
Servicios personales	10,579	44.26%
Materiales y otros	13,322	55.74%
Total	23,901	100.00%

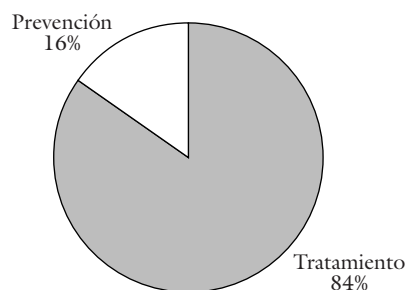
atención del recién nacido por un corto periodo.

Para nuestro estudio interesa la detección de la enfermedad en las mujeres embarazadas, su tratamiento y evitar la transmisión a sus hijos.

La compra de los siguientes insumos tiene un peso muy fuerte en sus acciones:

- Compra de *kits* diagnósticos (Elisa).
- Compra de AZT para tratamiento de las embarazadas VIH positivo y sus recién nacidos.

Figura 1
Tipo de actividad-Sanatorio Cansani



El mayor costo, 82.46%, corresponde a medicamentos pues se incluye el AZT para el tratamiento de los binomios madre-hijo (figura 1).

Sanatorio del Banco de Seguros del Estado

El Sanatorio del Banco de Seguros del Estado es una unidad dependiente del BSE que tiene por objetivo dar cobertura asistencial a todas las personas que sufran un accidente laboral (los seguros de accidentes laborales son monopolio del Estado a través del BSE). Por lo tanto sólo presta cobertura del accidentado y no da tratamiento a ninguna otra enfermedad.

En el caso de SIDA, las acciones se centran en la realización de tamizaje de la sangre de donantes y accidentados (447 para el año 1998), lo que permitió detectar 21 VIH. A los efectos de determinar su costo se siguió el mismo criterio y sólo se estimaron los estudios de sangre a US\$ 2.31 por estudio, lo que significa un gasto total de US\$ 32,473 en prevención.

Empresas privadas prestadoras de servicios de salud

Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC)

La mitad de la población de Uruguay tiene asegurada su cobertura de salud en las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva, empresas prestadoras de servicios de salud, de seguro pre-pago, creadas por ley 15.181. Mediante el pago de una cuota mensual de US\$50 se accede a una canasta integral.

Por decreto del Poder Ejecutivo estas empresas están obligadas a financiar los tratamientos con triplan a su población asegurada.

A los efectos de la estimación de las cifras, se estudiaron las estructuras de gasto de estas empresas, en particular las dos más grandes que atienden al 30% de los enfermos cubiertos por las IAMC.

Su gasto es de US\$ 7,050,743 (cuadro 10) destinando un 85% a tratamiento, un 3% a tamizaje y el 12% a atención de los VIH (figura 2) para evitar que se transformen en SIDA.

En cuanto a su financiamiento, la mayor parte proviene de la contratación directa, pero casi una tercera parte son contrataciones que realiza la seguridad social (BPS) para darle la cobertura a los trabajadores beneficiarios. A los efectos de la asignación de gastos en nuestro estudio, como es imposible detectar si los enfermos pertenecen al sector financiado por el BPS o son compradores directos, distribuimos el gasto en función de la aportación general al sistema.

El tipo de gasto se observa en el cuadro adjunto.

Cuadro 10

Instituciones de asistencia médica colectiva

Tipo de gasto	US\$	%
Servicios personales	55,240	0.78%
Medicamentos	5,356,800	75.87%
Materiales y otros	1,458,720	20.66%
Servicios no personales	189,983	2.69%
Total	7,060,743	100.00%

Figura 2

Gasto en instituciones de asistencia médica

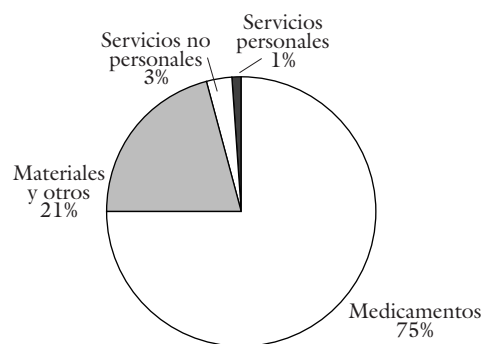
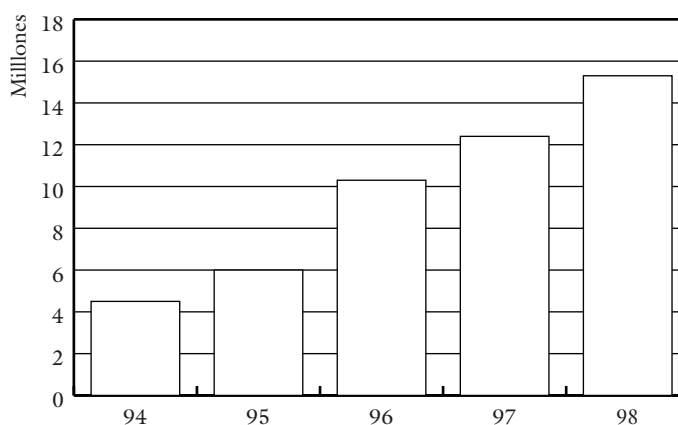


Figura 3
Venta de preservativos



Seguros parciales

Las empresas de emergencias móviles que dan cobertura parcial a casi una tercera parte de la población, no realizan ninguna actividad específica en cuanto a tratamiento, sólo toman medidas preventivas al manipular a los accidentados. El único gasto que se registró es el correspondiente a guantes descartables.

El mismo criterio se utilizó para la estimación de los gastos en seguros odontológicos. Sólo toman medidas preventivas en la atención de sus pacientes.

Farmacias

Bajo esta definición están agrupados todos los agentes que venden preservativos directamente al público, las farmacias, supermercados, dispensadores, etcétera.

La utilización de preservativos como una forma de evitar la transmisión del SIDA, fue fuertemente promovida por el Ministerio de Salud Pública. En 1994 se vendían en Uruguay 4.5 millones y en 1998 se llegó a 15.3

millones, lo que significa casi una cuadruplicación del consumo.

Para la estimación del gasto se previó un costo promedio de venta al público de US\$ 0.45 c/u (figura 3).

Asistencia particular

En este punto se incluyen todos aquellos casos de VIH no asignados a ningún prestador de servicios de salud, según la información que obra en poder del Programa Nacional de SIDA.

Los gastos ascienden a US\$ 282.720 (cuadro 11) en atención preventiva, siendo el rubro más importante la contratación de servicios no personales (68.34%).

Organizaciones no Gubernamentales

Existen unas 20 ONGs que realizan acciones para la lucha contra el SIDA. Por su particularidad, movilizan muy pocos recursos cuantificables económicamente, trabajan con el aporte de mano de obra voluntaria que destina su

Cuadro 11

Tipo de gasto	US\$	%
Servicios personales	27,600	9.76%
Materiales y otros	61,920	21.90%
Servicios no personales	193,200	68.34%
Total	282,720	100.00%

tiempo en pos de una buena causa. La actividad de albergue no fue tenida en cuenta.

El gasto total asciende a US\$ 126,805 (cuadro 12); la incidencia de este agente prestador es insignificante. El financiamiento externo es de 40%, el de mayor participación relativa del sector.

Las acciones se centran en la población: 73% en prevención, y 27% en promoción.

Cuadro 12
ONGs

Tipo de gasto	US\$	%
Retribuciones personales	85,056	66.03%
Materiales y otros	23,184	18.00%
Equipamiento	8,795	6.83%
Servicios no personales	11,770	9.14%
Total	128,805	100.00%

Análisis y conclusiones

Análisis de las cuentas nacionales

El gasto total en Uruguay en el tratamiento y prevención del SIDA para el año 1998 es de US\$ 21,228,000 (matriz 1).

A los efectos de ver su importancia relativa, este gasto equivale a algo más de 1% del gasto total en salud; per cápita es de US\$ 6.85.

Las fuentes de financiamiento sobre las que recae toda la responsabilidad se distribuyen entre el gobierno central, las empresas y los hogares con un 30.25, 7.93 y 61.37% (figura 4), respectivamente. El financiamiento con fuente extranjera es insignificante y los gobiernos regionales no tienen participación cuantificable, pues su presencia es similar a la que aportan en personal voluntario, que a los efectos de la estimación del gasto no se le ha asignado valor.

Al analizar los flujos financieros se observan los siguientes pesos relativos: la atención particular es del 33.37% debido a la fuerte compra de preservativos por parte de la población uruguaya, US\$ 6,885. Desde 1994 a 1998 la demanda de preservativos se multiplicó por 4; se vendieron 15,300,000 en 1998 (matriz 2). El Ministerio de Salud Pública es el principal agente financiero, con un 27.8%, debido a su rol de promoción y prevención y la responsabilidad directa de la población de bajos recursos. El otro agente de mayor peso son las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva que aseguran a la mitad de la población representando un 22.18% en actividades directas de atención a las personas. (Figura 5)

El Banco de Previsión Social (organismo de seguridad social) tiene un peso significativo de un 11.46%, debido a la contratación de servicios en las IAMC para darle cobertura asistencial a sus beneficiarios. El resto de los agentes suman en conjunto un 4.29%.

Los agentes prestadores de mayor peso son aquellos que prestan atención directa al tratamiento de los enfermos de SIDA o atención preventiva a los VIH. Las IAMC, con un 33.27%, dan cobertura a la mitad de la población. Las farmacias, que son el principal vendedor minorista de los preservativos, representan el 32.47% (prevención por parte de la población). La Administración de los Servicios de

Salud, con un 23.84%, cubre las prestaciones de salud de la población carente de recursos.

De la matriz 3 de las Cuentas Nacionales en VIH/SIDA que analiza los servicios prestados por los distintos agentes, podemos extraer las siguientes conclusiones:

- El conjunto de acciones a la población representa el 38.66% entre prevención, tamizaje y promoción. El MSP y las ONGs son los únicos agentes que realizan acciones de promoción (1.18%). En materia de prevención el mayor peso corresponde a la utilización de preservativos (US\$ 6.8 millones).

- Las acciones a las personas (61.33%) se distribuyen en tratamiento, atención directa a los enfermos con SIDA (50.88%), y atención preventiva a las personas con VIH (10.45%).

Las Cuentas Nacionales dan respuesta a la interrogante de en qué se gasta

En Uruguay, el gasto en medicamentos es el más significativo, 43.53%, dado que la atención con las tres drogas es obligatoria para todos los agentes que presten una canasta integral. Dentro de este ítem el 70% son medicamentos específicos. El rubro Materiales y Otros (45.46%) adquiere gran importancia por estar incluidos los preservativos, que son el 71% del ítem. (Matriz 4)

En inversiones sólo se ha computado la reconversión periódica del equipo de frío del Servicio Nacional de Sangre. Las retribuciones personales son sólo el 4.95%. Interesa destacar el peso del Gobierno Central pues el MSP aporta todo el personal del Programa Nacional de SIDA, 12%, y la ASSE, 66%, que tiene un área dedicada exclusivamente a la atención de este tipo de patología.

En el resto de los agentes el gasto de personal se estimó sobre la base de la carga parcial del personal para atender a sus enfermos.

Conclusiones

Del desarrollo de este trabajo surgen dos grandes conclusiones respecto del uso de las Cuentas Nacionales en VIH/SIDA: a) permiten medir el impacto de las políticas en la materia, y b) la importancia de su futura utilización.

Análisis del impacto de las políticas

Al efectuar un cruzamiento de las observaciones más significativas de hacia dónde se orienta el gasto en SIDA, y lo detallado en la sección I de este trabajo sobre los logros del Programa Nacional de SIDA, encontramos puntos de coincidencia entre los resultados alcanzados y los gestos más significativos, obteniendo el cuadro siguiente:

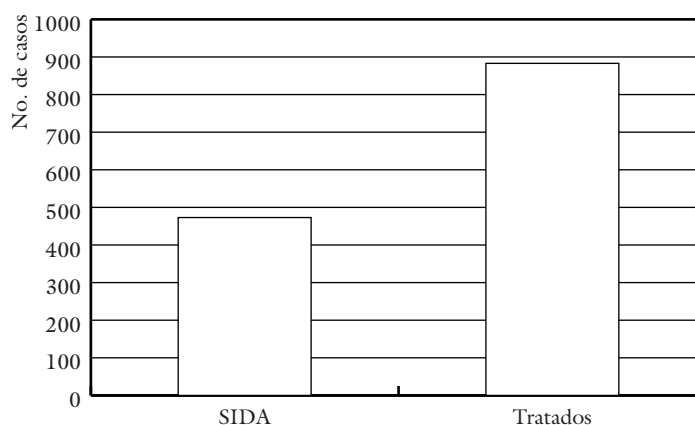
Cuantificación de la acción del PNS

Acciones	Miles de US\$
Aumentar la venta de preservativos de 4.5 a 15.3 millones anuales entre 1994 y 1998	6,885
Acceso universal al tratamiento con las drogas anti-retrovirales	9,240
Tamizaje al 100% de las transfusiones en todo el territorio nacional	349

Pacientes en tratamiento con anti-retrovirales

Nuestro estudio se basó en los pacientes tratados con drogas anti-retrovirales que son un 85% más que los casos de SIDA denunciados ante el programa Nacional de SIDA.

Figura 4
SIDA vs. tratamiento



Utilización futura

Para lograr una asignación de recursos en el sector salud que sea eficiente y equitativa se requiere analizar la información sobre los niveles y determinantes del financiamiento y gasto en VIH/SIDA.

Esto ermitirá estimar la magnitud y el flujo de los recursos destinados a controlar esta enfermedad, cuantificando el gasto público y privado dentro del sector, tanto en programas preventivos como curativos para esta enfermedad.

Al tener las cifras del gasto y conocer la efectividad de las acciones, el Ministerio tiene información adecuada para la asignación de prioridades en su formulación de políticas.

Al conocer los flujos financieros entre los distintos actores y los costos de las distintas prestaciones, la planificación de la prestación de los servicios tiene la información necesaria para una mayor efectividad.

La ética

Eficiencia

La ética a la que nos referimos pasa por la eficacia y eficiencia de la política de salud que defina cada Estado y para ello se requiere de una definición de prioridades, asignación de recursos y un resultado deseado, capaz de ser medido.

Es necesario que el conjunto de medidas adoptadas asegure el éxito de los procesos políticos y económicos.

Mecanismos de asignación de recursos en SIDA

En la confección de las Cuentas Nacionales en VIH/SIDA, uno de los principales problemas detectados es la carencia de información económica y la falta de sistematización en el procesamiento de la información de las acciones y los resultados.

Frente a esta situación queremos hacer una propuesta para promover en nuestros países el uso de un instrumento de racionalización presupuestaria, como los acuerdos de desempeño, los com-

promisos de gestión en el sector público, o unidades de negocios en la actividad privada.

Su utilización tendría los siguientes beneficios: mejora de la eficiencia en la gestión de los recursos e información confiable.

Compromiso de gestión

El compromiso de gestión es un acuerdo de partes, entre un agente financiador (comprador de servicios) y un responsable de la prestación de un servicio, con el objetivo de lograr un resultado compartido por ambas partes.

El compromiso de gestión es un instrumento periódico, habitualmente anual, que se suscribe entre una entidad prestadora de servicios y una compradora. En él se fija un conjunto de cuestiones relativas a los servicios prestados, la calidad de las prestaciones, el número, el costo y la financiación.

Los convenios de gestión deben ser producto de una serie de negociaciones entre los financiadores y los prestadores de servicios; una negociación de entregar ciertas sumas de dinero a cambio de una serie de prestaciones, negociación presupuestaria, y una negociación de un conjunto de actividades a realizar con el objetivo de lograr resultados, negociación de indicadores de gestión.

El diseño debe ser de tal forma que permita:

1. Ser una herramienta de diagnóstico permanente de la operación de los servicios prestadores de salud.

2. La estandarización de la información generada por parte de las entidades prestadoras.

3. Ayudar a redefinir los mecanismos de asignación de recursos y asociarlos al logro de metas establecidas de común acuerdo entre las partes.

4. Favorecer la introducción de cambios en la gestión de los prestadores de servicios de salud y coordinar la operación en conjunto de los servicios de salud.

En el caso de los programas nacionales de lucha contra el SIDA se conjugan varios aspectos:

- La epidemia requiere la realización de un conjunto de acciones destinadas a la población que deben ser efectuadas por las instituciones públicas.
- Las personas afectadas por la enfermedad demandan a las empresas prestadoras la realización de acciones para prevenir y tratar la enfermedad.
- Los demanda de recursos crece en forma exponencial.

El desafío ético de la sociedad es buscar formas de aprovechar eficientemente los escasos recursos económicos, el modelo de “compromiso de gestión” se presenta como la herramienta más adecuada pues, por un lado suministra información en forma sistemática, contribuye al logro de resultados y promueve la eficiencia.

Propuesta de algunos indicadores⁶

Una vez que se ha mejorado el diseño de la estructura presupuestaria es necesario definir un sistema de indicadores que permitan efectuar el seguimiento de la gestión. Se presenta a continuación una serie de indicadores sobre la ejecución física y financiera sugeridos que puede formar parte del cuadro de mando. Éste debe completarse con otros de ejecución presupuestaria en términos financieros y con los que se establezcan en los contratos de préstamo con

⁶ Mónica Levcovich y Arturo Schweiger, Reflexiones en torno a la Aplicación de un Contrato Programa en el caso de un Programa de SIDA, Jornadas de AES, Bs. As, abril 1998.

organismos internacionales que concurren a completar los recursos del programa.

- *Gasto en medicamentos por paciente asistido*

La distribución de medicamentos es la acción de mayor significado presupuestario de este programa. Si se siguiera adelante con la política actual que trata de cubrir las necesidades de todos aquellos pacientes atendidos en centros asistenciales públicos o privados, la demanda de recursos será creciente. Este crecimiento no sólo será consecuencia de la extensión de la epidemia sino también de la aparición de nuevos medicamentos más eficaces y de precios más altos, al menos en su primera etapa de lanzamiento al mercado. Por lo tanto será de interés efectuar el seguimiento del gasto por paciente asistido. Sin embargo, será de suma utilidad poseer alguna información simplificada que permita calificar este gasto en relación con la calidad y cantidad de los medicamentos que se distribuyan.

Existe la posibilidad de comparar el valor del gasto promedio con valores de mercado o instituciones prestadoras.

- *Gasto en control de bancos de sangre por determinación distribuida*

Este indicador permitirá efectuar el seguimiento del costo de los reactivos y su distribución.

- *Relación prevención sobre total y su inversa, asistencia médica sobre total*

Este indicador resulta de interés ya que en la medida en que se promuevan acciones de prevención y éstas resulten eficaces, menor será el requerimiento en el futuro para la asistencia de pacientes. En los últimos años tanto las acciones como el gasto en prevención han sido acotados, o se efectúan a través de otras dependencias.

- *Gasto por jurisdicción en relación con el número de casos de SIDA por jurisdicción*

Si bien la información epidemiológica no permite conocer el número de infectados con VIH

por jurisdicción, resulta eficaz para obtener el número de casos de SIDA aparecidos anualmente en cada jurisdicción. También para evaluar la correspondencia entre la distribución de los recursos y las necesidades que se verifican en las distintas jurisdicciones, cabe relacionar el gasto por jurisdicción con el número de casos de SIDA notificados.

De no estar disponible el gasto por jurisdicción podría establecerse la relación entre pacientes asistidos por jurisdicción y el número de casos notificados, en reemplazo del indicador arriba enunciado.

- *Pacientes atendidos sobre el total de enfermos*

Sería deseable conocer el alcance del Programa Nacional del SIDA en relación con la totalidad de personas afectadas por esta patología. Esto significaría poder decir en qué porcentaje el nivel nacional resuelve las necesidades que provoca la epidemia.

La ética

La ética del proceso de la respuesta nacional frente a la epidemia del VIH/SIDA pasa por la promoción de la equidad.

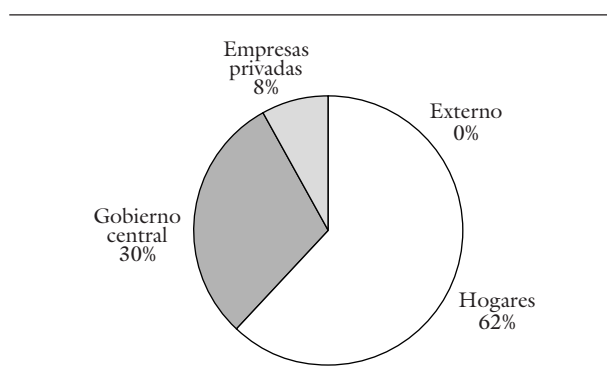
Para ello se debe promover una política de salud eficaz y eficiente, que asegure el mayor impacto frente a la epidemia, que se adecue a lo que es capaz la sociedad de financiar.

Para lograrlo se debe utilizar un mecanismo de asignación de recursos que promueva la eficiencia, que determine los responsables de su ejecución y permita la cuantificación de los resultados alcanzados.

Matriz 1
Cuentas Nacionales en VIH/SIDA en Uruguay
por fuentes de fondos y agentes financiadores

Agentes	F u e n t e s					Total
	Gobierno central	Gobiernos departa.	Empresas privadas	Hogares	Externo	
MSP	5,678		130		89	5,897
MDN	541					541
MI	178					178
Universidad	24					24
BPS			1,521	911		2,432
BSE			32			32
Gobiernos dep.						-
IAMCs				4,708		4,708
Seguros parciales						-
Emergencia móvil				55		55
Odontológicos				57		57
Farmacias externas				6,885		6,885
Asistencia particular				283		283
ONGs				129	7	136
Total	6,421	-	1,683	13,028	96	21,228
	30.25%		7.93%	61.37%	0.45%	100.00%

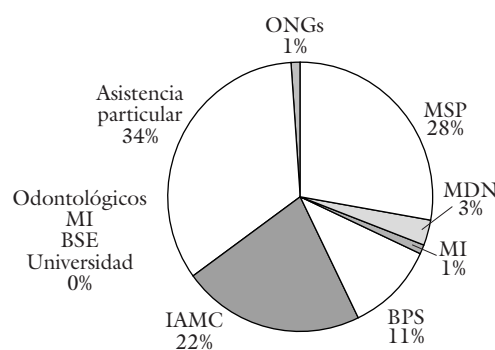
Fuentes de financiamiento



Matriz 2
Cuentas Nacionales en VIH/SIDA en Uruguay
por agentes financiadores y prestadores de servicios
(En miles de US\$)

Prestador	Agentes												Total
	Sector Público						Sector Privado						
	MSP	MDN	MI	Univer- sidad	BPS	BSE	IAMC	Emer- gencia móvil	Odonto- lógicos	Asistencia particular	ONGs		
MSP	837												837
ASSE	5,060												5,060
Hospital de Clínicas				24									24
Unidad de Perinatología					78								78
Sanatorio del BSE						32							32
Dir. NS-FF.AA.		541											541
Direc. de Sanidad Policial			178										178
IAMCS					2,354		4,708						7,062
Seguros Parciales													0
Emergencias Móviles								55					55
Odontológicos									57				57
Farmacias										6,885			6,885
Asistencia Particular										283			283
ONG											136		136
TOTAL	5,897	541	178	24	2,432	32	4,708	55	57	7,168	136	136	21,228
	27.78%	2.55%	0.84%	0.11%	11.46%	0.15%	22.18%	0.26%	0.27%	33.77%	0.64%	0.64%	100.00%

Agente de financiación



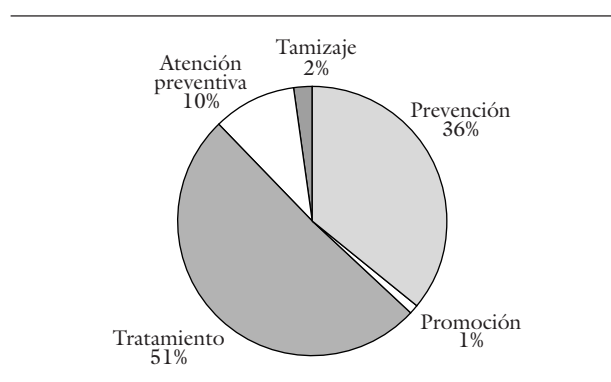
Prestador	Gasto Total	%
MSP	837	3.94%
ASSE	5,060	23.84%
Hospital de Clínicas	24	0.11%
Unidad de Perinatología	78	0.37%
Sanatorio del BSE	32	0.15%
Dir. NS- FF.AA.	541	2.55%
Direc. de Sanidad Policial	178	0.84%
IAMCS	7,062	33.27%
Seguros Parciales		
Emergencias Móviles	55	0.26%
Odontológicos	57	0.27%
Farmacias	6,885	32.43%
Asistencia Particular	283	1.33%
ONG	136	0.64%
Total	21,228	100.00%

Matriz 3

Cuentas Nacionales en VIH/SIDA en Uruguay, por tipo de servicio y prestadores de servicios
(En miles de US\$)

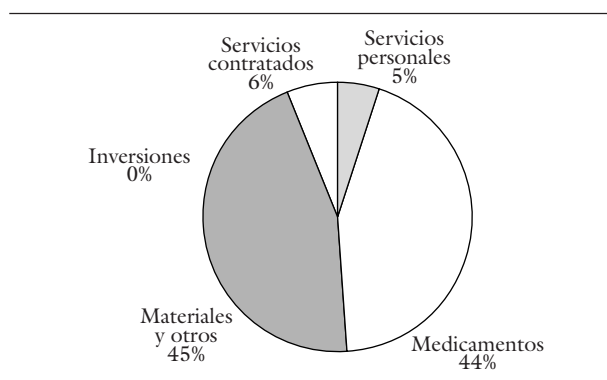
Tipo de servicio Prestador	Acciones a la población			Acciones a las personas		Total
	Prevención	Tamizaje	Promoción	Tratamiento	Atención preventiva	
MSP	622		216			838
ASSE		129		4,184	747	5,060
Hospital de Clínicas		15		9		24
Unidad de Perinatología		2		65	11	78
Policl. Departamentales						0
Sanatorio del BSE		1			31	32
DNSFFAA		8		384	149	541
DNS Policial		5		131	42	178
IAMCS		189		6,028	844	7,061
Seguros parciales						0
Emergencias móviles					55	55
Odontológicos					57	57
Farmacias	6,885					6,885
Asistencia particular					283	283
ONG	101		35			136
Total	7,608	349	251	10,801	2,219	21,228
	35.84%	1.64%	1.18%	50.88%	10.45%	100.00%

Tipo de servicio



Tipo de gasto	Gastos de funcionamiento			Formación bruta de capital Inversiones	Servicios contratados a terceros	Total
	Servicios personales	Medicamentos	Materiales y otros			
MSP	115		240		482	837
ASSE	657	3,430	575	20	378	5,060
Hospital de Clínicas	11		13			24
Unidad de Perinatología	2	64	2		10	78
Policl. Departamentales						0
Sanatorio del BSE	1		31			32
DNSFFAA	22	281	192		46	541
DNS Policial	14	108	56			178
IAMCS	55	5,357	1,460		190	7,062
Seguros Parciales						0
Emergencias Móviles			55			55
Odontológicos			57			57
Farmacias			6,885			6,885
Asistencia Particular	28		62		193	283
ONG	85		23	9	19	136
Total	990	9,240	9,651	29	1,318	21,228
	4.66%	43.53%	45.46%	0.14%	6.21%	100%

Tipo de gasto



Matriz 4
Categorías de gasto por tipo de servicio
 (En miles de US\$)

Tipo de servicio Categoría	Acciones a la población			Acciones a personas		Total
	Prevención	Tamizaje	Promoción	Tratamiento	Atención preventiva	
Servicios personales	140	55	60	451	284	990
Medicamentos				9,240		9,240
Materiales y otros	7,121	270	28	679	1,553	9,651
Inversiones		20	9			29
Servicios no personales	347	4	154	431	382	1,318
Total	7,608	349	251	10,801	2,219	21,228

Gobierno central	Empresas privadas	Hogares	Externo
6,421	1,683	13,028	96
30.25%	7.93%	61.37%	0.45%

MSP	MDN	MI	Universidad	BPS	BSE	IAMC	Asistencia particular	ONGs
5,897	541	178	24	2,432	32	4,708	7,168	136

Prevención	Tamizaje	Promoción	Tratamiento	Atención preventiva
7608	349	251	10,801	2,219

Servicios Personales	Medicamentos	Materiales y otros	Inversiones	Servicios contratados
990	9,240	9,651	29	1,318

No. de enfermos tratados

Prestador	SIDA	VIH	
H. ASSE	95	710	
HC	32	69	
Militar	39	89	
Policial	10	26	
BSE		21	
IAMC	320	693	
Particular	40	138	
SEIC	347	840	
Total	883	2,586	3,469
	25.45%	74.55%	100.00%

Bibliografía

- Catálogo de Organizaciones No Gubernamentales (ONG) que trabajan en VIH/SIDA en el Uruguay—MSP-ONUSIDA—1998.
- Cuentas Nacionales de Salud México—Versión Preliminar— Iniciativa Reforma del Sector Salud-1998.
- Gasto en Salud 1994 y 1995 —Proyecto FISS— MSP.
- Informe de Ejecución Presupuestal —División Promoción de Salud— MSP-1998.
- La transmisión de sangre en Uruguay - Informe 1997 y 1998. Servicio Nacional de Sangre ASSE.
- Ley de Rendición de Cuentas No. 15.903.

Personas entrevistadas

- Dra. Margarita Serra - Directora del Programa Nacional de SIDA del MSP
- Dr. Félix Rígoli - Director del Centro Asistencial del Sindicaró Médico del Uruguay.
- Dra. Cristina Mogdazy - Directora del Laboratorio de la Asociación Española de Socorros Mutuos
- Dr. Andrew Miller - Director del Servicio Nacional de Sangre (ASSE)
- Sra. Marilyn Castro - Directora de Contabilidad Presupuetal de la ASSE
- Sr. Jorge Cuneo - Director Administrativo de la ASSE
- Dr. Ignacio Mirazo - Director del Servicio de Enfermedades Infecto-Contagiosas
- Dra. María del Carmen Paparamborda - Directora de Depto. de Epidemiología de Sanidad de las Fuerzas Armadas

- Dr. Guillermo Frosh - Director de Sanidad de las Fuerzas Armadas
- Dr. Víctor Tonto - Adjunto a la Dirección del Hospital de Clínicas
- Dr. José Russi - Jefe del Área de Virología del Laboratorio Central del MSP
- Dra. Gloria Mendoza - Directora de la Unidad de Perinatología del BPS

Lista de abreviaturas

ASSE	Administración de los Servicios de Salud
BPS	Banco de Previsión Social
BSE	Banco de Seguro del Estado
CNS	Cuentas Nacionales de Salud
CONASIDA	Comisión Nacional de SIDA
DNFFAA	Dirección Nacional de las Fuerzas Armadas
DNSPP	Dirección Nacional de Sanidad Policial
ERE	Epidemia, Recursos y Ética
FISS	Fortalecimiento Institucional del Sector Salud
FNR	Fondo Nacional de Recursos
IAMC	Instituciones de Asistencia Médica Colectiva
MSP	Ministerio de Salud Pública
ONG	Organizaciones no Gubernamentales
OPS	Organización Panamericana de la Salud
SEIC	Servicio de Enfermedades Infectocontagiosas
UDI	Usuarios de drogas inyectadas

Anexo

Instituciones de Asistencia Médica Colectiva
1998

Clasificación por actividad

Tipo de actividad	US\$	%
Prevención	1,033,000	14.63%
Promoción		
Tratamiento	6,027,743	85.37%
Rehabilitación		
Otros		
Total	7,060,743	100.00%

Clasificación por tipo de gasto

Tipo de gasto	US\$	%
Servicios personales	55,240	0.78%
Medicamentos	5,356,800	75.87%
Materiales y otros	1,458,720	20.66%
Amortización		
Servicios no personales	189,983	2.69%
Total	7,060,743	100.00%

Clasificación por gasto y por actividad

Tipo de servicio Categoría	Acciones a la población		Acciones a las personas		Total
	Prevención	Promoción	Tratamiento	Atención preventiva	
Servicios personales			20,160	35,080	55,240
Medicamentos			5,356,800		5,356,800
Materiales y otros			460,800	997,920	1,458,720
Inversiones					0
Servicios no personales			189,983		189,983
Total	0	0	6,027,743	1,033,000	7,060,743

Emergencias móviles
1998

Clasificación por actividad

Tipo de actividad	US\$	%
Prevención	54,750	100%
Promoción		
Tratamiento		
Rehabilitación		
Otros		
Total	54,750	100%

Clasificación por tipo de gasto

Tipo de gasto	US\$	%
Servicios personales		
Medicamentos		
Materiales y otros	54,750	100%
Amortización		
Servicios no personales		
Total	54,750	100%

Asistencia particular
1998

Clasificación por actividad

Tipo de actividad	US\$	%
Prevención	282,720	100%
Promoción		
Tratamiento		
Rehabilitación		
Otros		
Total	282,720	100%

Clasificación por tipo de gasto

Tipo de gasto	US\$	%
Servicios personales	27,600	9.76%
Medicamentos		
Materiales y otros	61,920	21.90%
Amortización		
Servicios no personales	193,200	68.34%
Total	282,720	100.00%

Clasificación por gasto y por actividad

Tipo de servicio Categoría	Acciones a la población		Acciones a las personas		Total
	Prevención	Promoción	Tratamiento	Atención preventiva	
Servicios personales				27,600	27,600
Medicamentos					0
Materiales y otros				61,920	61,920
Inversiones					0
Servicios no personales				193,200	193,200
Total	0	0	0	282,720	282,720

Hospital Militar
1998

Clasificación por actividad

Tipo de actividad	US\$	%
Prevención	157,190	29.06%
Promoción		
Tratamiento	383,760	70.94%
Rehabilitación		
Otros		
Total	540,950	100.00%

Clasificación por tipo de gasto

Tipo de gasto	US\$	%
Servicios personales	21,798	4.03%
Medicamentos	280,800	51.91%
Materiales y otros	191,552	35.41%
Amortización		
Servicios no personales	46,800	8.65%
Total	540,950	100.00%

Clasificación por gasto y por actividad

Tipo de servicio Categoría	Acciones a la población		Acciones a las personas		Total
	Prevención	Promoción	Tratamiento	Atención preventiva	
Servicios personales	1,121		15,477	5,200	21,798
Medicamentos			280,800		280,800
Materiales y otros	7,232		56,160	128,160	191,552
Inversiones					0
Servicios no personales			31,323	15,477	46,800
Total	8,353	0	383,760	148,837	540,950
	1.54%		70.94%	27.51%	100.00%

Hospital Policial
1998

Clasificación por actividad

Tipo de actividad	US\$	%
Prevención	38,225	43.55%
Promoción		
Tratamiento	49,554	56.45%
Rehabilitación		
Otros		
Total	87,779	100.00%

Clasificación por tipo de gasto

Tipo de gasto	US\$	%
Servicios personales	9,199	10.48%
Medicamentos	32,400	36.91%
Materiales y otros	46,180	52.61%
Amortización		
Servicios no personales		0.00%
Total	87,779	100.00%

Clasificación por gasto y por actividad

Tipo de servicio Categoría	Acciones a la población		Acciones a las personas		Total
	Prevención	Promoción	Tratamiento	Atención preventiva	
Servicios personales	685		8,514		9,199
Medicamentos			32,400		32,400
Materiales y otros	4,420		4,320	37,440	46,180
Inversiones					0
Servicios no personales					0
Total	5,105	0	45,234	37,440	87,779
	5.82%		51.53%	42.65%	100.00%

Hospital de Clínicas
1998

Clasificación por actividad

Tipo de actividad	US\$	%
Prevención	15,387	64.38%
Promoción		
Tratamiento	8,514	35.62%
Rehabilitación		
Otros		
Total	23,901	100.00%

Clasificación por tipo de gasto

Tipo de gasto	US\$	%
Servicios personales	10,579	44.26%
Medicamentos		
Materiales y otros	13,322	55.74%
Amortización		
Servicios no personales		
Total	23,901	100.00%

Clasificación por gasto y por actividad

Tipo de servicio Categoría	Acciones a la población		Acciones a las personas		Total
	Prevención	Promoción	Tratamiento	Atención preventiva	
Servicios personales			8,514	2,065	10,579
Medicamentos					0
Materiales y otros				13,322	13,322
Inversiones					0
Servicios no personales					0
Total	0	0	8,514	15,387	23,901

Unidad de Perinatología de BPS
1998

Clasificación por actividad

Tipo de actividad	US\$	%
Prevención	12,395	15.97%
Promoción		
Tratamiento	65,200	84.03%
Rehabilitación		
Otros		
Total	77,595	100.00%

Clasificación por tipo de gasto

Tipo de gasto	US\$	%
Servicios personales	1521.47	1.96%
Medicamentos	64,000	82.48%
Materiales y otros	2,074	2.67%
Amortización		
Servicios no personales	10,000	12.89%
Total	77,595	100.00%

Clasificación por gasto y por actividad

Tipo de servicio Categoría	Acciones a la población		Acciones a las personas		Total
	Prevención	Promoción	Tratamiento	Atención preventiva	
Servicios personales			1200	321.47	1,521
Medicamentos			64,000		64,000
Materiales y otros				2,074	2,074
Inversiones					0
Servicios no personales			10,000		10,000
Total	0	0	75,200	2,395	77,595

Sanatorio del BSE
1998

Clasificación por actividad

Tipo de actividad	US\$	%
Prevención	32,473	100%
Promoción		
Tratamiento		
Rehabilitación		
Otros		
Total	32,473	100%

Clasificación por tipo de gasto

Tipo de gasto	US\$	%
Servicios personales	1,339	4.12%
Medicamentos		
Materiales y otros	31,134	95.88%
Amortización		
Servicios no personales		
Total	32,473	100.00%

Clasificación por gasto y por actividad

Tipo de servicio Categoría	Acciones a la población		Acciones a las personas		Total
	Prevención	Promoción	Tratamiento	Atención preventiva	
Servicios personales				1,339	1,339
Medicamentos					0
Materiales y otros				31,134	31,134
Inversiones					0
Servicios no personales					0
Total	0	0	0	32,473	32,473

Consolidado MSP
1998

Clasificación por actividad
US\$

Tipo de actividad	PNSIDA	Laboratorio	Total	%
Prevención	456,973	165,121	622,094	74.26%
Promoción	215,614		215,614	25.74%
Tratamiento			-	
Rehabilitación			-	
Otros			-	
Total	679,787	165,121	837,708	100.00%

Clasificación por gasto

Tipo de gasto	PNSIDA	Laboratorio	Total	%
Retribuciones personales	105,672	9,791	115,463	13.78%
Medicamentos				
Materiales y otros	86,150	154,130	240,280	28.68%
Servicios no personales	480,765	1,200	481,965	57.53%
Total	679,787	165,121	837,708	100.00%

Clasificación por gasto y por actividad

Tipo de servicio Categoría	Acciones a la población		Acciones a las personas		Total
	Prevención	Promoción	Tratamiento	Atención preventiva	
Servicios personales	81,648	33,815			115,463
Medicamentos					0
Materiales y otros	212,712	27,568			240,280
Inversiones					0
Servicios no personales	328,120	153,845			481,965
Total	622,480	215,228	0	0	837,708

Consolidado ASSE
1998

Clasificación por actividad

Tipo de actividad	Central	SEIC	SNS	Hospitales	Total	%
Prevención	254,980	187,000	128,888	766,800	1,337,668	26.43%
Promoción						
Tratamiento		2,788,000		934,800	3,722,800	73.57%
Rehabilitación						
Otros						
Total	254,980	2,975,000	128,888	1,701,600	5,060,468	100.00%

Clasificación por tipo de gasto

Tipo de gasto	Central	SEIC	SNS	Hospitales	Total	%
Servicios personales		410,000	25,832	221,208	657,040	12.98%
Medicamentos		2,409,000		1,020,960	3,429,960	67.78%
Materiales y otros	254,980	122,000	79,000	119,112	575,092	11.36%
Inversión			20,000		20,000	0.40%
Servicios no personales		34,000	4,056	340,320	378,376	7.48%
Total	254,980	2,975,000	128,888	1,701,600	5,060,468	100.00%

Clasificación por gasto y por actividad

Tipo de servicio Categoría	Acciones a la población		Acciones a las personas		Total
	Prevención	Promoción	Tratamiento	Atención preventiva	
Servicios personales			396,664	260,376	657,040
Medicamentos			3,429,960		3,429,960
Materiales y otros			147,512	427,585	575,097
Inversiones				20,000	20,000
Servicios no personales			210,176	168,200	378,376
Total	0	0	4,184,312	876,161	5,060,473

URUGUAY: CUENTAS NACIONALES DE VIH/SIDA
se terminó de imprimir en el mes de septiembre
de 2000 en los talleres de *Grafía*.
Se tiraron 1000 ejemplares más
sobrantes para reposición.