

El acceso a medicamentos anti-retrovirales en países de ingreso mediano de América Latina



José Antonio Izazola Licea / Editor

Laura Astarloa

José Luciano de Mattos Dias

Jorge Saavedra



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

EL ACCESO A MEDICAMENTOS ANTI-RETROVIRALES
EN PAÍSES DE INGRESO MEDIANO DE AMÉRICA LATINA

Primera edición, 2000

ISBN 968-5018-154

Derechos Reservados

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

Coordinación editorial: Victoria Castellanos
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 SIDAALAC:
<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, SIDAALAC o las
instituciones patrocinadoras.

Impreso y hecho en México
Printed and made in Mexico

CONTENIDO

Presentación

7

Visión de conjunto

José Antonio Izazola Licea

Jorge Huerdo

13

El SIDA en Argentina

Laura Astarloa

Fernando Silva Nieto

Benigno Velez

Eric Calcagno

31

Terapia anti-retroviral y salud pública:
un balance de la experiencia brasileña

José Luciano de Mattos Dias

Rosa Marques

Marcel Guedes Leite

Valdiléa G. Veloso

Marco Antônio D'Ávila Vitória

81

Acceso a medicamentos anti-retrovirales en México

Jorge Saavedra

111

PRESENTACIÓN

Después de casi dos décadas del descubrimiento del Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) se ha producido un importante avance en el conocimiento de las características del virus y en las formas de retrasar sus efectos negativos para la salud. Aunque no se ha logrado eliminar por completo su efecto no deseado de la muerte, con las nuevas terapias combinadas de anti-retrovirales ahora puede retardarse la aparición de los síntomas característicos del SIDA (Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida) y prolongar la sobrevivencia de las personas que padecen esta enfermedad.

En efecto, después de la celebración de la XI Conferencia Internacional sobre SIDA en Vancouver, Canadá, en 1996, la perspectiva de tratamiento a las personas que viven con VIH o con SIDA mejoró inconmensurablemente. Ciertamente, después de la alegría y el desmedido optimismo atribuibles a la terapia altamente activa, consistente en el uso combinado de medicamentos anti-retrovirales, incluyendo inhibidores de la proteasa, se celebró la siguiente conferencia internacional en Ginebra, Suiza, en donde resultados más austeros se presentaron, pero ciertamente aún alentadores.

Es así como el uso combinado de estos medicamentos anti-retrovirales se ha convertido en la prescripción estándar para las personas que viven con VIH y con SIDA.

Son aún muchos, a cuatro años de distancia, los que argumentan en contra del uso de anti-retrovirales por no ser curativos y tener efectos secundarios. Lo cierto es que su uso adecuado beneficia a la inmensa mayoría de las personas que los requieren, y los efectos deletéreos de la terapéutica difícilmente son un asunto nuevo en la Medicina. El SIDA, así, puede haberse convertido en una enfermedad crónica controlable. Nuevos retos aún quedan por vencer, entre ellos, el adecuado apego o adherencia a estos complicados regímenes de tratamiento, la emergencia de cepas resistentes en pacientes mal tratados, e incluso en algunos otros casos de excepción. Sin embargo, el consenso científico es que estos medicamentos deben prescribirse ante situaciones médicas de algunas de las personas que viven con VIH (de acuerdo a carga viral, conteo de CD4+) y de los pacientes con SIDA que puedan en forma ininterrumpida cumplir con estos esquemas.

En América Latina y el Caribe, con una mayoría de países con economías de ingreso medio, la adquisición y abasto de los anti-retrovirales se puede tornar en un asunto de importancia para las finanzas del área de salud en nuestros países.

La Iniciativa Regional sobre SIDA para América Latina y el Caribe (SIDALAC) tiene como parte de sus objetivos apoyar al desarrollo de proyectos de investigación en la región que proporcionen información útil para la planeación estratégica en la prevención del VIH/SIDA y la atención a los afectados, así como brindar información que permita a los tomadores de decisiones desarrollar acciones efectivas en el control y combate de esta enfermedad.

En ocasiones anteriores SIDALAC ha editado y distribuido informes sobre diversos temas, entre ellos, la recopilación de estudios sobre el impacto de la epidemia en los sistemas de salud por el VIH/SIDA, tanto a partir de perspectivas epidemiológicas como de costos.

El acceso a los anti-retrovirales ya se vislumbraba como uno de los problemas de mayor complejidad para los sistemas de salud debido a su alto costo, pero al mismo tiempo por permitir una mayor sobrevivencia de las personas que viven con VIH y con SIDA, y también por una mejoría en la calidad de vida de estos mismos pacientes.

El contexto de recursos limitados para la salud, sobre todo en un ámbito de competencia por estos recursos y tantos problemas de salud añejos y emergentes, con mayor costo por las nuevas tecnologías y las crisis económicas recurrentes de nuestros países, el estudio del acceso a los medicamentos anti-retrovirales en países de ingreso mediano en América Latina garantiza una lectura de gran interés, tanto para identificar las lecciones aprendidas para esta región en la lucha contra el SIDA, como su aplicación a otras posibles enfermedades.

Es bien conocido que el acceso universal a medicamentos anti-retrovirales es de gran dificultad y que sólo algunos países, los más desarrollados y unos pocos en desarrollo, lo han podido suministrar. Éste es el caso de escasos países en América Latina, como Argentina, Brasil, Costa Rica y Uruguay. Otros países, aún sin tener un ingreso per cápita menor que algunos de los países arriba mencionados, no han podido brindar este tipo de cobertura. Sin duda, el costo es una variable que explica en gran medida estas limitaciones. Sin embargo, el tipo de sistemas de salud con los que cuenta cada país, los mecanismos —más o menos eficientes— de financiamiento y provisión de servicios, el tipo de subsidio —a la oferta o a la demanda de servicios—, el lugar de importancia que la agenda social tiene en cada gobierno, así como la interacción con grupos de presión, también caracterizan el acceso a tecnología médica de alto costo y complejidad en nuestra región.

El Programa Conjunto de las Naciones Unidas contra el SIDA (ONUSIDA), SIDALAC, y de manera importante el Programa Nacional de Brasil contra las Enfermedades de Transmisión Sexual y el SIDA, el Programa Nacional contra los Retrovirus Humanos y el SIDA en Argentina, y el Consejo Nacional para la Prevención y Control del SIDA en México, elaboraron tres estudios de caso que intentan describir con detalle el proceso de acceso a medicamentos anti-retrovirales, tanto desde la perspectiva de salud pública, como del análisis político y del financiamiento en salud.

Al inicio de este libro el editor ofrece, en conjunto con un colaborador cercano perteneciente a una organización comunitaria de la lucha contra el SIDA, una visión de conjunto que intenta reseñar las principales aportaciones de cada uno de los siguientes tres estudios de caso. Además, dado que dichos estudios fueron realiza-

dos desde los programas gubernamentales contra el SIDA, revisa y trata de incorporar estudios previamente realizados, y la perspectiva regional y específica de país sobre el acceso a los anti-retrovirales.

Posteriormente, se presentan, por orden alfabético, los estudios hechos en Argentina, Brasil y México.

Con la presentación de estos estudios, SIDA-LAC espera aportar elementos para la planeación de políticas de salud más efectivas en el combate al VIH/SIDA, reconociendo la especificidad de la epidemia en cada subregión, e incluso en cada país de América Latina y el Caribe, y sobre todo, la especificidad de los sistemas de salud de cada país y su capacidad de respuesta. En fin, se publican estos estudios para obtener las principales lecciones aprendidas en los procesos iniciales de la respuesta social organizada en torno a la provisión de terapia anti-retroviral combinada que, sin ser una terapia óptima ni curativa, ofrece tan buenas perspectivas en la lucha contra la enfermedad que disminuye la mortalidad por esta causa y mejora las perspectivas de vida de los afectados por el VIH y el SIDA.

Dr. Guillermo Soberón Acevedo
Presidente Ejecutivo
Fundación Mexicana para la Salud, AC

VISIÓN DE CONJUNTO

José Antonio Izazola Licea
Jorge Huerto

La gran mayoría de los países de América Latina y el Caribe están o han llevado a cabo reformas en sus sistemas de salud. El número de casos y severidad del VIH/SIDA causan un incremento significativo en la demanda de servicios de gran complejidad, lo que presiona a los sistemas de salud, poniendo en competencia a los diferentes programas de salud pública por los limitados fondos públicos asignados, lo que ha provocado tensiones sociales. Como en el caso de otros programas, los de VIH cuentan con recursos limitados, probablemente menores que los justificables por la magnitud y tendencias del problema; aunque no siempre la prevención es más efectiva que las medidas terapéuticas, en el caso del VIH la ausencia virtual de un tratamiento 100% efectivo comprobable hace de la prevención la prioridad número uno.

¿Si la infección por VIH se transmite en grupos específicos de los países, por qué no se focalizan los programas a los grupos de alto riesgo? Múltiples respuestas se podrían dar a esta pregunta. Entre otras cabe destacar: primero, la identificación y reconocimiento de los grupos de alto riesgo. Segundo, existe un optimismo injustificado, en las campañas para la población en general, para modificar comportamientos sexuales. La complejidad de los programas focalizados es mucho mayor que la de los de población general y la capacidad para diseñarlos y ejecutarlos está ausente o es muy débil en muchos países de la región. Cuando la demanda de servicios se encuentra con una infraestructura rígida e ineficiente, que ofrece mala calidad en la atención, la tendencia se dirige al incremento de proveedores de servicios filantrópicos y organizaciones no gubernamentales para proveer la atención a los servicios públicamente financiados, aunque actualmente se vislumbra un nuevo impulso al ofrecer alternativas más costo-efectivas y humanas de atención.

La evolución en la cobertura, las prestaciones, el financiamiento, la provisión y los sistemas de pago parecen adecuarse, o aun favorecer, a la atención de las PVH+. (1)

Existen múltiples razones para reaccionar con alarma a la epidemia por VIH en América Latina y el Caribe. Muchas de ellas han sido descritas con elocuencia y detalle en trabajos científicos y técnico-económicos. A pesar del aumento en el conocimiento adquirido sobre la enfermedad y su control, ésta también ha aumentado de manera exponencial. Ninguna sociedad de la región cuenta con los recursos necesarios para atender todas las necesidades o deseos de atención a la salud. Lo anterior suele olvidarse cuando se presentan propuestas para controlar o

atender enfermedades. Por ejemplo, si los países de América Latina y el Caribe intentasen extender los beneficios de la seguridad social a toda la población, el porcentaje del Producto Interno Bruto (PIB) destinado al gasto público en salud tendría que aumentar casi al doble de lo que se gasta hoy. Por otra parte, la salud es un blanco móvil. Entre más conocimiento adquirimos sobre fisiopatología y terapéutica, mayor es la brecha entre lo que hacemos y lo que es posible hacer para prevenir y curar enfermedades. Entre más población con servicios, mayor es la demanda absoluta de servicios médicos y de salud pública. La falta relativa de recursos no siempre se resuelve con más recursos, sino estableciendo prioridades que constituyan parte intrínseca de todos los sistemas de salud; en todos ellos hay instrumentos incorporados para fijar prioridades en las cuales se aplican criterios implícitos. (2)

El proceso actual de adopción de decisiones de acuerdo a las prioridades en salud, cada vez más se realiza de acuerdo a la condición epidemiológica de las poblaciones, prioridades que se han dado a través de sistemas de salud que en gran medida requieren de importantes subsidios gubernamentales a seguros sociales y públicos, los cuales normalmente protegen a los individuos incorporados a la fuerza laboral y sus familias. Los servicios de salud beneficiados con estos subsidios en ocasiones desplazan la atención de las prioridades nacionales hacia la atención de necesidades sectoriales. (3)

La toma de decisiones basada en información epidemiológica apunta a que el patrón de propagación del VIH en América Latina es similar al de los países desarrollados: los hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres y los consumidores de drogas inyectables que comparten agujas. Por ejemplo, en México los estudios realizados sugieren que puede estar infectado hasta un 30% de los hombres que tienen sexo con otros hombres; en los consumidores de drogas intravenosas de Argentina y Brasil, la proporción puede aproximarse al 50%, aunque la transmisión a través de relaciones sexuales continúa aumentando. La propagación heterosexual del VIH es especialmente importante en el Caribe. Se han descrito tasas de prevalencia de 8% en las mujeres embarazadas de Haití, así como en un centro de vigilancia de la República Dominicana. (Ver cuadro).

Como ya se ha mencionado, las prioridades actuales en materia de salud van a ser siempre inadecuadas para hacer frente a las nuevas necesidades. Cuando las decisiones anteriores respecto a la fijación de prioridades ya dieron buenos resultados, nace un nuevo perfil epidemiológico que, a su vez, hace necesario proceder a una nueva evaluación de las prioridades y a un nuevo proceso de selección; estas prioridades no pueden establecerse en el vacío, es necesario que estén en sincronía con las necesidades de la sociedad en relación con la salud pública. La eficiencia de asignación de recursos y la equidad, son los puntos donde es más necesario revisar y cambiar las prioridades actuales. La prioridad por la que se opte puede afectar la satisfacción real de la comunidad. La equidad en este contexto indica una distribución justa de los recursos para salud entre los grupos socioeconómicos, y la eficiencia de asignación se refiere necesariamente a la selección y realización de actividades que sirven para salvar más vidas y prevenir más discapacidades. (5)

*Estadísticas y características regionales del VIH/SIDA
Diciembre de 1998 (4)*

Región	Adultos y niños con VIH/SIDA	Adultos y niños recién infectados por el VIH	Prevalencia entre adultos+	Porcentaje de hombres adultos positivos al VIH	Principales formas de transmisión adultos con VIH/SIDA #
América Latina	1.4 millones	160 mil	0.57 %	80 %	HsH y CDI
El Caribe	330 mil	45 mil	1.96 %	65 %	HsH y Hetero

+ La proporción de adultos (15 a 49 años de edad) que viven con VIH/SIDA en 1998, basada en las cifras de población de 1997.

HsH (transmisión entre hombres que tienen sexo con otros hombres). CDI (transmisión a través del consumo de drogas intravenosas).

Los marcos institucionales y jurídicos del sistema de salud establecen los límites dentro de los cuales es posible fijar y poner en práctica las prioridades, a menos que se tenga la intención de una reforma radical. La organización institucional y la base jurídica de su funcionamiento constituyen límites para la fijación de nuevas prioridades, en la cuales ejercen gran influencia factores que rara vez se encuentran sometidos al control de quienes hacen las investigaciones y toman las decisiones de salud.

Los elevados gastos recurrentes de funcionamiento de hospitales y los mecanismos predominantes de pago a los proveedores, obedece a la inercia presupuestaria, basados en el gasto retrospectivo y en el tamaño del hospital. Existen además factores dinámicos que determinan las prioridades de salud como lo es la demanda de atención y las presiones políticas. (6)

En relación con el VIH/SIDA, el número de camas de hospital se encuentra en descenso en algunos países de la región, debido principalmente a la accesibilidad gratuita que han dado a los esquemas de tratamiento anti-retroviral (ARV) para las personas que viven con VIH/SIDA (PVIH+); existen buenos ejemplos de algunos de los sistemas de salud de países de América Latina y el Caribe que están respondiendo y adaptándose a las necesidades de las PVIH+, mientras mantienen su estado financiero. Sistemas de salud de países como Argentina, Brasil y México presentan organizaciones y estructuras distintas entre ellos, haciendo que la disponibilidad de los medicamentos ARV y la atención de las PVIH+ sean también diferente.

En *Argentina* el sistema de salud opera bajo tres servicios distintos, el *privado o pre-pagado*, con una cuota mensual que después de un año de antigüedad obliga por ley nacional a cubrir el 100% del tratamiento por VIH, que incluye los ARV en todas sus combinaciones. El *social o sindical*, en el que a todos los trabajadores legales se les descuenta un porcentaje mínimo de su salario y al empleador otra parte.

Los recursos se destinan a las obras sociales de los sindicatos o profesiones. Así, todos los empleados tienen un servicio de salud que está obligado por ley a cubrir el 100% de los ARV, análisis, medicamentos profilácticos y, en general, todo aquello que la persona con VIH o SIDA necesite, sin ningún tipo de cargo extra para el afiliado. El Estado subsidia una parte por cada PVIH+ en el tratamiento. Por último, *el sistema de salud pública u hospitales*, que cubre a las personas sin servicio privado o seguridad social y sin recursos económicos, y por ley debe entregar los ARV a través del Programa Nacional de SIDA.

En Argentina, donde existen directrices nacionales sobre tratamiento y atención actualizadas, toda PVIH+ tiene acceso a través de los tres tipos de salud a la atención médica y sus tratamientos respectivos, incluidas las combinaciones triples a base de inhibidores de la proteasa, sin tener que desembolsar más dinero de su bolsillo. En los servicios social y privado se pueden conseguir combinaciones hasta de cuatro o más anti-retrovirales e, incluso, se importan medicamentos antes de su aprobación, cuando es imprescindible para garantizar el bienestar de la persona. En las pruebas de laboratorio hay pleno acceso al conteo CD4, pero existen dificultades con la carga viral para aquellas personas que dependen de los servicios públicos y hospitalarios, debido a la cantidad de trámites y demoras o por la falta de reactivos.

En las principales ciudades del país existen numerosos médicos especializados en VIH-SIDA, en todos los servicios privados, sociales y en especial públicos. La atención médica baja en calidad y cantidad en los centros con mayor demanda y en las provincias o pueblos alejados de las grandes urbes. Tanto el sistema social como el privado incluyen servicios sociales de asesoría, información y atención psicológica; en algunos centros públicos los servicios sociales son bastante aceptables (especialmente en las ciudades importantes). (7)

En *Brasil*, en gran parte gracias a que su sistema de salud es de carácter universal, en 1996 fue promulgada la ley número 9313, que establece el derecho al cuidado médico completo de las PVIH+; por tal motivo tienen acceso a una atención integral gratuita, que incluye los ARV. En la actualidad, las grandes ciudades de Brasil proporcionan prácticamente sin problemas los tratamientos ARV que integran prácticamente todos los comercialmente conocidos, aunque el acceso a nuevos remedios presenta en ocasiones dificultades. También se proporcionan medicamentos profilácticos y todas las pruebas de laboratorio, incluidas CD4 y carga viral. Sin embargo, aún existen problemas de acceso en algunas regiones del país. (8)

En *México* la estructura del Sistema Nacional de Salud determina diferencias entre población asalariada y no asalariada, lo cual da lugar a varios tipos de coberturas: la denominada población *derechohabiente*, es aquella que tiene acceso al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) que opera servicios de salud para población que trabaja en empresas privadas de la economía formal. El Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE) que los ofrece a trabajadores del gobierno. Y por último existen servicios médicos especiales para el ejército, la marina y petróleos mexicanos. La población *no derechohabiente* también llamada población “abierta”, es objeto de los programas asistenciales de la Secretaría de Salud (SSA) y el Sistema IMSS-Solidaridad, de los servicios de salud del DF, y del DIF, hospitales civiles

(municipales o estatales), universitarios, de la Cruz Roja y de organizaciones caritativas tanto civiles como religiosas. El mercado privado, por su parte, se ha desarrollado al margen de las políticas oficiales. Brinda atención tanto a población sin seguridad social como a población asegurada que prefiere utilizar este sistema. Los seguros privados, por otro lado, todavía representan un sector minoritario.

Para que un medicamento pueda ser proporcionado por una institución de seguridad social (como IMSS o ISSSTE), debe encontrarse primero oficialmente listado en el Cuadro Básico de Medicamentos del Sector Salud. En el caso de los ARV, hasta abril de 1997 únicamente el AZT se encontraba listado en este cuadro; actualmente se encuentra autorizada la gran mayoría de estos medicamentos.

Los servicios médicos de la Secretaría de Salud cobran cuotas llamadas de recuperación y varían de acuerdo al nivel socioeconómico de la persona; estos servicios proporcionan algunos medicamentos de manera muy limitada, y se venden en sus propias farmacias con porcentajes de descuento; entre estos medicamentos no se cuentan los ARV. Las PVIH+ no aseguradas suelen ser referidas para su manejo a unidades de segundo y tercer nivel de la SSA, a centros de atención de CONASIDA o COESIDAS, a médicos particulares o a unidades de atención médica creadas por ONG. Sin embargo, salvo aquellos que entran a protocolos, las PVIH+ normalmente no reciben medicamentos ARV de parte de la institución y, en caso de que les sean prescritos, deben adquirirlos de su bolsillo.

A finales de 1997, como una alternativa para proporcionar ARV a la población sin seguridad social, se crea un fideicomiso bajo la figura jurídica de una asociación civil—FONSIDA—que con un presupuesto inicial proporcionaría cobertura a menores de edad; esta decisión se basó en el criterio de proveer beneficios para el 100% de una población específica; posteriormente en 1998 la cobertura fue ampliada hacia mujeres embarazadas. (9) Al finalizar la primera mitad de 1999, la SSA anunció un incremento que ahora cubrirá a mil jóvenes y adultos con VIH/SIDA. Es importante destacar que debido al proceso de descentralización del gobierno federal, cada uno de los estados de la República Mexicana deben proveer la contraparte de recursos, es decir, la asistencia médica especializada y estudios de laboratorio que necesariamente se requieren.

País	Conformación de Sistema de Salud	Accesibilidad a los ARV
Argentina	a) Privado o pre-pagado b) Social o sindical. c) Salud pública u hospitales	Al 100% (10)
Brasil	Universal	Al 100%
México	a) Seguridad social (derechohabientes) b) Población abierta (no derechohabientes)	50% Seguridad social (11) 50% Población abierta (11)

El control del VIH/SIDA sigue siendo alta prioridad en los países de América Latina y el Caribe por las altas tasas de prevalencia y mortalidad y por la tendencia ascendente de la infección. El uso del financiamiento público, plenamente justificado por las externalidades positivas, debe concentrarse preferentemente en grupos de alto riesgo. Existen múltiples “focos rojos” de infección en muchos países de la región como Argentina, Brasil, Honduras y México que ameritan programas intensivos y focalizados de control. El tratamiento para PVIH+ con fondos públicos debería dar prioridad a la prevención y tratamiento de infecciones concurrentes como la tuberculosis y asegurar primero una cobertura universal de tratamiento básico y después el uso de ARV.

Los gobiernos y las comunidades animados por un sentido de urgencia debieran hacer frente al VIH/SIDA, haciendo hincapié en la universalidad e indivisibilidad de los derechos humanos de las PVIH+. El cumplimiento de las obligaciones del Estado en lo que se refiere a los derechos a la no discriminación, la salud, la información, la educación, el empleo, el bienestar social y la participación pública es de importancia decisiva para reducir la vulnerabilidad ante la infección por el VIH y asegurar la atención y el apoyo a las personas afectadas directa e indirectamente por el VIH/SIDA. (12)

Es importante elaborar normas para los sectores público y privado. Las normas hacen efectivos los principios de derechos humanos y reflejan mejor las inquietudes de la comunidad; asimismo, se tienen más posibilidades de sentido práctico y de ser más aceptables para sus destinatarios. Si es elaborada por el propio sector, hay más probabilidades de que sean mejor aceptadas, puestas en práctica y con efectos más inmediatos que la legislación.

La normativa y la promoción de las normas de derechos humanos relacionadas con el VIH por sí solas no son suficientes para hacer frente a los abusos cometidos en materia de derechos humanos en lo que respecta al VIH/SIDA. Habría que establecer procedimientos eficaces en los países y las comunidades para vigilar y aplicar los derechos humanos. Para los gobiernos esto debe formar parte de su obligación nacional de hacer frente al VIH/SIDA. Habría que dar a conocer la existencia de medios de vigilancia, en particular a las organizaciones de PVIH+ para aprovechar su utilización y sus efectos. La vigilancia es necesaria para reunir información, formular y analizar políticas y definir la prioridad de las medidas de cambio y los puntos de referencia para determinar el grado de cumplimiento. La vigilancia debiera ser tanto positiva como negativa, es decir, comunicar las prácticas legítimas, para que otros tengan modelos que imitar, y descubrir los abusos. El sector no gubernamental puede ser un medio importante de vigilancia de la infracción de los derechos humanos de las PVIH+, si cuenta con los recursos para ello, puesto que a menudo tiene un contacto más directo con las comunidades afectadas. Los órganos ante los que se presentan las denuncias pueden ser demasiado burocráticos y sus procedimientos demasiado lentos para recibir las denuncias. Hay que formar a los miembros de la comunidad para que sean capaces de analizar los hechos y presentar las denuncias con un nivel de competencia que sea fiable para los Estados y para los organismos internacionales.

El derecho a disfrutar de los adelantos científicos y de sus aplicaciones es sumamente importante en relación con el VIH/SIDA dados los rápidos y constantes adelantos de las terapéuticas, de los ARV, de los análisis. Ahora bien, los países en desarrollo padecen graves carencias que limitan no sólo el acceso a estos adelantos científicos sino también la disponibilidad de medios de profilaxis para el dolor y de antibióticos para tratar las enfermedades relacionadas con el VIH. Además, determinados grupos sociales en situación desventajosa pueden tener un acceso limitado, o ninguno en absoluto, a los tratamientos ARV existentes.

Los Estados dentro de su política general de salud pública deberían considerar la posibilidad de brindar tratamiento y medicamentos adecuados, de modo que las PVIH+ puedan vivir lo más y lo más normalmente posible. Es fundamental el apoyo internacional, tanto del sector público como del privado, para que los habitantes de los países en desarrollo afectados por el VIH tengan cada vez más la posibilidad de recibir atención médica, tratamientos y medicamentos adecuados. Quizá los Estados tengan que adoptar medidas especiales para que todos los grupos sociales, especialmente los marginados, puedan disfrutar por igual de los servicios de prevención, atención y tratamiento del VIH. La obligación de los Estados radica en impedir la discriminación y garantizar a todos atención y servicios médicos; en caso de enfermedad debe velar porque nadie sea discriminado en los centros sanitarios por su situación respecto del VIH.

Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure la alimentación y el vestido, la vivienda, la atención médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad. El disfrute del derecho a un nivel de vida adecuado es fundamental para reducir la vulnerabilidad; es particularmente importante para atender las necesidades de las PVIH+ o de sus familiares que se hayan empobrecido debido al aumento de la morbilidad provocada por el SIDA, o de la discriminación que puede causar el desempleo, lo que conlleva la pérdida de los servicios de salud a través de los seguros sociales, la pérdida de la vivienda, o la pobreza. Si los Estados dan prioridad a esos servicios en la asignación de recursos, las PVIH+ serán sujetas de una menor discriminación que les niega un nivel de vida adecuado o servicios de seguridad social y apoyo a causa de su estado de salud.

Esta publicación presenta resultados de Argentina, Brasil y México relativos al acceso a las terapias ARV. Como se ha visto antes, estos países tienen estructurados sus sistemas de salud de diferentes formas, y al mismo tiempo los tres han realizado esfuerzos importantes para proporcionar los esquemas de tratamiento ARV a las PVIH+.

Para esta publicación han sido considerados los esfuerzos de los Programas Nacionales y de expertos en el tema; pero también se ha incorporado la opinión de la sociedad civil con trabajo en SIDA.¹ Si bien muchas de estas organizaciones civi-

¹ Con base en: Jorge Beloqui, de Brasil; Javier Hourcade, de Argentina, y Anuar Luna, de México.

les tienen buenas relaciones y gran comunicación con los Programas Nacionales, no necesariamente indica que compartan las mismas opiniones, las cuales han sido tomadas en cuenta en este libro por la necesidad cada vez más urgente de concertar puntos de vista entre autoridades y la sociedad civil, y lograr conjuntar los importantes trabajos que ambos sectores están realizando sobre VIH/SIDA.

En un sistema como el *argentino* la reacción causada por el SIDA incrementó la demanda de servicios de salud, en especial la dirigida hacia el hospital público. Fue preciso reasignar los escasos recursos y tuvo lugar un desplazamiento de las patologías tradicionales. Para el sector salud de Argentina se planteó la necesidad de redefinir el modelo de atención, el cual ya no se encuentra centrado en la infraestructura instalada sino en la administración de medicamentos (gastos recurrentes). Debido a que el subsector de la salud pública se financia con un subsidio a la oferta y que los costos variables del sistema son repetitivos (al menos en el corto plazo), se impide la reasignación de estos recursos, a menos que conlleven el cierre de servicios y la adecuación de la infraestructura existente. Ésta es la situación que enfrentan los gobiernos provinciales y municipales. Por otro lado, la normativa que obliga a cada responsable institucional a brindar cobertura a sus pacientes, resta demanda al sector público y permite compartir los costos entre subsectores, de manera que se busca un funcionamiento más equitativo del sistema de salud a través de la eliminación de subsidios cruzados desde el sector público de la salud hacia algún otro subsector.

Respecto del proceso de entrega gratuita de medicamentos, es necesario remarcar ciertos aspectos fundamentales:

La organización política-institucional de Argentina requiere de la colaboración e integración de los actores, en especial de parte de los sectores de salud y educación nacional, de las provincias y de los municipios, para hacer frente a las nuevas problemáticas sociales que se constituyen en *ejes trazadores* que necesitan cambios de actitudes por parte de cada una de las jurisdicciones.

La institucionalización, por parte del Ministerio de Salud, de una comisión técnica para la constante actualización del vademécum de medicamentos contra el SIDA representa una importante instancia de legitimación para las acciones. Sin embargo, ante la restricción financiera y el exceso de demanda de ARV, parece necesario establecer tratamientos normados, a fin de mejorar y ampliar la cobertura por parte del Programa Nacional.

El marco legal obliga al conjunto del sector salud de Argentina a proveer asistencia a las PVIH+. Para ello se requiere contar con sistemas de información que verifiquen el correcto tratamiento del afectado por parte de cada subsector.

No existen estudios integrales sobre el impacto futuro de la enfermedad que permitan evaluar el sostenimiento de la política de distribución gratuita de ARV.

Las nuevas tecnologías en materia de tratamientos que transforman la enfermedad en crónica, implica que las PVIH+ en tratamiento se convierten en un gasto variable repetitivo que no permite el ingreso de nuevos pacientes al sistema, a menos que se incrementen los recursos.

Desde el punto de vista de los recursos, y dado que estas políticas se financian con rentas generales, la negociación presupuestaria se transforma en una

instancia de discusión permanente. Es preciso analizar y discutir mecanismos que permitan contar con recursos de asignación específica para sustentar políticas focalizadas, aunque sin olvidar que la salud es un bien público.

Los 6,650 PVIH+ que se encuentran en tratamiento ARV del PNLRHYS (13) agregan tantos años de vida como personas tratadas hay, ya que de otra forma los pacientes fallecerían. Esta asistencia agrega una importante restricción al presupuesto público, ya que discontinuar los tratamientos implica condenar a las PVIH+ a las cuales por primera vez se les plantea un paliativo eficaz a su problema.

Las nuevas terapias ARV se apoyan en la administración de medicamentos que mejoran la calidad y extienden la esperanza de vida de los enfermos. El impacto sobre la economía se da o bien forzando reasignaciones de gastos desde sectores productivos hacia el sistema de salud o bien dentro del sistema, donde se requiere la reapropiación de partidas hacia programas de lucha contra el SIDA.(14)

El suministro de ARV en *Brasil* plantea otra problemática, no muy lejana de la de Argentina. En *Brasil*, en el plano político e institucional, la continuidad del programa de suministro de medicamentos, como está formulado, depende de la capacidad para sostener su volumen de gastos. Esta sustentabilidad está vinculada estrechamente a su legitimidad política y administrativa y a sus resultados en términos de vidas humanas salvadas de la muerte.

En un sistema de salud de carácter universal no se puede dar marcha atrás y el grado de difusión ya alcanzado por la información sobre el SIDA hace también poco factible una postura del gobierno menos activa de cara a la opinión pública. Por tanto, debemos analizar el marco jurídico-administrativo en el cual pueden vislumbrarse algunos riesgos. La proyección de un nivel de gastos crecientes permite que éstos adopten un significado diferente en la esfera de una negociación política más amplia respecto al presupuesto federal en el Ministerio de Salud y el Congreso Nacional.

Desde principios de los noventa, el movimiento para la reforma del Estado en Brasil ha insistido en la necesidad, tanto por razones fiscales como sociales, de continuar con la transición de las actividades gubernamentales del sector económico al social. Otro signo importante que atañe al SIDA es que el Congreso Nacional da signos de gran interés y receptividad en el tema. Es importante mencionar también que en el plano político-institucional el nivel de independencia alcanzado por el Poder Judicial es otro aspecto positivo, ya que las cortes han acogido bien las demandas que obligan al Estado a proporcionar los ARV.

Si las restricciones de la política presupuestal brasileña representan un riesgo concreto a la expansión de los gastos en el programa de distribución de medicamentos ARV, la creciente relevancia de los gastos sociales en la agenda pública, reconocida tanto por el gobierno como por el Congreso, ofrece nuevas posibilidades de movilización en apoyo del programa. Sin embargo, por otro lado el debate público reciente sobre los gastos del Ministerio de Salud ha dado pie a otro aspecto: la eficiencia de este gasto, por tanto, es en el plano de la legitimidad del programa, el marco jurídico-administrativo, en el que un gran número de variables influyen en la ejecución del programa.

Los líderes de las ONGs consideran fundamental que el Programa Nacional de ETS/SIDA esté en posibilidad de formular la defensa de la distribución de medicamentos en términos económicos. (15) Si el debate público se enfoca en la racionalidad económica, el Programa tendrá que enfrentar la posibilidad de comparación con otros programas y gastos sociales. Un énfasis renovado en los programas de prevención, seguido de una evaluación constante de su eficiencia, costos y beneficios, puede ser un complemento importante para esta defensa, ofreciendo una perspectiva de costos declinantes o pronosticables.

Será necesario mantener y ampliar estrategias que permitan al Programa Nacional superar y pasar por alto las restricciones impuestas por las realidades organizacionales de la administración pública. Uno de los más grandes riesgos a evitar es la irregularidad en el suministro de los medicamentos, ya que disminuye la efectividad del tratamiento ARV y compromete las actividades gubernamentales en el nivel del usuario final o de sus servicios. El Programa Nacional ha seguido dos caminos paralelos de acción: cooperación con los servicios de las entidades subnacionales y la computarización. La distribución está en su mayor parte bajo la responsabilidad de los servicios estatales y municipales, en donde los problemas organizacionales y de salarios se padecen más agudamente que en la esfera federal. El Programa Nacional ha seguido las indicaciones del acuerdo con el Banco Mundial: centralizar la planeación de las actividades por medio de la liberación de fondos, ofrecer capacitación y equipo y supervisar la ejecución de las actividades.

Asimismo, el Programa Nacional ha invertido también en la modernización de la logística del programa de distribución de medicamentos, mediante el desarrollo de un registro nacional de pacientes y la total computarización del proceso de distribución de medicamentos a través de SICLOM, un sistema centralizado en Brasilia pero operado en coordinación con los administradores estatales.

Un último elemento de legitimidad tiene que provenir de las PVIIH+: el apego al tratamiento, crucial para el éxito en términos de reducción de la mortalidad y de los costos de atención hospitalaria y ambulatoria, tiene que ser constante y transparentemente seguido. En este aspecto, el Programa Nacional continúa con la decisión de invertir constantemente en la capacitación de médicos y otros profesionales de la salud; con la creciente sofisticación del tratamiento ARV, la actualización de los profesionales que prescriben la medicación y el monitoreo de sus resultados es un requerimiento permanente. La capacitación deberá estar siempre mano a mano con la evaluación, de manera que los resultados concretos se puedan medir y transformar en un instrumento de legitimidad de la actividad gubernamental. En este campo, las organizaciones no gubernamentales también desempeñan un papel y deben ser alentadas a participar en los esfuerzos de incrementar la conciencia de las PVIIH+, respecto de la importancia del papel médico y social del apego y disciplina al tratamiento ARV.

El análisis del marco jurídico-administrativo del Programa Nacional de ETS/SIDA tiene la responsabilidad de enfatizar los programas de prevención y los procesos de evaluación, los que deben estar estrechamente vinculados al programa de suministro de medicamentos ARV, estableciendo un compromiso claro y explícito, desde

el punto de vista político y administrativo, del buen uso de los recursos presupuestales destinados a éste, y el mantener y aumentar la inversión en la capacitación de recursos humanos, para conservar la eficiencia administrativa en la distribución de ARV y asegurar su correcta prescripción. El Programa Nacional es responsable de mantener la participación de las ONGs en el proceso de aseguramiento de la adhesión de las PVIIH+ al tratamiento por medio del aconsejamiento, apoyo psicológico y otras actividades. La pauperización y feminización de la epidemia requerirá, sin duda, la ampliación de la asociación entre el Estado y las ONGs para que el programa de distribución de ARV continúe en el mismo camino exitoso que ha seguido hasta ahora.

El Programa para mejorar la información sobre mortalidad (PROAIM) de la ciudad de Sao Paulo, señala un descenso del 31% en el total de mortalidad por SIDA en el primer semestre de 1997, en comparación con el mismo periodo en años anteriores. La reducción fue del 36% en hombres y del 13% en mujeres. El cálculo del costo anual por sobrevivencia ha sido estimado por varios autores, dependiendo de la combinación de ARV utilizada. Moore en 1996 (16) proyectó un costo adicional de US\$10 mil al año de vida ganada cuando se adopta la terapia de triple combinación con un inhibidor de proteasa. Mientras el costo anual de vida de un paciente bajo hemodiálisis es de US\$50 mil y el de un paciente de cirugía de corazón es de US\$113 mil. (17)

El proceso de acceso a medicamentos ARV en México se ha dado de manera paulatina, si bien en un principio estos medicamentos (inicialmente el AZT) estuvieron disponibles para las personas afectadas por el VIH a través de protocolos de investigación y ensayos clínicos de las diferentes instituciones de salud. Los primeros en exponer la necesidad de estos nuevos ARV en México fueron los médicos especialistas, las compañías farmacéuticas y algunos medios de comunicación. La acción de los grupos afectados directamente por el VIH, si bien se empezó a dar también desde 1996, en realidad fue posterior a la de los tres primeros sectores y de hecho fue con la ayuda de algunos de ellos y de miembros de ONGs con trabajo en SIDA, como empezaron a recibir asesoría para su movilización. La estructura del sistema de salud mexicano que divide a la población entre aquella que tiene seguridad social y aquella que no la tiene, es lo que ha determinado en mayor medida la posibilidad de acceso a los ARV. Es evidente que el mercado mexicano de los ARV para la compañías farmacéuticas está en realidad conformado por las ventas al gobierno a través de cualesquiera de sus instituciones de salud.

La politización del acceso a los ARV ha presionado para que tomadores de decisiones, sobre todo en la seguridad social, aceleren la incorporación de los mismos dentro de los catálogos de medicamentos susceptibles de prescripción. Se considera que para abril de 1999 alrededor de un 55% de las personas con VIH/SIDA que requieren ARV tienen acceso teórico a ellos. Sin embargo, esto no va aparejado con similares mecanismos que garanticen abastos de medicamentos oportunos, que los estudios de laboratorio y monitoreo como CD4 y carga viral estén disponibles en los hospitales de la seguridad social, lo que provoca interrupciones en la ingesta de los ARV con el consecuente riesgo de crear virus resistentes a los mismos. Algunas PVIIH+ han llegado a comentar que “efectivamente los medicamentos ARV estaban disponi-

bles, pero que sin embargo no se contaba con un médico especialista capacitado que pudiese prescribirlos”.

El impacto de la epidemia ha logrado de alguna manera que líderes políticos, intelectuales y periodistas, se interesen también en el tema y se involucren en el planteamiento de alternativas de solución o demandas y presiones al gobierno federal y a los gobiernos estatales. A pesar de esto, con excepción de la creación del FONSIDA que a partir de 1998 empezó a proveer de ARV a población sin seguridad social, inicialmente niños, mujeres embarazadas y recientemente incrementó su cobertura a mil adultos pero finalmente de alcance muy limitado, no se ha desarrollado otro mecanismo para cubrir al 45% restante.

Es claro que debido a los altos precios de los ARV en el mercado privado de las farmacias, el acceso a ellos para la mayoría de los afectados no se podrá lograr sin la intervención gubernamental. La nueva propuesta por \$73.4 millones de USD (18), que ahora contempla esquemas integrales que incluyen acceso a laboratorio, medicamentos profilácticos y contra infecciones oportunistas, e incluso un esquema compartido por parte de los gobiernos federal, estatales, y un mecanismo de co-pago del 5% por parte de la PVH+, propuesta que aparentemente ha quedado sin respuesta positiva a la fecha.

Un indicio de una posible solución gubernamental parece haberlo dado el propio Presidente de la República, quien durante la ceremonia de presentación del programa de salud 1999 de la SSA declaró su compromiso de defender los derechos de las personas que viven con VIH en México. En fechas recientes a esta publicación, la Suprema Corte de Justicia dictaminó: “Las autoridades están obligadas a garantizar la existencia permanente y el suministro a la población de medicamentos e insumos. El derecho a la salud comprende el derecho de los individuos a recibir por parte de las entidades públicas que prestan el servicio de salud, los medicamentos básicos para el tratamiento de su enfermedad. El derecho a la salud no se satisface con el suministro de cualquier medicamento o el otorgamiento de cualquier clase de atención médica. Se debe proporcionar a los enfermos la mejor alternativa terapéutica, definida como aquella que otorga una mayor calidad y cantidad de vida”.² Sobre todo cuando para que una persona pueda continuar viva y productiva requiere de hacer una erogación que multiplica por 200 el salario mínimo diario del país del cual es ciudadano; es decir no existe racionalidad microeconómica a nivel familiar (20) para que esto suceda, y la opción de resignarse a morir sin protestar no parece ser una conducta esperable de un adulto joven.

La sociedad civil con trabajo en SIDA está convencida de que a un país con el nivel de desarrollo de México le es totalmente posible proveer recursos públicos para compra de ARV; pero lo que también queda claro, es que la toma de decisiones precipitadas y motivadas únicamente por cuestiones de presión, pudiesen olvidar elementos esenciales de una política óptima, no considerar aspectos para una respuesta integral, y poner con esto en riesgo la viabilidad de la decisión tomada e incluso la vida de los propios demandantes.

² Suprema Corte de Justicia de la Nación. Resolución del amparo 2231/97.

Algunos programas y acciones se deben realizar en forma previa a la provisión gratuita de ARV, esto se manifiesta de manera primordial en al menos dos planteamientos: el que se refiere a la necesidad de que el personal médico esté capacitado para poder prescribirlos y el referente a garantizar el acceso a estudios de laboratorio (CD4 y carga viral) que servirán para monitorear la evolución de la PVIH+, así como el probable desarrollo de resistencias a algunos ARV, lo que daría un indicador de necesidad de cambio de terapéutica, con lo cual se evitaría estar haciendo gastos innecesarios cuando los ARV prescritos ya no están representando beneficios para la vida de la PVIH+. También queda claro que para que una política de provisión de ARV se acerque a un óptimo, deberá incluir en sus componentes los programas de consejería y motivación a PVIH+ para que cumplan con la adherencia al tratamiento, sobre todo tomando en cuenta que las combinaciones de los ARV esparcidos a lo largo del día y con diferencias de horarios para su ingesta, incluyendo antes y después de alimentos, los convierten en esquemas de difícil manejo para una PVIH+ que no se encuentra con la información y el convencimiento necesario. De lo anterior se deriva la necesidad de garantizar el abasto sistemático, ya que a diferencia de los otros medicamentos usualmente surtidos por las instituciones de salud, los tomadores de decisiones deben tener en cuenta que los ARV tienen al menos seis características que los hacen particularmente delicados: una de interpretación de los derechos humanos: (1) el derecho a sobrevivir y a una esperanza de vida para un adulto joven. Tres criterios médicos: (1) pueden transformar un diagnóstico de muerte en una oportunidad de manejo crónico de la enfermedad; (2) se deben tomar de por vida, y (3) su interrupción puede provocar resistencia. Un criterio económico: (1) son medicamentos sumamente costosos y crear resistencias podría significar gastar recursos públicos sin producir beneficio alguno, y finalmente un criterio político: (1) el desabasto de estos medicamentos es de las principales razones para que se organicen protestas contra los funcionarios de salud, las cuales suelen ser ampliamente reseñadas por los medios de comunicación.

México, por las características de su sistema de salud, requiere que las diferentes instituciones de salud compartan información o una base de datos común sobre los ARV que están siendo provistos con fondos públicos a sus pacientes, ya que esto evitaría dobles coberturas. Otros programas paralelos, no necesariamente como requisitos previos a la provisión de ARV, pero también importantes, son los enfocados a la sensibilización del personal de salud, el que de alguna forma está en contacto con las PVIH+, en materia de derechos humanos, tolerancia y aceptación de estilos de vida diferentes y de diversidad sexual, sobre todo tomando en cuenta cuál es el sector de la población que en México sigue siendo el más afectado por esta epidemia.

Con el fin de lograr una mejor programación de recursos hace falta desarrollar proyectos para mejorar el registro y proyecciones epidemiológicas de casos y de crecimiento de la epidemia, así como estudios para poder demostrar el impacto en la mortalidad; es necesario documentar estos estudios con el fin de poder hacer mejores proyecciones de personas afectadas que continúan con vida y lograr planear de manera más adecuada las acciones y programas señalados anteriormente. Los datos podrán servir de apoyo a estudios ulteriores sobre el costo-efectividad de los ARV en México.

Es necesario explorar la posibilidad de que se requieran adecuaciones jurídicas o nuevos reglamentos y normas que garanticen la operación óptima de esta política, tales como la actualización de la guía médica o estándar de atención, o incluso legislaciones relativas al financiamiento de los ARV, tal como se hizo en Brasil y Argentina. En todo momento es conveniente tener registros de los procesos de acceso a estos medicamentos con el fin de poder detectar errores o evitarlos en el futuro, y tener en cuenta que cualquier política de provisión de ARV no podrá ser exitosa a largo plazo si no se acompaña de un incremento en las acciones preventivas, ya que de no hacerlo, esto se transformaría en un barril sin fondo. (21)

Conclusiones

1. Desarrollar que el acceso a los ARV no es obra exclusiva de ONGs y PVH+; sutilmente marcar exceso de protagonismo.
2. Brasil: alto riesgo, porque ha gastado el 4% del total de su presupuesto publico en salud.
3. Brasil líder, porque el programa nacional aprendió a trabajar con ONGs y PVH+.
4. Desarrollar por qué Brasil puede ahorrar y México no.
5. Argentina: subsidia a quien no tiene dinero (plus de los 3).
6. México: seguridad social y olvido de la prevención.
7. Mencionar la importancia de la obligatoriedad de que los seguros médicos privados no excluyan al SIDA de sus coberturas.
8. Agenda mundial por acceso a ARV (GNP+).
9. Probable cuadro con ventajas y desventajas de los 3 programas nacionales.

Bibliografía

1. Abrantes Alexander V. *Health services reform in Latin America and the response to the increased burden of disease caused by the AIDS epidemic in the region*. Gaceta Médica de México. Vol. 132. Supl. 1. 1996
2. Con base en: Bobadilla José Luis. *El control de la infección por VIH en las prioridades de salud de América Latina*. Gaceta Médica de México. Vol. 132. Supl. 1. 1996.
3. Con base en: Saavedra Jorge. *El SIDA en México y el mundo: una visión integral - Comentarios*. Gaceta Médica de México. Vol. 132. Supl. 1. 1996.
4. Con base en: ONUSIDA/OMS. *La epidemia del SIDA: situación en diciembre de 1998*.
5. Con base en: Bobadilla José Luis. *op. cit.*
6. *Idem.*
7. Con base en: Huerdo Jorge. *El papel de la movilización comunitaria en el acceso a los anti-retrovirales en América Latina y el Caribe*. En: Izazola-Licea JA (Ed.). *El SIDA en América Latina y el Caribe: Una visión multidisciplinaria*. Cap. 10 FUNSALUD. México, DF, 1999.
8. *Idem.*
9. Con Base en: Saavedra Jorge. *Acceso a medicamentos anti-retrovirales en México*. En: Izazola-Licea JA. (Ed.) *El acceso a medicamentos anti-retrovirales en países de ingreso mediano de América Latina*. FUNSALUD, México, DF, 2000.
10. Según el censo, la cobertura de las obras sociales alcanza el 58% de la población total. La población que cuenta sólo con seguro privado representa el 5%, y el 37% carece de algún tipo de cobertura. Con base en Astarloa Laura. *El SIDA en Argentina*. En: Izazola JA. (Ed) *El acceso a medicamentos anti-retrovirales en países de ingreso mediano de América Latina*. FUNSALUD, México, DF, 2000.
11. De acuerdo con los datos oficiales publicados en el 4º informe del gobierno en 1998 (Secretaría de Salud, Dirección General de Estadística, 1998); la población potencialmente cubierta por el sistema de salud en 1998 fue de 99,226,249; de los cuales el 50.4% correspondieron a población abierta y el 49.6% a la población con seguridad social. Con base en: Saavedra Jorge. *Acceso a medicamentos anti-retrovirales en México*. En: Izazola-Licea JA. (Ed) *El acceso a medicamentos anti-retrovirales en países de ingreso mediano de América Latina*. FUNSALUD, México, DF, 2000.
12. Con base en: Peter Piot / Mary Robinson. *Prefacio*. En: *El VIH/SIDA y los Derechos Humanos: Directrices Internacionales*. Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos y ONUSIDA. Naciones Unidas, Ginebra / Nueva York. 1998.
13. De Argentina: El Programa Nacional de Lucha Contra los Retrovirus del Humano y SIDA (PNLRHYS).
14. Con Base en Astarloa Laura. *El SIDA en Argentina*. En: Izazola JA. Ed. *El acceso a medicamentos anti-retrovirales en países de ingreso mediano de América Latina*. FUNSALUD, México, DF, 2000.

15. Ronaldo Mussauer, Presidente del Grupo pela VIDDA, entrevista personal, octubre de 1997.
16. Moore RD y Bartlett JG. Combination Antiretroviral Therapy in HIV Infection. *Pharmaco Economics*. Agosto, 1996.
17. Con base en: José Luciano de Mattos Dias, *et al.*, *Terapia anti-retroviral y salud pública: un balance de la experiencia brasileña*. En: Izazola JA. (Ed) *El acceso a medicamentos anti-retrovirales en países de ingreso mediano de América Latina*. FUNSALUD, México, DF, 2000.
18. Propuesta elaborada desde la Sociedad civil y que encabezo PoSithIVos, organización de PVIH+ y con el apoyo de algunas otras ONGs con trabajo en SIDA.
19. Saavedra, J. *El papel de los gobiernos en la prevención del SIDA y atención de los afectados*. En: Izazola Licea, JA (Editor) *SIDA: Estado actual del conocimiento*. México, Fundación Mexicana para la Salud/Noriega Editores, 1996, pp. 157-174.
20. Saavedra, Jorge. *Economic Impact of AIDS medical care in Mexico*. 12th World AIDS Conference Geneva, Conference Record Abstract number 24140, June 28-July 3, 1998.
21. Con base en: Saavedra Jorge. *Acceso a medicamentos anti-retrovirales en México*. En: Izazola-Licea JA. (Ed) *El acceso a medicamentos anti-retrovirales en países de ingreso mediano de América Latina*. FUNSALUD, México, DF, 2000.

EL SIDA EN ARGENTINA*

Laura Astarloa
Fernando Silva Nieto
Benigno Vélez
Eric Calcagno

* Texto elaborado por el Programa Nacional de Lucha Contra los Retrovirus del Humano y SIDA, del Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación Argentina, bajo contrato con el Programa de SIDA de las Naciones Unidas (ONUSIDA) y la Iniciativa Regional sobre SIDA para América Latina y el Caribe (SIDALAC).

Introducción

Hablar del contexto económico-social de Argentina, en la perspectiva del tratamiento del SIDA, y en un marco limitado de tiempo y espacio, implica efectuar una serie de elecciones sobre los temas a tratar, a su desarrollo y análisis.

Por ello, decidimos presentar en estas páginas algunos rasgos que nos parecen importantes para comprender la política de nacional de salud en materia de SIDA: planificación de acciones desde la Nación, compartir responsabilidades entre actores responsables, focalizar acciones sobre la base de criterios de vulnerabilidad socio económico, provisión gratuita de medicamentos.

El trabajo presenta en la primera parte el contexto económico y social general con sus principales características, para presentar luego un panorama del sector salud en nuestro país, la organización y los recursos que moviliza. La tercera parte nos introduce en la descripción de los aspectos epidemiológicos del SIDA en nuestro país y las normativas que sostienen las políticas nacionales. Como cuarto punto se describe el funcionamiento y los recursos con que cuenta el Programa Nacional de Lucha contra los Retrovirus del Humano y SIDA.

La situación del SIDA en Argentina. En una segunda parte, examinaremos el marco legal vigente que da origen al Programa Nacional de Lucha contra los Retrovirus del Humano y SIDA, así como a la entrega gratuita de medicamentos. Veremos entonces el alcance y los límites del sistema en funcionamiento.

El contexto económico y social

Una situación económica marcada por reformas de fondo

En 1989, Argentina comenzó un proceso de cambio estructural, con el objetivo de revertir el estancamiento existente y estabilizar la economía.

Este proceso, inédito tanto en sus perspectivas como en su instrumentación, se centró en el equilibrio de las cuentas públicas, en las privatizaciones de empresas nacionales, en la desregulación de la actividad económica y en la apertura hacia el exterior. De este modo, las políticas de Estado jerarquizaron la recaudación

fiscal, la venta de activos públicos y la disminución del empleo estatal. Estas medidas, acompañadas con la liberalización del comercio y la Ley de Convertibilidad —que estableció la paridad peso/dólar, con un tipo de cambio fijo respaldado en reservas genuinas— trajeron estabilidad de precios y crecimiento del producto bruto interno.

Así, el índice de precios al consumidor creció un 4% entre 1994 y 1997, registrándose las tasas de inflación más bajas de los últimos 40 años. El crecimiento económico, que mostró un alza sostenida con una tasa promedio de incremento del PBI del 8% anual entre 1991 y 1995.

Sin embargo, ya se señalaba por entonces que los beneficios de la expansión necesitan un mayor énfasis en las políticas sociales, para alcanzar una mayor cobertura y una mejor calidad de los servicios provistos a los sectores más desprotegidos.

La situación económica de Argentina en el último trienio

En el trienio 1995-1997 la economía argentina sufrió un período de recesión seguido de un proceso de recuperación, como se advierte en el cuadro 1. A grandes rasgos, el período se caracterizó por el mantenimiento de la estabilidad cambiaria y de precios, la continuación del ingreso de capitales y la persistencia del desempleo. Existió además un hecho mayor de política económica, que fue el comienzo del funcionamiento del Mercosur, a principios de 1995.

En 1995 el producto interno bruto cayó un 4,6 interrumpiéndose un proceso de expansión de los cuatro años anteriores. Los primeros meses de ese año se caracterizaron por una perturbación de los mercados financieros internacionales (efecto Tequila), acompañada de una contracción del crédito, la demanda y el nivel de actividad. La gestión monetaria debió enfrentar los problemas de liquidez del sector financiero y mantener al mismo tiempo el régimen de convertibilidad. Existió un deterioro de la recaudación impositiva, que resultó en un déficit fiscal financiado mediante la colocación de títulos. Durante la crisis se mantuvo el tipo de cambio y la estabilidad de precios.

En los años anteriores, el sector externo se había caracterizado por un fuerte déficit en el balance de bienes, que comenzó a ser superavitario en 1995 (el saldo fue de -4,200 millones de dólares en 1994 y de 2,200 millones en 1995). La manifestación más notoria de la crisis fue el aumento de la desocupación, que pasó de los promedios históricos del 7%, al 11,4% en 1994 y al 18,4% en mayo de 1995¹. Un hecho sobresaliente fue la entrada en operaciones a principios de 1995 de la unión aduanera dentro del Mercado Común del Sur (Mercosur).

En marzo de 1996 comenzó la aplicación de un conjunto de medidas económicas y financieras, apoyadas por un importante financiamiento del Fondo Monetario Internacional y otros organismos financieros, dirigida al sector público. A

¹ Información de la Encuesta Permanente de Hogares.

partir del segundo semestre de 1996 se fue concretando la reactivación. Durante el año, el producto creció en 4.3%, con un comportamiento dinámico de la inversión, un aumento del valor de las exportaciones y una recuperación del volumen de las importaciones. Prosiguieron los flujos de inversión directa, que en el período previo se habían orientado hacia la compra de empresas estatales; a partir de 1996 se dirigen a la adquisición de grandes empresas nacionales y a la inversión minera y agrícola. Se mantuvo la estabilidad cambiaria y de precios, mientras que el déficit de caja del sector público llegó al 2% del PBI y el gobierno realizó importantes operaciones de financiamiento.

Durante 1997 se registró un crecimiento del PBI de alrededor del 8%, basado sobre todo en el dinamismo de las inversiones. En líneas generales continuaron las tendencias originadas durante la recuperación de mediados de 1996. Así, se mantuvo la estabilidad de precios y existió un moderado aumento del déficit fiscal y del saldo comercial externo de bienes, con un importante crecimiento de las importaciones (30% en el primer semestre). Continuó el ingreso de capitales externos de corto plazo y se intensificó el proceso de inversiones directas en la minería. El desempleo tuvo un leve descenso, pero se mantiene en niveles muy altos (13.7% en octubre de 1997).

CUADRO 1
Argentina: indicadores de la actividad económica

	1995	1996	1997
<i>Cuentas nacionales (tasas de variación)</i>			
PIB	-4.6	4.3	8.4
Bienes	-4.6	4.2	8.8
Servicios	-3.0	4.5	6.7
Consumo	-6.1	5.3	7.2
Inversión interna bruta fija	-16.3	8.3	27.1
Construcción	-11.1	1.2	24.0
Maquinaria y equipos nacionales	-24.1	6.9	3.1
Maquinaria y equipos importados	-20.2	20.5	42.5
Exportac. Bienes y servicios reales	22.7	6.5	10.6
Importac. Bienes y servicios reales	-11.6	16.8	26.1
<i>Sector externo. Balance de pagos (en millones de pesos)</i>			
Cuenta corriente	-2446	-4130	-6514
Mercancías	2238	1622	-1573
Servicios reales	-2175	-2495	-2358
Servicios financieros	-2941	-3591	-2804
Transferencias unilaterales	431	334	221

(Continúa)

	1995	1996	1997
Variación de reservas internacionales	-69	3782	672
Exportación de bienes (fob)	20963	23811	19002
Importación de bienes (cif)	20122	23762	21984
Balanza comercial de bienes	841	49	-2982
<i>Finanzas públicas (en millones de pesos)</i>			
Resultado global del sector público no financiero	-1373	-5264	-2805
Recursos tributarios totales	42562	43115	36243
Deuda pública	87091	97105	99417
Desempleo	16.6	17.3	13.7

Nota: 1997 corresponde a información al cierre del tercer trimestre.

Fuente: MEOySP. *Informe Económico*, octubre de 1997.

En cuanto a las cuentas públicas de la Administración Nacional, la recaudación presenta una leve mejoría en estos últimos años, que no basta para financiar los déficits, agravado el problema por el agotamiento del proceso de las grandes privatizaciones, los recursos necesarios surgen del endeudamiento.

La situación social expresa una realidad heterogénea

La modificación de la función reguladora del Estado, así como la apertura de la economía, apuntalada por un importante flujo de capitales externos, fragilizaron amplios sectores productivos, sobre todo en el ámbito de las pequeñas y medianas empresas, con las lógicas consecuencias para los asalariados. Estos elementos contribuyen a permitir un fuerte impacto de los desequilibrios externos, como lo evidenció durante la crisis mexicana.

Los resultados de esta fragilidad, propia de una economía en transición, se observan en varios órdenes. En el plano ocupacional, los indicadores de empleo y subempleo son preocupantes, de forma que los desocupados son un 18.4% de la población económicamente activa, mientras que los subocupados suman un 4.3% adicional para mayo de 1995. Esta situación repercute en el aumento de la vulnerabilidad socio-económica, con especial referencia en las condiciones de salud de la población, a partir de la pérdida de su cobertura provista por el empleo formal, y las dificultades nutricionales y de otros tipos que crea la falta de trabajo.

Durante estos dos últimos años, la desocupación cayó en 4.7 puntos, aunque se incrementó la subocupación. Con respecto a los nuevos puestos de trabajo creados durante este período hay que señalar que la relación se precarizó por un lado, y por otro aparecieron los programas de empleo público que absorbieron alrededor de 250,000 puestos de trabajo (Programa Trabajar).

En las condiciones de pobreza, la población con necesidades básicas insatisfechas es del 19.3%, es decir, cerca de 6 200 000 habitantes, de acuerdo con el censo de 1991.

A su vez, el gasto social se incrementó del 14.6% del PBI desde 1980/83 al 18.0% en 1994, y alcanza los \$ 1,520 per cápita. Si al gasto social se le resta el gasto en previsión social, la cápita disponible es de \$ 1,068 por año.

Si bien es un aumento significativo, que resuelve, en general, los aspectos más urgentes de la situación social, el Estado no siempre tiene la capacidad de respuesta ni los fondos disponibles para atender problemas nuevos, por el sólo hecho de no contar con la infraestructura física y la capacidad de gestión necesaria, por ejemplo el SIDA plantea una demanda que debe ser satisfecha de manera eficaz y eficiente en los plazos más breves.

La crisis económica de las últimas décadas impactó de manera diferente en dos grupos de población en situación de pobreza, los pobres rurales, que viven en su mayoría en la zona norte del país, y los pobres urbanos. Allí se cuentan tanto los migrantes rurales, como los desempleados y subempleados urbanos que viven en los cinturones de las grandes concentraciones urbanas. Del total de la población en situación de pobreza crítica cerca de la mitad, tres millones de habitantes, se concentra en las provincias de Buenos Aires, Córdoba y Santa Fe.

Las consecuencias de la evolución económica y de la situación social sobre el problema del SIDA se reflejan en un estudio del Center for Aids Prevention de la Universidad de California, donde se señala que “los factores sociales y económicos han jugado un papel crítico en el aumento del HIV”, sobre todo de acuerdo a las modificaciones que se produzcan en la prestación de servicios de salud. En la medida que esa modificación implique reducción del gasto, puede afectarse no sólo el tratamiento de los pacientes, sino también implica la emigración de profesionales, técnicos y personal directivo, cuyos puestos son eliminados, las condiciones de trabajo se deterioran y su nivel de vida descende. Esta situación podría resultar en una menor propensión a asumir el tratamiento de una enfermedad de alto riesgo para el personal de salud como el caso del SIDA.

De lo que no se puede dudar, es que las políticas seguidas en materia de reformas estructurales de la economía tienen un costo social elevado, incluso en países como Argentina.

La cobertura de salud en Argentina

De acuerdo al origen del financiamiento del sistema de salud se identifican tres poblaciones objetivo en Argentina que reciben cobertura de los tres subsectores:

- Público;
- Seguridad social; y
- Privado.

Las políticas de salud

El sistema de salud de nuestro país se puede caracterizar como heterogéneo y fragmentado, estas características han llevado a un desarrollo del sector no integrado entre los componentes y desde cada uno hacia su interior. Los intentos de reforma del sistema se pueden caracterizar de tres tipos, los cuales se desarrollaron durante las tres últimas décadas:

- Durante la década de 1970, el Estado asegura el derecho a la atención de salud de toda la población. Así, se intenta construir el Sistema Nacional Integrado de Salud, que representa un proyecto de conformar un sistema único con eje en el Estado y que asegure el acceso igualitario de toda la población a los servicios.

- En los '80 se fortalece el seguro social con el proyecto de Seguro Nacional de Salud. El eje son las obras sociales, y se reivindica el rol del Estado como conductor de la política de salud. Se busca fortalecer el sector público como prestador y su incorporación a un sistema donde la atención es tarea compartida de los subsectores que intervienen. El proyecto tiene como grandes opositores a los sindicatos.

- Durante esta década, la reforma se promueve a partir de cambios centrados en los seguros privados. Se dejan de lado las preocupaciones del sanitarismo, tales como la equidad en el acceso y el aumento de la vida saludable, para concentrarse en los flujos financieros del sector.

La política del Estado Nacional en este último período se caracteriza por el fortalecimiento de los sistemas recaudatorios centralizándolos (a nivel nacional), mientras que en materia de gastos, se fomentó la descentralización. El subsector público de salud no está ajeno a esta última política, ya que el financiamiento del mismo se realiza por rentas generales. Así, la política de descentralización procura conferirles mayor autonomía de gestión a las unidades asistenciales (hospitales) y de financiamiento a los gobiernos provinciales.

Por su parte, las obras sociales nacionales inician un proceso de reordenamiento financiero que consiste en la desregulación del sector que promueve la libertad de afiliación y tiene como meta final el desarrollo de un mercado competitivo en el que participen los seguros privados de salud.

El subsector público

Se encuentra subdividido en tantas partes como jurisdicciones políticas existen en nuestro país. Así podemos enumerar al Gobierno nacional, los estados provinciales y las municipalidades. Cada uno de estos estamentos ejerce funciones diferenciadas dentro del sistema. Así, el Estado Nacional desarrolla la coordinación, la regulación, la asistencia técnica y financiera. Las provincias cuentan con casi la totalidad de los efectores de servicios de salud y los municipios han desarrollado redes asistenciales

propias de bajo nivel de complejidad (en la mayoría de los casos). En este marco, los actores institucionales para cada jurisdicción son:

- El Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación;
- Los ministerios y secretarías de salud provinciales o municipales; y
- La ANSSAL (administración Nacional del Seguro de Salud), con la función de regular y administrar un fondo de redistribución para las obras sociales.

Al igual que en la mayor parte de los países de Latinoamérica, el sistema se encuentra organizado bajo un subsidio a la oferta. Así, el uso de los servicios de salud por parte de la población se produce por demanda espontánea, y los costos no disminuyen en los casos en que la infraestructura no es utilizada a pleno.

El financiamiento de las actividades del sector público de salud se efectiviza con recursos tributarios y no tributarios de los Tesoros públicos, además de recursos de fuentes externas (BIRF, BID) que son utilizados para inversión física en la mayor parte de los casos.

La seguridad social

Las obras sociales se encuentran organizadas como un seguro de salud. Este subsistema se encuentra ligado al mercado laboral formal, y brinda cobertura de salud a la población que trabaja en relación de dependencia y a su grupo familiar. Este seguro social compulsivo se financia mediante aportes de los trabajadores y contribuciones patronales además de otros ingresos tales como copagos y coseguros, entre otros. Su principal característica es la base solidaria del financiamiento.

Las obras sociales son entidades de derecho público, sin fines de lucro, sujetas a regulación estatal. Estas instituciones se pueden clasificar en cuatro tipos de acuerdo a la parte del mercado laboral formal al que atienden:

- *Obras sociales nacionales*: la normativa legal que las agrupa es la Ley de Obras sociales y se encuentran inscritas en el Registro del Seguro Nacional de Salud. Son aproximadamente 310 organizaciones, donde las primeras 20 agrupan el 80% de la población cubierta (8 millones de personas).

- *Obras sociales provinciales*: comprenden los seguros de salud creados por las administraciones públicas provinciales y del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Brindan cobertura a las personas que trabajan en estos gobiernos y en los niveles políticos inferiores (municipios) y a sus grupos familiares y a los jubilados y pensionados de estas mismas administraciones públicas.

- *Otras obras sociales*: se encuadran bajo normativas distintas a la Ley de Obras Sociales. Comprenden las fuerzas de seguridad nacionales, universidades nacionales, Poder Judicial Federal y Poder Legislativo Nacional.

- *INSSJyP*: brinda cobertura a la población cautiva del sistema previsional nacional y su grupo familiar.

La desregulación del sistema permite la libre elección de la obra social. Esta medida fomenta la concentración del mercado. La implementación del PMO (Programa Médico Obligatorio) transforma en homogénea la cobertura para todo el subsector.

Subsector privado

Abarca dos tipos de prácticas, por un lado se encuentran aquellas asociadas a una contraprestación directa por un servicio, son por ejemplo, las consultas médicas realizadas en forma particular. Por otro lado, están los seguros privados de salud. De esta forma, el sector privado desarrolló por un lado una red de prestadores y por otro una gama de compañías de seguro.

Los contratos de seguro definen los alcances de la cobertura (riesgo a cubrir), el aporte (cuota) y las condiciones de vigencia del contrato. Entre estas últimas, caracteriza a la mayoría de los contratos el período de carencia donde el usuario contribuye sin recibir beneficios. Como todos los seguros, el sector tiene en cuenta los principios de selección adversa y riesgo moral. Los servicios reconocen distintos tipos de estructura empresarial a saber,

- Instituciones que actúan como administradoras financieras de sus asegurados, que restringen su actividad a la gestión y control de los fondos.
- Organizaciones que desarrollan la actividad de manera integral desde la oferta de servicios, con integración vertical de las aseguradoras con la gestión de las instituciones prestadoras de servicios (clínicas, consultorios, servicios de diagnóstico, entre otros).
- Una modalidad reciente y en crecimiento son las instituciones privadas que actúan como administradoras entre obras sociales y prepagas y las redes de prestadores.
- Un cuarto tipo de empresas se organizan a partir de la existencia de hospitales o grupos de prestadores, y anexan a su habitual gestión hospitalaria, actividades propias de los seguros, son ejemplo de ello los hospitales de colectividades.

La cobertura de salud

El Censo Nacional de Población y Vivienda de 1991, incluye por primera vez preguntas acerca de la cobertura de salud. Así se puede obtener un panorama global de la cobertura a nivel del total del país en 1991 (ver cuadro 2). Según el censo, la cobertura de las obras sociales alcanza a 18.8 millones de personas que representa el 58% de la población total. La población que cuenta con solo plan médico o mutual (seguro privado) representa el 5%, la cobertura de estos dos subsectores es del 63% del total de población, el restante 37% carece de algún tipo de cobertura.

La cobertura por provincia revela diferencias marcadas, esta situación es reflejo del desigual funcionamiento del mercado laboral en cada jurisdicción (ver cuadro 3). Así, la cobertura por obras sociales con respecto al total de población por

CUADRO 2
Cobertura de salud de la población
Argentina 1991

	Población	%
Tiene sólo obra social	13.2	40.9
Tiene obra social e ignora plan médico	1.1	3.5
Tiene obra social y plan médico o mutual	4.5	14.1
Cobertura de obra social	18.8	58.4
Tiene solo plan médico o mutual	1.5	4.7
Cobertura de la población	20.3	63
No tiene obra social	11.9	36.9
Total	32.2	100,0

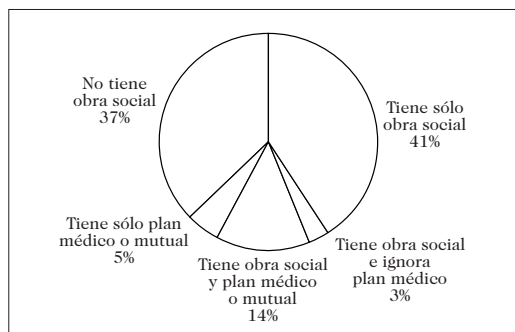
Fuente: Censo Nacional de Población y Vivienda 1991.

provincia varían en una franja que va del 42% en Formosa, al 76% en Santa Cruz, pasando por coberturas que rondan el 60% en La Pampa, Río Negro y Entre Ríos.

La población cubierta total no presenta variaciones importantes, excepto en algunas jurisdicciones como por ejemplo Capital Federal donde las obras sociales cubren al 68% de la población y si se suman los seguros privados se llega al 80% de cobertura. En las provincias de Córdoba, Santa Fe y Tucumán también se percibe una situación diferenciada con respecto al resto del país.

La población que carece de cobertura de salud es del 20% en la Capital Federal y llega a extremos de casi el 60% en Formosa y Santiago del Estero.

FIGURA 1
Cobertura de salud. 1991



CUADRO 3
Cobertura de salud por jurisdicción
Argentina 1991

Jurisdicción	OS	OS y plan médico o mutual	OS e ignora otros	OS	Plan médico	OS y plan médico	No tiene OS ni otro	Total
Capital Federal	47.8	16.4	4.1	68.3	12.0	80.3	19.7	100
Gran B. A.	42.7	10.2	3.6	56.6	4.9	61.5	38.5	100
Resto B. A.	41.4	15.8	5.4	62.7	3.8	66.4	33.6	100
Catamarca	46.9	12.4	3.1	62.4	0.8	63.2	36.8	100
Córdoba	39.0	15.1	3.0	57.1	5.1	62.2	37.8	100
Corrientes	38.3	9.5	3.0	50.8	0.8	51.6	48.4	100
Chaco	33.7	10.4	2.6	46.6	1.2	47.8	52.2	100
Chubut	55.1	7.8	2.9	65.8	1.6	67.4	32.6	100
Entre Ríos	43.3	12.2	3.3	58.8	2.6	61.5	38.5	100
Formosa	29.2	11.2	1.9	42.4	0.3	42.7	57.3	100
Jujuy	38.8	13.9	1.8	54.4	1.5	56.0	44.0	100
La Pampa	44.8	12.3	2.9	60.0	4.8	64.8	35.2	100
La Rioja	44.9	16.7	3.7	65.3	0.7	66.0	34.0	100
Mendoza	40.8	11.7	1.0	53.5	4.3	57.8	42.2	100
Misiones	39.4	7.5	2.7	49.7	0.5	50.2	49.8	100
Neuquen	38.1	17.6	2.3	58.0	1.7	59.7	40.3	100
Río Negro	39.2	17.2	2.5	58.8	2.4	61.2	38.8	100
Salta	31.0	16.7	2.4	50.1	1.2	51.3	48.7	100
San Juan	32.5	24.4	1.4	58.4	0.8	59.1	40.9	100
San Luis	39.9	16.0	2.8	58.8	3.6	62.4	37.6	100
Santa Cruz	62.8	11.7	2.0	76.4	0.5	77.0	23.0	100
Santa Fe	43.6	16.5	4.0	64.1	6.9	71.0	29.0	100
Santiago del Estero	23.5	16.4	2.8	42.8	1.9	44.6	55.4	100
Tucumán	28.5	26.8	3.3	58.5	6.1	64.7	35.3	100
Tierra del Fuego	58.5	7.5	1.8	67.7	1.5	69.2	30.8	100
Total	40.9	14.1	3.5	58.4	4.7	63.1	36.9	100

Fuente: Censo Nacional de Población y Vivienda 1991.

La cobertura de acuerdo a la estructura de edad de la población, indica que los más jóvenes sufren de mayor desprotección, tal cual se desprende del cuadro 4. Para el tramo de edades de entre 0 y 29 años, la cobertura por las obras sociales es del 51% en promedio, y alcanza al 58% entre el grupo de población de 30 a 49 años. Cuando la población supera los 65 años la cobertura supera el 88 del grupo etáreo. La población sin cobertura se centra mayormente en los tramos inferiores de edad, con un pico del

50% entre los que cuentan de 25 a 29 años. Luego disminuye hasta el 12% para el último tramo considerado. La cobertura de salud para los pasivos es elevada debido a que la mayor parte de la población en estas edades se encuentra dentro del sistema previsional público.

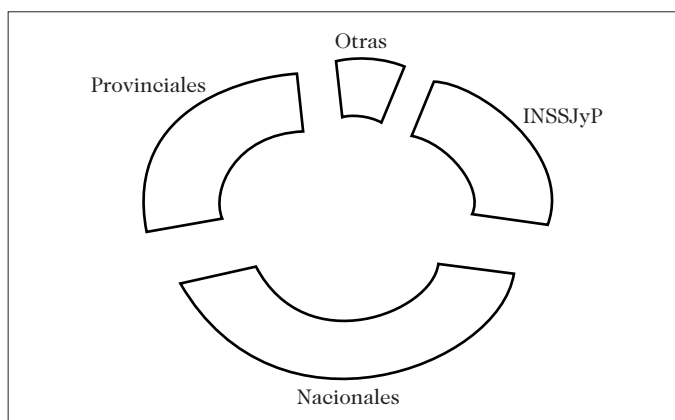
CUADRO 4
Cobertura de salud por tramo de edad
Argentina 1991

Edad	OS	OS y plan médico o mutual	OS e ignora otros	OS	Plan médico	OS y plan médico	No tiene OS ni otro	Total
0-14	37.5	12.7	3.6	53.7	3.9	57.6	42.4	100
15-19	36.5	12.3	2.9	51.6	4.6	56.2	43.8	100
20-24	31.9	10.7	2.6	45.2	4.9	50.2	49.8	100
25-29	37.3	12.8	2.8	52.9	4.8	57.7	42.3	100
30-34	40.0	14.4	3.0	57.3	5.0	62.3	37.7	100
35-39	40.4	14.7	2.9	58.1	5.4	63.5	36.5	100
40-44	40.6	15.2	3.0	58.8	6.0	64.8	35.2	100
45-49	40.7	15.4	3.1	59.2	6.7	65.9	34.1	100
50-54	42.1	15.5	3.3	61.0	6.8	67.8	32.2	100
55-59	45.2	16.1	3.7	65.1	6.5	71.6	28.4	100
60-64	51.3	17.5	4.5	73.3	4.9	78.1	21.9	100
65 y más	61.2	18.8	5.8	85.8	2.2	88.0	12.0	100
Total	40.9	14.1	3.5	58.4	4.7	63.1	36.9	100

Fuente: Censo Nacional de Población y Vivienda 1991.

El cuadro 5 presenta la cobertura por parte de las obras sociales en 1996. Así, la población cubierta llega al 53% del total de habitantes del país.

FIGURA 2
Población cubierta por obras sociales
1996



CUADRO 5
Cobertura de salud de obras sociales
En millones de personas, estructura porcentual y población total cubierta
1996

Obras sociales	Población cubierta	En porcentaje	En porcentaje de la población total
Nacionales	8.2	43%	23%
Provinciales	5.2	28%	15%
Otras no normadas por la Ley de Obras Sociales	1.2	6%	3%
INSSJyP	4.3	23%	12%
Total	18.9	100%	53%

Fuente: Elaboración propia, sobre la base de información de ANSES, COOSPPRA, MEOySP.

Las empresas de seguro privado de salud (medicina prepaga) durante 1996, brindaron cobertura a 2.5 millones de personas. De estas personas un 40% realiza además aportes al sistema de seguridad social².

² González García, G. y Tobar, F. Más salud por el mismo dinero. Ediciones ISALUD-GEL. 1997.

Así, la población cubierta por el sector público se obtiene por diferencia entre la población total y aquella que cuenta con algún tipo de seguro de salud (obra social o prepaga). Esta estimación para 1996 arroja alrededor de 14.5 millones de personas, es decir el 41% de la población total del país. La población objetivo del sistema público de salud aparece caracterizada como de bajo nivel socio económico, que se encuentra por fuera del mercado de trabajo formal, siendo importante el número de desocupados y subocupados.

El gasto en salud del sector público

El gasto total del sector público consolidado (Nación, provincias y municipios) para 1996, llegó a los 80000 millones de pesos³. De estos, los gastos sociales representan el 67% (\$ 54,000 millones). En términos del PBI representan el 18.2%. Los gastos en salud son un componente importante de los gastos sociales con más de 4 puntos porcentuales del PBI, tal como se aprecia en el cuadro 6.

CUADRO 6
Gasto en salud del sector público argentino
En porcentaje del PBI

	1995	1996	1997
Gasto en salud	4.81	4.42	4.15
Atención Médica	1.69	1.64	1.63
INSSJP	1.08	0.91	0.73
Obras Sociales Provinciales y Nacionales	1.80	1.65	1.57
Agua Potable y Alcantarillado	0.25	0.22	0.22
Resto del gasto social	14.49	13.68	13.28
Gasto social total	19.30	18.10	17.43
Otros gastos del sector público	10.35	9.66	9.07
Gasto total del sector público	29.65	27.76	26.50

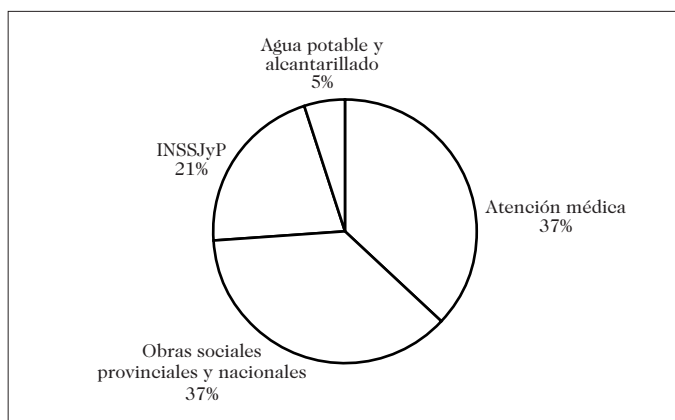
Fuente: Elaboración propia, sobre la base de información del MEOySP.

Como fue comentado, el sector salud financia programas destinados a la atención médica (hospitales y redes de atención primaria en provincias y municipios), obras sociales nacionales y provinciales, el INSSJP (obra social de la previsión social), como así también, algunos programas destinados a saneamiento ambiental.

³ MEOySP.

El Estado Nacional en materia de salud desarrolla funciones de regulación, y presta asistencia técnica y financiera. A su vez, cuenta con programas médico asistenciales y preventivos que por las características epidemiológicas de las problemáticas que tratan su desarrollo centralizado favorece las prácticas contra esas enfermedades, por ejemplo el Programa de lucha contra el Chagas, el PNLRHYS, el programa de Estadísticas de salud, entre otros.

FIGURA 3
Gasto en salud del sector público
1996



Fuente: Elaboración propia, sobre la base de información del MEOySP.

Las provincias son los grandes productores de servicios de salud. Así financian en su mayor parte programas de prestación a través de efectores propios, y a su vez cuentan con sus propias obras sociales. Una situación parecida enfrentan los municipios, aunque las prestaciones que financian en la mayor parte de los casos son de menor complejidad.

Las erogaciones en salud estimadas para el conjunto del sector público en 1996 llegan a \$13,141 millones. El análisis por jurisdicción indica que el 52% de las erogaciones las realiza la Nación, el 43% las provincias y el 5% restante los municipios (ver cuadro 7).

CUADRO 7
Gasto público en salud del sector público consolidado
En millones de pesos

Jurisdicción	1995	1996
Nación	7255	6867
Provincias y Ciudad de Buenos Aires	5553	5630
Municipios	639	644
Total	13447	13141

Fuente: MEOySP.

El gasto per cápita en salud del sector público para la población que carece de otro tipo de cobertura en 1996 fue de \$322, mientras que los gastos específicos (sin saneamiento) para la población que no cuenta con cobertura de algún otro subsector llegan a \$277. Estimaciones del gasto del sector privado lo sitúan cerca de los \$8400 millones⁴, de los cuales alrededor del 50% tienen como destino el financiamiento de los seguros privados de salud.

En resumen, nuestro país dedica más del 7% de su PBI a mantener y mejorar la salud y la calidad de vida de las personas a través del gasto en salud. De esta forma, el gasto per cápita en salud que financia la sociedad llega a \$570 por año (1996).

A pesar de ser importante el gasto per cápita, si se observan las estructuras de cobertura y recursos de cada subsector se pueden marcar discrepancias importantes. Así por ejemplo, las obras sociales que brindan cobertura a más de la mitad de la población, cuentan con el 35% del financiamiento total del sector (ver cuadro 8).

CUADRO 8
Estructura porcentual de la cobertura y del gasto por subsector

	Cobertura	Gasto
Público	41%	23%
Obras sociales	53%	35%
Privado	6%	42%
Total	100%	100%

Fuente: Estimación propia.

⁴ González García, G. y Tobar, F. Más salud por el mismo dinero. Ediciones ISALUD-GEL. 1997.

El SIDA en Argentina. Situación epidemiológica actual

Desde que se detectaron los primeros casos en 1982, la epidemia ha crecido en forma significativa en Argentina, hasta alcanzar 11,500 casos hasta fines de 1997⁵. (Ver cuadro 9).

Si se considera el retraso en la recepción de informaciones y el subregistro en la notificación, el número de casos es mayor (2000 casos adicionales a diciembre de 1997)⁶. Si tomamos como base el número de notificaciones con el objeto de estimar la cantidad de personas infectadas, existirían hoy en Argentina cerca de 100,000 infectados. Proyectado a fin de siglo, significa que habrá no menos de 35,000 personas enfermas.

Los casos registrados muestran un fuerte impacto en los sectores jóvenes de la población. Se ha encontrado que la mediana de edad de los enfermos de SIDA en los hombres es de 29.5 años, mientras que en las mujeres es de 25.5. Así, mientras el 65% de los casos en mujeres tienen menos de treinta años, sólo el 45% de los hombres con SIDA se enferma en ese rango de edad. El SIDA pediátrico (5% de los casos en varones y 18% en mujeres) fuerza la disminución permanente de las medianas de edad por sexo (ver cuadro 10).

CUADRO 9
Casos registrados de SIDA, período 1982-1997

Año	Casos informados	Casos estimados	Tasa por millón de habitantes
1982	3	3	0.1
1983	4	4	0.1
1984	7	7	0.2
1985	28	28	0.9
1986	38	38	1.2
1987	92	92	3.0
1988	201	204	6.4
1989	296	303	9.3
1990	491	508	15.2
1991	731	764	22.4
1992	1112	1168	33.5
1993	1441	1522	42.8
1994	2132	2284	62.4
1995	2067	2298	59.5
1996	2155	3256	61.2
1997	711	1030	
Total	11509	13509	

Fuente: Programa Nacional de Lucha Contra los Retrovirus del Humano y SIDA.

⁵ Casos registrados por el PNLRHyS.

⁶ PNLRHyS.

CUADRO 10
Estructura porcentual de los casos clasificados
por sexo y por grupo de edad

Edad	Hombre	Mujer	Sin información	Total
1-4	361	343	7	711
5-9	37	53	0	90
10-14	18	6	1	25
15-19	167	56	2	225
20-24	1158	414	21	1593
25-29	2417	586	20	3023
30-34	1997	350	31	2378
35-39	1251	221	10	1482
40-44	810	94	9	913
45-49	445	36	5	486
50 y más	513	67	3	583
Total	9174	2226	109	11509

Fuente: Programa Nacional de Lucha Contra los Retrovirus del Humano y SIDA.

Uno de los aspectos más preocupantes del SIDA es su importancia entre las mujeres en edad fértil, como lo demuestra la relación hombre/mujer entre los enfermos.

La relación hombre/mujer para los casos acumulados desde 1982 hasta 1997, clasificada la población por grupo de edad, se observa que para los casos de mayor edad esta relación es creciente. Los casos pediátricos como es de esperar, para la población de 0 a 14 años, se distribuye de manera uniforme. Para el grupo de edad que le sigue (entre 15 y 24 años) la relación es casi 3. Para los casos con edades entre 25 y 39 años la relación es de 5 a 1, mientras que para los mayores salta a 9 hombres por mujer.

Mientras que en los inicios esta enfermedad incidía predominante entre los hombres (principalmente homosexuales), el contagio de heterosexuales y de drogadictos influyó de manera determinante entre las mujeres, hasta convertirlas en grupo en riesgo, básicamente en parejas de usuarios de drogas por vía endovenosa y bisexuales. De esta forma, a los contagios de mujeres, se suma el riesgo del contagio por vía vertical (de madre a hijo).

El impacto geográfico y los mecanismos de contagio

CUADRO 11

Distribución porcentual de casos de SIDA por jurisdicción y por año

Jurisdicción	1982-86	1987-90	1991	1992	1993	1994	1995	1996
Buenos Aires	69.6	28.31	28.84	33.62	41.02	44.09	44.92	46.34
Cap. Fed.	12.66	38.92	38.92	39.98	40.43	38.72	35.62	35.25
Córdoba	0.00	5.21	5.54	4.14	5.38	3.23	3.34	2.90
Santa Fe	1.27	11.55	17.90	14.07	5.38	5.53	6.14	5.52
Resto	16.40	16.00	8.81	8.19	7.81	8.43	9.98	10.0
Total	100	100	100	100	100	100	100	100

Fuente: Programa Nacional de Lucha Contra los Retrovirus del Humano y SIDA.

La distribución geográfica muestra que el 90% de los casos registrados se presentan en la Capital Federal, y zonas urbanas de las Provincias de Buenos Aires, Santa Fe y Córdoba. Cuando se analizan las vías de contagio (sexual, sanguínea y de madre a hijo), se observa que el 47% de los casos se contagia por transmisión sexual; 43% por vía sanguínea (hemofilia, transfusiones y adicciones intravenosas); y el 7% es por tener madre seropositiva y un 2.2% se debe a factores de riesgo ignotos.

CUADRO 12

Vía de contagio de los casos de SIDA en porcentaje

Vía de contagio	1982-87	1988-90	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	Total
Hemofilia	5.9	4.5	0.1	1.5	0.2	0.2	0.1	0.1	0.3	0.7
Transfusiones	0.6	2.0	2.4	2.6	1.5	1.7	0.8	0.9	1.3	1.5
ADIV	10.0	31.6	41.6	45.6	44.3	44.1	43.8	40.3	37.3	41.3
Hijo de madre HIV+	1.2	5.5	6.7	5.1	7.3	5.2	7.5	7.9	8.4	6.7
Sexual	81.8	55.4	47.0	42.9	44.4	46.3	44.0	47.1	47.4	46.7
Heterosexual	4.7	6.6	8.4	15.3	16.0	19.8	19.0	25.2	25.0	18.1
Homosexual	58.2	35.5	27.3	20.1	22.1	21.3	20.7	18.4	18.4	22.3
Bisexual	18.8	13.3	11.4	7.4	6.3	5.2	4.4	3.5	3.9	6.4
Sin información	0.6	1.0	2.1	2.4	2.4	2.4	3.8	3.8	5.3	3.0
Total	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Fuente: Programa Nacional de Lucha Contra los Retrovirus del Humano y SIDA.

La enfermedad durante los últimos años presenta un comportamiento distinto con respecto a los anteriores. Así, se puede observar el importante crecimiento

de los casos por transmisión de madre a hijo, que ya supera el 8% de la totalidad de los nuevos casos de 1997. Un comportamiento inverso tiene la vía de contagio homo y bisexual, que cae del 28% durante 1993 al 22% en 1996 y 1997. Este cambio en el comportamiento podría interpretarse como una mejora en los métodos de cuidado de la salud por parte de estos grupos en riesgo.

Las prácticas de control de los bancos de sangre han permitido que esta causal haya perdido importancia relativa. No obstante, la dinámica de la enfermedad permite que nuevos actores se transformen en grupo en riesgo en el corto plazo.

A pesar que la enfermedad tiene una vía de transmisión predominante que es la sexual, una mención especial merece la adicción intravenosa, responsable del 93% de los casos por transmisión sanguínea. Estas cifras han variado con el correr de los años, y la importancia de los factores de riesgo se ha modificado. Hay dos fenómenos que inciden de manera significativa en la población joven: las adicciones intravenosas, sobre todo en poblaciones humildes y el riesgo por contacto heterosexual.

En síntesis, el carácter crítico del SIDA se ve potenciado por su modo mismo de contagio, por lo que las nuevas terapias, que parecen paliar las consecuencias más graves de la dolencia, surgen como una urgencia social y un deber para la comunidad nacional. La dimensión dramática se completa al ser una epidemia que parece no distinguir entre orígenes sociales o hábitos culturales, aunque puedan definirse poblaciones en situación de exposición al contagio mayor que otras.

Mujeres e Infancia

Para la problemática general del SIDA en Argentina, merece especial cuidado el incremento de casos en las mujeres y niños, tanto por su naturaleza como por sus repercusiones humanas y sociales. Por ello, nos parece necesario un análisis más profundo sobre esta población específica.

La predominancia del contagio sexual en los primeros enfermos que aparecieron en el país asocia al SIDA con una enfermedad sexual. Con el correr de los años, nuevos grupos en riesgo irrumpen con más fuerza y obligan a reevaluar esta causal de contagio. Estas poblaciones se encuentran conformadas por usuarios de drogas intravenosas, y en los últimos años el contagio vertical, dio lugar al SIDA pediátrico.

En ese marco, el problema de SIDA en menores de 15 años tiene un impacto creciente y el país se ubica entre las naciones del continente con mayor proporción de casos pediátricos. En efecto, los 818 casos de menores de 15 años representan un 7% del total de casos, cifra bastante superior a los países de América del Norte que cuenta con una proporción de alrededor del 1% y también superior a Brasil.

La cantidad de niños enfermos se ha incrementado año a año, hecho relacionado con el incremento de casos en mujeres, ya que el 82% de los niños tiene como factor causal la transmisión vertical. Se calcula que la infección por HIV se convertirá en causa significativa de muerte en menores de quince años hacia finales del siglo.

Es de particular gravedad el rápido aumento en años recientes de los casos en personas jóvenes (entre 20 y 34 años). La aparición del SIDA refleja una infec-

ción por el HIV anterior y es obvio que la infección inicial ocurre de modo predominante entre adolescentes y adultos jóvenes.

La evolución a través del tiempo muestra que la relación en los inicios de la serie es notablemente superior para los hombres, siendo de 14 hombres por cada mujer en 1988, pasa a 4.7 en 1994 y se estabiliza en valores cercanos en los últimos años. Sin embargo, en el Conurbano Bonaerense la relación es de 2.5 hombres por cada mujer. Esto revela un cambio en el peso relativo de los grupos de población en riesgo, y en sus patrones de comportamiento.

Es importante señalar que las mujeres enfermas en un 73% se encuentran en edad fértil (el 18% son niñas), agravando el problema para los chicos en los próximos años. Las mujeres son, desde lo biológico, más vulnerables ya que son parte receptora de la pareja sexual y por tener relaciones sexuales con hombres que en general, han tenido una vida sexual con mayor cantidad de contactos. Por otra parte, en nuestro país, las mujeres presentan mayor vulnerabilidad sanguínea (por transfusiones), ya que es frecuente este tipo de práctica médica en embarazos o partos no controlados.

A la luz de estos análisis es importante destacar la necesidad de trabajar con organismos gubernamentales y no gubernamentales, especializados en género, maternidad e infancia, incluyendo campañas preventivas especializadas en madres portadoras y un abordaje particular para la prostitución y los usuarios de drogas intravenosas.

Política nacional de salud

Frente a la situación descrita, Argentina, a través del Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación ha elaborado una serie de medidas normativo legales específicas contra el HIV/SIDA, enmarcadas dentro de su estrategia general de salud. Veamos algunos aspectos.

El decreto 126/92 establece la política de salud en Argentina

La política de salud, como la define el Decreto N° 1269/92, se enmarca en el contexto de la política general del gobierno, con el objeto de seguir las orientaciones estratégicas y las prioridades programáticas allí definidas. En este sentido, el citado Decreto establece las políticas sustantivas para el sector, que tienen como objetivos la plena vigencia del derecho a la salud a través de un sistema basado en criterios de equidad, solidaridad, eficiencia, eficacia y calidad. Para ello se propone la integración del área de salud con los demás sectores. Asimismo plantea como objetivo mejorar el acceso, la eficiencia y la calidad de los servicios de salud, mediante la optimización del uso de los recursos, brindando asistencia técnica al sector público y privado, y teniendo como eje la descentralización y la conformación de redes locales de complejidad creciente. Otra de las políticas sustantivas consiste en el desarrollo de acciones sostenidas y con-

certadas de promoción y protección de la salud que disminuyan los riesgos evitables de enfermar y morir.

El marco legal específico contra el HIV/SIDA

La preocupación del Estado Nacional por el SIDA se pone de manifiesto mediante la promulgación de la ley 23798, de 1990 (Ley Nacional de SIDA), y su Decreto reglamentario 1244. Estas normativas brindan el marco legal para el desarrollo de acciones de prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de los infectados y también les brinda protección frente a la discriminación en todo el ámbito del país. La legislación declara de interés nacional la lucha contra esta enfermedad, dejando la ejecución en cada jurisdicción a la autoridad sanitaria respectiva. Además, se establece:

- La obligatoriedad de la detección del virus y anticuerpos en sangre y sus derivados, destinados a la transfusión, así como para los donantes de órganos para trasplante y otros usos humanos.
- La obligatoriedad de la notificación de los enfermos y se sientan las bases para su registro con fines estadísticos y epidemiológicos, con reserva de la identidad de los afectados.
- El dictado de normas de bioseguridad a las que estará sujeto el uso de material calificado o no como descartable.
- En el decreto reglamentario, en su artículo 1, se incorpora la prevención del SIDA, como tema en los programas de enseñanza de los niveles educativo primario, secundario y terciario.

Además, en el marco legal establecido por la ley N° 23.798 y el Decreto 1244, el Estado Nacional ha creado el “Programa de cobertura HIV/SIDA”, que especifica la obligatoriedad por parte de las obras sociales de la atención de las personas que padecen HIV/SIDA. Esta asistencia abarca todas las áreas de atención, afirmando la toma a cargo global e integral del afiliado por su obra social, sin que ningún tipo de acto médico quede vedado al acceso de la persona afectada. Se evitan así, los tratamientos clásicos en el hospital público, entre otros, y se eliminan los subsidios cruzados desde el sector público a las obras sociales.

Algunas estimaciones sostienen que los tratamientos del SIDA importan el 10% de los recursos del Fondo Solidario de Redistribución (FSR) de obras sociales, administrado por la Administración Nacional del Seguro de Salud (ANSSAL). Dicho Fondo tiene el objetivo de garantizar un mínimo nivel de cobertura a aquellas obras sociales cuyo nivel de ingreso por titular no permita cubrir el paquete mínimo de servicios. La normativa de aplicación en este caso es la Ley de Obras Sociales (23660).

Las obras sociales se financian mediante un sistema contributivo, en el cual los trabajadores aportan un 3% de su remuneración, mientras que los empleadores lo hacen con un 5% (Decreto 492/95). Los recursos del FSR se integran con el 10% de los recursos ordinarios de las obras sociales (aportes y contribuciones) —15% si co-

responde a la obra social del personal de dirección—, más el 50% de los aportes extraordinarios que realizan los afiliados.

El acceso a los recursos financieros del FSR se encuentra normado por la Resolución 530/90, la cual establece las normas y procedimientos que deben cumplir aquellas organizaciones que demanden préstamos, subsidios o subvenciones. Posterior a esta normativa, se reglamentó el tema por parte de la Resolución 269/94 (distribución de los subsidios para 1994), la Resolución 329/94 (distribución automática a determinadas instituciones), y la Resolución 171/95 (establece el procedimiento a seguir para la distribución automática de los fondos del FSR).

El Decreto 492/95 establece el Programa Médico Obligatorio (PMO) y autoriza a las obras sociales a fusionarse en caso que las instituciones no tengan capacidad para cubrir el PMO. El PMO es un paquete básico de servicios, al cual tienen obligación las instituciones prestadoras de servicios de salud de brindar cobertura a sus afiliados y su objetivo es homogeneizar las prestaciones con base en las prácticas medias cubiertas.

La Resolución 625/97 del Ministerio de Salud de la Nación aprueba el Programa de Cobertura de HIV/SIDA para las personas infectadas por algunos de los retrovirus del humano y el Programa de Prevención del SIDA previsto en la Ley 24455 y su Decreto Reglamentario 580/95. Esta normativa obliga tanto a las obras sociales como a las empresas de medicina prepaga a brindar cobertura por las prácticas médicas, la asistencia farmacológica, la cobertura psicológica, la prevención y evaluación vinculadas al SIDA.

De manera que al institucionalizar el PMO para las prácticas vinculadas al SIDA, se pasa por sobre la estricta lógica del lucro del sector privado, eliminando el riesgo moral, para asumir una actitud ética y un imperativo moral frente a la enfermedad.

Otro efecto importante de la legislación es que se focaliza la asignación de recursos hacia aquellos sectores sociales que se presentan como más vulnerables desde el punto de vista socio económico, los excluidos del mercado laboral formal y los que no cuentan con recursos económicos suficientes para hacer frente a los tratamientos.

El Programa Nacional de Lucha contra los retrovirus del Humano y SIDA (PNLRHYS)

La necesidad de contar con una estructura adecuada de respuesta al impacto del SIDA al nivel de los poderes públicos se motivó la creación del PNLRHYS, en 1992. Los lineamientos de dicho Programa para el quinquenio 1995-1999, establecidos Plan estratégico de mediano plazo, apuntan a reducir la infección por HIV y ETS, “atenuando el impacto bio, psico, y socio económico de la epidemia”, a través de la coordinación de actividades.

Los objetivos específicos del programa son:

1. Prevenir la transmisión sexual y perinatal;
2. Prevenir la transmisión por sangre, hemoderivados y procedimientos invasivos;

3. Prevenir la infección entre usuarios de drogas;
4. Reducir el impacto individual, familiar y socioeconómico;
5. Reforzar el análisis de situación y las tendencias de la epidemia;
6. Consolidar los aspectos administrativos, gerenciales y de gestión del programa.

Cabe destacar, con respecto a los objetivos enunciados, que el PNLRHYS está compuesto por nueve personas, y que las acciones que desarrolla impactan en una población de 35 millones. Para el desarrollo de las actividades preventivas, el Programa no cuenta con personal específico para llevar adelante estas tareas, ya que la dotación de recursos humanos es escasa. No obstante, estas actividades no son dejadas de lado y se desarrollan en forma parcial.

La casi totalidad del presupuesto tiene como fin la compra y distribución de medicamentos y reactivos contra el SIDA y las enfermedades oportunistas. Debido a la especialización en el área de atención del PNLRHYS, el Ministerio de Salud desarrolló un programa específico de prevención, que cuenta con financiamiento por parte del Banco Mundial, el Proyecto LUSIDA. Este proyecto debe cubrir las necesidades de prevención y capacitación y coordina acciones con el Programa Nacional. Las actividades preventivas con la comunidad, el LUSIDA articula sus acciones con las organizaciones no gubernamentales.

La cobertura del PNLRHYS

Como fue visto, la normativa legal vigente en Argentina establece las responsabilidades de cobertura por parte de cada subsector del sistema de salud. Así, tanto las obras sociales (Ley 24455), como los seguros privados de salud (Ley 24754) tienen la obligación legal de brindar cobertura integral a las personas a su cargo.

Esta medida redujo la población objetivo del sector público en materia de SIDA a alrededor del 60% de la población total. El establecimiento de responsables institucionales de la atención del HIV/SIDA importó un importante avance en materia asistencial.

Durante 1997, el Programa Nacional cubrió las necesidades de medicamentos de 6650 personas y atendió la mayor parte de las necesidades de reactivos para bancos de sangre de todo el país.

El esquema organizativo

El PNLRHYS cuenta con la siguiente dotación de recursos humanos:

- un Director Nacional;
- un bioquímico;
- dos psicólogos;

- un biólogo;
- un médico epidemiólogo;
- tres personas para tareas de apoyo administrativo.

La Dirección Ejecutiva coordina y dirige las unidades operativas, en contacto con el Comité Asesor Técnico, centro de referencia y asesoría legal, y efectúa el seguimiento con organismos internacionales, tales como ONUSIDA, OPS, y cooperación internacional. Coordina los convenios con las provincias y otras reparticiones, como Ministerio de Justicia y de Educación. Tiene a su cargo las relaciones con las organizaciones no gubernamentales.

Además de la Dirección Nacional, existen dos coordinaciones, en SIDA una y en ETS la otra, que instrumentan acciones con las distintas unidades de epidemiología, prevención, asesoramiento técnico, en especial con el uso de medicamentos y la normativa en materia de tratamientos y asistencia. Las tareas que desarrollan se sintetizan en el cuadro 13:

CUADRO 13

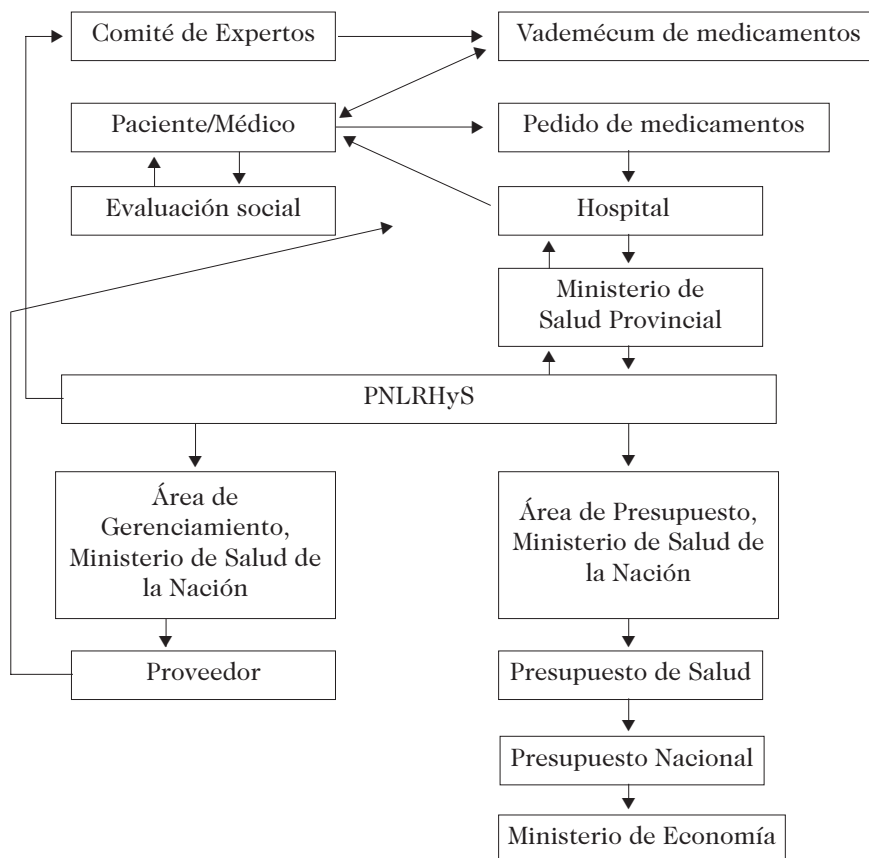
Laboratorio	Epidemiología	Prevención	Asistencia	Administración
Normativas centinela	Vigilancia	Educación	Normativa	Licitaciones
Capacitación	Investigación	Capacitación	Capacitación	Logística
Control de calidad	Notificación	Información	Asistencia Técnica	
ONG				

Fuente: Elaboración propia.

Por último, el PNLRHYS es objeto de evaluación por parte de la Unidad de Evaluación Interna del Ministerio de Salud (auditoría interna); por la Sindicatura General de la Nación, por parte del Ejecutivo Nacional; por la Auditoría General de la Nación —AGN— por parte del Congreso Nacional.

El funcionamiento del PNLRHYS: los actores de la provisión gratuita de medicamentos

El cursograma que aparece a continuación esquematiza los procedimientos involucrados en la compra de medicamentos. Desde el Programa Nacional que junto con el Comité de Expertos deciden el Vademécum necesarios, hasta el proceso de requerimiento de los medicamentos por parte del paciente.



Las maneras de funcionar

Las leyes, los decretos y reglamentos que forman el cuerpo legal normativo en materia de SIDA aseguran el funcionamiento del PNLRHys y la entrega gratuita de medicamentos para aquellas personas que carecen de cobertura médica por parte de algún seguro social o que no cuentan con capacidad económica de sustentar los tratamientos requeridos. Para efectivizar en los hechos las decisiones políticas, se requiere de una infraestructura de recursos humanos y económicos que permitan ponerlas en práctica.

El ciclo del medicamento

Existe en Argentina una instancia técnica, dependiente del PNLRHys e integrado por personalidades de reconocida trayectoria, que fija el estado del arte en materia de

tratamiento de la enfermedad. Se establece así el vademécum de las drogas que pueden ser utilizadas para el tratamiento del SIDA, sin indicar priorización alguna de un protocolo por encima de otro.

Sobre esta oferta de medicamentos, el médico tratante elige las drogas adecuadas para cada paciente. La provisión de medicamentos es gratuita para aquellos pacientes que no cuentan con cobertura por parte de algún seguro social o privado, no obstante no es irrestricta. Cuando el paciente concurre al hospital para tratarse, se procede a realizar una encuesta social del paciente, que asegure que este carece de obra social y de suficientes medios materiales como para encarar el costo del tratamiento por sí solo. Por su parte, el paciente debe concurrir a una oficina de ANSSAL, de forma de dar cuenta que carece de toda otra cobertura social (obras sociales).

Una vez realizado este trámite, el pedido es girado al hospital, que lo reclama al Ministerio de Salud Provincial y este gira la demanda al Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación. Aquí interviene el PNLRHYS, que determina el envío de los medicamentos especificados por el médico al Ministerio provincial correspondiente, el cual repite los pasos hacia atrás hasta la entrega al paciente. El lapso de tiempo involucrado entre el pedido por parte médico tratante y la entrega de los medicamentos al ministerio provincial es cercano a treinta días.

Las compras de medicamentos se realizan de manera centralizada. Para ello se determina una base de dos licitaciones anuales. El PNLRHYS especifica en las licitaciones las condiciones manejo de los stocks (en el caso que se requiera cadena de frío para los medicamentos) y la distribución que se encuentra a cargo del proveedor. De este modo, el Programa no requiere de una importante infraestructura de farmacia que asegure la conservación de los medicamentos, este procedimiento asegura bajos costos de gestión de farmacia y un efectivo canal de distribución de los mismos.

Sin embargo, se debe destacar que los problemas financieros ocasionan, en determinadas circunstancias, la necesidad de proceder a compras directas. En efecto, si las licitaciones detienen su curso normal debido a la imposibilidad de contar con los recursos financieros en los tiempos necesarios, y debido a la imposibilidad de posponer los tratamientos para los pacientes que se encuentran incluidos en el plan de entrega, ya que los riesgos para los enfermos son importantes, se procede a realizar compras directas que eviten la ruptura de los tratamientos hasta tanto se normalice el stock de drogas.

La responsabilidad por la falta de medicamentos que se produce en determinadas circunstancias no es atribuible a la planificación establecida por el Programa Nacional, ya que a la anterior circunstancia hay que añadir que los laboratorios no siempre cumplen con los plazos de entrega en tiempo y forma. Esta situación puede dar lugar a compras directas, independientemente de las sanciones que les quepan a los laboratorios responsables por las condiciones establecidas en estas licitaciones. Los laboratorios que incumplen las condiciones pactadas son excluidos y clasificados como no elegibles para futuros procesos de compra.

Cabe señalar que estas circunstancias no deben ni pueden convertirse en el proceso habitual de compras, ya que los procedimientos de compras y contrataciones para el sector público de encuentran normados por una abundante legislación.

Sin duda, es necesario ajustar los mecanismos de las compras y pensar en nuevos procedimientos que permitan enfrentar estas situaciones que razones humanitarias de por sí lo justifican. El ambiente tecnológico de cambios permanentes a que se enfrentan las terapias que requiere de drogas más efectivas también es una circunstancia a analizar para definir procedimientos más adecuados de compras.

Como ejemplo de esta última situación se pueden señalar a los inhibidores de proteasa, que, aplicados en Argentina después de la Conferencia de Vancouver, no fueron presupuestados para el ejercicio correspondiente. No obstante, la política del Ministerio en el sentido de incorporación de tecnologías más efectivas permitió contar con los recursos necesarios.

Relaciones con las provincias

Argentina es un país federal, organizado con 24 jurisdicciones provinciales autónomas que por la evolución misma de la historia y la construcción nacional, son celosas guardianas de sus prerrogativas. No obstante, en el uso de sus capacidades el PNLRHYS, y de acuerdo con la legislación vigente, elabora la normativa y determina las prácticas marco para el tratamiento del SIDA, así como asegura la entrega de medicamentos en todo el territorio nacional.

Se distingue el Programa Nacional de SIDA de las demás iniciativas del Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación, ya que a pesar de ser un programa centralizado tiene la responsabilidad hasta la entrega misma del medicamento.

Para asegurar el correcto funcionamiento de la logística del Programa, se requiere que los ministerios de salud provinciales traten de manera adecuada la información necesaria para planificar acciones a nivel central, tal como el envío en tiempo y forma de datos epidemiológicos, y asegurar la transmisión de los pedidos de medicamentos, y la distribución a través de los hospitales.

El desarrollo de un programa centralizado en un país federal se justifica en términos de una mayor efectividad de las acciones al contar con una sola conducción para una epidemia de alcance nacional. No obstante, es necesario establecer en conjunto con las provincias un marco regulatorio que asegure la distribución gratuita de medicamentos. Este es el sentido y la vocación de los convenios que el PNLRHYS firma con cada provincia. En este sentido cabe acotar que todas las jurisdicciones han adherido al Programa Nacional, salvo Santa Cruz.

Un convenio-tipo: derechos y obligaciones

En los convenios celebrados entre el Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación por una parte, y el provincial por la otra, se establecen los mecanismos de funcionamiento de las prácticas vinculadas al SIDA a nivel local. Así, cumplen con la función de delimitar las misiones y las responsabilidades de cada jurisdicción interviniente.

Acuerdan las partes que la provincia se hace cargo de la provisión de medicamentos para los pacientes sin cobertura médico-asistencial y sin medios económicos, a través de la distribución provista por el Programa Nacional. Las provincias aseguran también la llegada de reactivos provistos por el PNLRHYS para los bancos de sangre.

En contrapartida por los medicamentos provistos por la Nación, la provincia se compromete a elaborar mes a mes la información epidemiológica (cantidad de estudios realizados, resultados, cantidad de infectados y enfermos en tratamiento y proyecciones), así como la información administrativa pertinente, como datos sobre consumo y stocks de medicamentos, reactivos, insumos, consumo promedio y previsión de su duración. Esta información es necesaria a los fines de elaborar una adecuada programación física y financiera de recursos necesarios y contar con un plan epidemiológico de combate de la epidemia.

Hay que destacar que la provincia se responsabiliza por los costos de traslado a destino de los medicamentos, así como su utilización en tiempo y forma. El incumplimiento de estas condiciones puede acarrear el cese de la distribución por parte de la Nación.

También aparece como causal de incumplimiento la retención de información sobre cobertura del beneficiario, su historia clínica, la prescripción del médico tratante, y en especial la constancia por parte del paciente, de la recepción de los medicamentos entregados. Se prevé también el desarrollo de sistemas de auditoría, a cargo de la Nación o en conjunto con la provincia.

Es importante señalar que en todo este proceso tanto el PNLRHYS, como las provincias se respeta la confidencialidad de los datos, de acuerdo con la Ley de SIDA 23.798/90.

Otros convenios que el PNLRHYS ha firmado hacen a actividades conjuntas pautadas con organizaciones representativas de la comunidad, que actúan como replicadores de los mensajes de prevención y de no discriminación a través de conferencias, talleres u otro tipo de manifestaciones. Se destacan así los convenios firmados con la Federación de Veteranos de Guerra de la República Argentina, con el Programa Federal de la Militancia Social, el Frente Universitario Nacional y Popular, el Rotary Club International, los Boy Scout y el Sindicato de Amas de Casa de la República Argentina.

Los recursos financieros del Programa Nacional

Cuenta con presupuesto propio que le permite cumplir con las políticas nacionales definidas y con los objetivos y metas propuestos. La compra de medicamentos es la actividad que consume la mayor parte de los recursos, alrededor del 97% del presupuesto total del programa.

CUADRO 14
Presupuesto y ejecución del Presupuesto y ejecución del PNLRHYS
En millones de pesos

	1994	1995	1996	1997	1998
Crédito inicial	10.3	21.8	13.4	18.9	77.3
Crédito vigente	8.1	19.6	12.7	56.2	
Devengado	8.0	17.2	12.4	49.9	

Fuente: Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación.

La política del PNLRHYS en materia de medicamentos es amplia y consiste en la distribución de aquellos necesarios para las terapias específicas, así como otros que tienen el objetivo de combatir las enfermedades oportunistas. Debido a la incorporación constante y sistemática de la tecnología disponible en materia de tratamientos, son necesarios todos los años mayores recursos financieros que permitan incorporar nuevas drogas y terapias, así como ampliar la cobertura.

De esta forma, a medida que la epidemia del SIDA avanza, el presupuesto del Programa Nacional se ha visto incrementado. Durante 1997, la incorporación de las terapias con anti-retrovirales y la ampliación de la cobertura a más de 6650 pacientes derivó en una ampliación del crédito inicial de casi el 200%.

La fuente de financiamiento del programa son recursos de rentas generales de la Nación, ya que no existen recursos con afectación específica que financien estas políticas.

A su vez, el Ministerio de Salud de la Nación cuenta un proyecto con financiación externa (BIRF), el LUSIDA que tiene como principal objetivo el desarrollar políticas preventivas en la comunidad toda, con especial referencia para los grupos en riesgo. El presupuesto de este proyecto es de \$ 30 millones a erogar en los próximos 4 años.

Por su parte la mayoría de las provincias y muchas municipalidades han desarrollado sus propios programas de lucha contra la enfermedad. Estos programas cuentan con presupuestos propios y en todos los casos coordinan su accionar con el PNLRHYS.

El proceso presupuestario

La entrega gratuita de medicamentos para aquellas personas que no cuentan con capacidad de comprarlos o carecen de cobertura de salud, es el resultado de una larga, y a veces polémica negociación desde el Programa Nacional con otras reparticiones.

La casi totalidad de los fondos asignados al PNLRHYS se destina a la compra de medicamentos. Interesa en esta sección el mostrar la compleja y permanente negociación necesaria para asegurar los recursos financieros que permitan continuar con la entrega gratuita de medicamentos. A título de ejemplo, resumimos algunos aspectos de la negociación presupuestaria.

- En el marco de reducción de costos y de ajuste presupuestario definido por el Ministerio de Economía de la Nación, se procedió a un recorte generalizado de todos los programas. De este modo, el presupuesto asignado a SIDA pasó de \$ 22 millones en 1995, a \$ 13 millones, para el siguiente ejercicio.

- En abril de 1996, el Ministerio de Salud observó que el presupuesto del PNLRHYS presentaba un déficit de \$ 7 millones y contaba con capacidad física y financiera para distribuir medicamentos hasta agosto de ese año. Durante mayo y junio continuaron las demandas por mayor financiamiento, y no contando el Ministerio con capacidad de redistribuir su presupuesto. La ampliación del crédito vigente octubre se aprobó un refuerzo presupuestario para el conjunto del Ministerio. Así, el PNLRHYS funcionó, durante todo el año, en estado de emergencia presupuestaria permanente.

- Cuando se trató el anteproyecto de ley de presupuesto de 1997, el PNLRHYS estimó necesidades básicas por \$ 34 millones, habida cuenta de la introducción de las nuevas terapias, en especial del llamado “cóctel de medicamentos”. En los fundamentos de estas medidas, aparecen como prioridades:

- a) asegurar la efectiva aplicación de los nuevos esquemas terapéuticos con dos o tres drogas;

- b) incorporar nuevos medicamentos como los inhibidores de la proteasa;

- c) ampliar la difusión sobre los éxitos de los tratamientos cuando se inician en etapas tempranas;

- d) incrementar la cantidad de pacientes que se benefician con los tratamientos;

- e) detener el ritmo de aceleración en la aparición de casos de SIDA.

- El Ministerio de Economía propuso un financiamiento de \$21 millones. El Congreso Nacional al aprobar la Ley de Presupuesto y debido a las medidas restrictivas del gasto público, lo redujo en dos millones de pesos. Por último, Jefatura de Gabinete de Ministros distribuyó \$ 18,8 para el PNLRHYS para 1997. Este presupuesto se vio afectado, además por problemas de imputación presupuestaria que determinaron que compras de 1996 por \$ 3 millones se registraran en el ejercicio siguiente.

- Posteriores ampliaciones del crédito permitieron contar con recursos por \$ 56 millones, de los cuales se ejecutaron \$ 50 millones.

- Para 1998, el presupuesto programático se ve incrementado en un 37% con respecto al crédito del año anterior.

No cabe duda que en la negociación sobre los fondos asignados a SIDA pesan determinantes de diferente carácter, cuya amplitud parece difícil de definir. Sin embargo, la situación objetiva de los afectados, para quienes se abre por vez primera una esperanza de remisión de la enfermedad, el peso de organismos comunitarios y otros grupos de presión, junto con la acción del PNLRHYS, permiten obtener recursos financieros que aseguren una efectiva aplicación de las políticas nacionales de salud en materia de SIDA.

En síntesis, vemos que se oponen dos lógicas diferentes. Por una parte, el PNLRHYS centra sus acciones en la compra y efectiva distribución del medicamento para las personas que padecen la enfermedad y por otro lado, existe una lógica de restricción financiera que abunda en idas y vueltas presupuestarias.

En los casos en que la vida humana se encuentra en situación de alto riesgo y existe compromiso con la entrega gratuita de medicamentos, aparece como legítimo el aplicar todos los recursos de la negociación para alcanzar los objetivos planteados, ya que el *ultimo ratio regum*, que no se discute, es la propia vida del paciente.

El impacto del SIDA

Los años de vida potencialmente perdidos

Una posible medida de los efectos de las problemáticas que afectan la salud de las personas es establecer los costos de las patologías en términos de las muertes que producen. El Banco Mundial y la OPS desarrollaron indicadores que permiten medir los efectos de las enfermedades, así aparecen los años de vida potencialmente perdidos (AVPP) y los años de vida útil potencialmente perdidos (AVISA).

El primer indicador busca medir los efectos del hecho muerte a edades más tempranas de las esperadas debido a patologías evitables. Así, se estima como la cantidad de años que le restan por vivir a la persona al momento en que se produce la muerte en caso que no se produzca el fallecimiento, es decir es la esperanza de vida de la persona a esa edad⁷. Esta esperanza se obtiene de las tablas de mortalidad publicadas por los institutos estadísticos nacionales.

En el caso de los AVISA, se procura medir la carga de morbi-mortalidad desde aspectos no tenidos en cuenta hasta ahora como son la calidad de vida y la esperanza de vida. El indicador procura establecer una medida de la discapacidad de la persona, desde la perspectiva que los efectos de la enfermedad restan capacidades hasta que se produce la muerte (morbilidad). Así, a esta última medida se le suman los efectos de la mortalidad (todos medidos en años) y ambos se ajustan a una tasa de descuento de manera que los años futuros pesen menos que los presentes.

Durante 1995, se produjeron en nuestro país 270 mil defunciones, según el Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación. Para analizar las causas de estos fallecimientos, se clasificaron por causal de acuerdo al código CIE (9^{na} revisión) y tramos de edad. El siguiente cuadro presenta la estructura porcentual de esas defunciones de acuerdo a la causa y el tramo de edad al que pertenecen las personas. (Ver cuadro 15).

Así, las enfermedades del corazón aparecen como la principal causa de muerte para las personas de mayores edades. Los tumores malignos tienen efectos importantes para los fallecidos con edades entre los 15 y 64 años suman 24% de los casos. La segunda causal de muerte para este grupo etéreo son las enfermedades cerebrovasculares. Los accidentes se concentran en las edades centrales (60%), lo mismo que los suicidios y homicidios (77%).

⁷ Otra forma posible de medir los AVPP sería a partir del establecimiento de un techo de edad esperado para todas las personas.

CUADRO 15
Estructura porcentual de las defunciones por causal y tramo de edad
En porcentaje

Enfermedad / edad	<1	1 a 4	5 a 14	15 a 49	50 a 64	65 y más	Total
Del corazón	3.4%	9.2%	7.5%	15.6%	27.0%	37.9%	31.1%
Tumores malignos	0.0%	0.0%	12.4%	17.4%	28.1%	17.5%	18.2%
Cerebrovasculares	0.0%	0.0%	0.0%	6.2%	9.2%	10.2%	8.9%
Accidentes	3.8%	21.2%	29.1%	14.0%	3.1%	1.4%	3.6%
Neumonía e influenza	4.7%	8.0%	3.3%	1.5%	1.5%	3.9%	3.3%
Diabetes Mellitus	0.0%	0.2%	0.3%	1.2%	3.1%	3.2%	2.7%
Afecciones del período perinatal	48.5%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	2.6%
Suicidios y homicidios	0.0%	0.8%	3.7%	7.0%	1.5%	0.4%	1.4%
Anomalías congénitas	17.8%	8.8%	3.8%	0.3%	0.0%	0.0%	1.1%
Desnutrición	1.2%	3.4%	0.7%	0.2%	0.2%	0.5%	0.5%
Otras	20.6%	48.3%	39.2%	36.7%	26.3%	25.0%	26.6%
Total	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Fuente: Elaboración propia, sobre la base de información del MSyAS.

El objetivo del cálculo de los AVPP, es contar con indicadores que ponderen todas las muertes de acuerdo a la causa que las originan, de manera de hacerlas comparables y a partir de allí, desarrollar análisis de costos y beneficios que permitan establecer prioridades en las políticas de salud.

Las estimaciones de AVPP para 1995, tomando como límite superior la esperanza de vida al momento de la muerte⁸ obtenida de las tablas de mortalidad por sexo y edad, para el período 1990-1995, publicadas por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC), arrojan alrededor de 5.4 millones de AVPP en 1995.

Cabe acotar que para los AVPP, los fallecimientos en edades tempranas pesan más que en la vejez. Si se ordenan las defunciones por cantidad o por AVPP, el ordenamiento de las causales puede variar. Así, notamos que en las dos ordenaciones las primeras causas (enfermedades del corazón y tumores malignos) se corresponden, siguen en los primeros lugares en la segunda clasificación, mientras que las afecciones del período perinatal ocupan el tercer lugar para los AVPP. Algo parecido ocurre con los accidentes, mientras que representan el 40% de las muertes por enfermedades cerebrovasculares, medido en vida potencial perdida, casi igualan los años perdidos.

⁸ Esta estimación subestima la vida potencial, ya que el cálculo de la esperanza de vida a cada edad está en función de las muertes registradas a esa edad, de manera que si eliminamos esta causal, la esperanza de vida se ve incrementada a cada edad.

Cuadro 16
Estructura porcentual de las defunciones por causal
y tramo de edad a partir de los AVPP
En porcentaje

Enfermedad / edad	<1	1 a 4	5 a 14	15 a 49	50 a 64	65 y más	Total
Enfermedades del corazón	3.4%	9.2%	7.5%	15.6%	27.0%	37.9%	22.6%
Tumores malignos			12.4%	17.4%	28.1%	17.5%	15.4%
Enfermedades cerebrovasculares				6.2%	9.2%	10.2%	6.6%
Accidentes	3.8%	21.2%	29.1%	14.0%	3.1%	1.4%	6.2%
Neumonía e influenza	4.7%	8.0%	3.3%	1.5%	1.5%	3.9%	3.2%
Diabetes Mellitus		0.2%	0.3%	1.2%	3.1%	3.2%	2.0%
Afecciones del período perinatal	48.5%						9.5%
Desnutrición	1.2%	3.4%	0.7%	0.2%	0.2%	0.5%	0.6%
Suicidios y homicidios		0.8%	3.7%	7.0%	1.5%	0.4%	2.1%
Anomalías congénitas	17.8%	8.8%	3.8%	0.3%	0.0%	0.0%	3.9%
Otras	20.6%	48.3%	39.2%	36.7%	26.3%	25.0%	28.0%
Total	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Fuente: Elaboración propia, sobre la base de información del MSyAS.

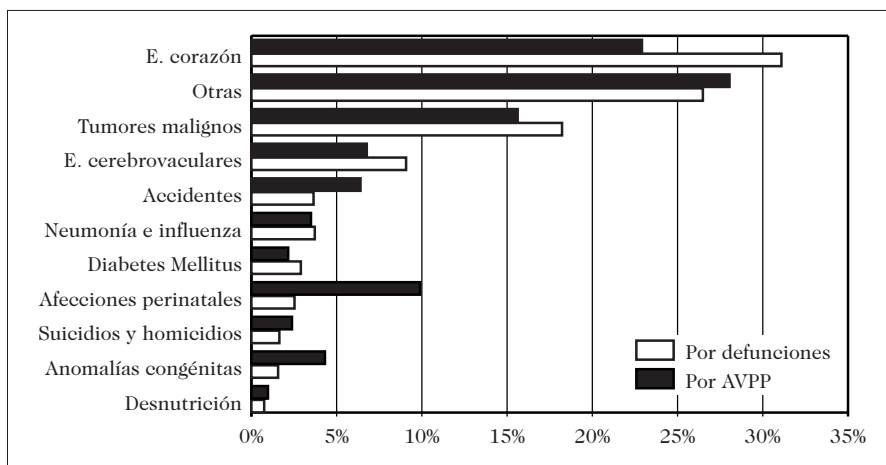
CUADRO 17
Ordenamiento de las causas de muerte por cantidades y por AVPP
Argentina, 1995

Por cantidad de muertes	Por AVPP
Del corazón	Del corazón
Tumores malignos	Tumores malignos
Cerebrovasculares	Afecciones del período perinatal
Accidentes	Cerebrovasculares
Neumonía e influenza	Accidentes
Diabetes Mellitus	Neumonía e influenza
Afecciones del período perinatal	Diabetes Mellitus
Suicidios y homicidios	Anomalías congénitas
Anomalías congénitas	Suicidios y homicidios
Desnutrición	Desnutrición

Fuente: Elaboración propia, sobre la base de información del MSyAS e INDEC.

La comparación de los AVPP por muertes totales en un año no es directamente comparable con los que provienen del SIDA. Aun así, el planteo de comparaciones de este tipo se realiza con el fin de establecer la magnitud del problema. No obstante, hay que tener en cuenta que los 270 mil fallecimientos registrados durante 1995, son una magnitud flujo, mientras que en el caso del SIDA es usual trabajar con magnitudes stock, es decir, que los casos de SIDA son la sumatoria de los flujos que se producen año a año (desde 1982 a 1997). Por otro lado, no todos los casos de SIDA evolucionan en la muerte.

FIGURA 4
Orden de causas de fallecimiento
1995



Los AVPP por causa del SIDA

La estimación de vida potencial perdida por el SIDA y las enfermedades concurrentes para la población registrada por el Programa Nacional (11509 casos⁹) suman alrededor de 465 mil años.

Para el cálculo de estos AVPP se trabajó con las estadísticas de registro de la enfermedad y de fallecimientos por sexo y edades simples registradas hasta noviembre de este año por el Programa Nacional de Lucha contra los Retrovirus del Humano y SIDA (PNLRHYS).

Para estas estadísticas, las muertes registradas suman el 40% de los casos totales, no obstante, se reconoce que los registros de muertes no se mantienen actualizados. En nuestra estimación, a los efectos de simplificar los cálculos se considera que la

⁹ Información al 30/11/97.

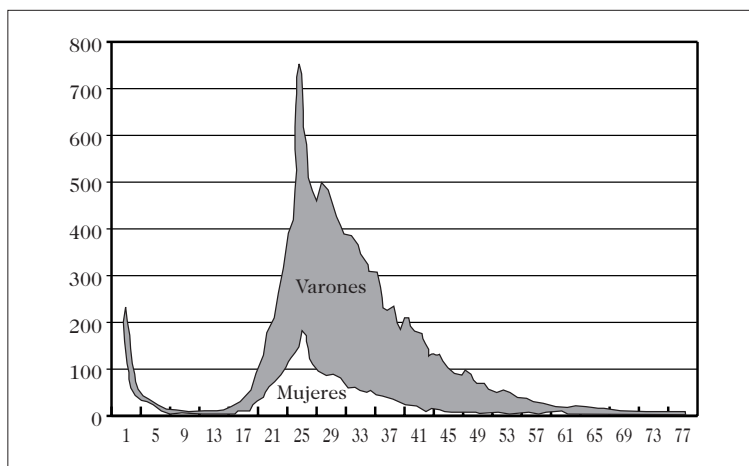
sobrevida de los pacientes en la tercera etapa de la enfermedad (casos) se prolonga por 5 años a partir de la fecha de registro. Esta hipótesis se sustenta, además con los casi 5000 enfermos a los cuales el PNLRHYS atiende con medicamentos en forma permanente.

Si tenemos en cuenta el subregistro y la falta de notificación los casos de SIDA estimados superan los 13500 registros. Los AVPP estimados para estos casos superan los 580 mil años desde la aparición de la epidemia hacia 1982 hasta la fecha.

Es preciso tener en cuenta que la obligación del registro de los casos de SIDA rige solamente para las personas que se atienden en el subsistema público (hospitales), ya que no existen incentivos para que ni las obras sociales ni los seguros privados informen sus pacientes. Tampoco se cuenta con estadísticas sobre las personas que se atienden en forma privada sin conexión con los seguros de salud. Así se pueden señalar los casos registrados por el PNLRHYS como un indicador que subestima la incidencia de la enfermedad en la población total.

Un indicador simplificado del impacto del SIDA consiste en medirlo con respecto a las muertes registradas¹⁰, así los casos totales registrados hasta fines de 1997 representan un 4.3% de las defunciones registradas durante 1995. Si se establece el mismo indicador medido en AVPP, la relación se transforma en el doble de la medida anterior (8.6%). Este cambio en el peso relativo se debe a la mayor concentración de casos de SIDA en la juventud (la mediana de edad para los varones es de 29.5 años, 25.5 años para las mujeres y 29 años para el total), así los AVPP per cápita son 38 años para los varones y 51 para las mujeres (40 años promedio), mientras los AVPP promedio de las defunciones generales no supera los 20 años.

FIGURA 5
Distribución etárea de los casos de SIDA



¹⁰ Hay que recordar que la primera magnitud es un stock y la segunda un flujo.

Los costos del SIDA

Como fue señalado, los casos informados en las estadísticas del PNLRHYS corresponden a las personas que tratan su enfermedad en los hospitales públicos. Otra fuente de subregistro de casos se produce, además por el diagnóstico erróneo de la enfermedad, por parte de las personas que no demandan tratamientos específicos en el sector público. En el caso de estas personas puede que no reciban los tratamientos adecuados, que los lleven delante de manera parcial, o que lo hagan en el sector privado.

Los recursos que consume el SIDA tienen un importante costo para la economía en su conjunto, ya que en su mayor parte provienen de reasignaciones desde el sector productivo hacia el de servicios de salud. Debido a que no existe una cura para la enfermedad, los tratamientos involucrados tienen como fin mejorar la calidad y prolongar la sobrevivencia de los pacientes. Los recursos necesarios para financiar estos tratamientos requieren que nos detengamos en su análisis. Podemos clasificar los costos del HIV/SIDA en directos e indirectos.

Los costos directos

Son aquellos que se encuentran vinculados al cuidado personal del individuo y de su estado de salud. Así, incluyen los tratamientos específicos del HIV/SIDA, los de las enfermedades oportunistas, los costos asociados a la educación para la salud y la profilaxis y la investigación, entre otros.

A pesar de no existir una misma base de cálculo que permita comparar la enfermedad en distintos países hay que señalar la importancia del SIDA en términos de consumo de recursos. Una medida posible de comparación entre países es el costo del tratamiento de la enfermedad en porcentaje del PBI per cápita. Este indicador se sitúa en todos los casos por encima del 150% para tratamientos adecuados. Algunas estimaciones de costos directos de la enfermedad en países de América Latina se presentan en el cuadro 18.

La variabilidad entre las estimaciones en un mismo país se debe al tipo de tratamiento al que accede la población y a la disponibilidad de servicios de salud y medicamentos a que se enfrentan quienes no cuentan con cobertura de salud, además es preciso destacar las diferencias de precios relativos entre países. Así, en la mayoría de los casos los costos anuales efectivos por paciente se aproximan a los límites inferiores planteados en el cuadro 18.

En nuestro país el sector salud se encuentra organizado bajo un sistema de subsidio a la oferta, de forma que la infraestructura del subsector público está fijada de antemano y es de acceso irrestricto. Este sistema permite la atención de la casi totalidad de las demandas de la población. Hacia dentro del hospital público debido a que los índices de utilización de la infraestructura en la mayor parte de los casos saturan la capacidad del sistema, el SIDA opera desplazando a otras patologías prevalentes hasta inicios de la década de 1990.

CUADRO 18
PBI per cápita y costos anuales de tratamiento del SIDA
en América Latina

	PBI per cápita	Costo de tratamiento		En porcentaje del PBI per cápita	
		Bajo	Alto	Bajo	Alto
Argentina (1)	9000	8000	14000	89	156
Brasil (2)	2160	6000	12000	278	556
México (2)	2080	3286	7344	158	553

Nota: (1) Pesos corrientes de 1997. (2) Brasil dólares de 1988 y México dólares de 1985.

Fuente: Elaboración propia, en base a datos de González, E. MSyAS, MEOySP.

En cuanto a los medicamentos, estos son provistos tanto por el hospital público (generales), como por el PNLRHYS (específicos). Hay que señalar además los esfuerzos que realiza el sector público al incorporar tecnología de última generación en medicamentos y tratamientos una vez que se demuestra su efectividad. El primer paso de este camino es la normatización de los tratamientos por parte del MSyAS. Así, a la fecha los pacientes cubiertos por el PNLRHYS tienen acceso a medicamentos de última generación, provistos en forma gratuita de acuerdo al marco legal.

La organización del sector salud en Argentina posibilita un mayor y mejor acceso a los cuidados que requiere la enfermedad, así se puede considerar que la cobertura es casi total. De esta manera, aunque los costos de la enfermedad en Argentina no se diferencian notablemente de otros países, los tratamientos involucrados sí presentan diferencias importantes en cuanto a los cuidados que se les brinda a los pacientes y a la medicación con que se cuenta.

Asimismo, hay que tener en cuenta que los costos directos del SIDA vienen asociados a las enfermedades oportunistas que acompañan la enfermedad.

Los costos indirectos

Este tipo de costos se subdivide en aquellos debidos a la pérdida de producción por morbilidad y el producto potencial no concretado debido a la mortalidad. Se incluyen entre los costos indirectos los asociados al valor de la producción potencial no efectivizada, y otros no valuados por la economía en general, como son los cuidados en el hogar, los sufrimientos del grupo familiar, etcétera.

Este trabajo busca realizar una evaluación sobre los tratamientos de la enfermedad, de forma que este tipo de costos son no tenidos en cuenta en el análisis. En un análisis de costo-efectividad que contemple todos los factores que intervienen, su consideración es importante.

El análisis de costo-efectividad

El análisis costo – efectividad es una herramienta útil para comparar programas o políticas alternativas y cuyos efectos son medidos en el mismo tipo de unidades. La evaluación pretende establecer una medida de la tasa de costo – efectividad de al menos dos alternativas sustitutas de políticas para un mismo problema. Como toda relación, esta también cuenta con un dividendo y un divisor. El numerador se define en función de la materia de análisis y desde punto de vista con que se trabaje. Estos puntos de vista pueden ser:

- costo total (costos directos + costos indirectos);
- costo neto de salud (Directos – beneficios directos);
- costo económico neto para la sociedad ($CD + CI - BD - BI$).

Por una parte, el denominador es una medida común del efecto relevante del programa, como por ejemplo años de vida ganados, pacientes tratados en forma exitosa, entre otros.

Así, los costos y beneficios del programa a evaluar se miden en términos monetarios y en unidades físicas, respectivamente. La regla de decisión para el análisis es maximizar la efectividad de cada alternativa para un presupuesto dado. De esta forma, se permite realizar comparaciones entre situaciones que tienen un mismo punto de partida y un mismo objetivo.

Los costos directos relevantes en evaluaciones de costo-efectividad son de tres tipos:

1. De tratamiento;
2. De reducción de costos de salud extra por prevención; y
3. Costos extras por extensión de la vida, pero no relacionados al tratamiento principal.

En nuestro análisis con el fin de simplificar las estimaciones vamos a trabajar con el primer tipo de costos. Con respecto a los años de vida ganados se pueden señalar cuatro criterios de descuento:

1. El incremento en la expectativa de vida se descuenta ex ante;
2. Descuento ex post del incremento en la expectativa de vida;
3. El cambio en las probabilidades anuales acumuladas de sobrevida se descuenta cada año con respecto a la vida máxima; y
4. Los años de vida ganados se descuentan de acuerdo a una ponderación de riesgo.

El último de estos cuatro criterios es el que vamos a utilizar, ya que involucra un importante factor no tenido en cuenta en las otras metodologías como es el establecimiento de indicadores de riesgo de sobrevida (probabilidad que sobreviviendo el año anterior, también lo haga este).

A modo de resumen definimos los costos (numerador) de la ecuación como el valor actual de la sumatoria de los costos directos de tratamiento. Esto es:

$$CT = S CD_t * 1/(1+i)^t$$

Donde:

- CT son los costos totales descontados en t;
- CD_t son los costos directos totales en t;
- t define los años por los que transcurre la enfermedad;
- i es la tasa de descuento aplicable.

El denominador lo definimos como la función:

$$Q = S (F_t * d^t * k_t)$$

Donde:

- $F_t = P p_t$, son las probabilidades condicionales (que una persona que vivió en t-1 continúe viviendo en t) acumuladas;
- $d^t = 1 / (1+i)$, es el factor de descuento; y por último
- k_t es el término que permite ajustar la calidad de vida de la persona año a año. Así, este último factor toma el valor 1 cuando la persona tiene muy buena salud y 0 cuando fallece.

Cada término es el valor esperado (ajustado por calidad) de los estados de salud esperados por las políticas a evaluar.

Los tratamientos a comparar

Este análisis trabaja con dos tratamientos alternativos para un adulto.

1. Alternativa 1, basada en terapias con anti-retrovirales (inhibidores de proteasa), que en la actualidad se está desarrollando en nuestro país a través del PNLRHYS.
2. La alternativa 2 se define a partir de un tratamiento que involucra terapias con dos drogas.

Para las dos alternativas a evaluar se supuso un sistema de controles permanentes desde el momento en que se produce el contagio por el HIV. Estos controles permiten contar con un panorama adecuado de la evolución de la enfermedad. Las intervenciones se basan en mediciones de carga viral y CD4 tres veces al año, con controles clínicos permanentes, y sin anti-retrovirales.

Se señala que en todos los casos se supone que el paciente aprecia su vida, de forma que cumple con los tratamientos establecidos por el médico en tiempo y forma. A continuación se exponen los puntos sobresalientes de cada tratamiento.

La alternativa 1

La efectividad de la combinación de estos medicamentos para detener la progresión de la enfermedad, mejorar la calidad de vida y prolongar la sobrevida de los pacientes no se cuestiona en ambientes médicos.

Estos nuevos esquemas de tratamientos tienen entre sus principales efectos la reducción de la aparición de enfermedades oportunistas, situación que obliga al cambio en el sistema de atención de la salud prevalente hasta estos momentos en materia de SIDA. Así se pasa desde un modelo de cuidados agudos y centrado en el hospital público a uno de tipo asistencial donde los pacientes se transforman en crónicos.

Los principales ítems de costos directos de la alternativa 1 son los medicamentos específicos los cuales insumen más del 60% de los costos anuales del tratamiento (\$ 13300). El tratamiento a suministrar en esta alternativa fue realizado por el PNLRHYS y la valorización del mismo se realizó a partir de la definición del presupuesto 1998 del citado Programa Nacional.

La sobrevida estimada para los enfermos que se tratan con este tipo de terapias alcanza los 15 años desde que el individuo se infecta. Y los costos directos descontados de la terapia llegan a los \$ 48.000. Los precios de los medicamentos se toman a partir de los precios de mercado, y se considera adecuada una hipótesis de disminución de estos precios del 3% anual.

Bajo este tratamiento se estima que la tasa de mortalidad anual se aproxima al 3% anual para los primeros 7 años de la enfermedad, y pasa al 2% anual para el resto de la evaluación (hasta el año 15), donde sobrevive el 72% de la población. A pesar de no contarse con estudios acabados sobre la evolución de la enfermedad bajo estas terapias, la mejora de los parámetros epidemiológicos durante los primeros tres años y medio y la progresión estimada de la misma nos permiten evaluar esta hipótesis como adecuada.

Con respecto a la calidad de vida, para el portador asintomático la pérdida de capacidades es marginal, así corresponde a una probabilidad condicionada del 2% anual acumulativo. Para la segunda etapa en la evolución de la enfermedad (paciente crónico), esta pérdida de capacidades se evalúa en el 3% anual acumulativo.

La alternativa 2

El tratamiento traza una evolución del HIV/SIDA que se apoya fuertemente en el uso de los servicios asistenciales (hospitales), debido a que los principales hitos de la enfermedad tienen que ver con la aparición de enfermedades oportunistas, que requieren del uso de la estructura de salud disponible.

Con motivo de la elaboración del Proyecto de Lucha contra el SIDA del Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación con el Banco Mundial se llevó a cabo una evaluación económica de los costos directos de la enfermedad. Esta estimación para un tratamiento con doble medicación fue de \$ 63000¹¹ para un adulto (para todas las etapas de la enfermedad). En nuestro trabajo se fijó además, un límite inferior del costo de este tratamiento aproximado a los \$ 36000. Los principales aspectos metodológicos de las estimaciones son:

- Curvas de Kaplan Meier, con una mediana de supervivencia en los 11 años desde el momento de la infección, 97% de mortalidad a los 12.5 años y 3% de los casos de lenta evolución.
- La enfermedad tiene tres etapas marcadas: portador asintomático (7.5 años), portador sintomático (2.5 años), SIDA (2.5 años).
- Los tratamientos son paliativos de la enfermedad que mejoran la calidad de vida de los pacientes, pero no postergan la muerte.
- Los precios estimados de los bienes y servicios corresponden a los de mercado.
- El tratamiento fue validado en discusiones con responsables del PNLRHYS y otros especialistas del tema.
- La pérdida de las capacidades presenta tres etapas bien marcadas. Cuando el paciente es portador asintomático esta disminución es de alrededor del 2% anual acumulativo. Durante cada año de la segunda etapa de la enfermedad esta disminución de la calidad de vida es de alrededor del 12% anual, mientras que para los enfermos se supuso una pérdida casi total de sus capacidades (hasta el 70%).

A modo de resumen, la siguiente tabla presenta algunas consideraciones a tener en cuenta para cada alternativa.

¹¹ Descontados a una tasa del 6% anual.

CUADRO 19
Principales aspectos metodológicos de la evaluación

Aspecto a considerar	Alternativa 1	Alternativa 2
Tratamiento	Asistencial basado en medicación permanente	Cuidados asistenciales agudos en el sistema hospitalario.
Etapas de la enfermedad	Portador asintomático; Paciente crónico.	Portador asintomático; Portador sintomático; SIDA.
Paciente	Basado en la transformación del paciente en enfermo crónico	Evolución de la enfermedad hasta la muerte.
Principal requerimiento	Medicación adecuada en tiempo y forma	Estructura de salud disponible
Calidad de vida	Pérdida gradual del 2% y 3% de las capacidades.	Cambios importantes a medida que se produce el cambio de una etapa a otra de la enfermedad.
Sobrevida (desde el momento en que se produce la infección)	Estimación de 15 años	12.5 años
Mortalidad	3% para los primeros 7 años y 2% para los siguientes.	Mediana de la distribución en 11 años
Costos directos del tratamiento	\$48000	Entre \$36000 y \$63000
Años de vida ganados ajustados por calidad	8 años	5.6 años
Costos indirectos	Mantenimiento de las capacidades productivas y mejora en la calidad de vida.	Pérdida casi total de las capacidades, deterioro de la calidad de vida.

Fuente: Elaboración propia

Los resultados alcanzados

El cuadro 20 presenta los resultados alcanzados por el análisis. Cabe aclarar que tanto en el caso de los costos como de los efectos de los tratamientos a comparar se utilizó como tasa de descuento el 6% anual.

El costo marginal por año de vida ganado (ponderando por calidad de vida) es de \$ 6100 para la Alternativa 1, y entre \$ 6300 y \$ 11300 para la segunda alternativa.

Dada la anterior relación, se concluye que los tratamientos con anti-retrovirales que incluyen inhibidores de proteasa, son considerablemente más costo efectivos que el tratamiento que los excluye. Así, los costos directos por año de vida ganado son hasta un 45% más efectivos para la alternativa 1 con respecto a la 2.

CUADRO 20
Cuadro resumen de los resultados de la evaluación

Programa	Efecto total (ajustado por calidad)	Costo total	Tasa de costo efectividad
Alternativa 1.	8 años de vida ganados	\$48000	\$6100
Alternativa 2.	5.5 años de vida ganados	Entre \$36000 y \$63000	Entre \$6300 y \$11100

Fuente: Elaboración propia.

Este resultado se logra por dos efectos: por un lado el numerador de la alternativa 1 es hasta un 24% menor que el costo directo descontado del segundo tratamiento. Por otro lado, los años de vida ganados ajustados por calidad del primer tratamiento superan a los del segundo en un 40%.

La tasa de descuento no tiene efectos en cualquier análisis de sensibilidad que se intente sobre los resultados, ya que pondera tanto en el numerador como en el denominador del indicador. No obstante, se pueden realizar pruebas de sensibilidad disminuyendo los costos del paquete de atención de la alternativa 2, desde el costo mayor al menor (terapia que se considera se encuentra en el límite mínimo de calidad requerida, sin alterar los resultados de la misma) ya que el tratamiento con inhibidores de proteasa se considera fijo.

Así, en caso de disminuir las prácticas de la alternativa 2, se debería esperar un empeoramiento de la calidad de vida de las personas bajo este nuevo tratamiento, así como un aumento en la tasa de mortalidad. No obstante, si mantenemos estas dos variables sin cambios para la Alternativa 2, el costo directo descontado que iguala los resultados entre alternativas requiere que dicha alternativa disminuya sus costos en \$ 29000. O bien medido en años de vida ganados, el tratamiento 2 debe mejorar su efectividad (años de vida ganados ponderados por calidad) en 4,6 años, sin variar los costos de tratamiento.

Queda demostrada de esta forma, la conveniencia introducir las tecnologías desarrolladas recientemente, y que basan su efectividad en la administración de medicamentos y que disminuyen el uso de los servicios hospitalarios.

Conclusiones

La aparición de la epidemia planteó, a inicios de la década de 1990, la incapacidad del sistema de salud para afrontar este nuevo flagelo. Así, en un sistema como el argentino la reacción causada por el SIDA incrementó la demanda de servicios de salud, en especial la dirigida hacia el hospital público. Dentro del hospital fue preciso reasignar los recursos escasos y se dio lugar a un desplazamiento de las patologías tradicionales. En fin, el efecto fue un exceso de demanda de servicios asistenciales y la reasignación de los recursos existentes.

Para el sector salud este tipo de problemáticas plantea la necesidad de redefinir el modelo de atención, el cual ya no se encuentra centrado en la infraestructura instalada sino en la administración de medicamentos (gastos recurrentes).

Debido a que el subsector de la salud pública se financia con un subsidio a la oferta y que los costos variables del sistema son repetitivos (al menos en el corto plazo), se impide la reasignación de estos recursos, a menos que conlleven el cierre de servicios y la adecuación de la infraestructura existente. Esta es la situación que enfrentan los gobiernos provinciales y municipales.

En el caso de la Nación, debido ya que no cuenta con efectores propios de servicios de salud, la captación de recursos por parte del PNLRHYS se realiza en la mayor parte de los casos sobre la base de reasignaciones desde otros programas del Ministerio de Salud. Esta no es la situación óptima ya que ocurre que en determinadas circunstancias se le restan recursos a políticas que pueden ser más costo efectivas que la asistencial contra el sida. En situaciones como estas, es el criterio político el que facilita la toma de decisiones priorizando una acción con respecto a otra.

Por otro lado, la normatización que obliga a cada responsable institucional a brindar cobertura a sus pacientes, resta demanda al sector público y permite compartir los costos entre subsectores, de manera que se busca un funcionamiento más equitativo del sistema de salud a través de la eliminación de subsidios cruzados desde el sector público de la salud hacia algún otro subsector.

Respecto del proceso de entrega gratuita de medicamentos, es necesario remarcar ciertos aspectos fundamentales:

- La organización política-institucional de nuestro país requiere de la colaboración e integración de los actores, en especial de parte de los sectores de salud y educación nacional, de las provincias y de los municipios, para hacer frente a las nuevas problemáticas sociales que se constituyen en *ejes trazadores* que requieren cambios de actitudes por parte de cada una de las jurisdicciones.
- La institucionalización, por parte del Ministerio de Salud, de una comisión técnica para la constante actualización del vademécum de medicamentos contra el SIDA representa una importante instancia de legitimación para las acciones del PNLRHYS. Sin embargo, ante la restricción financiera y el exceso de demanda en materia de medicamentos de combate de la enfermedad, parece necesario establecer tratamientos normados, de manera de mejorar y ampliar la cobertura por parte del Programa Nacional.

- El marco legal obliga al conjunto del sector salud de Argentina a proveer asistencia a los afectados por el HIV/SIDA a cada responsable institucional. Para ello se requiere contar con sistemas de información que verifiquen el correcto tratamiento del afectado por parte de cada subsector.

- A pesar de contar con una amplia normativa y con una red epidemiológica institucionalizada, no existen estudios integrales sobre el impacto futuro de la enfermedad que permitan evaluar el sostenimiento de la política de distribución gratuita de medicamentos.

- Las nuevas tecnologías en materia de tratamientos que transforman la enfermedad en crónica implica que los pacientes en tratamiento se transforman en un gasto variable repetitivo que no permite el ingreso de nuevos pacientes al sistema a menos que se incrementen los recursos.

- Desde el punto de vista de los recursos, y dado que estas políticas se financian con rentas generales, la negociación presupuestaria se transforma en una instancia de discusión permanente. Es preciso analizar y discutir mecanismos que permitan contar con recursos de asignación específica para sustentar políticas focalizadas, aunque sin olvidar que la salud es un bien público.

Los 6650 pacientes que se encuentran en tratamiento por parte del PNLRHYS agregan tantos años de vida como personas tratadas hay, ya que de otra forma los pacientes fallecerían. Esta asistencia agrega una importante restricción al presupuesto público, ya que discontinuar los tratamientos implica condenar a pacientes a los cuales por primera vez se les plantea un paliativo eficaz a su problema.

Las nuevas terapias se apoyan en la administración de medicamentos que mejoran la calidad y extienden la esperanza de vida de los enfermos. El impacto sobre la economía se da o bien forzando reasignaciones de gastos desde sectores productivos hacia el sistema de salud o bien dentro del sistema, donde se requiere la reapropiación de partidas hacia programas de lucha contra el SIDA.

A la luz de este análisis, subyace la que debe ser la política contra el HIV /SIDA, *la prevención*. Hasta tanto no aparezcan soluciones definitivas para la enfermedad, el SIDA continúa planteando situaciones que requieren una redefinición del sistema de salud que no aparecen como suficientes. Así son el sistema de salud, la educación y la promoción del cuidado de la salud los caminos lógicos (más costo efectivos) para combatir la enfermedad.

Bibliografía

1. Badia Llach, Xavier; López Casanovas, Guillermo; Román Martínez, Anna; Rovira Forns, Joan; Santín, Miguel. Estudio sobre los costes de la asistencia sanitaria a pacientes con HIV y SIDA en el Hospital Príncipes de España de Bellvitge. En Efectos del Proceso de Integración Europea sobre la salud y los sistemas sanitarios. Asociación de Economía de la Salud. XII Jornadas de Economía de la Salud, 1992.
2. Beck, Eduard J. Counting the cost of HIV service provision in England: where do we from here? The Journal of HIV combination therapy. Volume 2, N°2. 1997.
3. Cleto del Rey, Eusebio; Basombrio, Miguel Ángel. Costos y beneficios de la prevención del mal de Chagas. Una aproximación metodológica. Estudios. Enero-Marzo 1992.
4. Curtis, Hilary. Funding implications of combination therapies. The Journal of HIV combination therapy. Volume 2, N°2. 1997.
5. Garber, Alan M.; Phelps, Charles E. Economic Foundations of Cost – Effectiveness Analysis. National Bureau of Economic Research. Working Paper N° 4164. Septiembre de 1992. En Using Cost – Effectiveness and Global Burden of Disease to Define National control Priorities and Essential Packages of Care. Volume 2. Harvard Center for Population and Development Studies. Julio de 1994.
6. Gaspari, Celeste K. The use and Misuse of Cost- Effectiveness Analysis. Department of Economics, University of Vermont, USA En Using Cost – Effectiveness and Global Burden of Disease to Define National control Priorities and Essential Packages of Care. Volume 2. Harvard Center for Population and Development Studies. Julio de 1994.
7. González García, Ginés, Tobar, Federico. Más salud por el mismo dinero. La reforma del Sistema de Salud en Argentina. Grupo Editor Latinoamericano – ISALUD. Buenos Aires. 1997.
8. Izazola Licea, José Antonio. SIDA: Estado Actual del conocimiento. Basado en la XI Conferencia Internacional sobre SIDA en Vancouver, Canadá. Noriega Editores. Fundación Mexicana para la SALUD, SIDALAC, MÉXICO. 1996.
9. Izazola-Licea; J.A.; Valdez – García, M.; Sánchez Pérez H.J.; Del Río Chiriboga C. La Mortalidad por el SIDA en México de 1983 a 1992. Tendencias y años perdidos de vida potencial. Salud Pública de México. Volumen 37, N°2. 1995.
10. Instituto Nacional de Estadística y Censo. Estimaciones y proyecciones de población. Total del País. 1950 – 2050. Análisis Demográfico. Serie 5. INDEC. MEYOSP. Buenos Aires. 1995. Tabla Completa de Mortalidad de Argentina por Sexo. 1990 – 1992. Análisis Demográfico. Serie 3. INDEC . MEYOSP. Buenos Aires .1995.
11. Johannesson, Magnus; Jönsson, Bengt. Economic evaluation in health care: Is there a rol for cost – benefit analysis? Department of Health and Society, Linköping University. Sweden. Octubre de 1990. En Using Cost – Effectiveness and Global Burden of Disease to Define National control Priorities and Essential Packages of Care. Volume 2. Harvard Center for Population and Development Studies. Julio de 1994.

12. Ministerio de Salud y Acción Social. Metas y Estrategias 1995 –1999. Secretaría de Recursos y Programas de Salud. Programa Nacional de Lucha contra los R.H y SIDA. Programa Nacional de Estadísticas de Salud. Estadísticas Vitales. Información Básica. 1995. Buenos Aires. Boletín sobre el SIDA en la República Argentina. Programa Nacional de Lucha contra los Retrovirus del Humano y SIDA. 1997. Normativas varias del sector salud.
13. Poppe de Figueiredo Muñoz, Flavia; Bergonzoli, Gustavo. Modelo para gerencia y toma de decisiones en programas de salud. SIDA un caso en estudio.

TERAPIA ANTI-RETROVIRAL Y SALUD PÚBLICA:
UN BALANCE DE LA EXPERIENCIA BRASILEÑA*

José Luciano de Mattos Dias
Rosa Marques
Marcel Guedes Leite
Valdiléa G. Veloso
Marco Antônio D'Ávila Vitória

* Texto elaborado por la Coordinación General de ETS/SIDA, del Ministerio de Salud de Brasil, bajo contrato con el Programa de SIDA de las Naciones Unidas (ONUSIDA).

El propósito del presente ensayo es registrar y analizar la introducción de la terapia anti-retroviral en el sistema de salud público brasileño. El texto final se basa en documentos encargados a consultores en las áreas de la salud pública, economía y sociología, y en las sugerencias de los participantes en un taller realizado en Brasilia en marzo de 1998. La preparación del documento fue financiada por ONUSIDA y por el Programa Nacional de ETS/SIDA.

El texto se divide en cuatro apartados. El primero proporciona un panorama general de la salud pública en Brasil y de los problemas específicos generados por la epidemia de VIH/SIDA. El segundo apartado trata sobre las condiciones políticas y sociales que permitieron la puesta en práctica de esta terapia en la red pública, y de las condiciones para su sustentabilidad. El tercero examina algunas hipótesis sobre la evolución del costo de abastecimiento de los medicamentos anti-retrovirales, y las perspectivas de continuidad desde la perspectiva presupuestal del gobierno. El último resume las principales conclusiones y argumenta sobre los retos futuros de la terapia anti-retroviral en Brasil.

Salud pública y terapia anti-retroviral en Brasil

Salud pública y SIDA en Brasil

Brasil, el país más grande de América Latina, es considerado la octava economía mundial, con un Producto Nacional Bruto (PNB) de aproximadamente 810 mil millones de dólares (1997), y con una tasa de crecimiento anual calculada entre 2 y 3%. El PNB per cápita creció en 1995 de US\$4,625 a US\$5,125 en 1997, aunque la distribución del ingreso continúa siendo muy concentrada. Los profundos cambios que sufrió el país en los últimos 40 años se caracterizaron por una acelerada urbanización e industrialización, y más recientemente, por la globalización de su economía.

Brasil ocupa el sexto lugar a nivel mundial en cuanto a población, calculada por el Instituto de Geografía y Estadística (IBGE) en 158 millones de habitantes, con una densidad de 18.5 habitantes por kilómetro² (relativamente baja si se compara con el promedio global de 38/km²).

La expectativa de vida es actualmente de 67 años, con una evolución progresiva de 60 años en 1986 y de sólo 45 años en 1950. Éstos son promedios nacionales; aún existen marcadas diferencias regionales. La tasa de mortalidad infantil muestra un decremento sostenido, como lo demuestra la comparación de tasas de 1984 (81.5 por mil nacidos vivos) y de 1994 (40.0 por mil nacidos vivos), y es más alta en las regiones del norte y del noreste.

Una encuesta sobre la composición de los presupuestos domésticos llevada a cabo por IBGE en las once regiones metropolitanas más grandes mostró una explosión de gastos en vivienda, educación y salud entre 1987 y 1996. Los gastos mensuales en el último rubro solamente aumentaron aproximadamente 150% en este periodo, un incremento sustancial si se le compara con el aumento en los gastos en alimentación (78%) o en servicios personales (109%).

Un análisis detallado de los gastos en salud, que ascienden a casi el 10% del total de los gastos domésticos, muestra una alta concentración en seguros médicos o planes de pensiones y cuidado dental: juntos, suman alrededor del 73% de los gastos domésticos directos en salud, y van en aumento. En el periodo 1987-1996, los incrementos en los gastos mensuales promedio fueron de 124% para medicamentos, 129% para cuidados dentales y de 513% para seguros médicos.

En relación con los gastos gubernamentales, una encuesta preliminar realizada por el Instituto de Investigación Económica Aplicada del Ministerio de Presupuesto y Planeación (IPEA) en 1995 mostró que el gasto per cápita en el sector público (tomando en cuenta los tres niveles, la Unión, los estados y los municipios) sería alrededor de R\$140 por habitante/año. Se calcula que la mitad de este dinero se gasta directamente en atención, aproximadamente un cuarto en actividades de prevención, y el resto en personal y actividades administrativas. El nivel federal es el responsable de la mayor parte del gasto público en salud (63%). En el año mencionado, los gastos de la Unión en salud correspondieron a aproximadamente el 13% del total del erario. Por su parte, los estados y los municipios han invertido el 9.3% y el 11.6%, respectivamente, de sus rentas en salud.

En comparación con los países desarrollados, este nivel de gasto puede considerarse insuficiente. Países como Canadá, Francia y el Reino Unido gastan por los menos US\$2,000 per cápita cada año (sumando gastos públicos y privados). En Estados Unidos, esta cifra es de US\$3,500 per cápita por año. Incluso para América Latina, las cifras brasileñas son bajas. Los valores correspondientes al gasto anual en salud per cápita en Argentina y Chile son aproximadamente US\$400 y US\$500, respectivamente.

El sector público continúa proporcionando atención a la salud a aproximadamente el 75% de la población brasileña, a través de una red integrada por alrededor de 7 mil hospitales y 290 mil camas. El sector privado, que atiende a menos de un cuarto de la población, tiene alrededor de 4,300 hospitales, la mayoría de los cuales proporcionan servicios y 223 mil camas adicionales, por contrato, al Sistema de Salud Unificado (SUS). En el nivel nacional hay 2.7 camas por mil habitantes, exceptuando las camas para cuidados intensivos (ICU) y psiquiátricas.

Fue en este escenario de dificultades administrativas y progresivo mejoramiento de los indicadores de salud en el que el país empezó a enfrentar el desafío de la infección por VIH/SIDA.

La epidemia de SIDA se identificó por primer vez en Brasil en 1982, pero, tomando en cuenta nuestro conocimiento sobre la historia natural y el periodo de latencia de la infección por VIH, podemos inferir que el virus fue introducido en el país a fines de los setenta, propagándose inicialmente en las principales zonas metropolitanas del sur y del sureste, extendiéndose más tarde a otras regiones. A pesar de que actualmente todas las unidades de la Federación han notificado casos, la vasta mayoría de los aproximadamente 125 mil casos notificados al Ministerio de Salud a fines de 1997 todavía se concentra en el sureste (que respondía por el 89% de los casos reportados en 80-85 y por el 69% de los reportados en 94-97). Para noviembre de 1997, 2,509 de los 4,974 municipios brasileños había notificado por lo menos un caso de SIDA, y 825 municipios habían reportado más de cinco casos.

Los estudios sobre el número de individuos infectados por el VIH en el país señalan una prevalencia entre 338 mil y 448 mil individuos de 15 a 49 años de edad en 1996 (Ministerio de Salud, 1997). Algunos estudios sobre seroprevalencia del VIH en poblaciones centinela muestran prevalencias promedio que varían entre 3.4 y 5.3% en pacientes atendidos en servicios de urgencias entre 1995 y 1997; entre 0.3 y 3.1% en mujeres embarazadas, en 1995; entre 0.3 y 13.3% en pacientes de clínicas de ETS, en 1995, y de 1.9 a 2.6% por mil donadores de sangre, en 1996.

Desde el inicio de la epidemia, el grupo entre 20 y 29 años de edad, que concentra el 71% del número total de casos identificados de SIDA notificados al Ministerio de Salud a febrero de 1997, ha sido el grupo etáreo más severamente impactado. Al principio de la epidemia, hubo un aumento progresivo en la frecuencia relativa en pacientes más jóvenes (20-29 años), que mostró una tendencia a estabilizarse después de 1991.

El colapso del componente de exposición sexual muestra que, mientras que en 1984 la mayoría de los casos (69%) atañía a hombres homo/bisexuales, su proporción ha disminuido progresivamente, llegando a 21% en 1997-98, en tanto que la participación de la transmisión heterosexual (32% del número total de casos) ha aumentado. La transmisión por sangre o sus productos ha mostrado un declive importante. Por otra parte, hay un número creciente de individuos que adquirieron el VIH por compartir jeringas al usar drogas inyectables (21% del total de casos). Estos casos se concentran en el centro-sur del país (81% del total de casos de UDIs). En la población pediátrica, la transmisión perinatal, que correspondía a aproximadamente el 25% en 1984-87, responde por aproximadamente el 90% de los casos diagnosticados desde 1994.

El descenso en la razón sexo, de 16:1 en 1986, y 7:1 en 1998, a 3:1 en 1997-98, ha sido interpretado como un indicador del aumento en la transmisión heterosexual en mujeres, infectadas por el VIH como consecuencia de las altas tasas de prevalencia del VIH entre hombres bisexuales y UDIs heterosexuales que mantienen una relación estable.

Aproximadamente 66 mil muertes relacionadas con SIDA fueron notificadas al Ministerio de Salud en 1995, 15 mil de ellas en el último año mencionado correspondieron a la onceava causa de muerte en la población general. En ese año, el SIDA era la octava causa de muerte en los hombres y la vigésima entre las mujeres. Al ser analizado por edad, el SIDA fue la segunda causa de muerte tanto para hombres y mujeres del grupo de 20-49 años, en el mismo año.

Una comparación general de la situación actual de la epidemia de SIDA en Brasil respecto a la que prevalecía en los ochenta revela que está ocurriendo un cambio muy marcado en su propagación geográfica y que está llegando a nuevos grupos, socialmente considerados como “más vulnerables”. Actualmente, la llamada “epidemia de SIDA” es considerada más como la suma de varias subepidemias regionales en interacción permanente, debido a flujos migratorios, comerciales, de mano de obra, turismo y otras formas de movilidad en la población.

Las terapias anti-retrovirales y la salud pública

En 1988 el Ministerio de Salud brasileño empezó, si bien tímidamente, a suministrar a través de la red pública algunos de los medicamentos utilizados para tratar las principales enfermedades oportunistas que afectaban a los pacientes con SIDA. En 1991, el Ministerio de Salud añadió la terapia anti-retroviral al sistema de salud pública, empezando con la zidovudina (AZT). El número de pacientes atendidos y los tipos de medicamentos ofrecidos aumentaron progresivamente; para septiembre de 1998, la red pública también proporcionaba los medicamentos anti-retrovirales didanosida (DDI), zalcitabina (ddc), AZT inyectable, lamivudina (3TC), estavudina (d4T), nevirapina, delavirdina, saquinavir, indinavir, ritonavir y nelfinavir, y medicinas como anfotericina B, ganciclovir, pentamidina e inmunoglobulina humana para el tratamiento de algunas infecciones oportunistas. A partir de 1999 el Estado y los gobiernos municipales serán los responsables de comprar estos últimos medicamentos.

Para 1997, 47,475 pacientes recibían tratamiento anti-retroviral combinado, y 1,424 mujeres embarazadas infectadas con el VIH recibían AZT inyectable con el objeto de reducir la transmisión vertical. Para septiembre de 1998, el número de pacientes bajo tratamiento había aumentado a 60 mil, con un incremento mensual estimado de entre 2 y 3 mil nuevos pacientes. Cincuenta y cinco por ciento del total estaba sujeto a regímenes terapéuticos que incluían a los inhibidores de la proteasa.

En 1998 los fondos utilizados para comprar los anti-retrovirales han aumentado constantemente. El cuadro 1 muestra las cantidades gastadas en 1996, 1997 y 1998, así como la cifra programada para 1999.

CUADRO 1
Gastos en Reales (R\$) en medicamentos anti-retrovirales.
Ministerio de Salud, Brasil, 1996-1999

1996	1997	1998	1999*
R\$ 34.542.768,70	R\$ 241.818.653,82	R\$ 423.284.750,62	R\$ 632.446.924,48

*Información preliminar

En vista del extenso alcance del suministro actual de medicamentos y de la continuamente creciente complejidad de la terapia anti-retroviral, que incluye un gran número de combinaciones de medicamentos y complejos exámenes para el monitoreo de los pacientes, los nuevos desafíos que encaran los equipos de salud y los administradores de la salud en los diferentes niveles del sistema de salud son:

Capacitación de los profesionales de la salud en el uso de los anti-retrovirales

La terapia anti-retroviral se ha convertido en un campo del conocimiento muy dinámico, que requiere de constante actualización por parte de los médicos responsables de la atención al paciente. A pesar de que la mayor carga recae sobre el médico, la realidad actual demanda la contribución de todo el equipo de salud para lograr un tratamiento exitoso, particularmente en relación con el creciente apego del paciente a los anti-retrovirales.

El desafío de capacitar a los profesionales de la salud se ha enfrentado de diversas maneras. Entre las estrategias adoptadas vale la pena subrayar la asociación con universidades de todo el país que, por medio de acuerdos con el Programa Nacional de SIDA/ETS, ha ofrecido una gran variedad de cursos de actualización y capacitación a profesionales que atienden pacientes infectados con el VIH/SIDA. Esta estrategia de tener a la universidad como el eje principal de la capacitación de los profesionales de la salud se consolidó en 1997, con el proyecto UNIVERSIDA*. En ese mismo año, se ofrecieron a todos los profesionales de la salud más de 2 mil vacantes en capacitación en atención del paciente, prevención y vigilancia epidemiológica en el área de SIDA/ETS. El ofrecimiento de capacitación está de acuerdo con las necesidades de la región y con criterios de prioridad establecidos por los Programas Estatales y Municipales de SIDA/ETS.

Diagnóstico temprano de la infección por VIH

A pesar de la disponibilidad de medicamentos anti-retrovirales, una proporción importante de pacientes todavía son diagnosticados en un estadio avanzado de la enfermedad, con la aparición de la primera infección oportunista., perdiéndose de esta manera la oportunidad de iniciar el tratamiento en la etapa asintomática, así como de recibir asesoramiento para prevenir la transmisión de la infección por VIH.

Para facilitar el tratamiento temprano, el Ministerio de Salud ha establecido Centros Anónimos de Aconsejamiento y Pruebas de VIH (CTAS) en todo el país. Su objetivo principal es asegurar pruebas serológicas de VIH anónimas, confidenciales y gratuitas a todos los individuos que quieran conocer su estatus serológico. En estos centros la persona es asistida por un equipo técnico multidisciplinario entrenado especialmente para proporcionar información sobre la prueba del VIH, sobre prevención

*UNIVERSI-AIDS en portugués.

de la infección por VIH y otras ETS, y sobre las posibilidades de tratamiento y otros centros de referencia. Para septiembre de 1998, estaban en funcionamiento 125 centros y 16 más estaban siendo puestos en funcionamiento.

Monitoreo de laboratorio del paciente infectado

Con el objeto de permitir el inicio del tratamiento aún en la etapa asintomática y un mejor monitoreo de la eficacia del tratamiento anti-retroviral, y por lo tanto la utilización más racional de estos recursos, en julio de 1997 se estableció una red de laboratorios capaces de realizar conteos CD4+ y carga viral. Esta red comprende 33 laboratorios para CD4+ y 30 laboratorios para conteos de carga viral, con una capacidad instalada de 140 mil y 100 mil pruebas por año, respectivamente. En vista de que el número de pacientes bajo tratamiento había llegado a 60 mil en septiembre de 1998, y al requerirse una capacidad instalada para pruebas incluso mayor, se están preparando otros laboratorios para incrementar la cobertura de prueba. El principal obstáculo que se ha encarado en esta preparación es la escasez de profesionales en la red de salud pública capacitados en las técnicas de la biología molecular que entraña este examen. Esta dificultad se está venciendo con el apoyo de las universidades, las instituciones de investigación y laboratorios de salud pública.

Definición de criterios para el suministro de medicamentos anti-retrovirales

Un paso importante en la planeación de las compras a gran escala del Ministerio de Salud fue la decisión de que el suministro de los medicamentos anti-retrovirales debería seguir criterios técnicos preestablecidos. Se creó un comité consultor técnico para establecer estos criterios y apoyar las decisiones del Ministerio de Salud. En los Anexos I y II se resumen los criterios para el inicio, cambio y tipo de tratamiento a ser instituido.

Administración de la compra y distribución de medicamentos

La experiencia adquirida por el Programa Nacional desde 1991 en la administración de compras, distribución y control de inventarios de medicamentos ha sido fundamental para enfrentar de manera exitosa la situación actual, en la que se requiere comprar y distribuir, ininterrumpidamente, un gran número de medicamentos diferentes. El personal involucrado tuvo que aumentarse, incluyendo un farmacéutico, entre otros profesionales. La falta de este tipo de profesionales en algunos estados y municipios ha acarreado problemas administrativos locales.

Para racionalizar los costos y facilitar el control logístico de los procesos de planeación de compra, distribución, control de inventarios y reparto de los muchos y diferentes medicamentos anti-retrovirales utilizados en Brasil, el Programa Nacional ha desarrollado un sistema computarizado, conocido como Sistema

Computarizado para el Control Logístico de Medicamentos (SICLOM), para manejar la información básica requerida para este tipo de tratamiento. Este sistema será esencial para manejar los fondos involucrados en esta actividad y permitirá, entre otras cosas, la creación de un registro nacional actualizado de los pacientes que usan medicamentos anti-retrovirales, y un proceso de juicio crítico a las prescripciones, así como un suministro de medicamentos racional, programado y bien dimensionado, acorde con las recomendaciones técnicas del Programa Nacional.

SICLOM permite la elaboración de más de 40 diferentes reportes técnicos y administrativos, y está siendo integrado con otro *software* especializado en el manejo de datos de pruebas de laboratorio, que se utiliza para monitorear el tratamiento de los pacientes de VIH/SIDA (conteos de células CD4+ y carga viral), conocido como Sistema de Información y Control de Pruebas de Laboratorio, SISCEL. Este sistema se está poniendo en funcionamiento inicialmente en 50 laboratorios de referencia de la Red de CD4 y Carga Viral. Con esta base de datos será posible obtener resultados de los exámenes por medio de Internet, en línea, con rapidez, seguridad y calidad.

Sin lugar a dudas, las principales dificultades para el funcionamiento de SICLOM y de SISCEL son el tamaño de la red de servicios interconectados y la distancia geográfica que los separa. Además, el equipo responsable del mantenimiento del sistema es pequeño y todavía existe una gran resistencia por parte de las unidades de reparto a adoptar este sistema computarizado para el registro y control del reparto. Debido a razones culturales específicas del contexto brasileño, los profesionales de la salud, especialmente los médicos, no están acostumbrados a este nivel de control y automatización de las actividades, situación que el Ministerio de Salud se propone cambiar.¹

La terapia anti-retroviral en Brasil y su contexto sociopolítico

En los ochenta atestiguamos una de las transiciones más importantes en el campo de la política social en Brasil: la afirmación del derecho a la salud como un derecho humano universal y la identificación del sector público como el responsable básico de proporcionarlo. Es importante examinar este paso y registrar sus implicaciones específicas en la lucha contra el SIDA/ETS y en la posibilidad de establecer las terapias anti-retrovirales.

El primer paso hacia la organización de un sistema de gran extensión tuvo lugar en 1975 con la creación del Sistema Nacional de Salud (Ley no. 6,229 del 17 de julio de 1975). La centralización creada por esta legislación no quedaría intacta durante mucho tiempo,² y fue naturalmente rota con el inicio del proceso de redemocratización del país, que coincidió con el empeoramiento de la crisis financiera de la Seguridad Social.

¹ En mayo de 1998, el Secretario de Política de Salud del Ministerio de Salud propuso que la estructura de este sistema computarizado de control logístico se extienda a otros programas de salud al interior del Ministerio de Salud. El control logístico de los medicamentos se iniciará con el Programa para Tuberculosis, y más tarde se extenderá al control de medicamentos en el Programa Nacional de Diabetes.

² José Carlos Braça y S.G. Paula, *Saúde e Previdência*. Sao Paulo, Cebes-Hucitec, 1981.

En la segunda mitad de la década de los ochenta, las coacciones en las formas de asistencia a los estados y municipios, limitadas al pago de servicios, condujo al lanzamiento de los Sistemas de Salud Unificados y Descentralizados en los Estados (SUDS),³ que proporcionaba instrumentos más efectivos de apoyo federal a la expansión de las redes estatales. Con estas medidas, en 1987 la mayor parte de los gastos oficiales en salud ya estaban siendo contraídos por la red pública.⁴

En este punto del proceso, la Constitución de 1988 provocaría la transición más profunda en términos de principios y proveería una forma orgánica a la evolución administrativa en curso. El texto constitucional definía la atención de la salud como un *derecho social*, no más vinculado al trabajo (Artículo 6). La legislación de la Seguridad Social continuaba dentro del dominio privado de la Unión (Artículo 22), pero la salud y la atención pública empezaban a considerarse competencia común de los tres niveles gubernamentales (Artículo 23), punto al que la legislación referente a la protección de la salud también contribuyó (Artículo 24, XII).

La universalización asociada a la descentralización adoptaría su forma definitiva en el Sistema Unificado de Salud (SUS), creado por la Ley de Salud Orgánica (Ley no. 8,080, septiembre 19, 1990). A lo largo del inmenso número de disposiciones, el espíritu de la legislación señala que el Gobierno Federal es responsable, en la práctica, de la transferencia de fondos del Ministerio de Salud y del Ministerio de la Seguridad Social, el mantenimiento de los hospitales universitarios y de la planeación y regulación de sus actividades. Los estados son responsables de la ejecución efectiva de los servicios, cuando la municipalización no se ha realizado efectivamente. Idealmente, los municipios deben ser plenamente responsables de la ejecución de los servicios de salud, financiados por la transferencia de fondos presupuestales del Gobierno Federal y de los Estados.⁵

La preocupación social por el SIDA en Brasil surgió dentro de una importante transformación ideológica y administrativa, que consagraba los principios universales de cuidado de la salud, descentralización administrativa y participación comunitaria.

El SIDA y la democracia en Brasil

En tanto que el proceso de redemocratización del país permitió avances sustanciales en la definición de los derechos civiles y de las responsabilidades gubernamentales en el sector salud, abrió también un campo completamente nuevo a la acción social. En este contexto de avances en la organización de la sociedad civil, que involucraba nuevos grupos sociales y nuevos problemas sociales, hizo surgir la preocupación social por la infección del VIH y el SIDA en Brasil.⁶

³ Decreto-Ley no. 94,657, 20 de julio de 1987.

⁴ Cordeiro, 1991, pp. 137-138.

⁵ Carvalho y Santos (1995), pp. 137 *passim*.

⁶ Respecto a experiencias específicas, véanse los ensayos publicados en Parker, et al., *A AIDS no Brasil*, Rio de Janeiro, ABIA/IMS/Relume Dumará, 1994.

En poco tiempo esta preocupación se tradujo en un intenso activismo de las organizaciones no gubernamentales, seguido muy de cerca por los medios de difusión. La primera ONG brasileña involucrada en la lucha contra el SIDA (Grupo de Apoyo y Prevención del SIDA, GAPA, en Sao Paulo) fue creada en 1985, el año del primer gobierno civil en el país después de más de dos décadas. La asociación entre la creciente preocupación social, el activismo y la dinámica electoral del proceso de transición a un gobierno civil crearon un ambiente favorable en el cual las ONGs y los gobiernos iniciaron un patrón totalmente nuevo de relaciones en términos de la conducción de las políticas sociales en Brasil.

En el estado de Sao Paulo, la tradición de la autonomía administrativa, combinada con el gran número de casos de SIDA desembocó, durante la administración de Montoro (1983-1987) en un servicio pionero y ejemplar: el Centro de Referencia y Capacitación en SIDA (CRTA), que sirvió como un estímulo para la creación de las primeras ONGs dedicadas exclusivamente al SIDA, una acción pionera de movilización social en Brasil.⁷ En el estado de Rio de Janeiro, este desarrollo tomó caminos diferentes. El estado y la ciudad no tenían aún un programa profesional y su infraestructura en salud era precaria. Por otro lado, las primeras iniciativas comunitarias fueron emprendidas por personas que llevaron a la liza sus tradiciones marcadamente reformistas de oposición e inquietud por las llamadas cuestiones emergentes de los ochenta como la ecología, el género y la sexualidad.

Sin embargo, estas dos corrientes de activismo se unificaron en sus esfuerzos de crítica permanente a las políticas del gobierno, intensificadas por el aislamiento del Programa Nacional de SIDA en la administración de Collor (1990-1992), después de la destitución de su primera directora.⁸ Incluso en ese momento sumamente crítico, el movimiento de las ONGs continuó siguiendo un camino de acción innovador en la evolución de los movimientos sociales en Brasil, la participación en la elaboración de políticas públicas.

A fines de 1991, la posibilidad de discutir los protocolos de posibles candidatos a vacunas, ofrecida por la Organización Mundial de la Salud, promovió una nueva aproximación entre las ONGs, las élites médicas y los funcionarios del gobierno. Para el año siguiente, con el cambio en la dirección del Programa Nacional, el nivel de estos contactos cobró importancia cuando personal del Ministerio de Salud y miembros de las ONGs trabajaron en estrecha colaboración en la preparación de una carta de intención al Banco Mundial para un préstamo para un proyecto de control de ETS/SIDA en Brasil.

El acuerdo resultante, firmado el 16 de marzo de 1994, para el financiamiento de proyectos en las áreas de prevención, entrega de servicios, desarrollo ins-

⁷ Con el tiempo, estas organizaciones se volvieron cada vez más independientes del CRTA, y para la segunda mitad de la administración de Quercia (1987-1991) su nivel de actividad había disminuido. Entrevista personal con José Stalin Pedrosa, antiguo consultor de PN ETS/SIDA, octubre de 1997.

⁸ Lair Guerra de Macedo Rodrigues dirigió el Programa desde su creación en 1987, y fue sustituida por Eduardo Cortes en 1990. En 1992 Lair Guerra regresó a la dirección del Programa hasta que sufrió un serio accidente automovilístico en 1997.

titucional y vigilancia epidemiológica fue un elemento decisivo para la independencia y flexibilidad en la operación del Programa Nacional. Además, proveyó los medios para cumplir con uno de los apartados del Artículo 198 de la Constitución federal respecto a la organización de los servicios de salud y la participación comunitaria. Con estos fondos fue posible desarrollar la cooperación entre la sociedad y el gobierno, a través del financiamiento de proyectos de las ONGs, que son un elemento distintivo de la política gubernamental respecto al SIDA.

Marco jurídico-administrativo

La nueva definición de los derechos sociales contenida en la Constitución y en su traducción administrativa, el Sistema Unificado de Salud (SUS), junto con el activismo de las organizaciones no gubernamentales, crearon un raro ambiente de susceptibilidad del Estado a las presiones sociales respecto al SIDA y permitieron la estructuración de estas políticas en innovadores marcos jurídicos y administrativos. En las circunstancias de la década de los ochenta fue posible, en el caso de los programas gubernamentales de SIDA, superar parcialmente varios obstáculos. Primero, las diferentes fases de la descentralización de los servicios de salud hizo posible la participación de entidades gubernamentales subnacionales, con la creación de servicios de referencia, como fue el caso en el estado de Sao Paulo, incluso antes que el Gobierno Federal. En segundo lugar, el alto costo del tratamiento creó inmediatamente una afinidad electiva entre la epidemia y la atención a la pública. Tercero, las ONGs lucharon incansablemente contra la exclusión y discriminación. Por último, una serie de circunstancias específicas permitió mantener un alto grado de independencia y autonomía en la conducción de las políticas gubernamentales.

Desde el punto de vista de la élite médica involucrada en la lucha contra la epidemia, el SIDA representaba la emergencia de un campo totalmente nuevo en la investigación médica. Después de un breve conflicto con los especialistas en cáncer, la identificación de un agente etiológico llevó a los especialistas en enfermedades infecciosas, hasta entonces relegados al estudio de enfermedades tropicales, a escena. Esta situación pronto tomó un carácter generacional, cuando médicos jóvenes cobraron una presencia significativa en la constitución de la nueva élite médica. Estas condiciones generacionales y técnicas también resultaron en una postura más abierta de interacción con otros agentes sociales implicados. Ello fue consistente con la tradición progresista de la medicina y salud pública en enfermedades infecciosas brasileñas.

Desde el punto de vista de la organización de políticas gubernamentales, la dinámica internacional de la epidemia tuvo un impacto natural en el contexto interno. Muy pronto los médicos, los especialistas en enfermedades infecciosas y los pacientes tuvieron un conocimiento claro de la dirección de la investigación científica y de las políticas de atención y prevención públicas en los países desarrollados. La asistencia internacional a las agencias del gobierno se materializó concretamente en varias áreas y niveles. En su fase inicial el Programa Nacional de ETS/SIDA recibió financiamiento de la Organización Panamericana de la Salud que se dirigió a la crítica

área de la capacitación, ayudando de esta manera a consolidar un conocimiento técnico nacional de la epidemia. Desde el punto de vista de la estructuración de políticas federales, en 1986 se creó una Comisión Nacional de SIDA.

En la organización de las políticas federales sobresale también la asesoría y apoyo conjunto proporcionado por la comunidad científica y las ONGs sobre actividades de investigación, estudios sobre vacunas y actividades en la comunidad.⁹ Al final, todos estos factores juntos —la asociación con agencias internacionales, la relativa independencia de la administración de los fondos y la asociación consistente con las administraciones estatales y municipales— garantizaron, con el paso del tiempo, resultados tangibles y la estabilidad de la dirección del Programa.

La tendencia al reconocimiento de las especificidades del tratamiento a personas con VIH/SIDA ha aparecido también en otros niveles de gobierno, permitiendo entre otras cosas, la creación de mecanismos que apoyan una relación más activa entre gobierno y sociedad, reflejando esta dinámica en el nivel federal. En primer lugar, hay varios ejemplos de arreglos para reservar camas de hospital para pacientes de SIDA en las redes estatales (Distrito Federal, 1990), o determinar la obligación de proporcionarles atención en la red pública (Sao Paulo, 1988; Rio Grande do Sul, 1992; Ceara, 1991, y Santa Catarina, 1993). En segundo lugar, como regla general a las organizaciones que proporcionan atención y asistencia se les concedió el estatus de institución para el bien público, que permite exención de impuestos, la transferencia de dineros públicos y la firma de acuerdos entre los Poderes Ejecutivos y ONGs.

En el nivel municipal, las iniciativas tienen lugar en el área de afinidades entre las ONGs y la organización de servicios de salud. En el primer caso, la concesión del estatus de institución para el bien público, garantizando las ventajas arriba mencionadas, ha sido una característica constante. En el segundo caso, significa la creación de unidades municipales para la administración de los dineros federales transferidos (Rio de Janeiro, 1993).

Con sus desdoblamientos y condiciones, el suministro de medicamentos ha comprobado ser uno de los elementos de esta estrategia de independencia administrativa, apertura al activismo social y descentralización. Esta evolución empieza con la autorización para la venta de AZT, en 1998, como resultado de presiones muy claras.

Por un lado, ya había una utilización sustancial del medicamento, apoyada por compras individuales en Estados Unidos o por medio de donaciones del exterior. Por el otro, dada la estructura descentralizada de los servicios de salud en el país, una vez que el medicamento fue aprobado se dificultó detener las decisiones de compra de parte de los hospitales y las Secretarías de Estado que se las arreglaron para adquirir el AZT en forma más o menos asistemática y promovieron su distribución entre los pacientes en la red pública. Probablemente, como una manera de mantener el control político y médico sobre una situación ya en desarrollo, la

⁹ A través de la instalación de Comités de Investigación (Ordenanza No. 348, 25 de marzo de 1993), sobre Vacunas (Ordenanza No. 336, 10 de enero de 1994) y de Evaluación y Selección de Proyectos de ONGs (Ordenanza No. 843, 22 de abril de 1994). Véase Ventura da Silva, *Legislação sobre DST/AIDS no Brasil*, Brasília, Programa Nacional de ETS/SIDA, 1995, capítulo 1.

incertidumbre respecto a la acción del Programa Nacional de ETS/SIDA se rompió precisamente en uno de sus momentos más delicados. En 1991, al inicio de la administración de Collor, bajo su segundo director, el Programa decidió iniciar los procedimientos para la compra y distribución de medicamentos anti-retrovirales y contra las infecciones oportunistas.

Esta decisión se mantuvo cuando la antigua dirección regresó en 1992, y otra vez aquí, el acuerdo con el Banco Mundial jugó un papel estratégico. Al asegurar recursos para la capacitación de personal, la compra de equipo y el desarrollo de programas preventivos, permitió a los administradores tener una independencia apropiada en áreas clave de la actividad y concentrar sus esfuerzos en la obtención de recursos para medicamentos del área gubernamental.¹⁰ Entre 1992 y 1996, la evolución del programa de suministro de medicamentos estuvo marcada principalmente por la creación de su propio sistema logístico, por la cooperación establecida con las redes estatales y municipales y por la limitación de las posibilidades terapéuticas.

Con los nuevos horizontes abiertos en 1996 por el creciente número de medicamentos anti-retrovirales e inhibidores, asociados con el potencial de la combinación de medicamentos, el Programa Nacional y varios grupos sociales percibieron que el momento requería de nuevas acciones.

Por parte del Programa se tomó la decisión política de ampliar el programa de suministro de medicamentos, y se buscó financiamiento para ello. Por parte de la sociedad, las disposiciones constitucionales no se consideraron suficientes para asegurar la distribución, y funcionarios gubernamentales, activistas y médicos cabildearon en el Congreso Nacional para que se aprobara una ley específica que estableciera el derecho a recibir medicación gratis.

Propuesta originalmente por el senador y expresidente José Sarney, la iniciativa se convirtió en la Ley 9,313 el 13 de noviembre de 1996. Su primer artículo explícitamente afirma el deber del Estado de proporcionar a los individuos VIH positivos y a los pacientes de SIDA, libre de cargo, *todos los medicamentos requeridos para su tratamiento*, debidamente estandarizados y, cuando sea necesario, revisados por el Ministerio de Salud para propósitos de compra por los administradores del Sistema Unificado de Salud. El segundo artículo determina que los gastos resultantes de la ley deben ser financiados con recursos de la Seguridad Social de todos los niveles de gobierno (Unión, estados, Distrito Federal y municipios), de acuerdo con regulaciones específicas.

De acuerdo con las determinaciones de la ley, el Programa Nacional empezó a preparar la documentación médica que reglamenta el acceso al tratamiento. En diciembre de 1996 varias comisiones técnicas, responsables de la preparación de extensos documentos, produjeron el *Consenso en la terapia anti-retroviral para adultos y adolescentes infectados por el VIH* (1996-1997) y el *Consenso en la terapia anti-retroviral para niños infectados por el VIH* (1997). Las directrices para el uso de

¹⁰ José Stalin Pedrosa, antiguo consultor del Programa Nacional de ETS/SIDA. Entrevista personal, octubre de 1997.

la terapia anti-retroviral también incluían los Principios de manejo terapéutico en VIH/SIDA para adultos, niños y para la reducción de la transmisión vertical (en ediciones de 1996 y 1997). La reglamentación planeada para compartir los gastos no corrió la misma suerte, y aún no ha sido aprobada.

En la esfera de la división de atribuciones, el Ministerio de Salud es responsable del financiamiento de la puesta en operación y el inicio de las operaciones planeadas, así como del sostenimiento de parte de las operaciones permanentes, que incluyen específicamente la capacitación de recursos humanos, un instrumento importante para mejorar la calidad de las actividades gubernamentales, y el suministro de medicamentos. Por otro lado, los estados y los municipios son responsables de los gastos administrativos, por ejemplo, personal, infraestructura, instalaciones médicas, mantenimiento y otros gastos directos de operación.

El escenario compuesto por el Programa Nacional y por estos diferentes programas estatales continúa siendo criticado por los activistas de las ONGs que señalan, por ejemplo, la ausencia de representantes de las ONGs en las reuniones que establecieron el consenso nacional, que incluye algunos puntos que se consideran cuestionables.¹¹ Reconocen el mérito de la primera decisión de las agencias gubernamentales respecto al suministro de medicamentos y su apertura a las actividades de las ONGs. Sin embargo, creen que es posible afirmar que, desde la perspectiva del usuario final, el suministro nunca aseguró la disponibilidad continua y perfecta de los medicamentos; a veces la introducción de algunas alternativas terapéuticas se ha retrasado. La respuesta a esta situación creada por las deficiencias administrativas en la distribución ya mencionadas, ha sido la multiplicación de demandas legales contra el Estado por parte de aquellos individuos que tienen más recursos e información. Ante la ausencia de estos recursos o de información, lo más común es la aceptación pasiva de las listas de espera.

El financiamiento de la terapia anti-retroviral en Brasil

El análisis de la evolución de los recursos destinados por el Ministerio de Salud a las compras de medicamentos anti-retrovirales en los dos últimos años indica el nivel de prioridad otorgado a este programa por el Gobierno Federal.

Los fondos asignados a la compra y distribución de medicinas para el SIDA mostraron un aumento significativo después de la publicación de la citada Ley 9, 313, a pesar de que el presupuesto de 1996 ya reflejaba una clara inquietud respecto a este tema. El gasto anticipado por este rubro presupuestal aumentó de R\$2.3 millones en 1995 a R\$27.1 millones en 1997. Considerando el gasto total para la compra y distribución de medicinas de la Agência Central de Medicinas (CEME), del Ministerio de Salud, la proporción relativa de las medicinas para el SIDA se elevó de 0.5% a 4.8% en el mismo periodo.

¹¹ Ronaldo Mussauer, Presidente del Grupo pela VIDA (grupo por la vida). Entrevista personal, octubre de 1997.

La importancia de este programa en 1996 se ve aún más reforzada al considerar el presupuesto efectivamente ejercido. Al efectuar un recorte del 10.1% en el presupuesto del Ministerio de Salud, el Gobierno Federal redujo significativamente los fondos asignados a medicinas, manteniendo, sin embargo, prácticamente sin cambios el volumen aprobado para SIDA. Por lo tanto, la proporción de 4.8% se elevó a 9%.

En 1997 el compromiso del Gobierno Federal con la lucha contra el SIDA se hizo absolutamente evidente. El presupuesto aprobado destinaba al SIDA el 25% del total de los fondos para la compra y distribución de medicamentos. En comparación con el año anterior, y en términos absolutos, este rubro se incrementó de R\$27 millones a US\$137.3 millones.

Al analizar el presupuesto ejercido, después del recorte del 7.1% sufrido por el Ministerio de Salud, la reducción aplicada a las medicinas para el SIDA estuvo de acuerdo con lo que ocurrió para todas las medicinas. La propuesta de presupuesto para 1998¹² definía un aumento (del 27.3%) de la proporción del gasto total en medicinas asignado para la compra y distribución de medicinas para el SIDA. Con respecto al presupuesto aprobado en 1997 vale la pena mencionar que, si bien se prevé una reducción de R\$50 millones en el total de gastos del CEME, la cantidad para medicinas para el SIDA ha sido conservada.

Los esfuerzos del Gobierno Federal se ven complementados por acciones en el nivel estatal. En el caso del estado de Sao Paulo, por ejemplo, que responde por el 52.05% de los pacientes de SIDA en Brasil, cerca del 30% del costo para la compra de medicamentos para el SIDA es cubierto por fondos provenientes del presupuesto del estado, el cual proporcionó un promedio de R\$2.04 millones mensuales para este propósito en 1997.

Recursos necesarios para financiar la terapia anti-retroviral en Brasil para los próximos diez años

El intento de proyectar los fondos necesarios para la terapia anti-retroviral para los próximos diez años presenta algunas dificultades. Primero, no toma en cuenta que, en este lapso, la terapia puede beneficiarse de la introducción de nuevos medicamentos y que el criterio médico de prescripción actual puede cambiar. Segundo, el cálculo del volumen de fondos necesario para garantizar la terapia anti-retroviral a todos los individuos infectados por el VIH requeriría saber cuál es la población actual infectada por el VIH en Brasil, su tasa de sobrevivencia esperada y su evolución histórica. Además, se necesitaría información sobre qué porcentaje de esta población encuadraría en las recomendaciones del “Consenso en la terapia anti-retroviral para adultos y adolescentes infectados por el VIH”, publicado como la Ordenanza 874 del Ministerio de Salud y como Principios de manejo terapéutico en VIH/SIDA. Para los

¹² Propuesta de presupuesto (CMS) de septiembre de 1997.

propósitos de la proyección se adoptaron varias hipótesis diferentes respecto al grado de cobertura y del comportamiento esperado de los precios de los medicamentos.

Respecto a la *cobertura*, las suposiciones fueron que, 1) el aumento en el número de adultos, niños y embarazadas que recibirán terapia en los próximos diez años continuará presentando el presente nivel de cobertura relativa ; 2) la terapia anti-retroviral se proporcionará al 50% de la población estimada de adultos entre 15-49 años infectados por el VIH; 3) la terapia anti-retroviral se proporcionará al 75% de la población estimada de adultos entre 15-49 años infectados por el VIH; 4) la terapia anti-retroviral se proporcionará al 100% de la población estimada de adultos entre 15-49 años infectados por el VIH.

Respecto a los *precios*, las suposiciones fueron que, 1) los precios de los medicamentos permanecerán constantes (la información utilizada fue proporcionada por el Programa Nacional de ETS/SIDA); 2) los precios de los medicamentos descenderán alrededor del 10% cada año; 3) los precios de los medicamentos descenderán alrededor del 20% cada año.

La combinación de estas diferentes hipótesis permitió la construcción de doce escenarios, que se presentan a continuación.

CUADRO 2

Escenarios desarrollados a partir de la combinación de hipótesis respecto a la cobertura de la población infectada por el VIH y al comportamiento de los precios de los medicamentos

Cobertura	Comportamiento de los precios de los medicamentos		
	Constante	-10% anual	-20% anual
(A) Se mantiene el nivel presente de cobertura	Escenario 1	Escenario 2	Escenario 3
(B) 50%	Escenario 4	Escenario 5	Escenario 6
(C) 75%	Escenario 7	Escenario 8	Escenario 9
(D) 100%	Escenario 10	Escenario 11	Escenario 12

Mantenimiento del nivel presente de cobertura

Los primeros tres escenarios se basaron en la hipótesis de mantener el nivel presente de cobertura. Se consideraron tres tipos de variables: la tasa de aumento de la población brasileña, la tasa de incidencia de casos de SIDA notificados al Ministerio de Salud por cada 100 mil habitantes, y la tasa de aumento de la notificación de casos al Ministerio de Salud.

Para las proyecciones de población utilizamos las estimaciones oficiales del IBGE. Para el cálculo de los coeficientes de incidencia para los años 1998-2007

el valor observado en 1996 se mantuvo, porque las series disponibles indicaban una tendencia hacia la estabilización. La información existente sobre casos notificados de SIDA se refiere al periodo 1980-1995. La información relativa a 1996 y 1997 se agrupó puesto que la información para 1997 sólo cubría los primeros ocho meses del año. Por lo tanto, adoptamos la cifra de 16,500 nuevos casos notificados en 1997 utilizada por Nunes (1997).¹³ Para la proyección de nuevas notificaciones para 1997-2007 aplicamos la tasa de incidencia (10.5) a la población estimada por el IBGE.

Por último, para calcular el número de pacientes —adultos, niños y embarazadas— que tomen terapia anti-retroviral a partir de 1998, utilizamos la información para 1997 (48,000; 2,500 y 2,500, respectivamente) y supusimos que la tasa de aumento acompañaría el número de notificaciones de casos de SIDA para todos los grupos de pacientes. Por lo tanto, en vista de una relación constante de la población de pacientes (adultos, niños y embarazadas) y el número acumulado de casos notificados, se supuso una tasa de morbilidad (oculta) de 44.34% para el periodo. En este análisis la proporción de la población bajo terapia anti-retroviral se considera que es constante en relación con el número acumulado de notificaciones, por ejemplo, el grado actual de cobertura de la población se mantiene.

Considerando la hipótesis de precios constantes en los medicamentos anti-retrovirales, los fondos necesarios mostrarían una tasa de incremento anual de 9.1%, produciendo de esta manera un costo estimado para el año 2007 mayor en 139.5% que el correspondiente a 1997 (véase Cuadro 2).

Si los precios muestran una reducción anual del 10%, el costo estimado de las medicinas para el año 2007 caería 16.5% en relación con 1997, incluso con el aumento en el número de pacientes tratados. Esta reducción en la cantidad de fondos requerida resultaría de la diferencia entre la tasa anual de crecimiento en el número de pacientes bajo terapia anti-retroviral (9.1%) y la tasa anual de descenso en el precio supuesto (10%).

Si los precios muestran una reducción anual del 20%, los costos estimados de las medicinas para el año 2007 descenderán 91.0% en relación con 1997.

Las supuestas reducciones en los costos del 10% y el 20% anual se aplicaron linealmente a todos los medicamentos, lo que en realidad sería improbable. Debe subrayarse que ciertos medicamentos han mostrado ya un descenso significativo en sus precios debido al aumento en la escala de producción, a la presión de la sociedad y los gobiernos o, en el caso de Brasil, a la producción local de algunos medicamentos por parte de laboratorios propiedad del Estado, haciendo innecesaria su importación. Además, las compras en volumen del gobierno han reducido el precio unitario. Por ejemplo, observamos que a lo largo de sólo dos años (1995-1997) algunos medicamentos (AZT en cápsulas de 100 mg, AZT 10 mg/ml solución oral, Aciclovir 200 mg tabletas, e Inmunoglobulina 1, 2.5 o 5 g IV) mostraron un marcado descenso en su precio de entre 35 y 47% anual, mientras que otros registraron descensos más pequeños y más variados.

¹³ A. Nunes, *O impacto economico da AIDS/HIV no Brasil*, Brasilia, 1997. Textos para discussao, Brasilia, IPEA, No. 505, 1997.

CUADRO 3
*Proyección de fondos necesarios para la compra y distribución de
 medicamentos para pacientes de SIDA*
En R\$ 1.000

Año	Escenario del comportamiento de precios			Proyección de la población bajo terapia		
	Constante	-10%	-20%	Adultos	Embarazadas	Niños
1997	241,029	241,029	241,029	48,000	2,500	2,500
1998	272,794	245,515	218,235	54,326	2,829	2,829
1999	304,985	247,038	195,190	60,736	3,163	3,163
2000	337,602	246,112	172,852	67,232	3,502	3,502
2001	370,629	243,169	151,809	73,809	3,844	3,844
2002	404,026	238,573	132,391	80,460	4,191	4,191
2003	437,871	232,703	114,785	87,200	4,542	4,542
2004	472,127	225,817	99,012	94,022	4,897	4,897
2005	506,792	218,157	85,026	100,925	5,257	5,257
2006	541,831	209,917	72,723	107,903	5,620	5,620
2007	577,245	201,273	61,981	114,956	5,987	5,987

Cambios en la cobertura

Utilizando los métodos de Castilho (1996), Nunes estimó que la población de portadores de VIH entre los 15 y 49 años oscilaba entre 337.9 y 488.4 mil en 1996. En su cálculo distribuyó a la población brasileña (hombres y mujeres) calculada por el IBGE en tres grupos de acuerdo a la incidencia de SIDA, creando seis grupos. Estos grupos se multiplicaron por los estimados de alta y baja prevalencia de cada región, dando como resultado el estimado del número de individuos infectados por el VIH en el país.

La evolución de la población adulta infectada se proyectó hasta el año 2007 manteniendo constante la proporción de la población infectada entre los 15-49 años, comparada con la población brasileña total en el mismo grupo etáreo, calculada por Nunes para 1996 (para sus límites más alto y más bajo).

Es importante hacer notar que el ejercicio matemático utilizado supone que todos los individuos infectados por el VIH serían identificados y requerirían terapia anti-retroviral al mismo tiempo. Esto no ha ocurrido en ninguna parte, ni en los países más desarrollados. Un parámetro para evaluar los requerimientos de medicamentos anti-retrovirales puede ser el número actual de pacientes bajo tratamiento. Después de dos años de una amplia disponibilidad de medicamentos anti-retrovirales, para septiembre de 1998 había aproximadamente 60 mil pacientes registrados en todo el país para recibir medicamentos anti-retrovirales, sin ninguna demanda reprimida.

Considerando los precios constantes la proyección de cobertura al 50% de los individuos infectados por el HIV —escenario 4— señala la necesidad en 1997 de fondos adicionales que varían entre R\$599 y R\$973 millones, lo que representa un incremento en el costo de 248.5% a 303.7% en relación con el gasto previsto para este año (Cuadro 3). Si se supone un nivel de cobertura del 75% —escenario 7— la necesidad de recursos adicionales sería del orden de los R\$1,019 a R\$1,580 millones en relación con los R\$241 millones de 1997. Si se considera una cobertura del 100% —escenario 10— este aumento oscilaría entre los R\$1,439 y R\$2,187 millones (Cuadros 4 y 5).

Tomando en cuenta la metodología adoptada, los incrementos subsecuentes serían una función del crecimiento estimado (en promedio 1.44% en el periodo) de la población entre 15-49 años.

En la hipótesis de que los precios de los medicamentos mostraran un descenso del 10% anual, vemos que, después de un esfuerzo significativo inicial, la presión causada por el aumento en la demanda está más que compensada por la reducción en los costos. Para 2007 la necesidad de recursos siempre será mayor que los gastos realizados por el Ministerio de Salud en 1997 en la compra de medicamentos anti-retrovirales (R\$241.0 millones), con la excepción del escenario de cobertura al 50% de la población infectada.

En el caso de un descenso en el precio del 20% anual, el efecto se intensifica conduciendo a una reducción sustancial de los fondos requeridos en el año 2007, para todas las tasa de cobertura hipotéticas.

Si tomamos en cuenta el nivel actual de compromiso del Gobierno Federal, cada uno de los escenarios presentados implica la necesidad de un aumento sustancial en los fondos asignados. Con el objeto de llevar a cabo esto, se requeriría un aumento en el presupuesto del Ministerio de Salud con el fin de que un crecimiento en el programa de SIDA no se compensara con recortes a otros programas.

En otras palabras, las demandas para un aumento en los fondos para la terapia anti-retroviral deben estar integrados en un movimiento más grande para definir a la salud pública como una prioridad del gobierno brasileño.

El impacto de la terapia anti-retroviral

De acuerdo con los cálculos realizados por Medici y Beltrao¹⁴ (1992), el costo total por tratar a un paciente con SIDA llegó a US\$16,689 al año. De este total US\$6,373 (38.2%) se gastaron en medicamentos y US\$10,316 (61.8%) en otros gastos como hospitalizaciones, honorarios de médicos, enfermeras y personal de apoyo, y pruebas de diagnóstico. Nunes (1997) señala que esta cifra es relativamente cercana a la obtenida por Petrou para el Sistema Público de Salud en Inglaterra.¹⁵

¹⁴ Medici, AC y Beltrao, KI. *Custos da atenção média a aids no Brasil: alguns resultados preliminares*. Rio de Janeiro, 1992. Relatorías técnicas de ENCE/IBGE, no. 01/92.

¹⁵ Petrou, S, et al, "The economic costs of caring for people with HIV infections and AIDS in England and Wales", *Pharmaco Economics*, abril de 1996.

CUADRO 4

Estimaciones de fondos necesarios en 1997-2007 para la compra y distribución de medicamentos considerando una cobertura del 50% de la población infectada por el VIH.

En R\$ 1.000

Año	Escenarios de comportamiento de precios						Poyección de la población adulta en terapia	
	Constante		-10% anual		-20% anual			
	Min	Max	Min	Max	Min	Max	Min	Max
1997	840,024	1,214,023	840,024	1,214,023	840,024	1,214,023	172,270	248,969
1998	856,352	1,237,620	770,717	1,113,858	685,082	990,096	175,619	253,808
1999	872,700	1,261,246	706,887	1,021,609	558,528	807,198	178,971	258,654
2000	889,018	1,284,830	648,094	936,641	455,177	657,833	182,318	263,490
2001	901,307	1,302,591	591,348	854,630	369,175	533,541	184,838	267,132
2002	913,769	1,320,601	539,572	779,802	299,424	432,735	187,394	270,826
2003	925,841	1,338,047	492,030	711,093	242,704	350,761	189,869	274,404
2004	938,109	1,355,777	448,695	648,464	196,736	284,327	192,385	278,040
2005	950,377	1,373,507	409,106	591,250	159,447	230,436	194,901	281,676
2006	959,565	1,386,786	371,755	537,269	128,791	186,131	196,785	284,399
2007	968,754	1,400,066	337,783	488,173	104,019	150,331	198,670	287,122

CUADRO 5

Estimaciones de fondos necesarios en 1997-2007 para la compra y distribución de medicamentos considerando una cobertura del 75% de la población infectada por el VIH

En R\$ 1,000

Año	Escenarios de comportamiento de precios						Poyección de la población adulta en terapia	
	Constante		-10% anual		-20% anual			
	Min	Max	Min	Max	Min	Max	Min	Max
1997	1,260,036	1,821,034	1,260,036	1,821,034	1,260,036	1,821,034	258,405	373,454
1998	1,284,528	1,856,431	1,156,075	1,670,788	1,027,623	1,485,145	263,428	380,713
1999	1,309,050	1,891,869	1,060,330	1,532,414	837,792	1,210,796	268,457	387,980
2000	1,333,527	1,927,244	972,141	1,404,961	682,766	986,749	273,477	395,235
2001	1,351,961	1,953,886	887,022	1,281,945	553,763	800,312	277,257	400,699
2002	1,370,654	1,980,901	809,357	1,169,703	449,136	649,102	281,091	406,239
2003	1,388,762	2,007,071	738,045	1,066,640	364,055	526,142	284,804	411,606
2004	1,407,163	2,033,666	673,042	972,696	295,104	426,491	288,578	417,060
2005	1,425,565	2,060,261	613,659	886,875	239,170	345,654	292,352	422,514
2006	1,439,348	2,080,179	557,633	805,904	193,186	279,197	295,178	426,599
2007	1,453,130	2,100,098	506,675	732,259	156,029	225,496	298,005	430,683

CUADRO 6
*Estimaciones de fondos necesarios en 1997-2007 para la compra y
distribución de medicamentos considerando una cobertura del 100% de la
población infectada por el VIH*
EN R\$ 1,000

Año	Escenarios de comportamiento de precios (miles de reales)						Poyección de la población adulta en terapia	
	Constante		-10% anual		-20% anual			
	Min	Max	Min	Max	Min	Max	Min	Max
1997	1,680,049	2,428,046	1,680,049	2,428,046	1,680,049	2,428,046	344,541	497,938
1998	1,712,704	2,475,241	1,541,434	2,227,717	1,370,163	1,980,193	351,238	507,617
1999	1,745,399	2,522,493	1,413,773	2,043,219	1,117,056	1,614,395	357,943	517,307
2000	1,778,036	2,569,659	1,296,188	1,873,282	910,354	1,315,666	364,636	526,980
2001	1,802,614	2,605,181	1,182,695	1,709,259	738,351	1,067,082	369,676	534,265
2002	1,827,538	2,641,202	1,079,143	1,559,603	598,848	865,469	374,787	541.652
2003	1,851,682	2,676,095	984,060	1,422,186	485,407	701,522	379,739	548,808
2004	1,876,218	2,711,554	897,389	1,296,928	393,471	568,654	384,771	556,079
2005	1,900,753	2,747,014	818,212	1,182,499	318,894	460,872	389,802	563,351
2006	1,919,130	2,773,573	743,510	1,074,539	257,581	372,263	393,571	568,798
2007	1,937,507	2,800,131	675,567	976,345	208,038	300,662	397.340	574.245

Un estudio reciente desarrollado por el Instituto Fundación para la Investigación Económica (FIPE)¹⁶ reveló que el costo directo promedio anual por paciente con infección por HIV en el estado de Sao Paulo en 1996 fue de R\$5,342 El costo diario de una hospitalización convencional para estos pacientes fue de R\$106 (us\$97), con una duración promedio de hospitalización de 16 días. El análisis de los costos por tipo de atención mostró que el costo de la hospitalización convencional fue el doble del costo de la atención en hospitales de día (DH) y casi nueve veces más alto que la atención terapéutica doméstica (THC). En ese tiempo, los medicamentos representaban el 32% del total de los costos de admisión en hospital, aproximadamente el 60% de los costos directos de DH y THC.

Sólo para efectos de comparación, al mismo tiempo el Ministerio de Salud gastó aproximadamente R\$298 millones en hemodiálisis que beneficiaron a cerca de 30 mil pacientes con insuficiencia renal crónica, lo que correspondió a un promedio de R\$10,347 por paciente al año, considerando tres sesiones de hemodiálisis por semana. Es importante subrayar que esta cantidad se refiere solamente al uso de equipo para hemodiálisis, y no incluye el costo de medicamentos y pruebas de control y otros problemas médicos frecuentemente encontrados en este tipo de pacientes (por ejem-

¹⁶ Cyrillo, DC, et al, "Custos diretos do tratamento da aids no Brasil: metodologia e estimativas preliminares", junio de 1998, FIPE, información no publicada.

plo, hipertensión arterial, insuficiencia cardíaca, infecciones, etcétera). Otro ejemplo de un procedimiento de alta complejidad instaurado por el Ministerio de Salud es el trasplante de órganos. En este caso, el costo promedio de un procedimiento varía de R\$10,000 (trasplante renal) a R\$41,519 (trasplante de corazón) por admisión hospitalaria. En 1997 el total de gastos mayores a R\$34 millones beneficiaron sólo a 2,043 pacientes. Las cifras para estos procedimientos no incluyen el costo de medicamentos inmunodepresores, quimioprofilaxis para infecciones oportunistas y otros procedimientos para el control médico y de laboratorio necesario después de la salida del hospital (DATASUS/MS, información no publicada).

Después de la 4a. Conferencia sobre retrovirus e infecciones oportunistas, realizado en Canda en enero de 1997, Stephenson (1997)¹⁷ presentó la información siguiente que confirma en particular la hipótesis de una reducción en los costos no medicinales:

a) Hospital San Vicente de Nueva York, entre 1995 y 1996: 29% de aumento en atención ambulatoria; 46% de descenso en el número de ingresos de pacientes infectados por el VIH. Esta reducción más que compensa el aumento en la atención ambulatoria; reducción promedio de 2.4 días en la duración de la estancia.

b) Torre de enfermedades infecciosas, Los Angeles, entre 1994 y 1996: reducción del 57% en los ingresos de pacientes infectados por el VIH; descenso del 65% en la atención de enfermeras con hospital de día; descenso del 58% en la atención doméstica; reducción del 90% de la terapia para CMV; descenso del 70% en el uso de G-CSF; decremento del 74% en el uso de EPO.

c) Centros de referencia para SIDA franceses, entre septiembre de 1995 y octubre de 1996 (estudio realizado en seis centros): descenso del 39% en los eventos que definen el SIDA; reducción del 36% en el número de complicaciones relacionadas con el SIDA; reducción del 35% en la duración de la estancia hospitalaria.

También se ha observado en Brasil una caída en el número de ingresos hospitalarios, atención ambulatoria, servicios de emergencia y hospitales de día (40% en el Centro de Referencia y Capacitación de Sao Paulo y 35% en el Hospital Emílio Ribas), así como el impacto en las enfermedades oportunistas. El Programa Nacional ha registrado una caída de más del 20% en el uso de ganciclovir, utilizado para tratar la infección por citomegalovirus. Este tratamiento cuesta, en promedio, R\$7,500 por paciente al año, de los cuales R\$5,258 se refieren al costo de este medicamento.

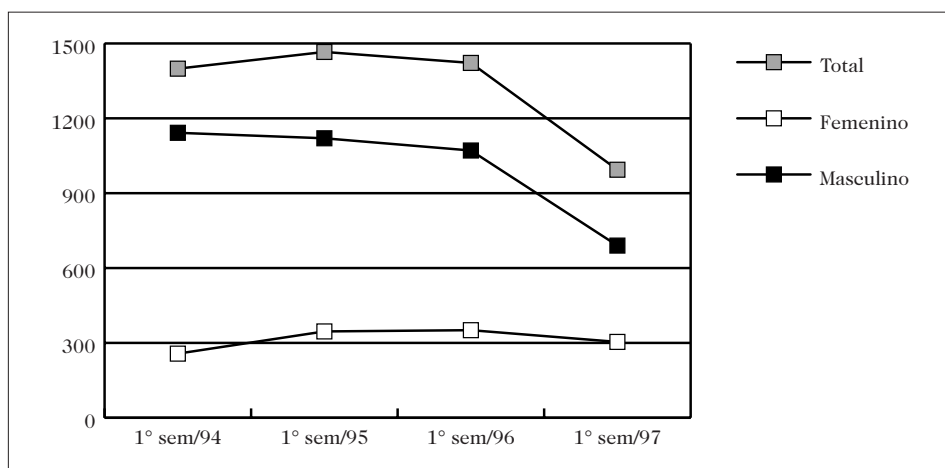
La literatura proporciona información sobre la efectividad de la terapia anti-retroviral. Respecto a la transmisión vertical madre-hijo del VIH, el estudio 076 realizado por el *AIDS Clinical Trials Group* (ACTG 076) mostró que la administración de AZT oral a la mujer embarazada a partir de la decimocuarta semana de gestación, seguida de AZT intravenosa durante el parto y por la administración de AZT oral al recién nacido, redujo la tasa de transmisión en aproximadamente 2/3. Además, los trabajos presentados en la 4a. Conferencia sobre retrovirus e infecciones oportunistas

¹⁷ Stephenson J, "News from the 4th. Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections", *The Journal of the American Medical Association* (JAMA-AIDS), 1997.

informaron que la mortalidad descendió 30% en la ciudad de Nueva York gracias al uso de estos medicamentos, un factor que fue corroborado por el declive de 13% en la mortalidad de pacientes de SIDA observado por los Centros para control y prevención de la enfermedad.¹⁸

Información procedente del Programa para mejorar la información sobre mortalidad (PROAIM) de la ciudad de Sao Paulo señala que un descenso del 31% en el total de mortalidad por SIDA en el primer semestre de 1997, en comparación con el mismo periodo en años anteriores (véase figura 1). La reducción fue del 36% entre hombres y del 13% en mujeres. El cálculo del costo anual por sobrevivencia ha sido estimado por varios autores, dependiendo de la combinación de medicamentos utilizada en la terapia anti-retroviral. Moore (1996)¹⁹ proyectó un costo adicional de US\$ 10,000 al año de vida ganada cuando se adopta la terapia de triple combinación con inhibidor de proteasa, en oposición a la monoterapia, para pacientes con conteos CD4 entre 400-500 células por mm³. De acuerdo con el mismo autor el costo anual de vida de un paciente bajo hemodiálisis es de US\$50,000 y el de un paciente de cirugía del corazón es de US\$113,000.

FIGURA 1
Evolución del número de muertes por SIDA-PROAIM/SP



¹⁸ Cook J et alli, 4th. Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections, enero de 1997.

¹⁹ Moore RD y Bartlett JG, "Combination Antiretroviral Therapy in HIV Infection". En, *Pharmaco Economics*, agosto de 1996.

En la Conferencia arriba citada, Cook presentó un costo adicional de entre US\$13,500 y US\$25,000 por año de vida ganada al comparar la terapia triple con la doble. Chancellor (1996),²⁰ durante el Tercer Congreso Internacional sobre Terapias con Medicamentos en la Infección por VIH, realizado en Inglaterra, sugirió un costo ascendente de US\$11,000 por año de vida ganada al comparar la terapia triple con la monoterapia.

De acuerdo con el Programa Nacional, el tratamiento combinando tres medicamentos anti-retrovirales cuesta en promedio R\$8,000 al año, en tanto que el costo promedio de la terapia doble es de R\$3,200. Deberá notarse que, en relación con los valores estimados proporcionados por los investigadores mencionados, el costo de la terapia en Brasil es significativamente menor.

Por último, debe recordarse que la terapia anti-retroviral, además de aumentar la sobrevivencia de los pacientes de SIDA, permite que continúen en el mercado de trabajo, manteniéndolos productivos y reduciendo los costos de la seguridad social. Suponiendo que todos los adultos que actualmente están recibiendo terapia (72,000) continuaran trabajando, ello significaría la generación de un ingreso anual que ascendería a R\$337.0 millones, a precios de diciembre de 1995. Los “ahorros” en los costos de la seguridad social, suponiendo que los beneficios pagados correspondieran a los valores promedio actualmente desembolsados, serían de R\$157.2 millones (en valores de 1997).

Con el objeto de evaluar el verdadero impacto de la terapia anti-retroviral sería necesario calcular su costo-beneficio. Sin embargo, éste se ve obstaculizado por la escasez de información disponible además de por el hecho de que esta terapia ha sido introducida recientemente. De cualquier manera, la evidencia arriba citada señala que este cálculo debe tomarse en cuenta: 1) los cambios observados en el costo total de los pacientes con SIDA, dado que los costos de la terapia están parcialmente compensados por el descenso en los gastos de ingresos hospitalarios y cuidados de enfermería, entre otros; 2) el descenso en la incidencia de enfermedades oportunistas; 3) el descenso en el número de nuevas infecciones (por ejemplo, transmisión vertical); 4) la tendencia a la caída de los precios de los medicamentos; 5) mantener al individuo productivo, y 6) el aumento en la calidad de vida del paciente con SIDA.

Una de las conclusiones principales del ejercicio matemático propuesto arriba es que los fondos que se requieren para extender la terapia anti-retroviral a todos los individuos elegibles infectados por el VIH con indicaciones clínicas y de laboratorio para iniciar el tratamiento, como lo establece la Ley 9,313, exigiría un esfuerzo significativo del Gobierno Federal brasileño (a precios de medicamentos actuales), incluso si suponemos la participación de los otros niveles de gobierno en la subvención de estos costos. Lo mismo ocurriría en un escenario de cobertura al 75 o al 50%. Bajo cualquiera de estas condiciones este nivel de cobertura sería factible sólo si el gobierno brasileño aumentara de manera significativa los fondos asignados a salud, de manera que el cumplir con esta ley no acarrearía un decremento en los fondos de otros programas de salud.

²⁰ Chancellor J et alli, Tercer Congreso Internacional sobre Terapias con Medicamentos en la Infección por VIH, Birmingham, Inglaterra, noviembre de 1996.

Si los precios mostraran un descenso sostenido (10% y 20% anual, que es más consistente con la tendencia observada en los últimos años), los objetivos de cobertura se acercaría a los gastos actuales en terapia anti-retroviral, pero incluso entonces sólo en los últimos años de la serie proyectada.

Bajo el escenario de sostener la proporción de atención actual, la necesidad de mayores recursos continúa, si bien en un grado bastante menor, en la alternativa de reducción de precios al 10% anual. Si tomamos en cuenta los niveles actuales de los compromisos presupuestales con los medicamentos contra el SIDA, sólo para el 2002 el gobierno estará asignando un volumen de fondos similar al actual. En el escenario de una reducción en los precios del 20% anual, para 1998 el volumen de recursos requerido sería menor que los gastos de 1997.

Desde las perspectivas históricas y macroeconómicas, existe una clara evidencia que justifica un aumento en los fondos asignados para esta terapia por el gobierno brasileño, a pesar de las dificultades enfrentadas para aumentar el nivel de inversiones en salud. La investigación internacional y los resultados de los programas en las ciudades brasileñas señalan que el gasto simultáneo en terapia anti-retroviral permite una reducción de los costos asociados con el tratamiento del SIDA y acarrea beneficios al mantener a los individuos infectados por el VIH en el mercado de trabajo. Desde el punto de vista macroeconómico, por tanto, es posible una compensación, si se consideran todos los beneficios y los gastos derivados de la terapia.

Restricciones y perspectivas de la terapia anti-retroviral en Brasil

En el plano político e institucional, la continuidad del programa de suministro de medicamentos, como está formulado, depende de la capacidad para sostener su volumen de gastos. Esta sustentabilidad está vinculada estrechamente con su legitimidad política y administrativa y con sus resultados en términos de vidas humanas salvadas de la muerte y el sufrimiento.

Desde la perspectiva de las condiciones generales en las cuales se pone en práctica esta política, es difícil percibir cualquier escenario de cambio en sus principios básicos. En un ambiente democrático uno no puede imaginar cualquier marcha atrás en la definición del derecho universal a la salud o en la extensión de las libertades públicas que otorgan vitalidad a las ONGs. El grado de difusión ya alcanzado por la información sobre el SIDA hace también poco factible una postura del gobierno menos activa de cara a la opinión pública. Por tanto, debemos analizar el marco jurídico-administrativo, en el cual pueden vislumbrarse algunos riesgos.

La proyección de un nivel de gastos crecientes permite que éstos adopten un significado diferente en la esfera de una negociación política más amplia respecto al presupuesto federal, en el Ministerio de Salud y el Congreso Nacional. En vista de las características de la ejecución presupuestal en Brasil, sujeto a las inconsistencias de las dificultades impositivas del gobierno, el primero de estos riesgos ya se ha experimentado a lo largo de 1997, con la no liberación (o liberación eventual) de los recursos presupuestados. Sin embargo, si la arena presupuestal ofrece este panorama

incierto, también pueden registrarse signos positivos. Desde principios de los noventa, el movimiento para la reforma de Estado en Brasil ha insistido en la acuciante necesidad, tanto por razones fiscales como sociales, de continuar con la transición de las actividades gubernamentales del sector económico al social. Otro signo importante que atañe al SIDA es que el Congreso Nacional mismo da signos de gran interés y receptividad en este tema.

Es importante mencionar también que en el plano político-institucional el nivel de independencia alcanzado por el Poder Judicial es otro aspecto positivo, ya que las cortes han acogido bien las demandas que obligan al Estado a proporcionar medicamentos anti-retrovirales.

En resumen, si las restricciones de la política presupuestal brasileña representan un riesgo concreto a la expansión de los gastos en el programa de distribución de medicamentos, la creciente relevancia de los gastos sociales en la agenda pública, reconocida tanto por el gobierno como por el Congreso, ofrece nuevas posibilidades de movilización en apoyo del programa.

Sin embargo, por otro lado el debate público reciente sobre los gastos del Ministerio de Salud ha dado pie a otro aspecto: la eficiencia de este gasto. Por tanto, nos vemos conducidos a otro plano de la legitimidad del programa: el marco jurídico-administrativo, en el que un gran número de variables influyen en la ejecución del programa.

1) En primer lugar, incluso los líderes de las ONGS consideran fundamental que el Programa Nacional de ETS/SIDA esté en posibilidad de formular la defensa de la distribución de medicamentos en términos económicos²¹ como la primera tarea en la confrontación de los intentos de recortar o contingencializar los fondos. Si el debate público se enfoca en la racionalidad económica, el Programa tendrá que responder en este nivel, particularmente al enfrentar la posibilidad de comparación con otros programas y gastos sociales. Un énfasis renovado en los programas de prevención, seguido de una evaluación constante de su eficiencia, costos y beneficios, puede ser un complemento importante para esta defensa, ofreciendo una perspectiva de costos declinantes o pronosticables.

2) En segundo lugar será necesario mantener y ampliar estrategias que permitan al Programa Nacional de ETS/SIDA superar y pasar por alto las restricciones impuestas por las realidades organizacionales de la administración pública (mecanismos de adquisición, nivel de recursos humanos, etcétera) en la ejecución del programa. Uno de los más grandes riesgos a evitar es la irregularidad en el suministro de los medicamentos, ya que disminuye la efectividad del tratamiento y compromete las actividades gubernamentales en el nivel del usuario final o de sus servicios. En este caso, además de iniciativas más concretas, como represión del fraude y robo y el mantenimiento de instalaciones adecuadas para el manejo y empaque de los medicamentos, el Programa Nacional ha seguido dos caminos paralelos de acción: cooperación con los servicios de las entidades subnacionales y la computarización.

²¹ Ronaldo Mussauer, Presidente del Gupo pela VIDA, entrevista personal, octubre de 1997.

Como hemos visto, el lado ejecutivo de la distribución está en su mayor parte, bajo la responsabilidad de los servicios estatales y municipales, en donde los problemas organizacionales y de salarios se padecen más agudamente que en la esfera federal. En suma, tenemos la natural independencia política de las administraciones estatales y a una tradición de coordinación entre los niveles gubernamentales no siempre sin fricciones o problemas. En esta área, el Programa ha seguido las indicaciones del acuerdo con el Banco Mundial: centralizar la planeación de las actividades por medio de la liberación de fondos, ofrecer capacitación y equipo y supervisar la ejecución de las actividades. Por otro lado, los administradores estatales también tienen necesidad de definiciones más explícitas de las responsabilidades en cada nivel de gobierno.

En otra dirección, el Programa Nacional ha invertido también en la modernización de la logística del programa de distribución de medicamentos, mediante el desarrollo de un registro nacional de pacientes y la total computarización del proceso de distribución de medicamentos a través de SICLOM, un sistema centralizado en Brasilia pero operado en coordinación con los administradores estatales.

3) En tercer lugar, un último elemento de legitimidad tiene que provenir del paciente. El acatamiento al tratamiento, crucial para el éxito en términos de reducción de la mortalidad y de los costos de atención hospitalaria y ambulatoria, tiene que ser constante y transparentemente seguida. La creciente extensión de la epidemia a segmentos más pobres de la población y su asociación con problemas que atañen a la salud de las mujeres ofrece serios desafíos a su acatamiento y, por lo tanto, al éxito del programa de distribución de medicamentos anti-retrovirales.

En este aspecto, el Programa Nacional continúa con la decisión de invertir constantemente en la capacitación de médicos y otros profesionales de la salud. Con la creciente sofisticación del tratamiento, la actualización de los profesionales que prescriben la medicación y el monitoreo de sus resultados es un requerimiento permanente. La capacitación deberá estar siempre mano a mano con la evaluación, de manera que los resultados concretos se puedan medir y transformar en un instrumento de legitimidad de la actividad gubernamental.

En este campo, las organizaciones no gubernamentales también desempeñan un papel y deben ser alentadas a participar en los esfuerzos de incrementar la conciencia de los pacientes respecto a la importancia y al papel médico y social del acatamiento. La idea tan pronto comprendida por las ONGS brasileñas de que los vínculos de la vida social eran un remedio poderoso contra la discriminación, el prejuicio y la baja estima debe extenderse como un instrumento para sostener la adherencia. Sería preocupante que las versiones optimistas sobre la naturaleza de los efectos del coctel fomentaran la desmovilización de los pacientes, las ONGS y los médicos,²² o que su decreciente eficacia entre los pacientes pobres, debido a una baja adherencia, proporcionara argumentos contra el sostenimiento del programa.

²² José Stalin Pedrosa, antiguo consultor del Programa Nacional de ETS/SIDA, entrevista personal, octubre de 1997.

Conclusiones

En vista de todos los puntos arriba mencionados producto del análisis del marco jurídico-administrativo, el Programa Nacional de ETS/SIDA tiene la responsabilidad de enfatizar los programas de prevención y los procesos de evaluación, los que deben estar estrechamente vinculados al programa de suministro de medicamentos, estableciendo un compromiso claro y explícito, desde el punto de vista político y administrativo, del buen uso de los recursos presupuestales destinados a éste.

En segundo lugar, el Programa Nacional tiene que mantener y aumentar la inversión en la capacitación de recursos humanos, para conservar la eficiencia administrativa en la distribución de medicamentos y asegurar su correcta prescripción.

Por último, el Programa Nacional es también responsable de mantener la participación de las ONGs en el proceso de aseguramiento de la adhesión del paciente al tratamiento por medio del aconsejamiento, apoyo psicológico y otras actividades. La pauperización y feminización de la epidemia requerirá, sin duda, la ampliación de la asociación entre el Estado y las ONGs para que el programa de distribución de medicamentos anti-retrovirales continúe en el mismo camino exitoso que ha seguido hasta ahora.

ACCESO A MEDICAMENTOS ANTI-RETROVIRALES EN MÉXICO*

Jorge Saavedra

* Texto elaborado con la colaboración del Consejo Nacional para la Prevención y Control del SIDA, bajo contrato con el Programa de SIDA de las Naciones Unidas (ONUSIDA) y la Iniciativa Regional sobre SIDA para América Latina y el Caribe (SIDALAC).

Población y política

En 1997, México contaba con 95 millones de habitantes; ocupando el 2º lugar latinoamericano, solo superado por Brasil. La población es urbana en un 77.5% y las zonas metropolitanas (ZM) de México DF, Guadalajara y Monterrey concentran el 25% del total.

Se trata de una República Federal con 31 estados y un Distrito Federal (Capital). Sus poderes son: el Ejecutivo, encabezado por el Presidente, quien es electo cada 6 años, sin opción a reelegirse; el Legislativo representado por el Congreso de la Unión conformado por la Cámara de Diputados y la de Senadores; los diputados son electos cada 3 años y los senadores cada 6; y por último el Judicial conformado por la Suprema Corte de Justicia y jueces en todo el territorio nacional. En el nivel estatal el gobierno es encabezado por un Gobernador electo cada 6 años. Durante más de 70 años el Partido Revolucionario Institucional (PRI), ha ocupado siempre la Presidencia de la República, sin embargo, en las elecciones federales de 1997 por primera vez el PRI pierde la mayoría absoluta en la Cámara de Diputados.

En marzo de 1998, la Comisión de Salud de la Cámara de Diputados organizó el Foro Internacional “El VIH-SIDA: Reto Social y Desafío Legislativo” En este foro se presentaron ponencias relacionadas con los medicamentos anti-retrovirales (arv) (1) y una propuesta concreta para presupuestar un monto por \$46.25 millones USD para compra de ARV para las personas sin seguridad social en 1998.(2) Este foro suscribió la llamada “Declaración de San Lázaro” en donde uno de los compromisos sería “Preparar y garantizar la asignación adecuada de recursos para los programas de prevención, atención integral de personas con VIH-SIDA, y defensa de los derechos humanos” (3). Sin embargo, el único apoyo que ha tenido esta declaración ha sido por el Presidente de la Comisión de Salud, miembro del Partido de la Revolución Democrática (PRD)².

No existe una posición clara de ninguno de los tres grandes partidos políticos (PRI, PAN y PRD) en relación con el acceso a ARV; en un taller llevado a cabo en

¹ El nombre de “San Lázaro” proviene por el barrio donde se encuentra ubicada la Cámara de Diputados.

² La razón de considerarla una posición individual se debe a que fue el único diputado que estuvo permanentemente asistiendo a las diferentes ponencias que se presentaron y no se dio ninguna otra declaración pública por parte de ningún otro diputado de ningún partido.

septiembre de 1998 como parte de este estudio de caso, una diputada del PRI manifestó su posición favorable para que se adquirieran éstos con fondos públicos³, sin embargo también se considera esta una posición individual, y no necesariamente de su partido, ya que en noviembre de 1998, a diputados de los tres partidos se les hizo llegar una nueva propuesta de presupuesto para ARV por parte del grupo Positiv⁴,⁵, ninguno expuso alguna posición oficial por parte de su partido. La postura del Gobierno Federal fue expresada en una carta enviada por la Secretaría de Hacienda(4) al grupo que elaboró la propuesta, en donde textualmente se señala que *“debido a la baja en los precios internacionales del petróleo el país ha recibido menos ingresos y por lo tanto el presupuesto público es insuficiente y deja en manos de los diputados el que propongan y autoricen una alternativa de recaudación de ingresos con la cual se puedan pagar estos medicamentos”*.

Economía

En 1994 el PNB per cápita de México (5) era de \$4,180; sin embargo, a finales de ese mismo año la economía mexicana inició la crisis más severa en más de 4 décadas. A pesar de que esta se extendió a 1995, en 1996 se tuvieron avances significativos, el PIB creció en un 3.2%, y el PIB per cápita se ubicó en \$3,950. Las exportaciones crecieron en forma extraordinaria colocando a México como uno de los grandes exportadores a nivel mundial.

A principios de 1998, el tipo de cambio se ubicó en \$8.20 MX pesos por \$1.00 USD, y la Secretaría de Hacienda reportaba que el crecimiento de la economía en México en el año previo había sido de 7%, alcanzando con esto un nivel récord de crecimiento que no se presentaba desde 1981, época en la que avanzó gracias al “Boom” de los precios del petróleo.

En febrero de 1999, el divisa oscilaba en 10 pesos por cada \$1.00 USD, siendo influida por la inestabilidad financiera internacional, la devaluación en Brasil y la baja en precios del petróleo.

A pesar de los éxitos anteriores, durante la presentación del Programa de Desarrollo Social y Combate a la Pobreza Extrema 1999⁶, se reconocía la existencia en México de 40 millones de pobres, 26 de los cuales se encontraban en la categoría de pobreza extrema, acentuándose esta en zonas de cultivo rural que producen

³ La diputada Mercedes Juan del PRI manifestó su posición favorable en este sentido.

⁴ El contenido del desplegado aparecido el 3 de diciembre de 1998 en el periódico “La Jornada”, Suplemento “Letra S” se les hizo llegar a congresistas (Diputados) del PAN, PRI y PRD.

⁵ El diputado Santiago Padilla, miembro del PRD y Presidente de la Comisión de Salud de la Cámara de Diputados, durante el Seminario “DE/SIDA: Capital de la Prevención” organizado por el Suplemento “Letra S” y el Gobierno de la Ciudad de México, señaló que se había preguntado por que no se presupuestaban estos fondos para ARV al Secretario de Salud y este contestó que no había recursos suficientes en su dependencia.

⁶ Secretaría de Desarrollo Social: “Programa de Desarrollo Social y Combate a la Pobreza Extrema 1999. México DF, 8 de febrero, 1999.

solo para el autoconsumo y sobrevivencia, es decir muy alejados de poder competir y aprovechar o recibir beneficio alguno del Tratado de Libre Comercio con Estados Unidos y Canadá (TLC) o de la globalización.

El reporte publicado por el Banco Mundial en 1998 (6), señalaba que para 1997, México por el tamaño de su PNB de \$348.6 mil millones de USD, ocupaba el lugar número 16, entre las economías más grandes del mundo, o la posición número 10, si este se ajusta por su poder de compra; sin embargo, caía hasta el sitio 42 si se medía en términos de PNB per cápita.

El crecimiento de la economía en el PERIODO 1996-97 (6.2%) de acuerdo con el BM, fue el décimo más alto del mundo, superando en crecimiento a Chile, Corea, Argentina, Brasil o España.

Religión

Alrededor del 90% de la población es católica, algunas otras religiones minoritarias, han empezado a ganar adeptos, sobre todo en estados del sureste como Chiapas. La alta jerarquía de la iglesia católica en México posee gran influencia política. A diferencia de otros países del mundo la iglesia no ha desarrollado gran capacidad para la operación de servicios de salud. La posición de la iglesia con respecto al SIDA en general ha sido de abierta oposición al brindar apoyo a Pro-Vida (7), asociación civil que con más vehemencia se ha pronunciado en contra de la promoción del uso del condón por parte de los programas oficiales. En materia de atención médica a los afectados, solo en los niveles locales es que algunos religiosos, realizan algunas acciones de atención a este tipo de enfermos.

Sistema de salud

La estructura del Sistema Nacional de Salud determina diferencias entre población asalariada y no asalariada, lo cual da lugar a varios tipos de coberturas: La denominada población "*derechohabiente*", que tiene acceso a: 1) El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) que opera servicios de salud para población que trabaja en empresas privadas de la economía formal. 2) el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE) que los ofrece a trabajadores del gobierno. 3) También existen servicios médicos especiales para el ejército, la marina y petróleos mexicanos. La población "*no derechohabiente*", también llamada población "abierta", es objeto de los programas asistenciales de la Secretaría de Salud y el Sistema IMSS-Solidaridad, de los servicios de salud del DF, y del DIF, hospitales civiles (municipales o estatales), universitarios, de la Cruz Roja y de organizaciones no lucrativas.

El mercado privado por su parte, brinda atención tanto a población sin seguridad social como a asegurados que prefieren pagar por estos servicios. Un alto porcentaje de los médicos en el sector privado está conformado por los mismos médi-

cos del sector público, solo que operan en horarios diferentes. Los seguros privados, por otro lado, todavía representan un sector minoritario.

Con datos oficiales publicados en el anexo estadístico del cuarto Informe de Gobierno en 1998 (8) se conforma el siguiente cuadro.

CUADRO 1
Instituciones públicas que prestan atención médica y cobertura de población potencial en 1998

Institución de Salud	Población cubierta	Porcentaje
<u>Seguridad Social</u>	<u>49,166,924</u>	<u>49.60%</u>
IMSS	39,461,964	39.80%
ISSSTE	8,465,895	8.53%
Otros esquemas	1,1239,065	1.25%
<u>No Asegurados</u>	<u>50,059,325</u>	<u>50.40%</u>
SSA	35,463,500	35.70%
IMSS-Solidaridad	10,897,085	11.00%
DDF	3,698,740	3.70%

Fuente : Secretaría de Salud/Dirección General de Estadística e Informática/ Sistema Nacional de Salud, Anexo estadístico del Cuarto Informe de Gobierno del Presidente Ernesto Zedillo, 1998.

A pesar de que la cobertura potencial institucional con estos datos es del 100% de la población, el Programa de Reforma del Sistema de Salud (9), de 1996, reconocía la existencia de 10 millones de habitantes que por diversos motivos no tenían acceso real a estos servicios de salud, localizándose en áreas rurales dispersas e indígenas. El IMSS, ISSSTE, PEMEX, Ejército, etcétera ofrecen una amplia gama de servicios médicos gratuitos a sus asegurados en los tres niveles de atención; los niveles segundo y tercero proporcionan servicios de hospitalización y además ofrecen estudios de laboratorio e imagen, así como los medicamentos que requiere su atención. Para que un medicamento pueda ser proporcionado por la seguridad social, debe encontrarse primero oficialmente listado en el Cuadro Básico de Medicamentos del Sector Salud. En el caso de los medicamentos antivirales específicos contra el VIH, hasta abril de 1997 solo la zidovudina (AZT) se encontraba en este cuadro. Actualmente hospitales tanto del IMSS como del ISSSTE tienen autorizado el proveer también zalcitabina (ddc) y didanosina (ddi), y a partir de mayo de 1997, el IMSS empezó a incluir los medicamentos indinavir, lamivudina (3TC), y saquinavir, como parte de los ARV que proporciona a sus asegurados con SIDA. En 1998 se autorizó al ritonavir, y a partir de noviembre de ese mismo año al D4T.

Los servicios de la SSA cobran desde \$0.50 USD por una consulta en el primer nivel, hasta \$10.00 USD por una especializada en el tercer nivel. Estas pueden variar de acuerdo al nivel socioeconómico de la persona, mediante descuentos que van del 10% al 100%. Estos servicios para población abierta, generalmente disponen

de un acervo limitado de medicamentos que venden en sus propias farmacias con porcentajes importantes de descuento (no incluyen ARV).

Las personas con VIH/SIDA (PVVIH) no aseguradas, suelen ser referidas para su manejo al segundo y tercer nivel de la SSA, a centros de atención de CONASIDA o COESIDAS, a médicos particulares y a unidades de atención médica creadas por ONG. Sin embargo, salvo aquellos que entran a protocolos, los pacientes normalmente no reciben medicamentos ARV de parte de la institución y, en caso de que les sean prescritos, deben adquirirlos de su bolsillo.

Gasto público en salud

El gasto público en salud mostró un crecimiento sostenido de 1990 a 1994, pero a partir de 1995, registró un retroceso. Para 1997 y 1998 se registraron aumentos significativos al gasto en salud.

CUADRO 2

Presupuesto ejercido en 1998 y autorizado para 1999 a instituciones de salud para población abierta con recursos del Gobierno Federal (millones de USD)

Año	SSA	Población abierta
1998	\$2,412.96	\$3,034.93
1999	\$2,754.97	\$3,378.20

Incluye SSA, IMSS-Solidaridad y DIF. Tipo de cambio 1998: \$8.89mx= \$1.00 USD y para 1999: \$10 mx=1.00 USD.

Si asumiéramos como constante la cantidad de población no asegurada dada a conocer en el informe presidencial de 1998, estaríamos hablando de un gasto público en salud de \$67.48 USD por persona sin seguridad social (\$3,378,200,000 USD/ 50,059,325 habitantes), contrasta con el gasto per cápita destinado al IMSS que para 1999 es de \$197.55 USD (ver figura 14).

Indicadores de salud

México ha avanzado en disminuir ciertos indicadores de salud que miden el grado de desarrollo social de un país, vg: la mortalidad infantil con cifras oficiales ha bajado de 39.9 muertes por 1000 nacido vivos en 1980, a 16.4 en 1997 (10), es decir una disminución del 59%.

Por otro lado, en relación al SIDA, este ocupa la posición número 15 como causa de mortalidad en la población general, sin embargo tal como se aprecia

en el cuadro 3, para 1997 este sube a la novena posición en el caso de personas en edad productiva.

CUADRO 3
Principales causas de mortalidad en la edad productiva

Lugar	Causa	Tasa
1	Accidentes	41
2	Tumores malignos	39.6
3	Enfermedades del corazón	31.4
4	Cirrosis hepática y otras enfermedades del hígado	27.3
5	Diabetes Mellitus	25.9
6	Homicidios y lesiones infringidas intencionalmente	20.8
7	Enfermedades cerebrovasculares	10.7
8	Nefritis, síndrome nefrótico y nefrosis	7.1
9	SIDA	7.0
10	Neumonía e influenza	5.7
11	Suicidio	5.2
12	Tuberculosis pulmonar	3.7
13	Síndrome de dependencia al alcohol	3.3
14	Deficiencias de nutrición	2.5
15	Bronquitis, enfisema y asma	2.1

Tasa por 100,000 habitantes de 15 a 64 años. Fuente INEGI SSA/DGEI, 1998.

Las cifras de la epidemia

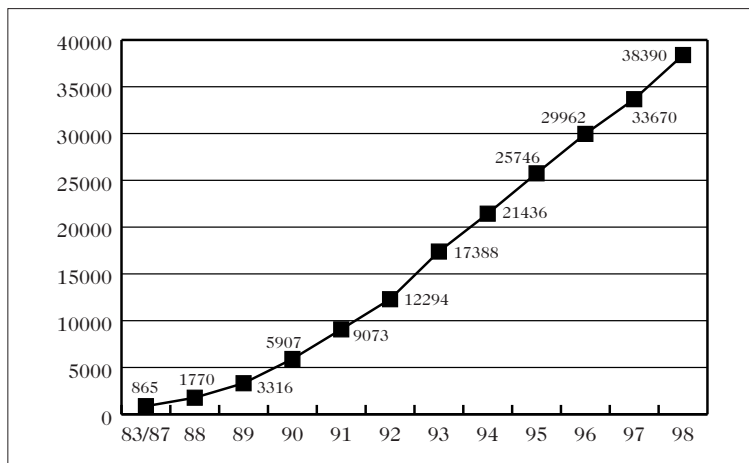
Al 1° de enero de 1999, se habían notificado 38,390 casos de SIDA, definidos de acuerdo a criterios internacionales (11). El Registro Nacional de Casos de SIDA funciona desde 1983. Al igual que en otros países, existen problemas de subregistro de cifras notificadas (12-14). Actualmente al número total de casos registrados en México, se le agrega un 18.5% por subregistro y un 35% por retraso en la notificación (15). Sin embargo, de acuerdo con J.A. Izazola, el registro de casos a través de actas de defunción debería ser considerado como un subregistro (“es decir, se enteraron de que existía ese caso hasta que ya estaba muerto y nunca lo registraron cuando era caso de SIDA”⁷).

⁷ Comentario expresado por el Dr. José Antonio Izazola cuando se le pidió su opinión sobre este punto

Tendencias

El número acumulado de casos por año se puede apreciar en la siguiente figura, en la cual el último registro del año es al 31 de diciembre de 1998 (16).

FIGURA 1
Crecimiento de la epidemia de SIDA en México.
Casos acumulados registrados de 1982 a 1998



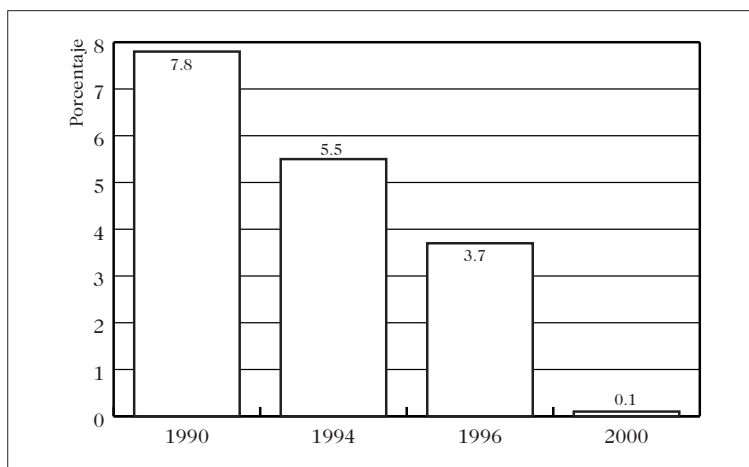
En México 9 de cada 10 casos nuevos son por transmisión sexual, y de estas, las prácticas homosexuales masculinas continúan siendo la principal vía (17), aún cuando se ha observado aumento discreto en la transmisión heterosexual, esta se encuentra sobrestimada (18); un indicio de esto es que en México la cifra de hombres reportados por transmisión heterosexual es tres veces mayor a la de los casos en mujeres por la misma vía, mientras que por este mecanismo en Estados Unidos se reportan dos hombres por cada mujer (19). Otro indicador, es que las mujeres dedicadas al comercio sexual en México presentan prevalencias bajas.

Transfusión sanguínea

Los casos por transfusión están en descenso. El porcentaje más alto de casos fue de 17% en 1989; para 1996 disminuyó al 8.4%. Entre mujeres el impacto de SIDA postransfusional fue mayor, pasando del 100% de los casos en mujeres en 1985, a 75% en 1986, y disminuyendo a 48% para los casos acumulados en 1996 (20). En México por ley, toda transfusión que se realiza debe ser previamente tamizada para el VIH.

Desde la prohibición del comercio de sangre hasta la actualidad, todas las transfusiones son por donaciones no remuneradas. Las metas de la SSA contemplan que los casos de SIDA por transfusión deberán ser prácticamente nulos en el 2000.

FIGURA 2
Porcentaje de casos de sida por transfusión sanguínea en años seleccionados y meta al año 2000



Casos en menores

En 1998 había 1002 casos acumulados en menores de 15 años (2.6% del total). Los factores de riesgo en este grupo fueron de 61.6% por transmisión perinatal. (16)

Usuarios de drogas intravenosas

Hasta 1998 se registraron un total de 252 casos (0.7%) cuya categoría de transmisión estuvo asociada con el uso de drogas intravenosas (UDIV) (16).

Casos rurales

De acuerdo al último dato analizado, hasta 1994 se habían registrado 699 (3.7%) casos acumulados en comunidades menores de 2,500 habitantes, área rural (21), y aunque manifestaba un crecimiento continuo, este aún está muy lejos de alcanzar el 22.5% del total que es lo que la población rural representa en México.

FIGURA 3
Porcentaje de casos urbanos y rurales en el total de casos acumulados
(1995) (21)

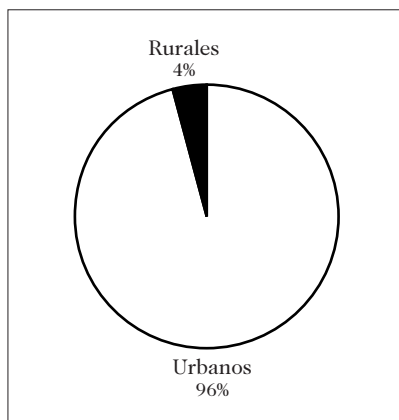


FIGURA 4
Porcentaje de casos masculinos y femeninos en transmisión sexual acumulados
(1998) (22)

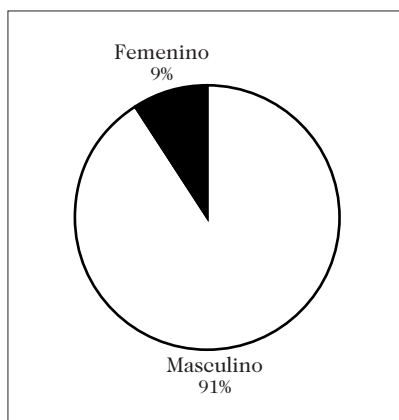
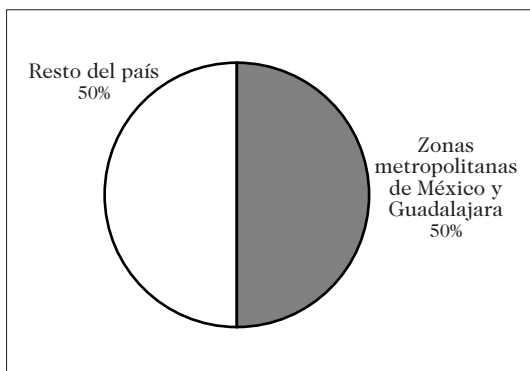


FIGURA 5
Porcentaje de los casos de SIDA concentrados en las ZM de la ciudad de México y Guadalajara (1997) (23)



Epidemia sexual, urbana y masculina

El VIH/SIDA en México es básicamente de transmisión sexual, 60.65% del total acumulado o 95% de los nuevos casos registrados en 1998, en donde la categoría de transmisión fue registrada son por esta vía. La mayoría de la epidemia sigue ocurriendo en hombres, es decir 3,977 (89.5%) de los 4,758 nuevos casos registrados en 1998, de hecho, la razón de masculinidad de 6:1, aumenta a 11:1 (91%) si solo consideramos la vía sexual. Es principalmente urbana, a diciembre de 1997 las ZM de México DF y Guadalajara, concentraban el 50% de la epidemia.

Mortalidad

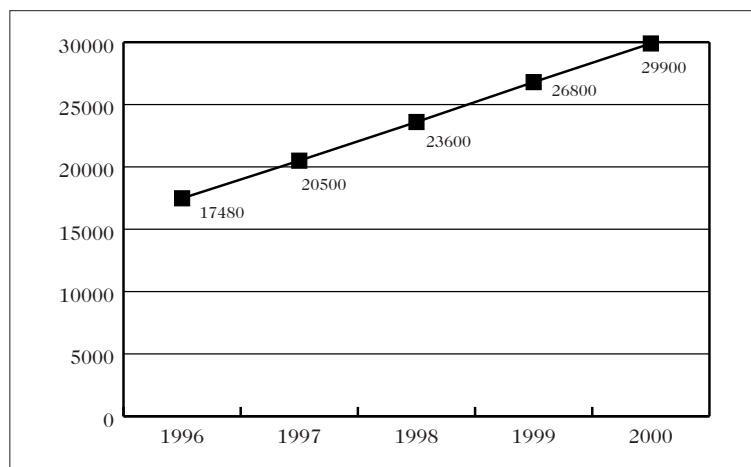
La mortalidad por SIDA en hombres de 25 a 44 años ha ascendido rápidamente; en 1988 hubo 84 defunciones por SIDA (3) en esas edades, ocupando el décimo cuarto lugar como causa de muerte en ese grupo. Sin embargo para 1992 subió hasta el sexto lugar (24). Para el 31 de diciembre de 1998, del total de casos registrados el 51.19% habían fallecido.

Proyección de casos

Con EPIMODEL, Magis, Bravo y cols (25) calcularon que para el año 2000 habría 74,213 casos; otros investigadores, Ávila y cols (26), utilizando métodos de extrapolaciones y retrocálculo, llegaron a cifras más conservadoras de 69,700. Ambas estimaciones incorporan al subregistro.

Con el fin de estimar los recursos necesarios para los programas de atención médica de personas con VIH/SIDA, en 1997 se realizaron las siguientes estimaciones de casos vivos (figura 6).

FIGURA 6
Número de personas con SIDA estimadas vivas 1996-2000
El CONASIDA y los Programas Estatales



CONASIDA y COESIDAS

En 1986 fue creado el Comité Nacional de Prevención de SIDA (CONASIDA) como grupo interinstitucional con objetivos de evaluar la situación nacional sobre SIDA; establecer criterios de diagnóstico, tratamiento y prevención; así como coordinar normas, pautas y actividades de control (24). En 1988, por decreto presidencial, adoptó el carácter de Consejo Nacional. Posteriormente se crearon los Consejos estatales (COESIDAS), que reproducen este modelo con diferente grado de desarrollo, incluso en algunos estados son prácticamente inexistentes. Sin embargo, a partir de la descentralización de los servicios de salud, en 1997 el Programa de Prevención y Control del SIDA se define como prioritario, incorporándose a la estructura orgánica de los Servicios Estatales de Salud (SESA). De 4 entidades federativas que en 1997 operaban con presupuesto propio —destacándose entre ellos: Jalisco, Michoacán y Oaxaca—, al término de 1998, el número de Estados con asignación presupuestal específica para la operación del Programa, aprovechando la infraestructura y recursos humanos de los servicios de salud, se incrementó a 14.

Las Organizaciones No Gubernamentales (ONGs)

En 1995, CONASIDA (27) identificó 112 ONG con trabajo en SIDA, de estas, el 51% se encontraban en la ZM del DF. Algunas se han enfocado a actividades relacionadas con la atención médica directa y bancos de medicamentos, incluso a la importación de ARV, algunos de los cuales inicialmente entraron al país por esta vía antes que a las farmacias. Si bien al principio de la epidemia, las ONG eran especialmente combativas al demandar programas preventivos al gobierno, a partir de 1996, sus demandas más radicales han caído en el rubro del acceso a ARV. Esto se ha manifestado con especial énfasis en los grupos de personas que viven con VIH-SIDA.

Servicios de atención médica a personas con VIH/SIDA

La atención médica de personas con VIH/SIDA en México se ha dado de manera heterogénea, en los inicios de la epidemia, muchos hospitales y profesionales de la salud se negaban a atenderlos u hospitalizarlos, aduciendo razones de espacio de capacidad pero escondiendo razones de ignorancia del problema, miedo a mecanismos de transmisión desconocidos y homofobia⁸.

Aún cuando el CONASIDA había sido creado como un organismo coordinador y normativo, ante las negativas de atención, el Consejo empezó a involucrarse en actividades de atención médica directa y a proporcionar AZT a través de protocolos tanto de investigación como humanitarios. A medida que aparecían nuevos anti-retrovirales, las compañías farmacéuticas se mostraban interesadas en que CONASIDA probara sus productos, estableciendo para ello convenios que se asumían finitos, sin embargo, CONASIDA empezó a utilizar parte de su presupuesto para comprar ARV con el fin de continuar la provisión gratuita de estos fármacos.

A principios de 1997 CONASIDA suspendió temporalmente la provisión de ARV, por lo que los afectados interpusieron un amparo contra CONASIDA el cual no fue otorgado. No obstante desde entonces la institución continúa proporcionando estos medicamentos a pacientes que participen o hayan participado en protocolos clínicos.

Posterior a la Conferencia de Vancouver (1996), CONASIDA anunció a través de la televisión el inicio de un protocolo auspiciado por una Compañía Farmacéutica, que incluiría por primera vez la provisión gratuita del primer inhibidor de proteasa que entraba al mercado mexicano. Como criterios para acceder a este medicamento se estableció que la persona tuviese menos de 60 linfocitos CD4, el número de dosis mensuales disponibles no era superior a 90.

A finales de 1996 la SSA solicitó que CONASIDA retomara el rol para el cual fue creado, es decir como organismo normativo, supervisor y coordinador, y no como proveedor de servicios asistenciales. Por lo que a partir de 1997, CONASIDA promovió

⁸ Información proporcionada por J. A. Izazola, Silvia Panebianco, Mauricio Ramos y Patricia Uribe quienes se involucraron en acciones contra el SIDA desde etapas iniciales de la epidemia en México.

la creación de servicios especializados para la atención integral de las personas con VIH/SIDA en unidades médicas de segundo y tercer nivel en cada una de las entidades federativas. Como una alternativa para ampliar el acceso a los anti-retrovirales para la población que acude a estos servicios, en coordinación con investigadores de la Universidad Nacional Autónoma de México y con fondos de la Secretaría de Salud se creó FONSIDA, AC, con la finalidad de recaudar fondos que permitieran brindar gradualmente anti-retrovirales a esta población. Para fines de 1998 se encontraban funcionando estos servicios en 14 Estados a través de los cuales se canalizó inicialmente el apoyo para los menores de 18 años y para embarazadas la profilaxis para la transmisión perinatal y el tratamiento posparto.

Atención médica a quienes tienen seguridad social

Estar afiliado al IMSS o ISSSTE en México es tener la “esperanza” de recibir ARV gratuitos. Estas instituciones incorporaron a sus cuadros de medicamentos una gama amplia de ARV; que actualmente pueden prescribir sus especialistas como el: AZT (desde 1992), ddc, ddi, Indinavir, Saquinavir, Ritonavir y 3TC (1997), en 1998 también se autorizó incorporar al d4T.

La cobertura de la seguridad social y los casos de SIDA varían de estado a estado, (ver Cuadro 4). Se asume que al menos la misma proporción de la población con SIDA o incluso la estimada viviendo con VIH tiene derecho a la seguridad social, sin embargo en un reporte de CONASIDA (28) se señala que solo el 40.9% del total de casos acumulados al 1 de abril de 1998, habían sido reportados por el IMSS y el ISSSTE, a pesar de que la cobertura nacional de estas dos instituciones es del 48.33% de la población general (ver cuadro 1). El autor considera que este porcentaje de cobertura con seguridad social a personas con VIH/SIDA podría ser superior al reportado y también superior a las cifras de seguridad social para población general. Esta presunción se basa en que la epidemia se ha manifestado con predominio urbano, es decir en donde la seguridad social tiene un porcentaje más alto de afiliados que la media nacional.

El estándar de atención

Con el aval de las instituciones de salud, se publicó en 1995⁹ la Norma Oficial Mexicana para la Prevención y Control de la Infección por VIH. (30) Aunque se encuentra en proceso de revisión sigue vigente, y en ella se hace referencia a la obligatoriedad de seguir la “Guía para la Atención de Pacientes con VIH/SIDA en Consulta Externa y Hospitales” (sección 6.11), en donde se señala que la atención la deben prestar médicos titulados con cédula profesional.

⁹ El Diario Oficial de la Federación es la publicación oficial del gobierno de federal para dar a conocer leyes, reglamentos y decretos que son de aplicación obligatoria al día siguiente de su aparición.

CUADRO 4

Población por estado¹⁰ (1995), porcentaje de la población general con derecho a la seguridad social (1998) y porcentaje del total de casos de SIDA que acumula cada estado. (1998) (29)

Estado	Población total	Población con Seguridad Social	Casos de SIDA total nacional
Aguascalientes	838,791	62.9%	0.4%
Baja California	2,098,627	70.6%	3.7%
Baja California Sur	384,456	52.5%	0.6%
Campeche	629,582	45.6%	0.4%
Coahuila	2,178,785	64.6%	1.6%
Colima	472,758	45.8%	0.3%
Chiapas	3,686,209	21.3%	1.1%
Chihuahua	2,804,856	71%	1.1%
Distrito Federal	8,064,987	53.7%	27.7%
Durango	1,429,861	50.3%	0.7%
Guanajuato	4,452,581	57.7%	1.7%
Guerrero	2,878,485	34.3%	3.2%
Hidalgo	2,105,955	29.8%	0.9%
Jalisco	6,172,542	60.1%	11.2%
México (Estado de)	12,191,867	48.7%	12.3%
Michoacán	3,852,976	36.5%	3.1%
Morelos	1,373,191	48.8%	2.3%
Nayarit	888,273	42.2%	1.3%
Nuevo León	3,457,585	62.0%	2.6%
Oaxaca	3,375,067	25.5%	1.8%
Puebla	4,806,702	38.8%	6.3%
Querétaro	1,241,860	56.5%	0.7%
Quintana Roo	672,114	53.1%	0.4%
San Luis Potosí	2,218,965	45.0%	0.9%
Sinaloa	2,383,465	60.5%	1.3%
Sonora	2,046,391	64.3%	1.3%
Tabasco	1,695,916	32.9%	0.6%
Tamaulipas	2,506,914	63.7%	1.8%
Tlaxcala	888,131	42.3%	0.8%
Veracruz	6,946,398	46.4%	4.6%
Yucatán	1,510,366	46.6%	2.1%
Zacatecas	1,351,481	36.0%	0.6%
			(Extranjeros) 0.7%
Total Nacional	91,606,137	49.6%	100%

¹⁰ La razón por la que solo se incluye población por estado, es que se trata del último registro oficial de población tomado de un censo nacional (tipo censo) realizado por el INEGI en 1995. Las cifras de población posteriores a ese año que se presentan a lo largo del documento son estimaciones.

La Guía de Atención fue actualizada y publicada en su tercera edición en 1997 y 1998 (31); hace referencia a diferentes esquemas de ARV, según el estado clínico y evolución de la persona, así como a los cambios en terapia de acuerdo al monitoreo por estudios de laboratorio incluyendo conteo de linfocitos CD4 y carga viral. Esta Guía, que también se encuentra en fase de revisión, ya contempla uso de terapias dobles y triples con ARV bajo el siguiente esquema:

CUADRO 5

Selección de tratamiento de acuerdo a cuenta de CD4 y/o carga viral disponible, publicado en la Guía obligatoria a que se hace referencia en 1997

Cuenta de CD4		Carga Viral		Terapia Inicial	Si existe progresión
500-350	O	<10 ⁴ (10,000 copias)	→	1 nucleósido (ddI)	→ 2 nucleósidos
350-200	O	10 ⁴ - 10 ⁵	→	2 nucleósidos AZT+ddi AZT + 3TC	→ 2 nucleósidos + Inhibidor de Proteasa
<200	O	>10 ⁵ (>100,000 copias)	→	2 nucleósidos+ Inhibidor de Proteasa (si es posible)	→ 1 nucleósido + 1 Inhibidor de transcriptasa reversa no nucleósido + 1 IP

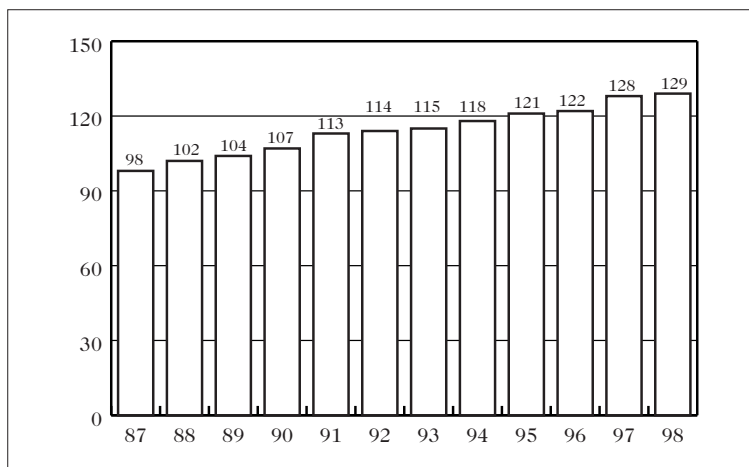
Suficiencia de médicos en México

A nivel internacional, se suele discutir si los países en desarrollo requieren entrenar personal paramédico, auxiliar, comunitario o incluso curanderos para que puedan brindar atención a las personas con VIH/SIDA¹¹, sin embargo muchas de estas recomendaciones se basan en la experiencia de África en donde la epidemia alcanza proporciones aún no observadas en América Latina, y su economía es solo una fracción de las segunda (32). En México la Norma Oficial obliga a que el prestador de esta atención sea un médico profesional titulado. La suficiencia de médicos pareciera no ser un problema (figura 7).

¹¹ El autor participó en un seminario internacional en Londres llamado "Access to Treatment for HIV in Developing Countries" con financiamiento de SIDA/LAC organizado por AIDS Consortium los días 5 y 6 de junio de 1998; en ese foro el hecho de capacitar personal no médico en atención de personas con SIDA fue ampliamente discutido.

FIGURA 7

Crecimiento del número de médicos en México de 1987 a 1998 (cifras en miles). Para 1998 la tasa (estimada) correspondería a 770 habitantes por médico o el equivalente a 1.3 médicos por cada 1,000 habitantes



Si bien el problema no se presenta por el número de médicos, en realidad se enfoca a los especialistas, y al lugar donde estos se ubican. Al especialista que normalmente se recurre dentro del sistema para referir a las personas con SIDA es al infectólogo, sin embargo, la mayoría de ellos se concentran en las 3 grandes urbes del país, que si bien es en donde se ubican poco más del 50% de los casos, el problema se traslada entonces a las restantes ciudades¹².

En el IMSS los derechohabientes con VIH/SIDA, son referidos para su atención a hospitales de tercer nivel, o a hospitales de segundo nivel que cuenten con un especialista, pero en algunos casos, estos son manejados en Unidades de Medicina Familiar del primer nivel.

Destacados clínicos especialistas¹³ consideran que el problema de asignar o entrenar a un médico general o familiar en el manejo de la persona con SIDA en una ciudad pequeña, se debe primordialmente, a la dificultad que este tendrá para mantenerse actualizado en el tema debido a que el volumen de casos que podrá consultar al año no le permitirían mantenerse activo.

¹² Problemática señalada por la Dra. Patricia Uribe, Coordinadora General del CONASIDA-México.

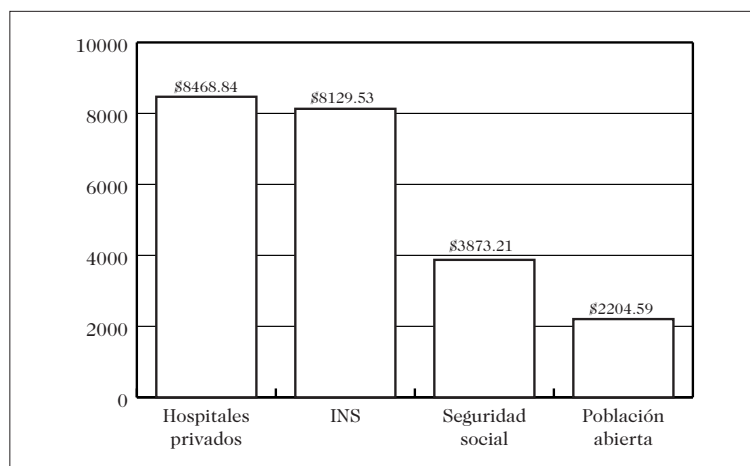
¹³ Los Drs. Samuel Ponce De León y Juan Sierra ambos del Instituto Nacional de la Nutrición (Hospital de tercer nivel de la SSA).

Costos y gastos en la atención médica del paciente con SIDA

En estudio previo sobre gastos de atención ambulatoria y hospitalaria de las personas con SIDA en México (33) con datos y procedimientos que ocurrieron en 1996, (a menos que se especifique lo contrario) en 5 ciudades: México DF, Guadalajara, Monterrey, Tijuana y Mérida, se obtuvieron los resultados que a continuación se detallan.

Se encontró que el costo total anual por persona para 1996, fue de \$5,265.86 USD, quedando esta cifra distribuida en 86% para medicamentos, 12% estudios de laboratorio e imagen y 2% como costo de consultas médicas ambulatorias. Una vez separando los costos de los medicamentos por tipo de institución, las diferencias se aprecian en la figura 8.

FIGURA 8
Costo anual de medicamentos por paciente ambulatorio
En USD. 1996. (Promedio de la muestra: \$4,542.01 USD)



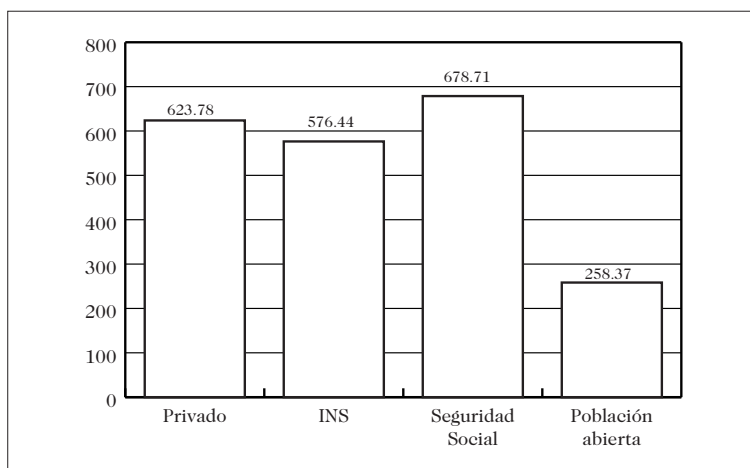
La gran diferencia entre los dos extremos: hospitales privados vs de población abierta se explica principalmente por el poder adquisitivo de la persona. En el caso del Instituto Nacional de Salud incluido en el estudio, aún la persona de escasos recursos se ve favorecida en muchas ocasiones por ser incluidas en protocolos que proporcionan ARV gratuitos.

En las instituciones de seguridad social, el costo es sólo un reflejo del uso de los medicamentos oficialmente autorizados en 1996 en su cuadro básico. Las diferencias encontradas para el costo anual de medicamentos en el paciente ambula-

torio fueron de \$9,407.39 USD en un hospital privado de la Ciudad de México y de \$713.82 USD en un hospital público¹⁴.

Para el caso de los exámenes de laboratorio, los resultados reflejan un panorama diferente, en cuanto a la seguridad social se refiere, tal como se puede apreciar en la siguiente figura.

FIGURA 9
Costo anual de laboratorio e imagen por paciente ambulatorio en USD, 1996.
(Promedio de la muestra : \$612 USD)



Tal como se puede apreciar, en este caso los costos en los hospitales de la seguridad social, nos pudiesen estar mostrando el hecho de que, a diferencia de los otros esquemas (asistencia pública y privados), los derechohabientes no tienen que hacer gastos de bolsillo para cubrir estos estudios. Se debe hacer notar que en 1996, la cuantificación de RNA viral (Carga Viral), aún no estaba disponible en los hospitales de seguridad social, pero sí en el mercado privado.

Costos de atención hospitalaria

En 1996, la estancia hospitalaria promedio por persona con SIDA fue de 11.6 días, con mediana de 10 días en la última hospitalización registrada, con 1.3 internamientos

¹⁴ Un hospital para población abierta localizado en Ciudad Nezahualcóyotl (ZM de la ciudad de México).

por año, en un hospital privado solo fueron 5 días de hospitalización promedio. El costo promedio por día de hospitalización fue de \$186.71 USD., con una diferencia amplia entre un hospital privado (\$1,573 USD diarios) y un hospital público de asistencia social (\$147 USD diarios).

Política de precios de medicamentos

¿Cuál es el precio razonable por un medicamento?, es un asunto de una gran controversia. Las empresas comerciales cobran un precio con base en el argumento de cubrir los costos de investigación y obtener un margen de ganancias que haga rentable esta inversión, mientras que en el caso de los pacientes-consumidores el problema se enfoca de otra manera, pues ellos desean tener el acceso sin barreras de precios, y los organismos y agencias internacionales como la OMS buscan el acceso a los medicamentos esenciales como parte de la estrategia de “salud para todos”.

Precio justo y rentabilidad normal son elementos que se presentan en un mercado competitivo, pero en el caso de los medicamentos, las patentes, marcas comerciales, la demanda del paciente y un tercer pagador (gobierno), provocan un mercado imperfecto con un manejo administrado de precios.

La práctica de discriminación de precios es una estrategia que se ha venido utilizando ampliamente en la industria, con el propósito de aumentar la rentabilidad. En el manejo del SIDA, la única terapia relativamente eficaz la constituyen los ARV, por lo que para las personas enfermas no hay propiamente una alternativa viable, en términos económicos se diría que la demanda es inelástica¹⁵ al precio, o sea, que se consumen los medicamentos apropiados o la persona muere.

La nueva política de medicamentos genéricos

Con base en lo anterior y a algunos otros razonamientos económicos, en 1998, El Gobierno Federal publicó la norma referente a los medicamentos genéricos intercambiables, es decir aquellas sales sin patente que se pueden vender al público y que son similares al producto de patente (34).

Uno de los productos incluidos fue el AZT, del cual los precios que se obtienen, sobre todo en compras grandes, son mucho menores que en la farmacia, lográndose obtener desde \$19.50 USD a \$40.00 USD por cada caja con 30 cápsulas de 250 mgs c/u. Para 1998 se tenía conocimiento de 9 compañías que producían o importaban, envasaban y comercializaban AZT.

¹⁵ Inelástica: la demanda por el medicamento no se modifica en relación a cambios en el precio del mismo.

ARV aprobados para su uso en México

Todo medicamento que vaya a ser utilizado requiere un permiso especial (registro) de la SSA, este lo debe tramitar la farmacéutica que lo pretenda comercializar, sin embargo, de acuerdo con el Tratado de Libre Comercio de Norteamérica (TLC), México se compromete a respetar las patentes. Actualmente, los siguientes ARV están disponibles en el mercado del DF:

CUADRO 6¹⁶
Medicamentos aprobados para su uso en México comparado con fecha autorizada por la FDA en Estados Unidos

Medicamento	Laboratorio que lo comercializa en México	Fecha de aprobación por FDA en Estados Unidos	Fecha de aprobación en México por la SSA
AZT (Retrovir® y otros nombres)	Glaxo-Wellcome, PISA, Kendrik, NOVAG, Wayne, Fustery, Protein y Seromo	Marzo 1987	Enero 1990
ddI (Videx®)	Bristol-Myers-Squibb	Octubre 1991	Noviembre 1996
ddc (Hivid®)	Roche	Junio 1992	Agosto 1995
d4T (Zerit®)	Bristol-Myers-Squibb	Junio 1994	Julio 1998
3TC (Epivir®)	Glaxo-Wellcome	Noviembre 1995	Noviembre 1996
Saquinavir (Invirase®)	Roche	Diciembre 1995	Noviembre 1996
Ritonavir (Norvir®)	Abbott	Marzo 1996	Mayo 1997
Indinavir (Crixivan®)	Merk-Sharp & Dome	Marzo 1996	Mayo 1997
AZT-3TC (Combivir®)	Glaxo-Wellcome	Septiembre 1997	Marzo 1998
Nevirapina (Viramune®)	Boehringer-Promeco	Junio 1996	Junio 1998
Delavirdina (Rescriptor®)	Pharmacia & Upjohn	Mayo 1997	Septiembre 1998

¹⁶ Los datos de esta tabla fueron obtenidos por David Alberto Murillo y publicados originalmente en el Boletín SIDA-Hoy No 26, 1 de enero de 1999.

Precio de ARV en farmacias privadas

El precio en las farmacias privadas de la ciudad de México se muestra en el siguiente cuadro con información al 4 de enero de 1999 (35).

CUADRO 7

Nombre, presentación y precios de medicamentos anti-retrovirales disponibles en la Ciudad de México. Enero 1999

Medicamento	Presentación	Precio de farmacia minorista de la ciudad de México (En US Dlls, enero 1999)
AZT (Retrovir®)	Caja con 30 cápsulas de 250 mgs	\$85.30
AZT+3TC (Combivir®)	Frasco con 60 tabletas 300/150 mgs	\$372.35
ddc (Hivid®)	Frasco 100 comprimidos .75 mgs	\$209.80
ddI (Videx®)	Frasco con 60 tabletas de 100 mgs	\$62.00
D4T (Zerit®)	Frasco con 60 cápsulas de 40 mgs	\$180.00
3TC (Epivir®)	Frasco 60 cápsulas de 150 mgs	\$189.60
lindinavir (Crixivan®)	Frasco 180 cápsulas de 400 mgs	\$372.30
Saquinavir (Invirase®)	Frasco 270 cápsulas de 200 mgs	\$439.40
Ritonavir (Norvir®)	Frasco 240 cápsulas de 100 mgs	Salió del mercado
Nevirapina (Viramune®)	Frasco con 100 tabletas de 200 mgs	\$382.50
Delavirdina (Rescriptor®)	Frasco con 360 tabletas 100 mgs	\$251.50

Tipo de cambio al 4 de enero de 1999. \$1.00 USD = \$10.00 MX pesos

Gasto público en atención médica del VIH/SIDA en 1996

Con los datos del estudio previo (33), de los 17,481 casos vivos en 1996, 39.8% fueron de la seguridad social, 56.7% de la asistencia pública (incluyendo hospitales de la SSA, institutos nacionales y hospitales universitarios) y 3.5% fueron de origen privado. (Ver cuadro 8).

El impacto económico del VIH/SIDA en el sector público de México se está dando con diversa magnitud en diferentes niveles. En el gasto público total del Gobierno Federal (36) e incluso en el que se destina al Sector Salud, aún no presenta un impacto significativo. En relación al gasto de atención médica en VIH/SIDA para 1996, tal como se aprecia en el cuadro 8, el total de \$52.8 millones de USD, está compuesto en un 90% por la aportación de la seguridad social. Se debe hacer mención que las estimaciones de gasto se basan en los costos calculados en base a lo que se está realizando en la realidad y no necesariamente reflejan tratamientos óptimos o adecuados.

CUADRO 8
Estimados de gasto públicos totales en atención del paciente con VIH/SIDA en 1996. en USD¹⁷

Rubro	Atn. ambulatoria	Hospital	Total
Población abierta	\$ 1,396,105.20	\$ 3,876,087.60	\$ 5,272,192.80
Seguridad social	\$21,887,348.13	\$25,670,607.17	\$47,557,955.30
Total	\$23,283,453.33	\$29,546,694.77	\$52,830,148.10

Proyecciones de costos al año 2000

En el caso de que una persona con SIDA requiriera de tratamiento médico básico ambulatorio durante un año (1997), consistente en tres medicamentos (AZT, 3TC e Indinavir, \$10,197.50 USD) más un profiláctico (Trimetropin/Sulfametoxazol, \$47.40 USD), 2 estudios de carga viral (\$272.56 USD), 3 estudios de conteo de linfocitos CD4 (\$195.40 USD.), 4 biometrías hemáticas (\$12.23 USD.), una prueba de funcionamiento hepático (\$15.28 USD) y 4 consultas médicas especializadas (\$153.85), el importe con precios de mercado minorista sería de \$10,894.20 USD.

En compras al mayoreo de AZT (37) es posible ahorrar hasta el 80% sobre el precio de farmacia, y 45% si las consultas se otorgan en hospitales públicos, obteniendo con esto una disminución del 25% del costo total del paquete, para quedar en \$8,180.95 USD. Por otro lado, si tomamos como válido los pronósticos de dos corredurías estadounidenses, una que estima que para el año 2000 los inhibidores de proteasa (IP) tendrán un costo de \$4,000 USD anuales y otra que dice que este costo podría estar en \$2,000 USD anuales (38), debido a una mayor competencia con otros nuevos medicamentos (39), nos llevaría el costo de los IP a \$3,000 USD por año.

Proyección de costos

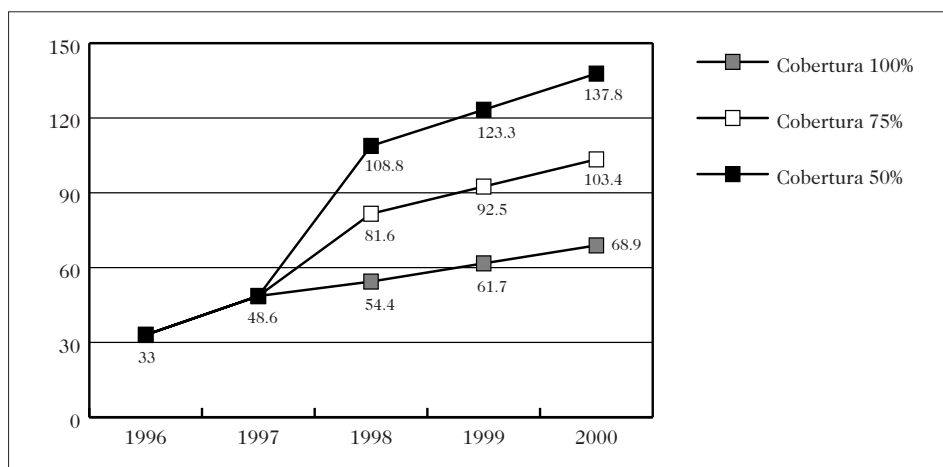
Una proyección de costos tomando sólo en cuenta precios de ARV se puede observar en las siguientes figuras que muestran diferentes tipos de cobertura, (escenarios I, II y III).

El primer escenario (I), se refiere a la proyección de costos asumiendo que los precios de los ARV se mantuvieran constantes y estimando mantener cobertura actual de 50% , o alcanzando unas de 75% y 100%. La cifra para compra de medica-

¹⁷ Fuente : Estudio Impacto Económico del VIH/SIDA en México. Tipo de cambio \$6.40US=\$1.00MX. En el rubro de la asistencia pública se han eliminado diferentes porcentajes del costo que son cubiertos como gastos de bolsillo de los pacientes y por lo tanto son considerados como gastos privados. A diferencia de los gráficos de resultados sobre costos ambulatorios, en estas estimaciones de gastos se ha descontado el ahorro que significan para las instituciones las compras consolidadas de medicamentos, así como el menor costo en los servicios de laboratorio e imagen comparados con precios de mercado.

FIGURA 10

Escenario I: A partir de 1998, se muestran tres tipo de coberturas, con precios de ARV constantes en farmacias minoristas. En millones de USD



mentos en el año 2000 sería cercana a los \$138 millones de USD. Sin embargo, podría ser este un escenario improbable si se toma en cuenta que en efecto han empezado a disminuir los precios de los ARV.

En el escenario II, se asume que los ARV empezarían a bajar en un 10% anual a partir de 1998. El monto para el año 2000 para cubrir al 100% de las personas que vivan con SIDA sería de \$103 millones de USD, semejante a lo solicitado con este mismo fin a la SHCP por PoSitHIVos, quienes incluyeron solo al 50% de los afectados que carecen de seguridad social.

Para el tercer escenario (III) se asume una caída en los precios de los ARV de un 20% anual, lo cual provocaría que aún con el aumento del número de casos de SIDA, para el año 2000 el monto total requerido para una cobertura de 100%, de \$80 millones de USD, fuese menor que la cantidad que se hubiese requerido en 1998 con el mismo fin, es decir el ritmo de crecimiento de la epidemia no compensaría la caída de los precios y habría un ahorro de \$58 millones de USD entre el escenario I (sin reducción de precios) y el escenario III para ese año.

Gastos de bolsillo

La mayor parte de los gastos de la persona sin seguridad social con VIH/SIDA son asumidos por los afectados, sus familiares y amigos o donadores privados. En este estudio y de acuerdo con el número de pacientes privados estimados, así como considerando porcentajes de gastos que deben realizar aquellos que acuden a instituciones de asis-

FIGURA 11

Escenario II: A partir de 1998, se muestran tres diferentes tipos de coberturas, con precios de ARV que disminuyen en 10% anual hasta el año 2000.

En millones de USD

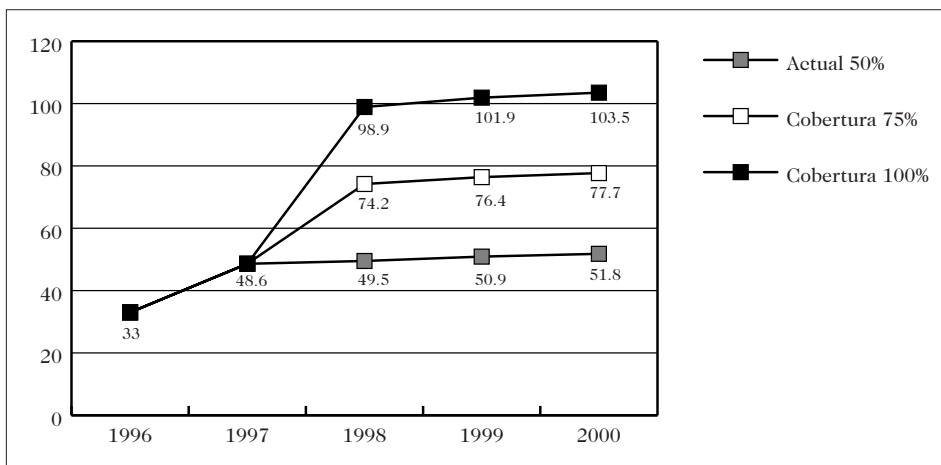
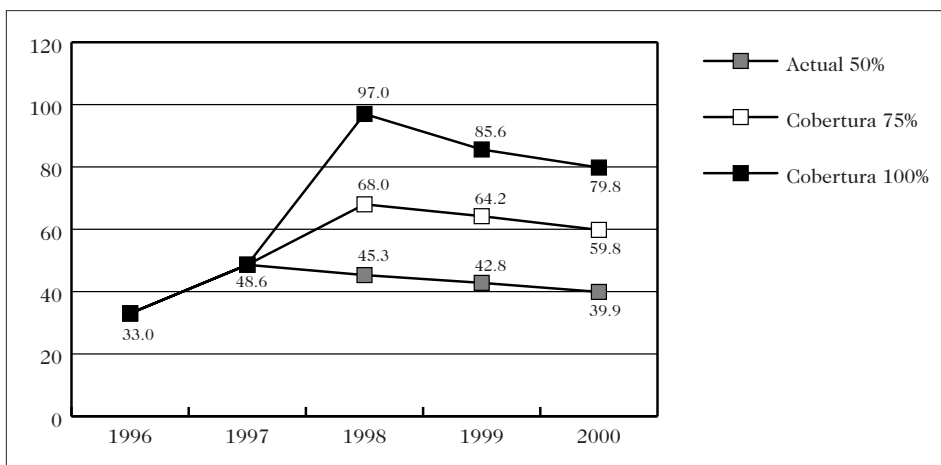


FIGURA 12

Escenario III: A partir de 1998, se muestran tres diferentes tipos de coberturas, con precios de ARV que disminuyen en 20% anual hasta el año 2000.

En millones de USD



tencia social, las cuales cobran cuotas, y tomando en cuenta que no proporcionan medicamentos gratuitos, se configuro la siguiente tabla.

CUADRO 9
Estimación de gastos totales anualizados con fondos de origen privado en atención médica del paciente con VIH/SIDA en México para 1996, en USD.

Rubro	Atn. ambulatoria	Hospital	Total
Privados	\$5,709,727.44	\$1,191,167.65	\$6,900,895.09
Población Abierta	\$25,378,561.47	\$5,168,116.80	\$30,546,678.27
Total	\$31,088,288.91	\$6,359,284.45	\$37,447,573.36

Fuente : Estudio Impacto Económico del VIH/SIDA en México. Tipo de cambio \$6.40US= \$1.00mx. En el rubro de la población abierta se han incluido diferentes porcentajes del costo que son cubiertos como gastos de bolsillo de las personas y por lo tanto son considerados como gastos privados.

En este último cuadro están representadas las estimaciones de gastos totales tomando en cuenta que el número de personas con SIDA atendidos en el sector privado fue de sólo el 3.5% del total, mientras que en los diferentes esquemas de asistencia social fueron atendidos el 56.7% de ellos.

De los cuadros 8 y 9, se puede deducir que el gasto total (público y privado) estimado para 1996 fue de \$90,277,721.46 USD, 41.5% de origen privado y 58.5% público.

Impacto en la economía familiar

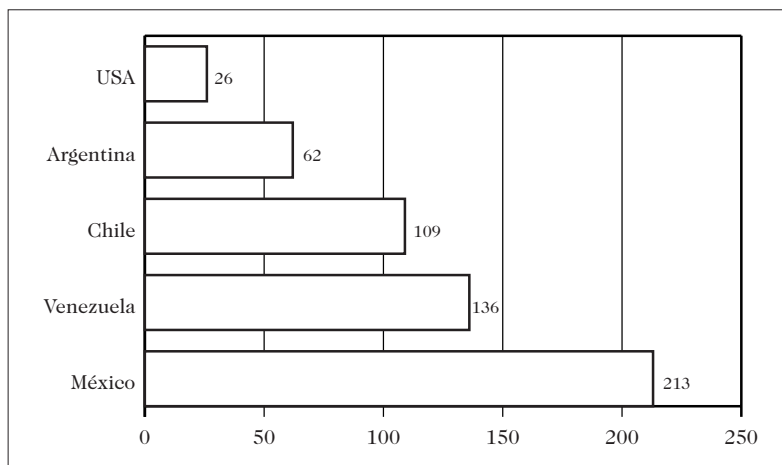
Una aproximación al poder de compra es el salario mínimo vigente, el oficial al 1° de enero de 1997 se estableció en \$3.37 USD diarios¹⁸ (40); para enero de 1999 fue de \$3.44 USD diarios. Esto significa que para adquirir mensualmente tres ARV en farmacia minorista (AZT, 3TC e IP) tendría un costo de \$732.50 USD en 1999, por lo que la persona requiere de 213 días de salario mínimo¹⁹. Algunas comparaciones internacionales con datos obtenidos en 1997 por este mismo estudio se presentan en la siguiente figura.

¹⁸ El salario mínimo en México se establece por zonas económicas, en este caso se toma el más alto correspondiente a la zona A que comprende las ciudades de México, Guadalajara, Monterrey y Tijuana.

¹⁹ En publicación previa del mismo autor registraba el precio de este mismo coctel en dosis mensual para 1997 en \$850 USD, es decir una disminución de 13.8% en el precio para 1999 y un muy ligero aumento del salario mínimo en México.

FIGURA 13

Poder de compra del coctel²⁰ de medicamentos anti-VIH, en relación al salario mínimo de 1997 y de 1999 en el caso de México.



La respuesta del IMSS: regiones y presupuesto

El IMSS (esquema ordinario²¹) afilia a un 39.8% de la población general²². Este Instituto cuenta con una estructura nacional regionalizada (cuadro 10).

El IMSS es también quien mayor presupuesto ejerce, en la figura 14 se muestran sus gastos de operación de 1990 a 1999 en USD en términos corrientes, haciendo la anotación que no todo su presupuesto se ejerce en el rubro de gastos en salud (Prestaciones médicas) ya que también el instituto ofrece otro tipo de servicios (Prestaciones sociales y económicas) a sus asegurados.

²⁰ El Coctel incluye: AZT+3TC+Indinavir y está basado en precios de 1997 en Estados Unidos \$953 USD, Argentina \$925 USD, Chile 980 USD y Venezuela \$680 USD, para México (1999) es de \$732.50 USD.

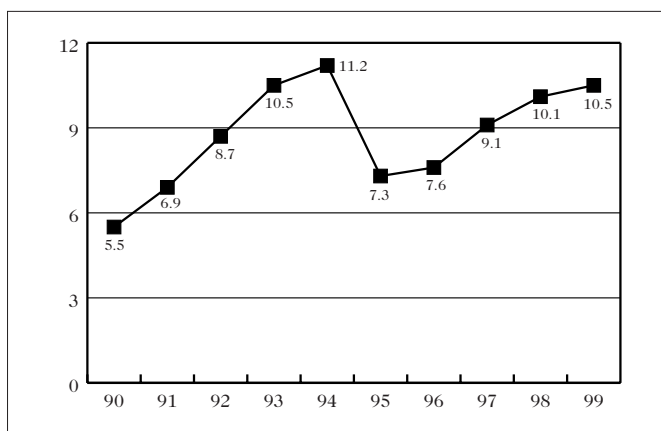
²¹ Esquema ordinario significa aquel servicio que reciben los afiliados al IMSS y no aquellas personas no aseguradas que se benefician del esquema IMSS-Solidaridad que opera en zonas rurales y marginadas.

²² De acuerdo con la Ley del IMSS también existen otras modalidades de aseguramiento como lo son el seguro de la familia y el seguro facultativo (individual o colectivo), por supuesto todos ellos tienen requisitos de exclusión por enfermedad previa.

CUADRO 10
Regiones que comprende el IMSS

	Comprende
<u>Región Siglo XXI</u> <i>basada en el DF</i>	Sur del DF, Morelos, Querétaro, Guerrero y Chiapas
<u>Región La Raza</u> <i>basada en el DF</i>	Norte del DF, Hidalgo y Estado de México
<u>Región Norte</u> <i>basada en Monterrey, N.L.</i>	Nuevo León, Coahuila, Chihuahua, Durango, San Luis Potosí, Tamaulipas y Zacatecas
<u>Región Occidente</u> <i>basada en Guadalajara, Jal.</i>	Jalisco, Aguascalientes, Colima, Guanajuato, Michoacán y Nayarit
<u>Región Noroeste</u> <i>basada en Hermosillo, Son.</i>	Sonora, Sinaloa, Baja California y Baja California Sur
<u>Región Sur</u> <i>basada en Puebla, Pue.</i>	Puebla, Oaxaca, Tabasco, Tlaxcala y Veracruz
<u>Región Oriente</u> <i>basada en Mérida, Yuc.</i>	Yucatán, Campeche y Quintana Roo

FIGURA 14
Gastos de operación del IMSS (incluyendo IMSS-Solidaridad), de 1990 a 1999 en miles de millones de USD corrientes^{23, 24}



²³ Los datos del presente cuadro fueron tomados de los registros en la página electrónica de la institución <http://www.imss.gob.mx>. Área de Finanzas Presupuesto de operación de 1997: 3.4.6 y para 1998 y 1999, el IMSS publicó las cifras en el diario Reforma el día 3 de marzo de 1999.

²⁴ Tipos de cambio en MX pesos por \$1.00 USD utilizados: 2.65 en 1990, 3.07 en 1991, 3.09 en 1992, 3.12 en 1993, 3.37 en 1994; 6.4 en 1995, 7.6 en 1996, 7.85 en 1997, 8.58 en 1998 (Feb), y 10 en 1999.

Compras y abasto de medicamentos 1997

El IMSS como principal comprador de medicamentos, en 1997 realizó adquisiciones por un monto total de \$2,693,063,679.27 Pesos (\$343,065,436.85 USD) a un total de 131 diferentes proveedores de productos farmacéuticos, de los cuales muchos son intermediadores o distribuidoras de los mismos. Por ley el IMSS está obligado a realizar sus compras a través de licitaciones públicas abiertas a los proveedores interesados. Aún cuando estas compras de medicamentos son regionalizadas, posee un mecanismo central de registro y control de abasto de medicamentos que lo da a conocer a través de una fuente en su página electrónica un año después (<http://www.imss.gob.mx>).

En general los niveles de abasto del IMSS son altos²⁵; el promedio que registra la fuente es de 80.52% al finalizar el tercer trimestre de 1997²⁶. La Región Norte registró los mayores problemas de abasto durante 1996-1997, aunque no se especifica que productos fueron los más afectados, ya que la tendencia de 1996 a 1997 fue a un mayor desabasto. El IMSS ha publicado un Plan de Abasto total en su misma página electrónica, sin embargo no aclara en que fecha operará este en forma óptima.

Compras y licitaciones de ARV

El IMSS es también el mayor comprador de ARV, en 1997 los adquirió por \$45,037,111 MX pesos (\$5,737,211.59 USD)²⁷, un 1.67% del total de sus compras de productos farmacéuticos (figuras 15 y 16).

Para 1998, el número²⁸ licitado por el IMSS alcanzó las 230,952 unidades de ARV, es decir un incremento de 229% con respecto al año anterior. En la distribución para 1998 es posible notar la disminución porcentual del número de unidades de AZT con respecto a 1997, sin embargo, este efecto se debe al aumento en el número de unidades de otros ARV, destacando de manera notable el 3TC que pasa de 4% al 14% y el conjunto de IP (Indinavir, Saquinavir y Ritonavir) que de estar en 4% suben a 21%. Transformando el número de unidades de estos últimos medicamentos en dosis habituales anuales, podríamos estimar que al menos 5,076 derechohabientes recibieron IP durante 1998, el 53% recibiría Indinavir, el 28% Saquinavir y el restante 19%

²⁵ Para el 3er y 4to trimestre de 1996 las regiones occidente y norte no registraron los datos de abastecimiento en la fuente consultada, por lo que arbitrariamente se les asignó 80% con fines de gráfica.

²⁶ Los datos de porcentaje de abasto de medicamentos se tomaron de la página electrónica del IMSS <http://www.imss.gob.mx> 3.5.2 Abastecimiento, 3.5.2.4 niveles de abastecimiento de medicamentos (porcentaje de claves abastecidas a nivel óptimo). Dirección Administrativa/Coordinación de Abastecimiento.

²⁷ Datos proporcionados por el área de mercadotecnia de una de las Compañías Farmacéuticas proveedoras del IMSS.

²⁸ Unidades se refiere a cajas o frascos con las siguientes cantidades: AZT 250mg con 30 cápsulas; AZT 100mg con 100 cápsulas; AZT solución con 1 gr. en 200mls; ddI 100mg con 60 tabletas; ddI 25mg con 60 tabletas; dde .75mg con 100 tabletas; Indinavir 400mg con 180 cápsulas; Ritonavir de 100mg con 240 cápsulas; Saquinavir de 200mg con 270 cápsulas; 3TC de 150mg con 60 cápsulas.

FIGURA 15
Distribución del total de 70,226 unidades de ARV licitadas por el IMSS (1997)

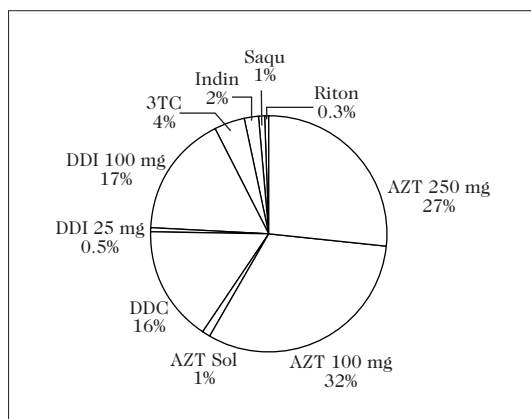
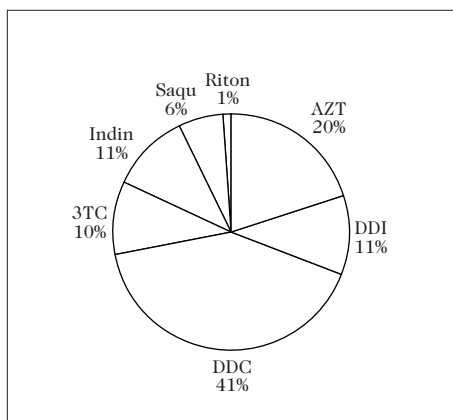


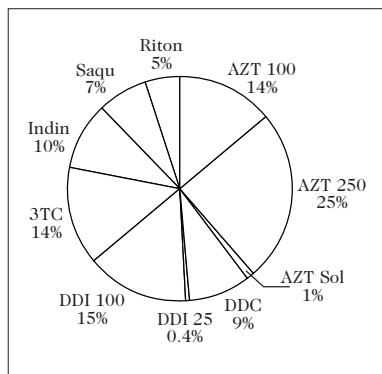
FIGURA 16
Distribución de los \$5,737,211.59 USD en ARV pagados por el IMSS (1997)



Ritonavir, este último en su presentación de cápsulas fue retirado del mercado durante ese mismo año²⁹.

²⁹Laboratorios Abbott, quien tiene la patente de Ritonavir anunció que este retiro es temporal mientras introduce al mercado una nueva fórmula de este compuesto. Por lo pronto sólo se encuentra disponible en solución oral.

FIGURA 17
Distribución del número de unidades de ARV licitadas por el IMSS en 1998



Las licitaciones del IMSS en 1998 se hicieron de manera regionalizada. Aún cuando no se pudo obtener un registro exacto del número de derechohabientes vivos y activos en el IMSS, asumiendo que la representación regional fuera correcta (de acuerdo a distribución nacional), y que los montos de las licitaciones fuesen acordes con el número de personas con VIH/SIDA que requieren ARV, podríamos suponer que algunas regiones estarían licitando menos que lo que sus necesidades indican y por lo tanto teniendo un desabasto en ARV, esto se vería más patente en las regiones Sur y Norte; por otro lado las regiones que tuvieron un mejor abasto de ARV en 1998 fueron la Siglo XXI, Occidente y Oriente. Es posible notar, que probablemente existen patrones de prescripción de IP diferentes entre cada región, ya que mientras parece ser que en la región Sur se privilegia el uso de Ritonavir, en la Oriente se prefiere el Indinavir y en la Noroeste existe más demanda por el Saquinavir. En entrevista con uno de los especialistas de la región Occidente³⁰, éste señala que el volumen de pacientes hace la diferencia en la probabilidad de que un hospital sufra un desabasto de un ARV, ya que cuando el médico tiene por alguna causa clínica que cambiar el ARV, si el número de pacientes es muy bajo, la probabilidad de que el nuevo medicamento no esté disponible en el la farmacia de ese hospital se incrementa (ver cuadro 11).

Por otro lado, las diferencias de abasto de tipos de ARV entre cada región, también podría dar indicios de la falta de una guía o protocolo estándar de atención, que aunque ya existe uno editado y publicado por CONASIDA y avalado por el IMSS, en entrevistas con varios médicos han señalado que a veces esta guía no se sigue ya que requiere de actualización³¹. También estas diferencias en la demanda o prescrip-

³⁰ El Dr. José Manuel Ramírez de Jalisco es quien hace este señalamiento.

³¹ Comentario expresado por el Dr. Renán Góngora de Yucatán.

CUADRO 11

Casos de SIDA estimados por región del IMSS³² y porcentaje de las licitaciones de ARV que absorbió cada una de ellas en 1998 (41)

Rubro	Siglo XXI	La Raza	Norte	Occidente	Noroeste	Sur	Oriente	Total
Casos de SIDA	24.1%	24.5%	8.9%	18.2%	7%	14.3%	3%	100%
AZT 100 Mgs	33.8%	36.2%	1.7%	15.7%	3.6%	8.9%	0%	31,413
AZT 250 Mgs	48.9%	13.3%	5.6%	14.8%	7.2%	4%	6.1%	60,378
AZT Sol.	4%	22.4%	3.7%	52.2%	0.7%	6.4%	10.5%	1,386
Ddc	30%	16%	4.7%	30%	6.5%	10.8%	2.1%	19,832
DdI 100mgs	35.2%	18.7%	3.7%	30.4%	3.6%	5.8%	2.7%	33,528
ddl 25 Mgs	0%	16%	4.3%	45.8%	16.9%	12.8%	4.2%	908
3TC	21.8%	30.1%	1.4%	19.5%	7.5%	13.8%	6%	32,545
Indinavir	20.9%	30%	1.8%	25.4	0%	9.8%	12%	22,596
Saquinavir	21%	30%	2.1%	20.8%	8%	6.8%	11.2%	16,978
Ritonavir	27.6%	28%	2.8%	23.2%	2.7%	15.7%	0%	11,387
Del total de unidades	33.1%	23.5%	3.3%	21.4%	5.4%	8.3%	5.1%	230,952 unidades

ción por medicamentos podrían hablarnos de la necesidad de una mayor capacitación a los médicos responsables de recetar estos medicamentos.

De protestas a propuestas

Posterior a la Conferencia sobre SIDA en Vancouver Canadá, y a la publicidad sobre los resultados de las nuevas combinaciones de ARV, motivó que las personas afectadas por el VIH/SIDA se comenzaran a preocupar por el acceso a estos nuevos medicamentos. En octubre de 1996, se agrupan en un movimiento llamado Frente Nacional de Personas Afectadas por el VIH (FRENPAVIH) (42), estableciendo como su objetivo principal el de la movilización con el fin de demandar acceso a ARV al gobierno. En febrero de 1997 un sub-grupo (Protocolarios), interpuso una demanda legal en contra la SSA y el CONASIDA (anteriormente referida), basada en la violación del artículo cuarto constitucional, el que se refiere “al derecho a la salud”³³. En abril de 1997 el FRENPAVIH,

³² Se utilizaron indicadores de casos acumulados de SIDA al 31 de diciembre de 1998 y su distribución por estados. En el caso del DF se estimó que el 60% se concentrarían en la Región Siglo XXI y 40% en la Región “La Raza”. (Cálculo del DF hecho tomando en cuenta el reporte acumulado de casos en las delegaciones políticas del DF en el norte y sur de la ciudad del Registro Nacional de casos de SIDA/SSA-CONASIDA.

³³ El Artículo 4to de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos establece el derecho de todo mexicano a la “protección de su salud”, sin embargo no queda claro que alcances tiene este enunciado.

mejor organizado y con mayor convocatoria, aprovecha la realización de un Congreso de Infectología y la presencia en el mismo de las altas autoridades del sistema de salud, y realizan un mitin en el que bloquearon dos grandes avenidas de la ciudad; los afectados usaron capuchas blancas, cubriendo sus rostros para cuidar sus identidades, logrando un impacto entre los medios de difusión³⁴. Sus demandas: acceso a ARV y atención con calidad, así como regularización del abasto de los medicamentos del IMSS (AZT, ddC y ddI) e inclusión de los IP. La presión política suscitó compromisos del IMSS en el sentido de regularizar el abasto de ARV, e incluir en el corto plazo a los IP (43). La SSA sólo se comprometió a buscar un mecanismo de financiamiento alternativo. El FRENPAVH obtuvo apoyos en otras partes del país, de tal forma que para septiembre de 1997 ya tenían simpatizantes en 25 de las 32 entidades y realizaban movilizaciones en Aguascalientes, Jalisco, Nuevo León y Yucatán. En noviembre 1997 llegan a un acuerdo con la SSA con el fin de recibir apoyos para llevar a cabo reuniones estatales y regionales para estructurarse como una Comisión Nacional que con representatividad fuese un interlocutor con las autoridades de salud. Por otro lado, el líder de este grupo recibió asesoría para presentar propuestas de presupuesto público para ARV ante la Cámara de Diputados, lo cual hizo como miembro del FRENPAVH en diciembre de 1997, y posteriormente en marzo de 1998 en el foro legislativo antes referido. Dicho líder, a raíz de las propuestas técnicas para acceso a ARV y después de dejar el liderazgo del FRENPAVH, forma el grupo PoSitHIVos³⁵, con el fin de desarrollar más propuestas técnicas e información para tomadores de decisión, medios de comunicación (prensa) e información práctica para las personas afectadas por el virus. En noviembre de 1998 presenta una nueva propuesta (44) de presupuesto ante la Secretaría de Hacienda y los Diputados, logrando una vez más, aunque por vía diferente el que la prensa diera cobertura a este hecho. Para esta nueva propuesta con la aparición de un desplegado de prensa³⁶, se logró el apoyo y firmas de otras personas afectadas por el VIH/SIDA y ONG's³⁷.

La nueva propuesta³⁷

Entregada durante los últimos meses de 1998 a la Secretaría de Hacienda y al Congreso, se basa en la estimación de que en 1999 estarán vivas 26,800 personas con VIH/

³⁴ Los medios de prensa el día 17 de abril de 1997, como La Jornada y Reforma y de hecho la totalidad de los periódicos de la ciudad de México, así como un gran número en provincia dieron amplia cobertura a este hecho, así también lo hicieron los programas noticiosos de radio y las dos principales cadenas de televisión.

³⁵ Información proporcionada por Jorge Huerdo, Coordinador de este nuevo grupo y ex coordinador nacional del FRENPAVH.

³⁶ El desplegado apareció en el número 29 del Suplemento "Letra S", Periódico "La Jornada" del jueves 3 de diciembre de 1998, México, DF.

³⁷ El desplegado de prensa fue firmado por PoSitHIVos, Red Mexicana de Personas Viviendo con VIH/ SIDA, Amigos contra el SIDA, AVE de México, AMSAVIH, Movimiento Abrazo (Monterrey, N.L.) y Amigos Previniendo el SIDA (Guadalajara, Jal).

SIDA y que requerirán de los ARV; toma en cuenta que el 48.7% de ellos no tendrá seguridad social. El monto total, son \$73.4 millones de USD, incluye \$65.97 millones de USD para compra de ARV con esquemas triples para el 60%, y dobles para el 40% restante. También \$3.3 millones de USD para mejorar y asegurar el acceso a estudios de laboratorio CD4 y carga viral; \$1.3 millones de USD para capacitar médicos y asegurar calidad en la atención y \$2 millones de USD para el abasto de medicamentos contra infecciones oportunistas y profilácticos. Los montos incorporan descuentos que la compañías farmacéuticas realizan por ventas de grandes volúmenes y propone que el monto se cubra de manera tripartita por el gobierno federal, el gobierno estatal y un 5% de co-pago directo por parte del usuario una vez que reciba su esquema de tratamiento. Tomando en cuenta la marginación de algunos estados de la república, la propuesta considera que los de mayor desarrollo como el DF, Baja California y Nuevo León aporten 25% del monto total requerido en su entidad, con un 70% por parte del gobierno federal; y que Estados como Chiapas y Oaxaca no aporten cantidad alguna y esta sea cubierta en un 95% por el Gobierno Federal.

El papel de la prensa

En general los medios de comunicación dan cobertura al tema del SIDA, pero la prensa es quien más información maneja al respecto, tres periódicos se han distinguido en esta materia: “La Jornada” y “Reforma” en la ciudad de México y “El Norte” de Monterrey, Nuevo León. La Jornada publica mensualmente un suplemento (Letra S) especializado en Sexualidad y SIDA, mientras que El Reforma y el Norte publican entre 400 y 500 referencias anuales a este tema.

El caso FONSIDA

La Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) propuso la creación de un fideicomiso que lograra atraer fondos privados y públicos para financiar ARV para las PVVIH sin seguridad social. Originalmente se considero cubrir el costo de los medicamentos por 2 a 3 años y los de funeral; posteriormente en revisiones técnicas con CONASIDA se eliminaron los costos funerarios y el planteamiento solo fue para costos de ARV mientras la persona afectada viviera. Se creó un comité que incorporó funcionarios de la SSA, CONASIDA, UNAM, y a representantes de ONG y de personas afectadas por el virus. El mecanismo quedó conformado como una asociación civil que operaría un fideicomiso, el cual con los intereses generados por el capital que lograrse obtener de donaciones públicas y privadas podría financiar la compra de ARV para personas aprobadas por el CONASIDA. En marzo de 1997 en la sección oficial del Boletín de CONASIDA publicado en el Suplemento Letra S (45). CONASIDA informaba que este fideicomiso cubriría inicialmente a 5 mil personas (hombres, mujeres y niños) y que en los siguientes años aumentaría 2,500 personas más. En noviembre, 1997 se dio a conocer el monto inicial de \$30 millones de pesos (\$3.75 millones de USD) que aportó el gobierno fede-

ral, lo anterior obligó a reconsiderar metas de corto y mediano plazo. El 1° de diciembre de 1997 se anunció formalmente el inicio de actividades de FONSIDA, especificando que solo cubriría a menores de edad³⁸. Ese mismo año se anunció que también cubriría a las mujeres embarazadas con VIH/SIDA. En noviembre de 1998 se hizo pública una aportación de Bristol-Myers-Squibb, por \$50 millones de pesos (\$5 millones de USD), parte de este donativo en ARV que la compañía produce (ddI y stavudina), así como algunos fondos para capacitación de médicos en el manejo de ARV. Aún cuando se realizaron a lo largo de 1998 diversas actividades artísticas y culturales de recaudación de fondos para beneficio del FONSIDA, el 1° de diciembre de 1998 se anunció una aportación más del gobierno federal por otros \$30 millones de pesos (ahora \$3 millones USD). De acuerdo con datos publicados por Ávila (46), al mes de febrero de 1999, FONSIDA tenía una cobertura de 175 niños y niñas de un total de 192 que estarían vivos y sin seguridad social; esa misma fuente señala que en México el total de casos de niños con SIDA (1002), representaban el 2.6% del total de casos acumulados al 1° de enero de 1999.

El caso Michoacán

La descentralización de la SSA y el CONASIDA³⁹, ha promovido que cada estado establezca sus propios programas de SIDA: o COESIDAS. El Secretario de Salud de Michoacán (en la región centro-occidental del país) con la aprobación del Gobernador, pide a su COESIDA iniciar la provisión de ARV gratuitos a personas sin seguridad social que los requieran, previamente valorados por un infectólogo, con estudio socioeconómico para comprobar entre otras cosas que la persona sea residente del estado y que efectivamente carezca de seguridad social. Una vez cumplidos los requisitos se autoriza a que reciban AZT, 3TC, ddI y D4T, pero no IP, y cada 6 meses estudios de CD4 y carga viral. El estado también proporciona dos profilácticos: Bactrim® y Aciclovir. El 85% de las personas atendidas provienen de la ciudad de Morelia, reforzando que la epidemia es urbana. Para enero de 1999 tenían 109 casos en tratamiento con ARV, el Coordinador del COESIDA⁴⁰ señala que las compras de ARV las realiza la SSA cada 6 meses y que consigue descuentos del 10% en el caso del 3TC, ddI y D4T. El AZT 250 mgs con 30 tabletas lo obtienen en \$250 pesos (\$25 USD). De los principales problemas que han enfrentado con esta estrategia, se refieren al hecho de haber detectado a 5 personas del vecino Guanajuato, intentando recibir estos medicamentos en forma gratuita, pero se los tuvieron que negar. Otro problema que enfrentan es el determinar si una PVIH tiene seguridad social, ya que por los frecuentes problemas de abasto, los intentan obtener a través del COESIDA. Se ha considerado que se corre el riesgo de que el estado no pueda

³⁸ Criterio de selección expresado por el Dr. Antonio Caso, quien fue quien propuso originalmente pro parte de la UNAM, la idea de FONSIDA.

³⁹ CONASIDA, "Programa de fortalecimiento para la prevención y control del VIH/SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual 1997-2000", pp 28.

⁴⁰ El Dr. Mario Guzmán en entrevista con el autor brindó esta información.

sostener esta política de ARV a largo plazo, pues en algún momento deberá incorporar los IP que son mucho más caros, y si el resto de los estados, sobre todo vecinos no empiezan a proveerlos, se fomentará la migración de PVVIH a Michoacán.

Taller con actores clave

Con el fin de discutir y analizar las implicaciones, de acciones encaminadas a lograr una política óptima de acceso a medicamentos ARV se realizaron 2 talleres con actores clave en México (ver anexo de actores). Estos talleres se realizaron por separado, el primer grupo (14 en total) fue de la sociedad civil: de ONG con trabajo en VIH/SIDA y de grupos de PVVIH. El segundo grupo (22 en total) fue con profesionistas especialistas en atención médica del personas con SIDA, coordinadores de programas de SIDA tanto del nivel nacional como al nivel estatal, responsables de proyectos de SIDA basados en México, funcionarios de salud y políticos. Para ambos se siguió la misma metodología: Se les presento el avance e información recopilada para este estudio, los participantes pudieron expresar sus opiniones; posteriormente se les presentaron las respuestas del cuestionario sobre el tema que días antes los participantes habían respondido por escrito; también se les pidió que cada uno llevara preparada una sencilla presentación en el área en la que tuviese experiencia. En el caso del grupo de profesionistas y funcionarios también pudieron analizar las respuestas dadas por la Sociedad Civil. A ambos se les pidió que después de analizar y discutir cada pregunta trataran de llegar a un consenso, esto no siempre se logró. A continuación se presenta cada una de las preguntas con el porcentaje de repuestas dadas en cada opción, en donde 0 es total desacuerdo con lo planteado y 10 total acuerdo. Se identifican con las siglas ONG a las respuestas de la sociedad civil y como FP a los funcionarios y profesionistas.

Planteamiento 1. La terapia anti-retroviral (ARV) es un procedimiento que en general, a nivel individual mejora la calidad de vida y prolonga la misma; a nivel de poblaciones disminuye la mortalidad por SIDA.

Grupo	Total Desacuerdo	2	4	6	8	Total acuerdo
ONG					21%	79%
FP					5%	95%

Planteamiento 2. Aún tomando en cuenta los altos costos de los medicamentos contra el virus del SIDA (ARV), los países en desarrollo como México tienen la capacidad económica de proveer ARV a todas las personas que los necesitan.

Grupo	Total Desacuerdo	2	4	6	8	Total acuerdo
ONG						100%
FP		19%	43%	19%		19%

Planteamiento 3. Tailandia, provee ARV sólo a través de ensayos clínicos como medida para garantizar que el personal médico sea especializado y esté capacitado para prescribirlos, así los pacientes reciben la terapia a través de protocolos de investigación que contemplan atención estandarizada y controlada. ¿Podría ser una medida recomendable en México?

Grupo	Total Desacuerdo	2	4	6	8	Total acuerdo
ONG	100%					
FP	28%	10%	10%	33%	19%	

Planteamiento 4. Brasil, ha empezado a desarrollar un sistema paralelo y específico de control y abasto de medicamentos ARV, debido a que su sistema público tradicional de control y abasto de medicamentos no ha podido dar respuesta efectiva a las necesidades de acceso sistemático e ininterrumpido de estos ARV a los pacientes a los cuales están destinados. ¿Podría ser esta una medida recomendable en México?

Grupo	Total Desacuerdo	2	4	6	8	Total acuerdo
ONG	57%					43%
FP	38%	19%	10%	14%	5%	14%

Planteamiento 5. Aún cuando sabemos que los criterios de la institución, médicos, del personal de salud, administradores y directivos, son importantes en el abasto oportuno de ARV. En algunos países se considera que el monitoreo del acceso a medicamentos por parte de personas que viven con VIH, es un elemento positivo que influye de manera fundamental para que el abasto sea regular y oportuno.

Grupo	Total Desacuerdo	2	4	6	8	Total acuerdo
ONG						100%
FP				33%	48%	19%

Planteamiento 6. Algunos países han propuesto crear un bloque de países latinoamericanos con el fin de negociar mejores precios en los ARV con la Compañías Farmacéuticas. Los precios que se obtienen en algunos de estos países en compras grandes (consolidadas), no son homogéneos, en algunos casos son más baratos que en México y en otros más caros. Estas compras globales beneficiarían claramente a algunos países latinoamericanos que tienen pocas personas infectadas con VIH/SIDA; sin embargo, un escenario probable es que en el caso de México, obtendría mejores precios en algunos de ellos, pero mayores precios en otros. ¿México debería apoyar la creación y participar en esta estrategia de bloque de compradores?⁴¹

⁴¹ Estos planteamientos tuvieron un porcentaje de no respuesta.

Grupo	Total Desacuerdo	2	4	6	8	Total acuerdo
ONG					91%	9%
FP	10%		14%	24%	14%	29%

Planteamiento 7. Un Sistema de salud que puede pagar por intervenciones médicas altamente costosas como son los trasplantes de hígado, diálisis renal o cirugías de algunos tumores cerebrales, las cuales son menos efectivas que los ARV, debería dar prioridad a estos últimos antes que a las primeras

Grupo	Total Desacuerdo	2	4	6	8	Total acuerdo
ONG	22%		7%	64%		7%
FP	24%	14%	19%	5%	10%	19%

Planteamiento 8. Existe la propuesta de que los recursos necesarios para la compra de ARV para los no asegurados, no provengan del presupuesto de la Secretaría de Salud, sino que se obtengan de recortes a otros sectores menos prioritarios del gobierno. Esta propuesta a usted le parece:

Grupo	Totalmente inviable	2	4	6	8	Totalmente viable
ONG						100%
FP	10%		5%	24%	24%	38%

Planteamiento 9. Debido a que el IMSS ya empezó a proporcionar medicamentos ARV a sus afiliados que los requieren, a que este proceso es especializado y particularmente diferente al de medicamentos para otras enfermedades, y a que ya ha desarrollado experiencia. En alguna reunión se propuso que en lugar de crear un esquema paralelo para proveer de ARV a los no asegurados, se haga la adecuación jurídica necesaria y se le trasladen los recursos financieros a esta institución para que cubra a la población con VIH/SIDA actualmente no asegurada.

Grupo	Total Desacuerdo	2	4	6	8	Total acuerdo
ONG	50%			14%	36%	
FP	52%	24%		10%	5%	10%

Planteamiento 10. En contraparte con el punto anterior, también se ha propuesto que sea un nuevo organismo el que realice las compras y abasto de medicamentos para el 100% de las personas con VIH/SIDA que lo requieran y que sean el IMSS y el ISSSTE quienes subroguen este servicio a esta nueva figura.

Grupo	Total Desacuerdo	2	4	6	8	Total acuerdo
ONG	43%	57%				
FP	38%	10%	10%		24%	19%

Planteamiento 11. Tomando en cuenta el nuevo proceso de descentralización, algunos estados de la República Mexicana han decidido y empezado a proveer ARV con recursos públicos, a personas con VIH/SIDA que no cuentan con Seguridad Social. En su opinión: (Planteamiento que puede tener más de una respuesta)

ONG	Opinión al planteamiento	FP
	El resto de los estados deberían también hacerlo con sus propios recursos	38%
100%	Deberían solicitar compartir el costo con recursos del nivel central (federal)	57%
	Deberían esperar a que se tome una decisión al nivel nacional	24%
	Debido a los altos costos de los ARV y al crecimiento de la epidemia, corren un alto riesgo de no poder seguir proporcionándolos en los siguientes años.	43%

Para los siguientes planteamientos, se les pidió que la respuesta la dieran si se consideraba que la actividad debería ser realizada **antes** de instrumentar una política de acceso a ARV para personas no aseguradas. **Durante** si no era necesario como paso previo ya que se podía iniciar al mismo tiempo que se instrumente la política. **No se considera indispensable** que se deba realizar como requisito previo ni durante, para lograr una política de terapia ARV óptima

Planteamiento 12. Destinar más recursos mejorar la vigilancia epidemiológica y el registro de casos:

Grupo	Antes	Durante	No Indispensable
ONG	57%	43%	
FP	57%	33%	10%

Planteamiento 13. Elaborar un censo/padrón de las personas con VIH/SIDA con el fin de programar recursos

Grupo	Antes	Durante	No Indispensable
ONG	7%	50%	43%
FP	57%	38%	5%

Planteamiento 14. Incrementar y mejorar los programas de prevención para evitar nuevas infecciones.

Grupo	Antes	Durante	No Indispensable
ONG	7%	93%	
FP	33%	62%	5%

Planteamiento 15. Lograr un acuerdo de precios con descuento con las compañías farmacéuticas.

Grupo	Antes	Durante	No Indispensable
ONG		93%	7%
FP	67%	28%	5%

Planteamiento 16. Capacitar personal médico especialista en manejo de los ARV.

Grupo	Antes	Durante	No Indispensable
ONG	100%		
FP	90%	10%	

Planteamiento 17. Capacitar y sensibilizar al personal de salud en materia de derechos humanos y tolerancia hacia hombres con orientación sexual diferente y mujeres dedicadas al comercio sexual.

Planteamiento 17

Grupo	Antes	Durante	No Indispensable
ONG		100%	
FP	33%	67%	

Planteamiento 18. Obtener recursos públicos presupuestales adicionales a los del sector salud.

Grupo	Antes	Durante	No Indispensable
ONG		100%	
FP	86%	14%	

Planteamiento 19. Instrumentar programas de consejería y capacitación en adherencia al tratamiento para pacientes con VIH/SIDA que se involucren en terapia ARV.

Grupo	Antes	Durante	No Indispensable
ONG	7%	93%	
FP	38%	62%	

Planteamiento 20. Destinar recursos y asegurar acceso a estudios de laboratorio (Cuento de linfocitos CD4 y carga viral) necesarios para el monitoreo de pacientes bajo terapia ARV.

Grupo	Antes	Durante	No Indispensable
ONG	100%		
FP	95%	5%	

Planteamiento 21. Realizar reformas legislativas y jurídicas en la materia.

Grupo	Antes	Durante	No Indispensable
ONG		100%	
FP	85%	10%	5%

Planteamiento 22. Instrumentar un Sistema paralelo y específico de logística y control de ARV

Grupo	Antes	Durante	No Indispensable
ONG	14%	36%	50%
FP	62%	14%	14%

Planteamiento 23. Un convenio entre IMSS, ISSSTE y SSA para evitar dobles coberturas y disminuir el riesgo de que los medicamentos pagados con recursos públicos beneficien a personas extranjeras fuera del país.

Grupo	Antes	Durante	No Indispensable
ONG		93%	7%
FP	90%	10%	

Se les pidió señalaran alguna otra actividad o programa que consideraran se debería realizar *antes*, y la que más frecuentemente apareció por parte de los FP fue la necesidad de establecer criterios únicos de tratamiento con ARV, así mismo se planteó la necesidad de hacer un análisis de recursos y servicios especializados y el mejorar la capacitación para el diagnóstico oportuno del SIDA y no sólo la capacitación para el manejo del enfermo. Por parte de las ONG se planteó la necesidad de que el convenio a que se hace referencia en el planteamiento 24 no sólo incluya a las instituciones de salud sino también a las ONG y a las PVVIH.

Actividades que se consideraron que debieran realizarse *durante*: fueron proyectos de investigación sobre adherencia al tratamiento por parte de las PVVIH bajo esquema ARV, así como programas de educación continua al personal de salud en atención a PVVIH y el crear Redes de laboratorios que puedan compartir información y procesamiento de pruebas. Un último planteamiento consistió en pedirles que cada uno de ellos señalara aquellas 5 áreas en los que consideran que se necesita mayor información antes de tomar una decisión.

El grupo de ONG seleccionó las siguientes 5 áreas:

Area que requiere más información	Porcentaje de personas que la seleccionó
Reformas jurídicas o legislativas necesarias en materia de acceso a ARV	79%
Políticas de ARV que hayan resultado exitosas en otros países	71%
Si existen suficientes especialistas y personal de salud capacitado para prescribir y manejar a las personas que viven con VIH/SIDA.	64%
Sobre acceso a exámenes de laboratorio necesarios para el monitoreo de la terapia ARV	57%
Sobre perspectivas de aprobación de mayores recursos públicos para cubrir esta necesidad	57%

En cambio el grupo de FP seleccionó las siguientes:

Area que requiere más información	Porcentaje de personas que la seleccionó
Adherencia al tratamiento por parte de los pacientes bajo esquema ARV	57%
Políticas de ARV y procesos logísticos y de abasto de medicamentos ARV exitosos en otros países	57%
Reformas jurídicas o legislativas necesarias en materia de acceso a ARV	48%
Perspectivas de financiamiento de ARV con fondos privados	48%
Estimación de personas infectadas viviendo con VIH y crecimiento de la epidemia en México	43%

Conclusiones

El proceso de acceso a ARV en México se ha dado de manera paulatina. Aún cuando en 1995 el IMSS incorpora el ddi y el ddc como adicionales al AZT, y los médicos especialistas en SIDA son capaces de percibir los beneficios de las terapias combinadas, en la opinión pública y en la mayoría de los afectados no quedaba muy claro que estos beneficios fuesen concluyentes. No es sino hasta después de la Conferencia Internacional de SIDA en Vancouver (1996), cuando los medios masivos de comunicación (47) hacen gran eco de los beneficios de los ARV y comienza la demanda por el acceso en México. La acción de los grupos afectados por el VIH, si bien comenzó a finales de 1996, fue con la ayuda de médicos especialistas, medios de comunicación y miembros de ONG's el que empezaron a recibir asesoría para su movilización.

La estructura del sistema de salud mexicano que divide a la población con seguridad social de aquella que no la tiene, es lo que ha determinado en mayor medida el acceso a los esquemas ARV. El mercado legal mexicano de los ARV para las farmacéuticas, está conformado primordialmente por las ventas al gobierno a través de sus instituciones de salud. La introducción de ARV ilegalmente se da por personas que tienen la capacidad económica para adquirirlos en el extranjero (48), esto también se ha realizado por ONG's, sobre todo aquellas que proveen servicios asistenciales⁴²; el mercado negro de ARV surtido por donativos y medicamentos que escapan del IMSS o el ISSSTE ha logrado hacer accesibles los ARV con precios de 50% a 80% más bajos, con la acotación que los envases no siempre están sellados y que en ocasiones la fecha de caducidad de los productos es muy próxima al consumo o ya ha vencido. La politización del acceso a los ARV, si bien ha presionado para que tomadores de decisiones, sobre todo en la seguridad social, aceleren la incorporación de los mismos dentro de los catálogos de medicamentos susceptibles de prescripción, esto no ha repercutido de igual manera en el acceso a otros mecanismos que harían que una política de acceso a ARV fuese óptima.

Se considera que para abril de 1999 un 55% de las personas con VIH/SIDA que requerían ARV tenían acceso teórico a ellos, esto no necesariamente ha quedado aparejado con abasto oportuno, ni con acceso a CD4 y carga viral en los hospitales del IMSS y del ISSSTE, provocando interrupciones en la ingesta de estos medicamentos por los derechohabientes que lo requieren, con el consecuente riesgo de crear resistencia a los mismos. Algunos PVVIH han llegado a comentar que *“efectivamente los medicamentos ARV están disponibles, pero que sin embargo no se contaba con un médico especialista capacitado que pudiese prescribirlos”*.⁴³ Sin embargo, en algunas ocasiones, las instituciones de seguridad social pagan los gastos de traslado del paciente hacia hospitales centrales de tercer nivel, para que la persona pueda acceder a un médico especialista y le extienda sus prescripciones y recomendaciones de manejo médico. Por ejemplo, en la región Occidente del IMSS, se provee de servicio de autobús gratuito para las personas que viven con VIH y que residen en Puerto Vallarta (4 horas de distancia)⁴⁴.

Los desabastos de ARV en las instituciones de seguridad social y la falta de acceso a ellos por parte de aquellos que no cuentan con cobertura ha sido el mayor detonante de mítines por parte del las PVVIH. El impacto de la epidemia ha logrado de alguna manera que líderes políticos, intelectuales y periodistas, se interesen también en el tema y se involucren en el planteamiento de alternativas de solución o demandas y presiones al gobierno federal y a los gobiernos estatales. A pesar de esto, con excepción de la creación del FONSIDA que en 1998 empezó a proveer de

⁴² Comentarios en este sentido han sido manifestados al autor por representantes de estas organizaciones, quienes aducen razones humanitarias para hacerlo, ya que ellos establecen contactos en el extranjero y reciben donativos sobre todo en los Estados Unidos.

⁴³ Información dada personalmente al autor por una PVVIH del estado de Chiapas.

⁴⁴ Información proporcionada por el Dr. José Ramírez Rodríguez del Centro Médico de Occidente, IMSS Jalisco.

ARV a población sin seguridad social con alcance muy limitado (niños y mujeres embarazadas), no se ha desarrollado otro mecanismo para lograr cubrir al 45% restante.

Los altos precios de los ARV en el mercado privado de las farmacias hace que el acceso a ellos para la mayoría no se logre sin la intervención gubernamental. Las propuesta por \$73.4 millones de USD, que contempla esquemas integrales que incluyen acceso a laboratorio, medicamentos profilácticos y contra infecciones oportunistas, e incluso un esquema compartido por parte del gobierno federal, estatales, y un mecanismo de co-pago del 5% por parte de la PVVIH, aparentemente ha quedado sin respuesta positiva. Un indicio de una posible solución gubernamental parece haberla dado el propio Presidente de la República, quien durante la ceremonia de presentación del programa de salud 1999 de la SSA declaró su compromiso de defender los derechos de las personas que viven con VIH en México⁴⁵. Aún cuando no se ha aclarado cuáles son esos derechos, estos podrían derivarse del concepto de “derecho a la salud” y el de “salud como un bien social” (49) o “bien público” que debe ser cubierto con el erario. Sobre todo cuando para que una persona pueda continuar viva y productiva requiere de hacer una erogación del equivalente a más de 200 días de salario mínimo⁴⁶ para vivir sólo un mes; no existe racionalidad micro-económica a nivel familiar (50) para que esto suceda, y la opción de resignarse a morir sin protestar, no parece ser una conducta de esperar en un adulto joven.

Recomendaciones

La mayoría de las recomendaciones que se pueden obtener se derivan de los resultados del taller realizado con actores clave, en donde las respuestas a cada uno de los planteamientos son guías de “hacia donde” deben dirigirse las decisiones en materia de políticas de acceso a ARV. No es sorpresa que en algunos planteamientos las respuestas que dan ambos grupos sean muy diferentes, ya que el enfoque desde el cual se ve el problema tiene diversas implicaciones, tanto para unos como para otros. Sin embargo, de aquellos que son coincidentes no habría mucho lugar a discusión como el hecho de que ambos grupos coinciden plenamente en que los ARV son medicamentos efectivos, tanto para prolongar la vida y mejorar la calidad de la misma en las PVVIH. También es posible observar que los representantes de ONG's que participaron en el taller están convencidos de que un país con el nivel de desarrollo de México le es posible proveer de estos con recursos públicos. Pero, lo que también se rescata de este análisis, es que la toma de decisiones precipitadas y motivadas únicamente por razones de presión, pudiesen olvidar elementos esenciales de una política óptima, no considerar aspectos para una respuesta integral, y poner con esto en riesgo la viabilidad de la decisión tomada e incluso la vida de los propios demandantes. En el taller quedó señalado que algunos programas y acciones se deben hacer en forma previa a la pro-

⁴⁵ Esta nota apareció en la mayoría de los diarios de la Cd. de México el 19 de enero de 1999.

⁴⁶ Monto requerido para comprar una terapia triple de ARV en cantidad suficiente para un mes.

visión gratuita de medicamentos, como lo es la necesidad de que el personal médico esté capacitado para poder prescribirlos, y el referente a garantizar el acceso a estudios de laboratorio (CD4 y carga viral). También queda claro que para que una política de provisión de ARV se acerque a un óptimo, deberá incluir en sus componentes los programas de consejería y motivación a PVVH para que cumplan con la adherencia al tratamiento, sobre todo tomando en cuenta que las combinaciones de dos o tres tipos de medicamentos esparcidos a lo largo del día y con diferencias de horarios para su ingesta, incluyendo antes y después de alimentos, los convierten en esquemas de difícil manejo para una persona que no se encuentra con la información y el convencimiento necesario.

De los planteamientos anteriores se deriva la necesidad de garantizar el abasto sistemático; los tomadores de decisiones deben tener en cuenta que los ARV tienen al menos 6 características que los hacen particularmente delicados: Uno de interpretación de los derechos humanos: (1) El derecho a sobrevivir y a una esperanza de vida para un adulto joven. Tres criterios médicos: (1) Pueden transformar un diagnóstico de muerte en una oportunidad de manejo crónico de la enfermedad, (2) Se deben tomar de por vida, y (3) Su interrupción puede provocar resistencia. Un criterio económico: (1) son medicamentos altamente costosos y crear resistencias podría significar gastar recursos públicos sin producir beneficio alguno, y finalmente un criterio político (1) El desabasto de ARV es de las principales razones para que se organicen protestas contra los funcionarios de salud, las cuales suelen ser ampliamente reseñadas por los medios de comunicación.

Dentro de la recomendaciones derivadas para tomadores de decisiones, se debe considerar que en México, por las características de su sistema de salud, requiere que las diferentes instituciones de salud compartan información o una base de datos común sobre los ARV que están siendo provistos con fondos públicos a la población afectada, ya que esto evitaría dobles coberturas y el riesgo de que algunos de ellos pudiesen comercializarlos en países donde no existe provisión gratuita de estos mismos medicamentos. Otros programas paralelos, no necesariamente como requisitos previos a la provisión de ARV, pero importantes son los enfocados a la sensibilización del personal de salud, en materia de derechos humanos, tolerancia y aceptación a estilos de vida diferentes y a la diversidad sexual, sobre todo tomando en cuenta cual al sector de la población que en México sigue siendo el más afectado por esta epidemia.

Con el fin de lograr una mejor programación de recursos, hace falta desarrollar proyectos para mejorar el registro y proyecciones epidemiológicas de casos y de crecimiento de la epidemia, así como estudios para poder demostrar el impacto en la mortalidad que seguramente ya están logrando tanto el IMSS como el ISSSTE. Estos estudios es necesario documentarlos con el fin de poder hacer mejores proyecciones de personas infectadas que continúan con vida y lograr planear de manera más adecuada las acciones y programas señalados anteriormente. Es necesario explorar la posibilidad de que se requieran adecuaciones jurídicas o nuevos reglamentos y normas, que garanticen la operación óptima de esta política, tales como la actualización de la guía médica o estándar de atención, o incluso legislaciones relativas al financiamiento de los ARV, tal como se requirió hacer en Brasil y Argentina.

Aun cuando del análisis de las respuestas a los planteamientos del taller, se pudiesen derivar un mayor número de recomendaciones, como punto final se debe señalar que en todo momento es conveniente tener registros de los procesos de acceso a ARV para detectar errores o evitarlos en el futuro, y que cualquier política de provisión de medicamentos no podrá ser exitosa a largo plazo, si no se acompaña de un incremento en las acciones preventivas, ya que de no hacerlo, esto se transformaría en un barril sin fondo.

Referencias

1. Saavedra, Jorge. "Costos de la atención Médica del SIDA y el acceso a medicamentos anti-retrovirales" Memorias del Foro Internacional : "El VIH-SIDA: Reto Social y Desafío Legislativo" pp 93-98. Cámara de Diputados LVII Legislatura, Comisión de Salud México DF a 25-27 de marzo, 1998.
2. Huerdo, Jorge. "Presupuesto especial con recursos suficientes para la compra de Medicamentos Contra el virus del SIDA". Memorias del Foro Internacional : "El VIH-SIDA: Reto Social y Desafío Legislativo" pp 51-54. Cámara de Diputados LVII Legislatura, Comisión de Salud México DF a 25-27 de marzo, 1998.
3. Cámara de Diputados, Comisión de Salud "Declaración Foro Internacional "El VIH-SIDA: Reto Social y Desafío Legislativo" (Declaración de San Lázaro). Memorias del Foro Internacional : "El VIH-SIDA: Reto Social y Desafío Legislativo" pp 489-491 México DF a 25-27 de marzo, 1998.
4. Secretaría de Hacienda/ Subsecretaría de Egresos/Dirección General de Presupuesto en educación y Salud, carta dirigida a Jorge Huerdo (PositHIVos) y firmada por Eduardo Escalante Macín, fechada el día 12 de diciembre de 1998.
5. World Bank. World Development Report 1996. Washington, DC, 1996.
6. World Bank, World Development Report 1998, Table 1 Size of the economy.
7. Carreño Barrón, Erika; Navarro, Javier. Tesis de la Universidad Nacional Autónoma de México-Escuela Nacional de Estudios Profesionales Acatlán: "Sociedad Civil y Protesta Religiosa, la participación política del Comité Nacional ProVida. Noviembre, 1997.
8. Secretaría de Salud/Dirección General de Estadística e Informática. Anexo estadístico del Cuarto Informe de Gobierno del Presidente Ernesto Zedillo, México, DF, 1998.
9. Secretaría de Salud, Programa de Reforma del Sistema de Salud, 1995-2000. México, DF, 1995.
10. Secretaría de Salud: Estadísticas Vitales, Capítulo Series Históricas. Mortalidad según grupos de edad 1980-1997 <http://www.ssa.gob.mx>.
11. García ML, Valdespino JL, Loo E, Palacios M, Salcedo A, del Río A, Magis C. et al. Evolución de la definición de caso de SIDA en México. *Enferm Infecc Microbiol* 1994;14:171-177.
12. Rosenberg, Philip S. Scope of the AIDS Epidemic in the United States. *Science* (11/24/1995) Vol 270;No 5240, p 1372.
13. José M, Zepeda M, Esteva L, Olvera J. Retardo en la notificación de SIDA en México (I). En *Boletín Mensual de SIDA*. Año 3 No. 6:695-898. 1989.
14. Mohar A, de Gruttola V. Retraso e la notificación de Casos de SIDA. El caso de México. *Boletín Mensual de SIDA*. Vol 3, No 9: 760-761.1989.
15. CONASIDA, Programa de fortalecimiento para la prevención y control del VIH/SIDA y otras enfermedades de Transmisión Sexual 1997-2000.
16. CONASIDA, Base de Datos del Registro Nacional de Casos de SIDA, México 1998.
17. Izazola JA, Ávila C, Gortmaker S, del Río C. Transmisión homosexual del VIH/ SIDA en México. en *Salud pública de México*. Vol 37; No 6:602-613 1995.

18. Magis C, García ML, González G, González F, Candelas E, Valdespino JL, et al. Under report of homosexuality affects epidemiological patterns of AIDS/HIV in a Latin American country. En Abstract book. No 2 VIII International Conference on AIDS.1992 abstract No. PoC4768:C371.
19. Valdespino JL, García ML, del Río A, Loo E, Magis C, Salcedo A. Epidemiología del SIDA/VIH en México; de 1983 a marzo de 1995. en Salud Pública de México. Vol 37, No. 6:556-571 1995.
20. Sepúlveda J, del Río A, Valdespino JL, García ML, Velázquez L, Volkow P. La estrategia de prevención de la transmisión del VIH/SIDA a través de la sangre y sus derivados en México. En Salud Pública de México. Vol 37; No 6:624-634, 1995.
21. Magis C, del Río A, Valdespino JL, García ML. Casos de SIDA en el área rural en México. En salud pública de México. Vol 37; No 6:615-623, 1995.
22. Secretaría de Salud. Registro Nacional de casos de SIDA México 1998.
23. CONASIDA, Base de datos del Registro Nacional de Casos de SIDA, México 1997
24. Valdespino JL, García ML, del Río A, Del Río C, Magis C, Loo E, Salcedo A, Situación y tendencias del SIDA en México; en Boletín de SIDA/ETS. Vol 9 Núm. 1:2815-2819.
25. Chin J, Lwanga SK, Estimation and projection of adult AIDS cases: a simple epidemiological model. Bull World Health Organ 1991;4(69):399-406.
26. Ávila Figueroa C y cols. "Proyección de la Epidemia de SIDA en América Latina. VII Congreso Nacional de Investigación en Salud Pública. Instituto Nacional de Salud Pública, Libro de Resúmenes pp 18. Cuernavaca, Mor. México, marzo, 1997.
27. CONASIDA. Directorio. Organizaciones No Gubernamentales con Trabajo en SIDA. México, DF, 1995.
28. CONASIDA: Revista SIDA/ETS Vol 4, No 2 Abril-Junio 1998 pp 48.
29. Secretaría de Salud/Dirección General de Epidemiología: "Registro Nacional de casos de SIDA acumulados al 31 de diciembre de 1998", México DF.
30. Secretaría de Salud/CONASIDA, Norma Oficial Mexicana para la Prevención y Control de la Infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana. NOM-010-SSA-1993. Diario Oficial de l Federación México 1995.
31. CONASIDA: Guía para la Atención Médica de Pacientes con Infección por VIH/ SIDA en Consulta Externa y Hospitales, México 1997. .
32. Saavedra Jorge, "Anti-retroviral Therapy in Developing Nations: Can they pay?". Access to Treatment for HIV in Developing Countries, Report of the International Seminar, 5-6 June, The AIDS Consortium, London, UK 1998.
33. Saavedra Jorge, Magis Carlos et al: "Costos y Gastos de la Atención Médica del SIDA en México". CONASIDA Serie Angulos del SIDA No. 1, Enero 1998.
34. Secretaría de Salud Norma Oficial Mexicana de Emergencia NOM EM-003-SSA1-1998, Sobre criterios y requisitos para demostrar la intercambiabilidad y requisitos a que deben sujetarse los terceros autorizados.
35. Amigos Contra el SIDA, Boletín SIDA Hoy, No 26 México, Enero 1999.
36. Secretaría de Hacienda y Crédito Público. Gasto Presupuestal del Gobierno Federal 1995. Información Pública disponible en INEGI. Http// :www.inegi.gob.mx en Finanzas Públicas.

37. Glaxo-Wellcome. Factura 08711, expedida a nombre de CONASIDA, por la venta de 200 cajas de zidovudina cápsulas de 250 mgs (30 caps. Por caja) a precio unitario de \$180 MX pesos. 20 de marzo, 1997.
38. Cohen, "El Mercado del VIH/SIDA (del original "The Market place of HIV/AIDS. Science 272 :1880-1881. 1996) Revista SIDA/ETS, Vol. 2 Núm.. 4 pp 167-9, Comentado por Saavedra Jorge, Nov 96-Ene. 97.
39. Saavedra Jorge. Comentarios a las presentaciones sobre "El control de la infección de VIH y las prioridades de atención en América Latina". Publicados en Gaceta Médica de México, Vol. 132, Suplemento 1, pp 105-71996.
40. Gobierno Federal de los Estados Unidos Mexicanos. Comisión Nacional de Salarios Mínimos. Salarios mínimos vigentes a partir del 1 de enero de 1997. Diario Oficial de la Federación. pp 67-69. Lunes 2 de diciembre de 1996.
41. Secretaría de la Contraloría y Desarrollo Administrativo del Gobierno Federal, registros de Licitaciones Públicas llevadas a cabo por el IMSS en 1998, disponible en la página electrónica de COMPRANET de la misma dependencia.
42. Huerdo, Jorge et al. National Front of People Affected by HIV/AIDS. 12th World AIDS Conference Geneva, Conference Record Abstract number 24138, June 28-July 3, 1998.
43. Izazola José, Saavedra Jorge, Huerdo Jorge. "Access to anti-retrovirals: The Role of Political Activism in Mexico". 12th World AIDS Conference Geneva, Conference Record Abstract number 24139, June 28-July 3, 1998.
44. Saavedra, Jorge "Medicamentos contra el Virus del SIDA: ¿Cuánto se necesita?" Letra S "Salud, Sexualidad y SIDA" Número 28, pp 5-6, Periódico La Jornada, México DF, jueves 5 de noviembre de 1998 - Base de la propuesta realizada por poSithIVos.
45. CONASIDA/SSA. CONASIDA Informa: "¿Qué es el fideicomiso para personas que viven con VIH/SIDA?". Suplemento Letra S publicado en el periódico La Jornada el primer jueves de Marzo de 1997.
46. Ávila, Carlos: "La Salud en juego, la salud por el juego: SIDA Infantil. Letra S No. 31, Pág. 9, jueves 4 de febrero de 1999.
47. Ejemplo: Suplemento Letra S - Nueva Época (La Jornada), núm. 1/agosto 1996.
48. Saavedra, Jorge: "Comentarios al artículo The market place for HIV/AIDS" publicado en la sección de bibliografía comentada de la revista SIDA/ETS. Vol 2 Núm. 4, pp 167-9. Nov 96-Enero 1997.
49. Saavedra, Jorge. HIV/AIDS and the Reform of the Health Care Systems of Latin America and the Caribbean" Chapter 7. AIDS: The State of the art. A Review based on the XII International Conference on AIDS, Vancouver, Canada. Editor: José Izazola FUNSALUD/SIDALAC 1996.
50. Saavedra, Jorge. Economic Impact of AIDS medical care in Mexico. 12th World AIDS Conference Geneva, Conference Record Abstract number 24140, June 28-July 3, 1998.

Anexo 1

Agradecimientos a personas que participaron y apoyaron en el desarrollo del estudio de acceso a medicamentos antirretrovirales en México

Mario Bronfman, Ma Luisa Góntes, Griselda Hernández, Jorge Huerdo, José A. Izazola Licea, Carlos Magís, Carlos Del Río, Raúl Molina Salazar, Patricia Uribe Zúñiga

Y las personas que participaron en los talleres de consulta a actores clave en materia de acceso a medicamentos:

Por la Sociedad Civil, Organismos No Gubernamentales y Personas afectadas por el VIH/SIDA:

Pedro Avalos (FRENPAVIH-Jalisco)
René García (Albergues de México)
Carlos García de León (LACCASO)
Carlos Gutiérrez (Asociación Mexicana de Servicios Asistenciales en VIH)
Alfredo Hernández (Ser Humano IAP)
Joaquín Hurtado (Movimiento Abrazo de Monterrey)
Ninel Díaz (AVE de México)
Anuar Luna (Red de Personas con VIH)
Jorge Huerdo (GNP+ Latinoamérica y Positivos)
David Alberto Murillo (Amigos Contra el SIDA)
Yolanda Pineda (Michoacanos por la Salud y Contra el SIDA)
Mauricio Ramos (Fundación Mexicana de Lucha contra el SIDA)
Alicia Yolanda Reyes (Amigos Previniendo el SIDA de Guadalajara)
Juan Jorge Sánchez (Interlocutor pacientes con VIH-ISSSTE)

Por las Instituciones, Congreso, Organismos Gubernamentales y Especialistas

Mercedes Juan (Diputada, Cámara de Diputados)
Eva Margarita Solórzano (Asesora Cámara de Diputados)
Esthela Redorta (Centro de Investigación y Docencia Económica)
Griselda Hernández (CONASIDA)
Patricia Uribe (CONASIDA)
Antonio Caso (FONSIDA)
Carlos Avila (Hospital Infantil de México)
Juan Zúñiga (imss)
Adolfo Palma (imss-Yucatán)
Carmen Soler (Instituto Nacional de Diagnóstico y Referencia Epidemiológica SSA-UNAM)

Samuel Ponce de León (Instituto Nacional de la Nutrición)
Juan Sierra (Instituto Nacional de la Nutrición)
Mario Bronfman (Instituto Nacional de Salud Pública)
Stefano Bertossi (Instituto Nacional de Salud Pública)
Juan Herrera Moro (ISSSTE)
Carmina Flores Carballido (Hospital López Mateos ISSSTE)
Mario Jáuregui (Hospital López Mateos ISSSTE)
Gregorio Ornelas (Servicios de Salud Pública del Distrito Federal)
Jesús Martínez (COESIDA-Jalisco)
Mario Guzmán (COESIDA-Michoacán)
Javier Ramos (COESIDA-Nuevo León)
Edgar González (Proyecto Políticas)
José A. Izazola (SIDALAC/FUNSALUD)
Francisco Higuera (D.G. Recursos Materiales de la SSA)

Agradecimiento por entrevistas con los doctores:
José Manuel Ramírez Rodríguez (Jalisco) y Renán Góngora Bianchi (Yucatán)

El apoyo de:
Enrique Bravo, Guillermo Egremy, Carlos Medina Villegas, Gabriela Rodríguez ,
Héctor Miguel Salinas y Francisco Javier Arellano.

Así como la información brindadas por las siguientes compañías:
Abbott, Boehringer Ingelheim-Promeco, Interdata, Laboratorios Pisa,
Maypo y Pharmacia & Upjohn.

Anexo 2

Lista de acrónimos y siglas utilizadas en el estudio de acceso a medicamentos antirretrovirales en México

AZT	Zidovudina
COESIDA	Consejo Estatal para la Prevención y Control del VIH/SIDA
CONASIDA	Consejo Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA
ddc	Zalcitabina
DDF	Servicios Médicos del Departamento del Distrito Federal, Actualmente se llama Secretaría de Salud del Gobierno del Distrito Federal
ddi	Didanosina
D4T	Stavudina
Derechohabientes	Personas que tienen derecho a usar los servicios de salud de la seguridad social
DF	Distrito Federal
DG	Dirección General
DIF	Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia
FDA	Food and Drug Administration por sus siglas en inglés, es la agencia del gobierno de los Estados Unidos que otorga las autorizaciones oficiales para la venta de medicamentos en Estados Unidos
FONSIDA	Asociación Civil que recauda fondos públicos y privados para financiar medicamentos contra el SIDA dirigidos a niños y mujeres embarazadas sin seguridad social
FP	Grupo de funcionarios, profesionistas, especialistas y políticos que participaron en el taller
FRENPAVIH	Frente Nacional de Personas Afectadas por el VIH/SIDA
IMSS	Instituto Mexicano del Seguro Social
ISSSTE	Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONUSIDA	Programa Conjunto de las Naciones Unidas contra el VIH/SIDA
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PAC	Programa de ampliación de cobertura de servicios de salud
PAN	Partido de Acción Nacional
PEMEX	Compañía Estatal de Petróleos: Petróleos Mexicanos
PNB	Producto Nacional Bruto
Población abierta	Población que no tiene seguridad social ni acceso a sus servicios médicos
Positivos	Organización de personas afectas por el VIH
PRD	Partido de la Revolución Democrática

PRI	Partido Revolucionario Institucional
PVVIH	Producto Nacional Bruto
SESA	Persona que vive con el VIH
SIDA	Servicios Estatales de Salud
SIDALAC	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
	Iniciativa Regional para el VIH/SIDA en América Latina y el Caribe
SSA	Secretaría de Salud
3TC	Lamivudina
UDIV	Usuario de Drogas Intravenosas
UNAM	Universidad Nacional Autónoma de México
UNICEF	Organización de las Naciones Unidas para la Infancia
USD	Dólares de los Estados Unidos
VIH	Virus de la Inmunodeficiencia Humana
ZM	Zona Metropolitana

*EL ACCESO A MEDICAMENTOS ANTI-RETROVIRALES
EN PAÍSES DE INGRESO MEDIANO DE AMÉRICA LATINA*
se terminó de imprimir en el mes de mayo
de 2000 en los talleres de *Grafía*.
Se tiraron 1000 ejemplares más
sobrantes para reposición.

