

Panorama del VIH/SIDA: retos para el nuevo milenio

José Antonio Izazola, Javier Arellano

Introducción

En el año 2001 se cumplieron dos décadas de la identificación del virus que hoy conocemos como síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA). Debido a las implicaciones y características de los mecanismos de prevención y transmisión, este mal ha repercutido, incluso, en la perspectiva que se tiene de la salud, la enfermedad, la sexualidad y los derechos humanos. El SIDA es la cuarta causa de mortalidad en el planeta y para finales del 2001 se estimaba que 40 millones de personas estarían infectadas con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH); de éstas, casi dos millones residirían en América Latina y el Caribe, según el resumen mundial de la epidemia del Programa Conjunto de las Naciones Unidas para el SIDA (ONUSIDA) (figura 1).

La utilización de herramientas que permitan a los tomadores de decisiones intervenir de manera más eficiente y con una mejor racionalización de los recursos –a partir de estimadores económicos orientados a obtener la mayor cantidad de información disponible, con el mayor grado de precisión y exactitud posible sobre el uso de recursos–, constituye un requerimiento que la mayoría de los países latinoamericanos identifica como una actividad prioritaria en el diseño de sus planes estratégicos nacionales, y que pretende institucionalizarse en los programas nacionales de lucha contra el SIDA, como un ejercicio permanente de gestión y autoanálisis.

Uno de estos instrumentos es la estimación del flujo de financiamiento y gasto, por medio de un recuento de los recursos de cada país, tanto gubernamentales como de los individuos y los de apoyo o cooperación internacional, lo cual permite conocer la mejor forma de responder de manera organizada ante esta enfermedad.

El comportamiento epidemiológico del SIDA no ha cambiado de forma tan drástica; en algunos países, dejó de estar concentrada para generalizarse. Sin embargo, en la mayoría se ha acentuado en los grupos específicos que desde un inicio se vieron afectados. En América Latina y el Caribe, la mayoría de personas afectadas son hombres; en América Central cerca de tres cuartas partes de los casos son de hombres que tiene sexo con hombres; aunque en la región coexisten epidemias de distinta índole. En el Caribe el SIDA es la principal causa de muerte y en naciones como Haití y Bahamas las tasas de prevalencia son superiores a 4% entre la población en general.

Aspectos generales del VIH/SIDA

La posibilidad de controlar el SIDA por medio de fármacos ha ido sufriendo notables cambios a medida que se conoce más acerca de su agente causal, el VIH: a finales de los años ochenta y principios de los noventa, el uso de las combinaciones de potentes medicamentos constituyó un giro en las expectativas de las personas infectadas con respecto a la posibilidad de desarrollar el SIDA. Así, éste pasó de ser un padecimiento mortal a constituirse en uno crónico, con perspectivas de permitir una buena calidad de vida durante varios años. Esta situación, sin embargo, estaba condicionada por el gran costo de las citadas combinaciones de medicamentos.

Algunas de las contribuciones científicas que ayudaron a mejorar la efectividad de los llamados cocteles (por las combinaciones) de medicamentos antirretrovirales fueron, en orden cronológico:

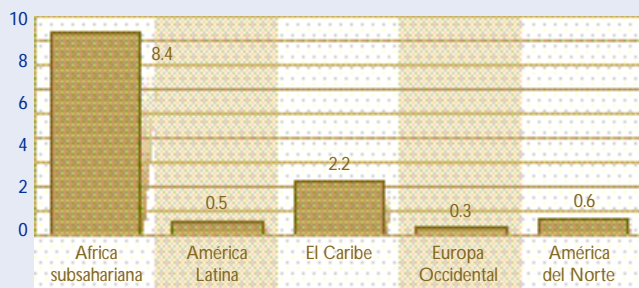
- Las pruebas con capacidad de medir el RNA –material genético– del VIH (pruebas de carga viral), las cuales determinan la eficacia de las combina-

Figura 1. Número estimado de adultos y niños portadores del VIH/SIDA, 2001



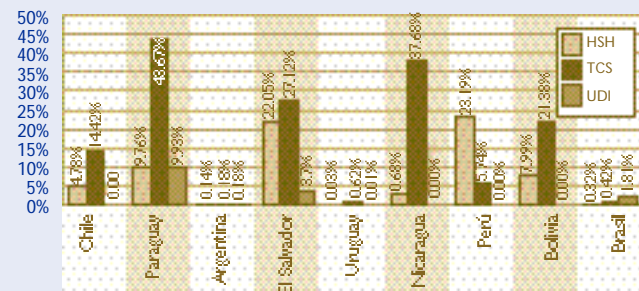
FUENTE: ONUSIDA, Resumen mundial de la epidemia, 2001.

Figura 2. Prevalencia del VIH en adultos, por región



FUENTE: ONUSIDA, Resumen mundial de la epidemia 2001.

Figura 3. Gasto en acciones preventivas en grupos específicos en nueve países de América Latina, 2000



HSH: hombres que tienen sexo con hombres.
 TCS: trabajadores del sexo comercial.
 UDI: usuarios de drogas inyectables.

FUENTE: Sidalac, 2000.

ciones de tratamientos o del esquema terapéutico; también permiten conocer más acerca de la dinámica viral del VIH.

- El uso de los medicamentos inhibidores de la proteasa del VIH.
- El desarrollo del tratamiento antirretroviral con alta actividad (HAART, por sus siglas en inglés) y su comprobada efectividad.
- El conocimiento preciso de la dinámica viral de alta mutabilidad y las tasas de replicación elevadas.
- El uso de más de 12 medicamentos antirretrovirales, con tres actividades complementarias: los análogos de nucleósidos, los inhibidores de transcriptasa reversa no nucleósidos y los inhibidores de la enzima proteasa del virus.

Pese a los avances en el conocimiento científico del virus y su replicación, existe un enorme abismo en la capacidad de acceso a esos adelantos entre los países con economías de alto ingreso, los de economías emergentes y aquéllos en situación de emergencia a causa del SIDA, como es el caso de África subsahariana.

Algunas naciones han encontrado diversos mecanismos para reducir el costo de los medicamentos; por ejemplo, en el año 2000 los gobiernos de Sudáfrica y Brasil se enfrentaron a algunas compañías farmacéuticas en su política por producir medicamentos, mediante la aplicación de cláusulas de patentes que permitan la producción nacional de los fármacos necesarios en situaciones de urgencia, a precios menores a los usuales.

Situación epidemiológica

La propagación de la epidemia del VIH varía ampliamente en las diversas regiones del mundo. En la África subsahariana, 16 países notificaron una prevalencia del VIH en más de 10% de los adultos a finales de 1999, mientras que en otras zonas esa tasa no llegaba a 1% (Arredondo, 1998) (figura 2). A pesar de que el patrón de transmisión en Latinoamérica se

está modificando, hay una visible reducción de riesgo en las personas que han recibido transfusiones de sangre y sus derivados. La posibilidad latente de una epidemia creciente en nuestra región se debe a su estructura poblacional, donde los menores de 15 años han resultado gravemente afectados, pues cerca de 10 millones de adolescentes inician su actividad sexual sin la protección adecuada y, por lo tanto, corren el peligro de asumir prácticas de riesgo y de contraer VIH u otras infecciones de transmisión sexual. Por el momento es razonable pensar que el VIH en América Latina están se propaga, sobre todo, entre hombres, en particular en las grandes urbes.

Para conocer más acerca del curso de la epidemia del VIH han surgido sistemas de vigilancia, los cuales incluyen estudios que consideran su prevalencia en poblaciones en las que es necesario conocer el avance de la epidemia, tales como los grupos de hombres que tienen sexo con hombres, los de trabajadores sexuales –hombres y mujeres–, embarazadas, usuarios de drogas intravenosas, etcétera. Estas investigaciones se han llevado a cabo en áreas geográficas seleccionadas, llamadas centros de vigilancia centinela (Granero, 1996), y ayudan a identificar el grado de la epidemia –sea de baja transmisión, concentrada o generalizada– en las diferentes regiones del orbe.

El SIDA en México, por ejemplo, es una de las principales causas de muerte entre hombres de 25 a 44 años de edad. (Izazola-Licea *et al.*, 1995). En otras naciones latinoamericanas, este patrón de mortalidad en hombres y mujeres sólo es rebasado por los accidentes (Ávila, 1996). Debido a que el SIDA afecta a este importante segmento de la población económicamente activa, la productividad futura de nuestros países puede llegar a sufrir consecuencias desfavorables en sus sistemas de producción; por eso, esta epidemia debe analizarse desde el punto de vista de la salud pública, dado su efecto social en términos de capital humano perdido, y desde la perspectiva institucional, por su impacto en la demanda y los costos de los servicios de salud.

Comprender el tamaño y la velocidad de propagación del VIH/SIDA en América Latina representa un punto crítico por sus implicaciones demográficas, económicas y de salud pública. Las rutas de transmisión varían entre países. En Colombia, Venezuela y México es reportada principalmente en hombres que tienen sexo con hombres y en bisexuales. En América Central y el Caribe, la mayor proporción de casos se presenta en personas con prácticas heterosexuales, mientras que en Argentina y Brasil hay una creciente mayoría de infectados con antecedentes de uso de drogas intravenosas (CDC, 1994).

Los patrones epidémicos parecen tener una explicación más social que biológica. La manera en que los grupos sociales se relacionen en redes y sus movimientos demográficos explican mejor la dinámica de la epidemia que algunas características biológicas o de patogenicidad del virus, es decir, las fuentes de infección y las vías de transmisión son los factores más importantes para la propagación del VIH. Si la infección se concentra en algunos grupos sociales, la dinámica de la epidemia depende de la forma de interacción de esos grupos, de tal forma que los comportamientos y las redes sociales serían elementos mucho más trascendentales en la propagación de la epidemia que los rasgos biológicos del virus. Existen además otros hechos reconocidos que aumentan la probabilidad de transmisión del VIH: por ejemplo, las enfermedades de transmisión sexual. Dado que la práctica de sexo no protegido es el mayor riesgo para adquirir la infección por VIH, las acciones preventivas deberán encaminarse a modificar los comportamientos que implican una probabilidad elevada de contagio.

Aspectos preventivos

La prevención se puede analizar desde los diversos mecanismos de transmisión posibles, pues el control de los bancos de sangre y la vigilancia para evitar que se dé la cadena de infección madre-hijo pueden lograrse fundamentalmente por acciones ejecutadas

por los sistemas de salud; sin embargo, los mayores retos radican en la transmisión sexual y por el uso de agujas y jeringas compartidas entre los usuarios de drogas inyectables. En este caso, los sistemas de salud necesitan del complemento, de gran magnitud, que les puedan aportar las disciplinas sociales y psicológicas, las cuales dan cuenta del cambio de comportamientos en forma sostenida.

Prevención de la transmisión perinatal

La introducción de las drogas antirretrovirales durante el embarazo de una mujer infectada ha disminuido la tasa de transmisión del VIH perinatal; la utilización del protocolo ACTG076/ANRS024 ha logrado reducir la propagación del virus de manera considerable en este ámbito (Mofenson, 1999). El uso de terapias de alta efectividad durante el embarazo, basadas en inhibidores de la transcriptasa reversa nucleósidos y no nucleósidos e inhibidores de las proteasas, ha disminuido las tasas de transmisión (Hammett, 2000); también se ha establecido que los logros de las terapias de alta efectividad con cargas virales bajas indetectables, conducen a la ausencia de la transmisión perinatal (Día Mundial de la Salud, 2000). La mayor efectividad preventiva se ha logrado en las mujeres que se tratan con dichas terapias, con o sin inhibidores de las proteasas; aunque la utilización de estos protocolos acarrea riesgos en el ámbito de las resistencias, son mayores los beneficios que proporcionan.¹

Prevención del contagio por la vía sanguínea

La OMS estima que entre 5% y 10% de las infecciones por el VIH se transmiten por transfusión sanguínea (Petersen *et al.*, 1993). Estas cifras generales, lle-

¹ Las terapias de ARV interrumpidas o que no se emplean en combinación triple, generan con facilidad resistencia viral por parte de los individuos. Por ello se ha criticado la aplicación de la monoterapia (con zidovudina o AZT) a las mujeres embarazadas, porque a pesar de prevenir la transmisión al niño por nacer, tiene efectos negativos futuros en la salud de la madre.

vadas al plano de distribución de riesgo real de infección por transfusión en los diversos países, son totalmente heterogéneas: mientras el riesgo es infinitesimal en los desarrollados (Lackritz, 1998) y en algunos en vías de desarrollo –como México y Brasil (Moore, 1996), que cuentan desde hace una década con leyes, programas y presupuestos para proveer de sangre segura a sus enfermos–, lo contrario sucede en muchas naciones donde ese riesgo es inaceptablemente elevado, pues porcentajes muy altos de sangre se transfunden sin tamizaje alguno para el VIH y otros agentes infecciosos que se transmiten por la sangre (Wodak *et al.*, 1993). Sólo nueve de los 19 países de América Latina tamizan para el VIH y los virus de la hepatitis B y C el 100% de la sangre transfundida, y en esa condición están únicamente ocho de las 21 naciones caribeñas.

Prevención por el consumo de drogas inyectables

Hasta hace poco, en los países en vías de desarrollo los usuarios de drogas intravenosas eran rara vez beneficiados por las intervenciones de salud pública (Montoya y Atkinson, 1996). Un factor clave en el papel de los usuarios de drogas intravenosas en la difusión del VIH es su involucramiento con otros drogadictos y con la población en general. La relación de una población considerable de usuarios de drogas intravenosas infectados por VIH, con consumidores de cocaína y la población en general, da forma a la epidemia del VIH/SIDA en el Cono Sur y en Brasil. En Centroamérica, Paraguay, Bolivia y la mayor parte del Caribe, el papel de los usuarios de drogas intravenosas en esta epidemia es muy limitado; empero, en Haití, Las Bahamas y Guyana, el uso de drogas ilegales –como el *crack* y la cocaína– está ligado con frecuencia a la diseminación del VIH a través de un intercambio o comercio sexual no protegido. Por lo general, el intenso deseo por las drogas lleva a los usuarios de cocaína a prostituirse, lo cual genera un patrón de mezcla dinámico entre los usuarios de *crack* y los de drogas intravenosas, quienes por lo ge-

neral tienen un alto rango de seroprevalencia al VIH (Parker, 1996).

Prevención por transmisión sexual

América Latina y el Caribe presentan, en términos generales, una epidemia concentrada, y en particular en la parte continental la población más afectada son los hombres que tienen sexo con hombres. Por eso se ha dado una creciente atención a la necesidad de desarrollar estructuras sociales y psicológicas, las cuales proporcionen importantes fuentes de apoyo a la labor de reducir el riesgo y que de alguna manera den respuestas colectivas al VIH/SIDA (Palella *et al.*, 1998). El gasto en prevención dedicado a los grupos vulnerables es variable, sin embargo, tan sólo en Brasil se dedican fondos públicos significativos a la prevención específica. En Argentina o Uruguay, la prevención específica es inexistente y se enmarca en actividades generales de atención de la salud.

Servicios personales de atención y cuidados a la salud

El uso de la terapia antirretroviral altamente activa ha reportado importantes beneficios clínicos y de mejora en la calidad de vida para las personas infectadas; asimismo, ha ayudado a una importante reducción en la hospitalización, morbilidad y mortalidad de las personas que viven con VIH/SIDA (Piola *et al.*, 2000a).

En América Latina se distingue un amplio espectro de programas de acceso a tratamientos con medicamentos antirretrovirales. Éste es el caso de Brasil, donde la cobertura total de antirretrovirales triple es totalmente financiada y operada por el gobierno a través de una legislación nacional, la cual contempla que todos los afectados por el VIH tienen derecho a recibir, sin pago alguno, las terapias prescritas por un comité nacional experto (UNAIDS, 2000). Argentina, Costa Rica y Uruguay también financian el acceso a la terapia antirretroviral altamente activa. Ésta se

proporciona mediante la seguridad social, los seguros médicos privados y los gobiernos (Río-Chiriboga *et al.*, 1998). En el caso de México, cerca de 50% de la población con VIH/SIDA tiene a su alcance los antirretrovirales a través del sistema de seguridad social; el resto depende de los servicios que el gobierno pueda proporcionarles, aunque –en los casos de México y Colombia– esta situación ha sido motivo de la movilización social y la defensa de los derechos humanos, así como del activismo político, como principales estrategias de presión (Huerdo *et al.*). En las naciones severamente afectadas, como Haití, el aparato gubernamental no proporciona ninguna de las drogas antirretrovirales. En Honduras, la mitad de la atención médica necesaria se obtiene mediante prestadores de servicios privados con gasto de bolsillo de los hogares y rara vez incluye el antirretroviral (ARV); en 2002 se creó un fondo gubernamental 1.5 millones de dólares para la compra de ARV, acción insuficiente.

Impacto económico

Uno de los temas que ha adquirido mayor relevancia es el análisis del VIH/SIDA desde el punto de vista económico. Por un lado, la epidemia reclama un costo social creciente, pues arruina hogares y comunidades, y por otro, con el daño que hace en la salud de los jóvenes, se reconoce su perjuicio a los medios de producción. Los individuos afectados se ven seriamente perjudicados en su ingreso –ya que hay una aguda incidencia en los costos directos de bolsillo– y en sus oportunidades de trabajo –por la pérdida de productividad relacionada en mucho con el ausentismo y los despidos injustificados–. Un estudio en Tailandia, que comparó el ingreso de un individuo antes y después del diagnóstico de VIH, documentó una reducción en el ingreso mensual de 170 a 105 dólares; asimismo, la tasa de desempleo en la población infectada aumentó de 7.6% a 31.6% (Chancharoen *et al.*). En otra investigación en aquel país del sudeste asiático se mostró que a consecuencia del VIH se ve afectado 70% del ingreso de los hogares; en

Cuadro 1. Tipo de gasto por funciones de atención. Miles de dólares

	Argentina	Bolivia	Brasil	Chile	Costa Rica	El Salvador	Guatemala	Honduras*	México	Nicaragua	Paraguay	Perú	República Dominicana*	Uruguay
Salud pública	4,410	664	32,798	1,016		433	362	5,393	5,032	983	317	1,410	1,116	466
Vigilancia epidemiológica	44	205	4,915	50	24	424	49	993	523	57	62	335	90	55
IEC	4,366	459	27,883	966	1,743	9	314	4,400	4,509	926	254	1,074	1,026	411
Prevención	48,351	982	124,507	4,505	5,197	324	2,474	2,836	69,295	2,643	2,009	3,687	2,717	7,434
Condonos	44,034	685	93,876	633	4,799	171	938	2,041	28,357	1,864	1,895	2,193	985	6,865
Tratamiento de infecciones transmitidas sexualmente	nd	298	8,400	1,479	346	nd	1,070	463	14,543	717	26	1,262	1,275	0
Prevención perinatal	81	0	1,221	273	nd	125	27	89	262	0	70	129	49	192
Jeringuillas	nd	0	1,084	0	0	0	0	0	728	7	0	0	0	0
Bancos de sangre	4,236	0	19,927	2,120	52	28	439	243	25,406	55	18	104	408	377
Gasto total en salud pública y prevención.	52,761	1,646	157,305	5,521	6,954	757	2,836	8,229	74,328	3,626	2,326	5,096	3,833	7,900
Tratamientos	16,514	192	55,504	6,118	4,502	2,446	1,821	9,050	45,510	1,644	1,021	2,611	3,704	740
Hospitalario	9,934	124	31,482	5,395	3,231	2,263	1,357	6,414	39,081	132	851	1,422	2,665	345
Ambulatorio	6,580	26	22,034	698	592	184	428	2,636	10,638	1,512	160	1,118	1,039	332
Domiciliario	nd	5	1,988	25	Na	nd	30	Nd	nd	0	0	6	0	1
Mitigación	nd	37	na	na	679	nd	7	0	nd	0	10	66	0	62
Servicios de apoyo	7,534	59	48,088	599	491	491	1,064	297	19,125	156	553	15,917	2,146	2,854
Pruebas diagnósticas	282	47	26,797	164	491	491	214	297	2,360	156	450	15,889	681	2,060
Monitoreo de personas que viven con VIH	7,251	12	21,100	413	Nd	nd	851	Nd	16,725	0	58	28	1,461	769
Traslado de pacientes	nd	0.2	192	23	Nd	nd	0	Nd	nd	0	45	0	0	25
Bienes no duraderos	105,010	586	311,630	11,617	9,504	13	7,084	5,986	122,799	258	1,662	18,129	2,123	9,093
Medicamentos ARV	82,882	472	292,826	11,025	9,218	13	7,078	5,372	120,123	45	1,320	1,468	1,448	7,728
Otros fármacos	22,128	114	15,169	591	286	nd	6	Nd	2,676	17	259	11,665	675	1,365
Otros bienes no duraderos	nd	0	3,635	0	Nd	nd	0	614	nd	196	83	4,996	0	0
Gasto total en salud personal	129,058	838	415,223	18,334	14,498	2,950	9,970	15,333	191,642	2,058	3,236	36,657	7,973	12,687
Gasto total en VIH/SIDA	181,819	2,484	572,528	23,854	10,190	3,708	12,806	23,562	207,217	5,684	5,562	41,754	11,806	20,587
Gasto total en VIH/SIDA EUA \$PPC	288,329	5,746	900,512	45,905	21,461	7,920	28,637	64,577	343,276	27,678	16,974	93,805	31,415	29,098

*Pertenece a estimaciones de 1999.
PPC: Paridad de poder de compra.

FUENTE: Sidalac, 1999-2000.

específico, se reduce el consumo en 43% y la deuda de la familia aumenta en 118%, situación que la empobrece seriamente (Kongsin *et al.*).

Por otra parte, el impacto en la productividad se refleja en la industria y en los negocios, tanto en el ámbito local como en el nacional, pues de hecho la evolución del VIH/SIDA afecta de manera adversa el desarrollo de una nación, pues debido a que en el largo plazo, la productividad, que es uno de los factores más importantes para el desarrollo económico de un país, resulta muy dañada. La capacidad nacional para mejorar el estándar de vida de la población en el largo plazo depende, casi completamente de su habilidad para incrementar la producción por trabajador, y la manera de llevarlo a cabo es mediante el incremento en el consumo per cápita. Éste se lleva a cabo, es sabido, a través de un aumento en la productividad –de forma que cada trabajador produzca más–, lo cual supone la participación de una proporción mayor de la población en el aparato productivo, así como la inversión de una fracción del producto para el consumo futuro mediante el ahorro (Krugman, 1994); ciertamente, la evolución del VIH/SIDA afecta los medios para incrementar el consumo per cápita de una nación, pues es un mal que implica para los individuos enfermos (que es la población adulta en sus años más productivos) menos días de trabajo, menores oportunidades para obtener empleos mejor remunerados, así como un periodo de vida mucho más corto (González, 1996). En un contexto más amplio, lleva a una gran demanda de tratamientos costosos, prescritos por prolongadas etapas, y a un número mayor de personas infectadas, todo lo cual se traduce en una pesada carga para los sistemas de salud y sus presupuestos limitados.

Un estudio del Banco Mundial, realizado en nueve países en vías de desarrollo y en siete industrializados, sugiere que prevenir un caso de VIH/SIDA ahorra en promedio el equivalente a dos veces el producto nacional bruto per cápita en costos de vida descontada de atención médica; en algunas áreas urbanas, los ahorros pueden ser tanto como cinco ve-

ces el producto nacional bruto per cápita (The World Bank, 1993).

Para obtener una aproximación del monto requerido en inversión para la prevención y el tratamiento en cada país, es necesario estimar los flujos de financiamiento y gasto del VIH/SIDA agrupados en tres niveles (Sidalac, 2001): i) financiamiento por fuentes; ii) proveedores de servicios y iii) proveedores por función. Esta estimación se apoya en el enfoque de las cuentas nacionales de salud. Éste es un sistema de contabilidad sistemática y periódica del financiamiento y gasto de los subsectores públicos y privados dirigidos a la prevención y tratamiento del VIH/SIDA.

La metodología que se propone ha sido aplicada en estudios de alcance sectorial, en una red de países de América Latina, África y Asia, con el propósito de orientar la reforma del sector salud. Algunas naciones latinoamericanas han empezado a emplearla en el estudio específico de los gastos y el financiamiento de las acciones contra la epidemia del VIH/SIDA bajo el auspicio de la Iniciativa Regional sobre SIDA para América Latina y el Caribe (Sidalac), ejecutado por FUNSALUD. La metodología emplea tablas de doble entrada (matrices) para representar el movimiento de recursos entre entidades. Las matrices indican el origen y destino de los recursos, con lo cual se evita contar más de una vez los gastos realizados. La estimación del gasto abarca, por lo general, periodos anuales, y reconstruye el flujo financiero desde el origen hasta su utilización final, es decir en los tres niveles anteriormente mencionados: las fuentes de financiamiento, los proveedores de servicio, y las funciones de servicio.² Estas dimensiones provienen principalmente del sistema de cuentas nacionales en salud, sin embargo, las condiciones varían de país a país, y en cada contexto es necesario realizar una

² Las clasificaciones de fuentes, proveedores y funciones, de acuerdo con el manual de sistemas de cuentas nacionales de salud de la Unidad de Política de la OCDE, se presenta en el módulo 1: Organización y montaje (Piola *et al.*, 2000a).

Cuadro 2. Composición del gasto

Composición del gasto	Argentina	Bolivia	Brasil	Chile	Costa Rica	El Salvador	Guatemala	Honduras*	México	Nicaragua	Paraguay	Perú	República Dominicana*	Uruguay
Salud personal y tratamiento %	71.0	33.7	72.5	76.9	67.6	79.6	77.9	65	83.0	36.2	58.2	87.8	68	61.6
Salud pública y prevención %	29.0	66.3	27.5	23.1	32.4	20.4	22.1	35	17.0	63.8	41.8	12.2	32	38.4

*Pertenece a estimaciones de 1999.

FUENTE: Sidalac, 1999-2000.

Cuadro 3. Fuentes de financiamiento en respuesta al VIH/SIDA
Miles de dólares.

	Argentina	Bolivia	Brasil	Chile	Costa Rica	El Salvador	Guatemala	Honduras*	México	Nicaragua	Paraguay	Perú	República Dominicana*	Uruguay
Fuentes públicas	125,336	74	498,322	15,189	14,520	3,487	10,230	6,522	222,367	2,373	1,673	9,829	5,285	7,070
Fuentes públicas EUA\$PPC	198,758	171	783,787	29,230		7,448	22,876	17,875	368,374	11,555	5,105	22,082	14,062	9,993
Fondos del gobierno	93,400	74	498	8,644	211	2,608	1,398	6,108	35,755	2,313	968	5,027	3,971	6,475
Fondos de la seguridad social	31,936	0	na	6,545	14,309	879	8,832	414	186,612	60	705	4,802	1,314	595
Fuentes privadas	747,799	753	121,945	12,060	6,941	377	2,545	15,585	28,928	1,389	2,508	32,207	6,092	14,274
Fuentes privadas EUA\$PPC	1,185,863	1,741	191,801	23,208		805	5,691	42,714	47,922	6,763	7,654	72,357	16,210	20,175
Seguridad social privada	0	0	na	na	Na	0	0	0	na	0	0	na	0	4,318
Seguros privados	12,612	0	na	4,546	Na	0	0	0	0	0	0	na	0	82
ONG	691,187	3	1,259	1,402	2,210	366	257.34	3,953	7151	129	123	261	462	256
Gasto privado de bolsillo	43,730	750	94,163	6,113	4,731	11	2,073.40	11,632	21,776	1,260	2,385	31,945	5,630	9,618
Empresas	270	0	26,523	0	Nd	0	214.55	0	nd	0	0	0	0	0
Fuentes Externas	112	2,279	4,719	327	Nd	268	1,361	Nd	820	2,270	1,467	1,074	1,992	0
Fuentes externas EUA\$PPC	178	5,272	7,422	629	Nd	572	3,043	Nd	1,358	11,053	4,477	2,412	5,300	0

*Pertenece a estimaciones de 1999.

PPC: Paridad de poder de compra.

FUENTE: Sidalac, 1999-2000.

adaptación del contenido de las fuentes de financiamiento, las funciones de atención y los proveedores.

Una de las ventajas del análisis de los problemas de salud en particular, como en el caso de la contabilidad en el VIH/SIDA, consiste en la posibilidad y conveniencia de examinar la distribución del gasto de acuerdo con los grupos humanos cubiertos; agrupados por características relevantes para el análisis.

lisis del problema de salud. Esto agrega una dimensión sobre el destino de los fondos, según los grupos beneficiados por los servicios, la cual es importante. Es también necesario ajustar dichas estimaciones de acuerdo con la paridad de poder de compra (PPC). Ésta es una medida común para hacer comparable el monto de los recursos financieros usados en diferentes países, tomando en cuenta los diferenciales en la valuación de la inflación y las monedas respectivas.

Con este tipo de estimaciones podemos saber cómo son utilizados estos recursos, a qué poblaciones benefician, cuántos recursos se destinan a las actividades de prevención y cuánto a las de tratamiento, qué organizaciones intervienen como fuentes financieras y cuáles como proveedoras de atención, así como qué insumos se adquieren con esos fondos. La información acerca de los niveles de flujos de financiamiento y gasto de los sectores de salud contribuye a la formulación de políticas y a la asignación de recursos ante la necesidad de una planificación estratégica coordinada, multisectorial, y participa en la articulación de una respuesta nacional más efectiva ante la epidemia del VIH/SIDA. La relación entre planificación estratégica e investigación en cuentas nacionales constituye un buen ejemplo de vinculación entre investigación académica y elaboración de políticas públicas. Los estudios de cuentas nacionales forman parte fundamental de lo que en planificación estratégica se identifica como fase de análisis de la respuesta al ofrecer información fundamental sobre la manera en que el gobierno gasta sus recursos y la cantidad que destina a salud y específicamente a la prevención y tratamiento del VIH/SIDA, lo cual es un indicador de la prioridad que le da a los problemas de salud pública y de la voluntad política para resolverlos; también permiten evaluar, después del proceso de planificación estratégica, si esta respuesta se ha modificado y en qué sentido, además de proveer de una herramienta de monitoreo de la puesta en marcha de los planes estratégicos.

Flujo del financiamiento y el gasto en México

El país gastó en el VIH/SIDA 207 217 millones de dólares en el 2000; de los cuales, casi 86% representó fondos públicos, mayoritariamente de la seguridad social, seguido de manera minoritaria por el gasto que se realizó con el fondo de hogares y de las organizaciones no gubernamentales (figura 4).

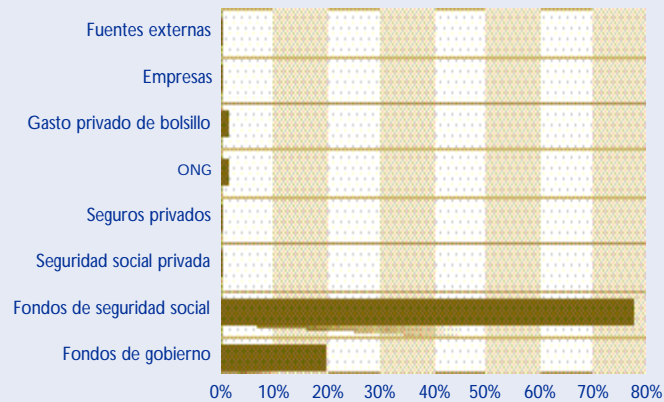
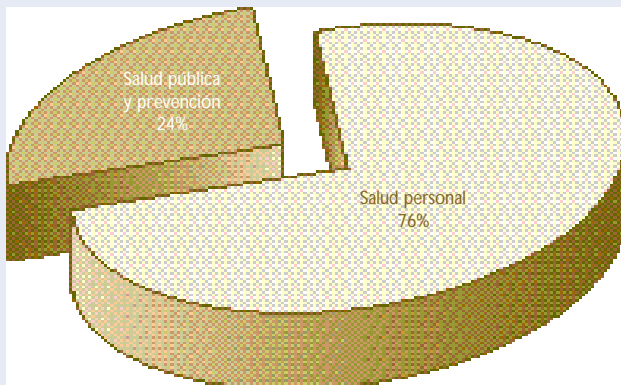
De este gasto, 24% se destinó a actividades de prevención y cerca de 76% a acciones de atención (figura 5). En materia de prevención, se estimó que del total de 74.3 millones de dólares, más o menos 44% se destinó a bancos de sangre, y 21% a la distribución de condones (figura 6). En este rubro de prevención, el gasto es efectuado de forma principal por los individuos (gasto de hogares).

En cuanto a las actividades por funciones de atención, se calculó que casi 50% de este gasto fue asignado a medicamentos antirretrovirales, el cual ocupa un papel preponderante debido a la importancia que en la atención estos medicamentos tienen para las personas afectadas, y por lo que se refiere al tratamiento –el cual incluye la atención hospitalaria, ambulatoria y domiciliaria– éste representa 20% del gasto total en este apartado (figura 7).

Es importante subrayar la importancia que desempeña el sector público como principal agente de financiamiento del gasto en el VIH/SIDA, pues a pesar de que el gasto total destinado a esta epidemia, como porcentaje del gasto nacional en salud, es relativamente bajo –alrededor de 0.5% y 0.96% del gasto público en salud–, es sobre todo el sector público el que más destina a combatir dicha epidemia, pues canaliza casi 86% del gasto total en este ámbito.

Flujos de financiamiento en América Latina

La cantidad de recursos que se destinan como respuesta a la epidemia del VIH/SIDA es muy variable en cada nación y de alguna manera refleja decisiones políticas. Asimismo, los países cuyas políticas de salud están constituidas en un sistema de mercado, efec-

Figura 4. Financiamiento y gasto en VIH/SIDA, México, 2000**Figura 5.** Importancia relativa de los gastos en prevención contra los de atención, México 2000

Es importante subrayar la importancia del sector público como principal agente de financiamiento del gasto en VIH/SIDA, con casi 86% de los recursos monetarios destinados al combate de esta epidemia

túan gastos de manera predominante en el tratamiento, y hacen menor énfasis en los servicios preventivos, tal es el caso de Argentina, Chile y Uruguay. Entre aquéllos con un gasto anual en VIH/SIDA superior a los 150 millones de dólares en el 2000, se encuentran Brasil, con 572 528 millones de dólares; México, con 207 217 millones de dólares, y Argentina, con 181 819 millones de dólares (cuadro 1). Es interesante examinar la estructura del gasto, ya que en Latinoamérica entre 60 y 80% de él se orienta a servicios terapéuticos, y alrededor de entre 10 y 30% se destina a actividades de prevención, con excepción de los casos de Bolivia y Nicaragua. Esta distribución es identificada, principalmente, en las naciones con sistemas unificados de salud –Brasil–, o bien en donde predominan los esquemas plurales, con acceso a la seguridad social, pues ambos sistemas ofrecen acceso a los medicamentos antirretrovirales, como parte de la política nacional en términos preventivos y de tratamiento (cuadros 1 y 2). Los países más pobres dependen en gran medida de la ayuda externa y la mayor parte de su gasto es financiado por agencias y donaciones internacionales, tal es el caso de República Dominicana y Honduras, en los cuales los fondos se destinan principalmente a actividades de prevención, pero el total de su gasto en VIH/SIDA se enfoca hacia acciones de tratamiento. El agente financiero que más contribuye al gasto de VIH/SIDA es el sector público, ya sea a través de los ministerios de salud o de los institutos de seguridad social, situación que prevalece en Brasil y Argentina. En México, Chile, Perú y Uruguay, el sector privado es el que más contribuye al gasto en VIH/SIDA, a través, de manera principal, del gasto de bolsillo (cuadro 3).

Sin duda, el mayor impacto económico de esta epidemia está relacionado con el costo de las terapias para controlar su progresión en las personas, que sin ser curativas, han mostrado enormes mejorías en la calidad de vida de las afectadas, con reducciones en los periodos de hospitalización, y prolongación de la sobrevivencia. Lo sucedido en Brasil refleja con claridad las ventajas de proporcionar tratamiento antirretro-

viral, pues no sólo ha reducido la mortalidad, si no que también ha producido ahorros netos estimados en 72 millones de dólares, atribuidos a menos gastos en hospitalizaciones, así como en los tratamientos de infecciones oportunistas (Piola *et al.*, 2000b).

Conclusiones

Uno de los síntomas más claros de la ineficacia de las intervenciones en relación con el VIH/SIDA en nuestra región es la ausencia de una política que las respalde. En casi todas las acciones gubernamentales y comunitarias que se evalúan se observa que no ha habido primero una adecuada reflexión ni un análisis multifactorial del problema, para luego establecer una política que guíe las intervenciones y acciones.

Otro tema clave para el apoyo a la formulación de políticas públicas es examinar en qué medida los enfoques específicos adoptados en la estructuración de los sistemas nacionales de salud que mueven los procesos de reforma en curso condicionan también a los enfoques particulares para abordar la epidemia del VIH-SIDA, en términos de la modulación, organización, financiamiento y provisión de servicios. Por tanto, en qué grado los resultados finales en el desempeño de los programas contra el VIH/SIDA están influidos por las características estructurales tanto de los sistemas nacionales como de los programas específicos en el sector salud. En este sentido, a través de las herramientas de planificación estratégica el análisis de la situación debe contextualizar la epidemia, perfilar su magnitud, conocer quiénes se están infectando o quiénes son vulnerables a la infección y en qué situaciones; además de definir las áreas prioritarias en la diseminación del impacto del VIH/SIDA. La elaboración de un plan estratégico se basa en establecer estrategias e iniciativas para cada área identificada como prioritaria; asimismo, es necesario que ese plan genere un programa operativo y un conteo de recursos, y supervise cómo se modifican éstos durante el proceso para una posterior evaluación y reajuste; es decir, que dicha planeación o formulación de política no sólo sea

Figura 6. Gasto en actividades de prevención del VIH/SIDA, México 2000

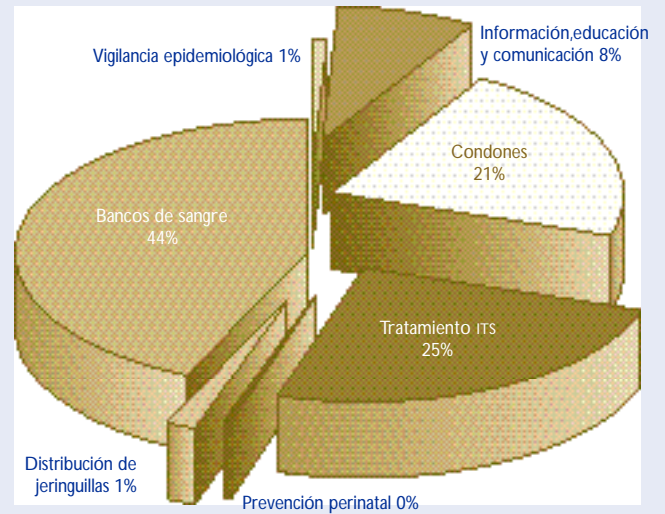
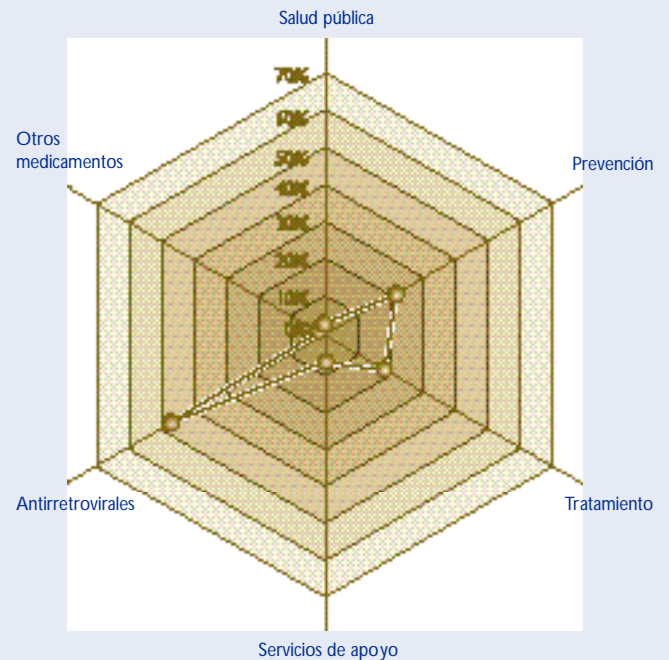


FIGURA 7. Distribución porcentual del gasto en VIH/SIDA por función de atención, México 2000



una búsqueda de fondos, sino también la reasignación más eficiente de los recursos existentes, sean financieros, materiales o humanos. En este sentido, con el apoyo de las cuentas nacionales podemos identificar claramente cómo se ocupan los recursos existentes en un país, lo que permite evaluar y señalar ineficiencias y sugerir mejores formas de asignación de los recursos, es decir, maximizar los recursos disponibles, asegurar las más altas prioridades y garantizar que las actividades sean apropiadas y eficientes.

Para realizar estimaciones de gastos y proyecciones de costos con el fin de programar los recursos, la mayoría de los países de América Latina y el Caribe se enfrentan al problema del registro de datos, por un lado, y a las sobreestimaciones de la epidemia, que usualmente no está documentada, por el otro. Si bien una sobreestimación de la cantidad de personas que están infectadas podría motivar a los políticos y tomadores de decisiones a aprobar recursos adicionales para evitar nuevas infecciones, este mismo factor actuaría en contra de la toma de decisiones enfocadas a proveer recursos para la atención médica y el suministro de drogas antirretrovirales.

En materia de prevención, todos los gobiernos latinoamericanos deben considerar como una obligación asegurar recursos públicos suficientes para llevar a cabo la prevención de la transmisión vertical. Con excepción de Honduras, y tal vez en cierta medida de República Dominicana –que requerirían de apoyo económico internacional para ponerla en práctica–, el resto de los países tendrían posibilidad de financiar con recursos propios el AZT requerido.

México tiene un gasto menor en salud que otras naciones de ingreso medio, con situación económica y epidemiológica semejantes. Por ejemplo, el gasto total de VIH/SIDA per cápita para el año 2000 en México fue de 1.80 dólares; en Brasil, de 3.60; en Costa Rica, de 5.50; en Honduras, de 3.60, y en Guatemala y Nicaragua, de 1.20, lo cual únicamente expresa la necesidad de invertir una cantidad mayor en México, tanto en una eficiente prevención como en una atención integral universal.

Bibliografía

- Arredondo A (1998) Epidemiology of HIV/AIDS in Latin America and the Caribbean. Present levels, trends and typology of the epidemic. En: Izazola JA (ed.). *AIDS in Latin America and the Caribbean: a multidisciplinary view*. México, FUNSALUD, Sidalac, UNAIDS.
- Ávila C (1996) Epidemiología del VIH y medidas de salud pública. En: Izazola JA. *SIDA: estado actual del conocimiento*. México, FUNSALUD, Ediciones Noriega, Sidalac.
- CDC (1994) Zidovudine for the prevention of HIV transmission from mother to infant. *MMWR* 43(16), pp. 285-287.
- Chancharoen K, Kuanosont C, Yin D. Resource utilization of HIV/AIDS care in Thailand, a pilot study. Abstract WeOrD567, p. 10.
- González E (1996) HIV/AIDS and economic development. En: Izazola JA (ed.). *AIDS. An update*. México, FUNSALUD, Limusa.
- Granero R (1996) AIDS as an increasing cause of death among young men in the State of Lara, Venezuela. XI International Conference on AIDS, 7-12 de julio; Vancouver, Canadá. Abstract 1437.
- Hammett T (2000) Progress towards elimination of perinatal HIV infection in the United States. XIII International Conference on AIDS; 9-12 de julio; Durban, Sudáfrica. Abs MoOrC239.
- Huerdo J, Bonfil C, Brito A. Medicines and quality care for all. A matter of political will. Abstract 44108.
- Izazola JA, Valdez M, Sánchez H, Río C del (1995) La mortalidad por el SIDA en México de 1983-1992. Tendencias y años perdidos de vida potencial. *Salud Pública Mex* (37), pp. 140-148.
- Kongsin S, Sirinirud P, Jiamton S, Boonthum A, Watts C. The economic impact of HIV/AIDS on households in rural Thailand. The analysis of household coping strategies. Abstract TuOrD379, p. 438.
- Krugman P (1994) *The age of diminished expectations*. Cambridge, Mass., The MIT Press.
- Lackritz EM (1998) Prevention of HIV transmission by blood transfusion in the developing world: achievements and continuing challenges. *AIDS* 12 (Suppl A), S81-86.
- Mofenson LM (1999) Short course zidovudine for prevention of perinatal infection. *Lancet* 353, pp. 766-767.
- Montoya ID, Atkinson JS (1996) Determinants of HIV seroprevalence rates among sites participating in a community-based study of drug users. *JAIDS* 13(2), pp. 169-176.
- Moore A, Nyamoongo J, Herrera G, Lackritz E, Granade T, Phillips S, Nahlen B, Janssen R (1996) Evaluation of HIV testing of blood supply in Kenya. XI International Conference on AIDS, 7-12 de julio; Vancouver, Canadá.

- OMS (2000) Día Mundial de la Salud. *Information for National Blood Programmes*. OMS.
- Palella FJ, Delaney KM, Moorman AC (1998) Declining morbidity and mortality among patients with advanced human immunodeficiency virus infection. *New Engl J Med* 338, pp. 853-860.
- Parker RG (1996) Behaviour in Latin America men: implications for HIV/AIDS interventions. *International Journal of STD & AIDS* 7 (suppl. 2), pp. 62-65.
- Petersen LR, Simonds RJ, Koistinen J (1993) HIV transmission through blood, tissues and organs. *AIDS* 7 (suppl. 1) S101-7.
- Piola S, Nunes J, Teixeira L, Conde F (2000a) *Cuentas nacionales en VIH/SIDA. Estimación de flujos de financiamiento y gasto en VIH/SIDA en Brasil, 1997-1998*. JA Izazola, editor. México, Funsalud/Sidalac.
- Piola S, Nunes J, Teixeira L, Conde F (2000b) Brazilian Ministry of Health expenditure on AIDS 1997-1999. XIII International Conference on AIDS, 9-12 de julio, Durban, Sudáfrica. Abstract MoPeD2558, p. 135.
- Río-Chiriboga C del, Cahn P, Friedland G (1998) Anti-retroviral therapy in Latin America. *IAS Newsletter* (10), pp. 12-13.
- Sidalac (2001) *Technical hand book for estimating The National Health Accounts on HIV/AIDS. National Health Accounts on HIV/AIDS. Estimates of financial flows and expenditure on HIV/AIDS*. México, FUNSALUD, Sidalac.
- The World Bank (1993) *World development report. Investing in health*. Nueva York, Oxford University Press, pp. 99-107.
- UNAIDS (2000), disponible en <http://www.sidalac.org.mx>.
- Wodak A, Fisher R, Crofts N (1993) An evolving public health crisis: HIV infection among injecting drug users in developing countries. En: Heather N, Wodak A, Nadelmann E, O' Hare P (eds.). *Psychoactive drugs and harm reduction*. Londres, Whurr Publishers.

