





# CUENTAS NACIONALES EN VIH/SIDA

ESTIMACIÓN DE FLUJOS DE  
FINANCIAMIENTO Y GASTO  
EN VIH/SIDA

CARACTERIZACIÓN DE LOS PROGRAMAS  
DE VIH/SIDA EN EL CONTEXTO  
DE LOS SISTEMAS DE SALUD  
DE AMÉRICA LATINA

1997-1998

José Antonio Izazola Licea / editor

Fabio Durán-Valverde  
James Antony Cercone  
Amado Reyes-Marrero  
Erlend Muñoz-Vargas  
Tarina García-Concheso



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



**ILAPP**  
INSTITUTO LATINOAMERICANO  
DE POLÍTICAS PÚBLICAS

CUENTAS NACIONALES EN VIH/SIDA  
ESTIMACIÓN DE FLUJOS DE FINANCIAMIENTO  
Y GASTO EN VIH/SIDA  
*CARACTERIZACIÓN DE LOS PROGRAMAS DE VIH/SIDA EN EL  
CONTEXTO DE LOS SISTEMAS DE SALUD DE AMÉRICA LATINA*

Primera edición 2000

ISBN de la obra 968-5018-40-5  
ISBN de este título 968-5018-45-6

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

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

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

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

Impreso y hecho en México  
*Printed and made in Mexico*

## Presentación

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

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

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

Este proyecto denominado *Cuentas Nacionales en VIH/SIDA* toma como base para su inicio las ventajas comparativas de FUNSALUD en tanto que existen antecedentes conceptuales y empíricos para su ejecución. En efecto, el Programa de Economía y Salud de la Fundación ha realizado un trabajo continuo, y de hecho funciona como centro de referencia, en el área de Cuentas Nacionales de Salud; por otro lado, SIDALAC es un programa dedicado a las políticas públicas en materia de VIH/SIDA para la región, y desde 1996 participó en un primer ejercicio de estimación del nivel de gasto en el tema para México en 1995.<sup>1</sup>

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



## Resumen

Ante la expansión de la epidemia de VIH/SIDA, los países latinoamericanos han reaccionado creando programas para su prevención y atención. El diseño y alcance de dichos programas están determinados en gran medida por las condiciones del entorno específico en el que operan, uno de cuyos componentes más importantes es el modelo de sistema de salud adoptado por cada país. A partir de una tipología específica de sistemas de salud, este documento intenta aportar elementos para caracterizar los programas nacionales de VIH/SIDA de Brasil, Costa Rica, Guatemala y México, así como establecer relaciones entre los modelos de sistemas de salud, las reformas en curso tendientes a reestructurarlos y el alcance de dichos programas. El fin último es contribuir al desarrollo de políticas públicas en el sector salud que permitan potenciar el impacto de los programas de VIH/SIDA, en función del contexto particular en el que están funcionando.

*Palabras clave:* salud, VIH, SIDA, epidemia, reforma, políticas públicas.

## Introducción

Desde hace más de dos décadas, el VIH/SIDA se ha convertido en uno de los problemas de salud más serios a nivel mundial. La presencia de la epidemia representa una carga para los sistemas nacionales de salud, tanto en términos de las implicaciones económicas y sociales que entraña, como de la demanda de esfuerzos dirigidos a prevenirla y mitigar sus consecuencias.

Según ONUSIDA, a finales de 1999 América Latina registraba 1.3 millones de adultos y niños que vivían con el VIH/SIDA —cerca del 4% de la población mundial infectada con VIH— y se estima que durante 1999 la epidemia VIH infectó aproximadamente 150 mil personas en la región.<sup>1</sup>

Ante el riesgo que este panorama implica para millones de personas, en mayor o menor medida y con diferentes grados de éxito, los sistemas de salud latinoamericanos han reaccionado ante la aparición y extensión de la epidemia, dirigiendo acciones hacia su prevención y tratamiento, en un contexto caracterizado por una disponibilidad limitada de información epidemiológica y por la carencia de recursos económicos y humanos. Este último elemento, en particular, si bien puede haberse mitigado mediante la cooperación internacional, no sólo circunscrita al combate de la epidemia, sino también extendida al fortalecimiento de los sistemas de salud en general, coloca sobre el tapete, una vez más, el debate acerca de la jerarquización de prioridades al interior de los sistemas sanitarios.

Independientemente del éxito relativo que cada país ha logrado alcanzar en el control y tratamiento de la epidemia, en prácticamente todos los ámbitos nacionales los formuladores de política y los ejecutores de los programas afirman haber obtenido logros importantes en el control de la epidemia. Pero al mismo tiem-

po, no dejan de señalar la persistencia de dificultades y deficiencias que restringen el funcionamiento óptimo de los programas de VIH/SIDA.

No se dispone hasta la fecha de un marco analítico y metodológico para evaluar el desempeño de los programas de VIH/SIDA en la región, excepto en lo que se refiere a la disposición de indicadores generales sobre el grado de prevalencia e incidencia de la epidemia, que de alguna manera permiten aproximarse a una medición de resultados. Más aún, muchos países de la región no cuentan todavía con bases de información suficientes para lograr este último cometido.

Un tema que posee capital importancia para la formulación y evaluación de las políticas y programas de VIH/SIDA es el del contexto en el cual se encuentran operando dichos programas. *Grosso modo*, puede plantearse que el desempeño de los sistemas de salud en la prevención y tratamiento de la epidemia de VIH/SIDA es el resultado de la conjunción de diversos factores. Distintas capacidades económicas nacionales, distintas fuentes y niveles de financiamiento locales y externas, diversidad de prioridades nacionales en salud, diferentes marcos organizativos e institucionales, disímiles capacidades de gestión y diferentes estados en cuanto al desarrollo de la legislación sobre el tema del VIH/SIDA, entre otros factores, condicionarán diferentes niveles de desempeño, y por lo tanto, diferentes estrategias de intervención.

Por ello, aparte del contexto macro en que operan los sistemas nacionales de salud —vg. entorno demográfico, epidemiológico, económico, socio político, etcétera— los procesos de reforma a los sistemas de salud configuran el ámbito específico en que se desenvuelven los programas de VIH/SIDA, pues en general dichos procesos apuntan ha-

<sup>1</sup> ONUSIDA, OMS; *La epidemia de SIDA: situación en diciembre de 1999*. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA. <http://www.unaids.org/publications/documents/epidemiology>.

cia la introducción de cambios estructurales en los esquemas de planificación, regulación, financiamiento, organización y provisión de los servicios de salud, que afectan el desenvolvimiento de los programas específicos.

En un medio caracterizado por el pluralismo estructural de los sistemas de salud, un tema clave de investigación para el apoyo a la formulación de políticas públicas es analizar en qué medida los enfoques específicos adoptados en la estructuración de los sistemas nacionales de salud que mueven los procesos de reforma en curso, condicionan también enfoques particulares para abordar el VIH/SIDA en términos de la modulación, organización, financiamiento y provisión de servicios. Y por lo tanto, en qué grado los resultados finales en el desempeño de los programas de VIH/SIDA están influenciados por las diferentes características estructurales, tanto de los sistemas nacionales como de los programas específicos en el sector salud. La presente investigación se plantea esos dos cometidos fundamentales.

El trabajo tiene como objetivo aportar elementos en torno a la caracterización y análisis de los programas de VIH/SIDA en Brasil, Costa Rica, Guatemala y México, con base en un enfoque comparativo de las funciones y procesos de modulación, financiamiento, organización y provisión de servicios. Se busca, además, analizar las tendencias de dichos programas en los países mencionados en el contexto de las reformas al sector salud. El fin último es generar los elementos para una tipología de programas de VIH/SIDA, con base en la cual apoyar el diseño de políticas que permitan potenciar su eficiencia y eficacia, en función del entorno en el cual operan.

Hasta ahora, la mayoría de los estudios sobre el tema del VIH/SIDA han sido abordados desde el punto de vista epidemiológico, y por tanto, es escasa la producción de análisis que relacionen las características estructurales de los programas de VIH/SIDA con las de los sistemas de salud y las reformas

en curso. Este trabajo representa un esfuerzo en ese sentido y pretende contribuir al desarrollo futuro del tema.

Las bases de información utilizadas en el estudio provienen de encuestas efectuadas a especialistas o coordinadores de los programas de VIH/SIDA de los respectivos países, en adelante referidos como informantes. Ello representa una fortaleza del trabajo, en la medida en que se apoya en fuentes primarias de información. No obstante, debe tomarse en cuenta que en su condición de especialistas que de una u otra forma están vinculados a los programas de VIH/SIDA, los informantes serán capaces de transmitir información realista sobre el desempeño de los programas que conducen sólo en la medida en que hayan logrado asumir una posición autocrítica y objetiva. Suposición con base en la cual se sustentan gran parte de los resultados del estudio.

### **Modelos de sistemas nacionales de salud en América Latina**

Un enfoque para abordar la clasificación de los sistemas de salud se basa en el concepto de “integración” propuesto por Frenk y Londoño (1998). La “integración” de un sistema de salud, como criterio de agrupación, hace referencia al grado de articulación en términos de dos dimensiones: población e instituciones. En conjunto, estas dimensiones caracterizan el esquema de financiamiento, la cobertura horizontal y vertical, y la organización institucional para la provisión de los servicios de salud. En cuanto a la población, la integración refleja el grado de acceso a las instituciones de salud por parte de los diferentes grupos sociales. Con respecto a las instituciones, el concepto se refiere a la forma en que éstas se relacionan entre sí y con otros actores del sistema para cumplir con sus funciones en el mercado de los servicios de salud.

De acuerdo con Frenk y Londoño (1998), se puede establecer una dicotomía respecto a

la integración de la población. Por un lado la derivación de distintos segmentos de la población hacia diferentes instituciones de atención en salud, donde la posibilidad de moverse de un segmento a otro encuentra limitaciones económicas y legales; por otro, una situación en donde todos los grupos de la población tienen acceso potencial a todas las instituciones, situación denominada “integración horizontal”. Análogamente, los autores establecen una dicotomía para la integración de las instituciones: en un extremo las funciones de los sistemas de salud —en términos generales, financiamiento y prestación de servicios— son ejecutadas por distintas instituciones, y en el otro extremo una misma entidad financia y provee los servicios. En el siguiente cuadro se presentan algunos ejemplos de agrupamientos de sistemas de salud en América Latina, con base en el concepto de integración, en población e institucional.

#### Procesos y funciones en el sistema de salud

##### *Modulación*

Es la definición, aplicación y monitoreo de las reglas que rigen el sistema, así como su dirección estratégica.

##### *Financiamiento*

Se entiende como la movilización y acumulación de recursos financieros para financiar los servicios de salud.

##### *Articulación*

Reúne aquellas actividades que permiten coherencia entre el flujo de recursos financieros, la producción y consumo de la atención en salud.

##### *Prestación*

Consiste en la combinación de recursos productivos, por parte de una estructura organizada, para obtener servicios de salud tendientes a cambiar las condiciones de salud de los usuarios de los servicios.

### América Latina. Integración y tipologías de sistemas de salud

| Integración de las poblaciones | Integración de funciones institucionales       |   |
|--------------------------------|--|---|
|                                | Integración vertical                           | Segregación                                       |
| Integración horizontal         | Modelo público unificado<br>(Costa Rica, Cuba) | Modelo de contrato público<br>(Brasil)            |
| Segregación                    | Modelo segmentado<br>(Guatemala, México)       | Modelo privado atomizado<br>(Argentina, Paraguay) |

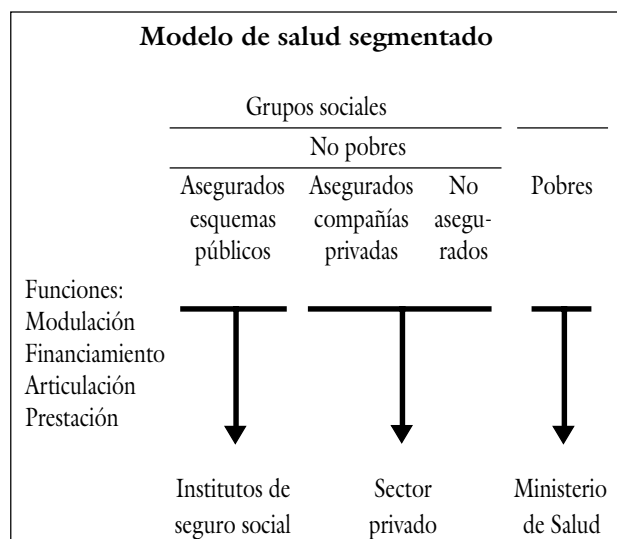
Fuente. Frenk, Londoño, Knaul y Lozano (1998).

Independientemente de las características estructurales de un sistema de salud, en su interior se pueden identificar al menos cuatro funciones/procesos: modulación, financiamiento, articulación y prestación de servicios. Generalmente, las funciones de modulación y articulación están implícitas dentro alguna de las otras funciones.

Dentro de las tipologías de sistemas de salud, el *modelo público unificado* se caracteri-

za por la existencia de un monopolio público en el financiamiento y la provisión de los servicios. Bajo este esquema, se dificulta ofrecer servicios fuera del monopolio del gobierno, los usuarios carecen de alternativas de elección y no hay incentivos para la competencia entre proveedores. Estas especificaciones son la realidad existente en los sistemas cubano y costarricense, aunque con algunas variantes en el caso costarricense, donde la reforma avanza hacia la

separación de las funciones de financiamiento y provisión, abriendo espacio a la participación de proveedores privados. Es importante destacar que en este modelo no suelen existir subsidios públicos para la prestación privada y se mantiene un presupuesto público centralizado que asegura su funcionamiento.



En el otro extremo del espectro está el *modelo privado atomizado*. El financiamiento lo realizan los usuarios de los servicios de salud o las firmas aseguradoras privadas, mediante la derivación de pagos directos por acto o vía primas a las entidades aseguradoras o proveedoras, de modo que las funciones de financiamiento y prestación de servicios no están integradas; por lo tanto, la segmentación es plena. Variantes de este modelo son el de libre mercado, en donde la mayoría de los gastos en salud son privados y con un mercado de prestación de servicios desregulado. Otra variante es el modelo “corporativista”, cuya principal característica es que se da la segregación de diversos grupos ocupacionales en fondos de enfermedad exclusivos y no competitivos entre sí. Ejemplos de este modelo son los sistemas de salud de Argentina y Paraguay.

El modelo segmentado segrega la población en grupos que se clasifican en nichos institucionales integrados verticalmente. Según se ilustra en el diagrama anterior, cada segmento institucional realiza todas las funciones del sistema de salud (integración vertical), pero lo hace solamente para un grupo específico de población (segregación horizontal). Las principales desventajas atribuibles a este diseño son: la ausencia de especialización de funciones, que genera duplicidad de actividades y por tanto, escaso aprovechamiento de recursos; diferencias en la calidad de los servicios para los distintos grupos, en función de la capacidad económica interna de cada segmento; y tendencia oligopólica al interior de cada segmento.

En el *modelo de contrato público*, el financiamiento es público y se logra la cobertura universal mediante la contratación de servicios de salud a proveedores autónomos, generalmente privados. Las alternativas de elección del usuario, así como la autonomía y competencia entre proveedores, son elevadas. Generalmente existe un presupuesto público global que se asigna a la red de proveedores con base en criterios de productividad y calidad. Debido a la fragmentación de la red de proveedores de servicios, se espera que la regulación y el control de costos y de calidad sea relativamente más difícil que en un esquema público unificado. Un ejemplo de este modelo es la sistema de salud brasileño.

Con este marco de referencia, en los siguientes apartados se intenta derivar el grado de asociación entre las características de los sistemas de salud de los países estudiados, y las características de los programas de VIH/SIDA respectivos.

## Sistemas de salud de países seleccionados

### *Brasil*

La salud en Brasil es declarada por el texto constitutivo como un derecho de todos y un

deber del Estado. El Sistema Único de Salud (SUS) es de carácter público, federativo, descentralizado, participativo y de atención integral. El Estado es responsable de las políticas económicas y sociales dirigidas a la reducción de riesgos de enfermedades y otros daños a la salud, y del acceso universal e igualitario a las acciones y servicios de promoción, protección y recuperación de la salud de la población.

La cobertura de los servicios públicos de salud llega al 75% de la población, la cual es complementada por servicios privados contratados por el Estado bajo la responsabilidad del SUS. Los servicios hospitalarios del sistema se basan principalmente en el reembolso público de los servicios prestados por entidades privadas: el 80% de los establecimientos hospitalarios que prestan servicios al SUS son privados, mientras que el 75% de la asistencia ambulatoria prestada por el SUS se genera en establecimientos públicos.

El financiamiento del sistema proviene de los presupuestos públicos para los tres niveles de atención, recursos que a su vez provienen de impuestos a los salarios, facturación, beneficios y transacciones financieras; se estima que el 35% del gasto nacional en salud corresponde a gasto público.

El funcionamiento del sistema de salud en Brasil encaja dentro de la modalidad de “contrato público”, es decir, existe separación de las funciones de financiamiento y provisión, mientras que en términos del acceso de la población muestra una integración horizontal.

### *Costa Rica*

El sector salud costarricense está integrado por el Seguro de Salud, de cobertura nacional y administrado por la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS); por el Ministerio de Salud, con funciones en el ámbito de la rectoría y regulación, fundamentalmente; el Instituto Nacional de Seguros, que administra el progra-

ma de Riesgos del Trabajo; el Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados (AyA), en conjunto con las municipalidades en la provisión de agua potable; y la Universidad de Costa Rica en el ámbito de la docencia y formación profesional.

La CCSS, como principal institución gestora del sistema, realiza la administración del Seguro de Salud como parte de los programas generales de seguridad social que tiene a su cargo. El Seguro cubre una extensa gama de servicios que abarcan desde la gestión del primer nivel de atención en salud, hasta la administración de toda la red hospitalaria pública con que cuenta el país.

Aparte de la red pública de servicios de salud, existe alguna participación del sector privado en el suministro de servicios médicos, principalmente de tipo ambulatorio en el primer y segundo nivel de atención. Respecto del tercer nivel, se puede afirmar que la cantidad y nivel resolutivo de los hospitales privados son bastante limitados, pero con tendencia expansiva. Por tanto, el sector salud costarricense se caracteriza fundamentalmente por su elevado componente público.

El gasto público en salud representa cerca del 8% del Producto Interno Bruto (PIB) y se estima que el gasto privado ronda el 2% del PIB. El gasto del Seguro de Salud pasó de representar un 2% del PIB en 1972, a un nivel cercano al 6% en la actualidad.

En cuanto al esquema de financiamiento de los programas públicos de salud en Costa Rica, la mayor parte de los ingresos provienen de contribuciones tripartitas sobre los salarios (cuotas) destinadas al Seguro de Salud y al programa de Riesgos del Trabajo que administra el Instituto Nacional de Seguros. En el caso del Ministerio de Salud, el financiamiento proviene de impuestos generales, aunque debe anotarse que dicha entidad posee una muy escasa participación en la gestión de la red pública asistencial de servicios de salud.

El Seguro de Salud posee cerca del 85% del total de ingresos del sector, la mayor parte de ellos vía cuotas sobre los salarios. El Estado participa directamente en su financiamiento mediante dos modalidades: aporta las contribuciones en su condición de Estado y suministra los recursos para la cobertura de la población en condiciones de marginalidad, mediante la modalidad de aseguramiento denominada “Seguro por Cuenta del Estado”.

Se pueden anotar algunas singularidades del sistema de salud costarricense en cuanto a su financiamiento. Primero, la participación del gasto privado es relativamente pequeña. Por otra parte, la oferta de servicios públicos está prácticamente centralizada en una sola entidad: la CCSS. Por último, dicha entidad utiliza un sistema de financiamiento y cobertura fundamentado en un esquema de seguro social, aunque con mecanismos dirigidos a proteger grupos específicos sin capacidad contributiva.

La cobertura contributiva del Seguro de Salud alcanza cerca del 90% de la población nacional, en tanto que el acceso a la mayor parte de los servicios de salud es prácticamente universal. Dadas las características del financiamiento y organización de los servicios de salud, Costa Rica está ubicado dentro del modelo público unificado.

### *Guatemala*

El sistema nacional de salud se compone de dos grandes subsectores, poco articulados entre sí: i) el subsector público, constituido por las instituciones y programas dependientes del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) y del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS); y ii) el subsector privado.

El MSPAS es la dependencia del poder ejecutivo formalmente designada para ejercer la rectoría del sector salud. Desde 1997 ha venido fortaleciendo su papel de financiador y regulador de servicios básicos de salud, los cuales son prestados por sus propios establecimientos y por las ONGs.

El IGSS es una institución autónoma que cubre a los trabajadores afiliados al seguro de enfermedad y maternidad, principalmente en la capital y la costa sur del país. Se financia mediante cuotas sobre la planilla por parte de empleados y empleadores.

El sector privado está integrado por médicos en la práctica liberal, empresas privadas que brindan servicios curativos de consulta y hospitalización, y por ONGs que se dedican fundamentalmente al desarrollo de la salud preventiva.

La mayoría de los proveedores privados se concentra en la ciudad capital, donde se concentra una gran parte de la población y los grupos con mayor capacidad de pago. En el sector privado, el financiamiento se realiza fundamentalmente por la vía del gasto directo de bolsillo.

La cobertura poblacional que brindan las instituciones a nivel nacional es la siguiente: Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social 25%; IGSS 17%; Sanidad Militar 2.5%; ONGs 4% y sector privado 10%. Lo anterior implica que cerca del 60% de la población tiene algún tipo de acceso a los servicios de salud.

El gasto nacional en salud representa alrededor del 4% del PIB, con un equivalente a US\$56 per cápita, en tanto que la participación del sector público en el gasto nacional en salud es aproximadamente 45%.<sup>2</sup>

Guatemala representa un ejemplo de sistema de salud segmentado, en el que siguiendo un enfoque tradicional en la región, la población de más bajos ingresos es atendida por el MSPAS, los asalariados de las áreas ur-

<sup>2</sup> PAHO, Health in the Americas, 1998 Edition.

banas por el IGSS, mientras que el segmento con mayores ingresos recurre al sector privado para satisfacer su demanda de servicios de salud. Mediante la reforma del sector salud se promueve la separación de funciones, de modo que el MSPAS ha venido reforzando su papel conductor y regulatorio, el IGSS dando un mayor énfasis a la intermediación de recursos y el sector privado asumiendo la prestación de servicios.

### *México*

Existen tres grandes subsectores en el sistema de servicios de salud: i) las instituciones de seguridad social, que incluyen el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), y los Servicios Médicos de Petróleos Mexicanos (SMPEMEX), de la Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA) y de la Secretaría de Marina (SEMAR); ii) los Servicios de Salud Pública proporcionados mediante la Secretaría de Salud (SSA), por el programa IMSS–Solidaridad (IMSS-SOL) y el instituto nacional indigenista (INI); y iii) el subsector privado.

Los institutos de la seguridad social atienden a sus afiliados por medio de sus propias redes de servicio. La práctica de la medicina tradicional, aún no debidamente cuantificada, está muy extendida, particularmente en las zonas con alta concentración de pueblos indígenas y de medicina homeopática.

En 1999, el 68% del presupuesto público total asignado a la salud se destinó a la atención curativa, incluyendo hospitalización, 15% a la administración, la política y la planeación, 7% a la atención preventiva, 6% a infraestructura y 4% a otros rubros. En cuanto al gasto privado, predomina el gasto destinado a la atención curativa, y su distri-

bución muestra que los honorarios consumen 35% del total, la compra de medicamentos 27% y las hospitalizaciones 20%. El gasto nacional en salud ronda el 5% del PIB, que se traduce en US\$160 por habitante. Del gasto total en salud, cerca del 45% corresponde a gasto público.<sup>3</sup>

El caso de México es un típico ejemplo de un sistema de salud segmentado. Las distintas instituciones desarrollan en forma independiente las funciones de financiamiento y provisión de servicios, y poseen su propia red de atención primaria, así como hospitales de segundo y tercer nivel (integración vertical). Las entidades privadas de salud están fragmentadas y brindan básicamente atención de primer y segundo nivel. Existe poca o nula coordinación entre los proveedores.

### **Los programas de VIH/SIDA en Brasil, Costa Rica, Guatemala y México**

En este apartado se realiza una descripción comparativa de las principales características de los programas de VIH/SIDA en Brasil, Costa Rica, Guatemala y México. La exposición se organiza en función de las dimensiones principales que definen un modelo de salud, a saber: modulación, organización y financiamiento.

Los programas de control del VIH/SIDA inician en Brasil y México en el año 1986, en Costa Rica en 1988 y en Guatemala en 1990; en todos los casos, la adscripción inicial de las dependencias responsables es al Ministerio o Secretaría de Salud, y dentro de éstos, están adscritos directamente al departamento responsable del control y vigilancia epidemiológica.

<sup>3</sup> *Ibidem.*

### Adscripción y año de inicio de los programas de VIH/SIDA. Países seleccionados

| País/Programa/Año de inicio   | Adscripción   |
|---|---|
| Brasil/<br>Coordinación Nacional de ETS/SIDA/1986                                   | Depende directamente de la Secretaría de Políticas de Salud del MS.   |
| Costa Rica/<br>Plan Nacional de Control del SIDA/1988                               | Sección de Vigilancia Epidemiológica del Ministerio de Salud, que responde al Vice Ministro de Salud.   |
| Costa Rica/<br>Departamento de Control del SIDA/1997                                |   |
| Guatemala/<br>Programa Nacional del SIDA/1990                                       | Depende del Departamento de Regulación de la Atención a Personas, que a su vez depende de la Dirección General de Regulación, Vigilancia y Control de la Salud del MSPAS.         |
| México/Comité Nacional<br>para la Prevención y Control del<br>SIDA (CONASIDA)/1986  | El Consejo es presidido por el Secretario de Salud y tiene dependencia directa del Subsecretario de Prevención y Control de Enfermedades.   |
| México/Consejo Nacional para<br>la Prevención y Control del SIDA<br>(CONASIDA)/1988 | De 1988 a 1995 el Consejo era intersectorial, contaba con una dirección técnica y tenía carácter desconcentrado. A partir de 1996 pasa a ser un órgano de la Secretaría de Salud. |

Los programas de VIH/SIDA respectivos están ubicados a tres escalones del Ministerio de Salud, excepto en Guatemala, donde el Programa Nacional del SIDA se ubica a cuatro escalones y depende del Departamento de Regulación de la Atención a Personas.

#### *Políticas sobre VIH/SIDA y sector salud: modulación*

Con la excepción de Guatemala, en los otros tres países existe un órgano de concertación y negociación nacional sobre los problemas del SIDA que agrupa a los distintos actores involucrados en el control y tratamiento de la epi-

demia. No obstante, sólo Brasil reporta que dicho órgano funciona adecuadamente. En México, por ejemplo, los informantes del programa de VIH/SIDA indican que el órgano nacional de concertación sobre asuntos de VIH/SIDA responde más a coyunturas y presiones que a un plan estratégico.

Mientras que en Costa Rica tanto el Ministerio de Salud como el Seguro Social mantienen un papel protagonista compartido de liderazgo en la definición de políticas sanitarias y sobre el problema de VIH/SIDA en particular, en los demás países dicho papel está concentrado en el Ministerio de Salud; situación que se explica por las particularidades del sistema de salud costarricense, asociadas al

modelo público unificado. La reforma del sector salud confirió funciones especializadas de rectoría y control epidemiológico al MS, y a la Caja Costarricense de Seguro Social las funciones de financiamiento y provisión de servicios (directa o mediante contratación) en los tres niveles de atención.

En Brasil se considera que el Ministerio de Educación, el Seguro Social y los grupos organizados de la sociedad tienen poco o ningún protagonismo en la definición de políticas y conducción de los programas de VIH/SIDA, mientras que el Ministerio de Hacienda y las ONGs mantienen una posición medianamente aceptable.

En el caso de Guatemala, en relación con las políticas nacionales sobre VIH/SIDA existen de manera aislada formulaciones por parte de grupos organizados de la sociedad y las ONGs. Según los informantes del Programa existe desinterés de los tomadores de decisiones en el gobierno para elaborar, formular, declarar y apoyar políticas sobre el tema del VIH/SIDA; además, se indica que las políticas existentes se basan más en arbitrariedades y supuestos que en evidencia científica.

En México, el actor con mayor protagonismo en la definición de políticas nacionales sobre VIH/SIDA es la Secretaría de Salud, seguida por los grupos organizados de la sociedad, incluyendo las Asociaciones de Personas Viviendo con VIH/SIDA (APVVS) y las ONGs, que mantienen un protagonismo alto. En orden de importancia le sigue el Seguro Social, mientras que el resto de actores presenta un bajo nivel de protagonismo.

Un aspecto que repercute notablemente en el alcance de las políticas y programas es el de la prioridad otorgada los por distintos actores de la sociedad. El sector salud, las APVVS, el gobierno y las agencias internacionales, en ese orden, aparecen como los actores que mayor prioridad asignan a los programas de VIH/SIDA. Sin embargo, tanto el nivel de prioridades como su jerarquización varían según

cada contexto nacional. En Guatemala el tema del VIH/SIDA no parece ser un tema prioritario en la agenda nacional, excepto para la población infectada y sus familiares. Las APVVS y las ONGs aparecen en México como los actores que han brindado la mayor prioridad al Programa, seguidos por el sector salud; mientras que el gobierno, los institutos de investigación, las organizaciones comunales, la iglesia católica y los medios de comunicación, se señalan como actores que otorgan una prioridad media al Programa. En Brasil, el tema se señala como prioritario para el sector salud, el gobierno y las ONGs, pero se percibe que el resto de los actores, incluyendo las agencias internacionales, los institutos de investigación, centros de información, escuelas y colegios, le asignan un bajo nivel de prioridad. En Costa Rica, el sector salud, las ONGs, los medios de comunicación y las APVVS aparecen como los actores que asignan mayor prioridad al tema del VIH/SIDA.

En estrecha relación con lo anterior, la percepción de los informantes de los programas de VIH/SIDA acerca de la importancia que brindan los diferentes actores a dichos programas, varía notablemente de país a país. Brasil y Costa Rica aparecen como casos donde los políticos, líderes nacionales, congresistas y reformadores han asignado una gran importancia al tema del VIH/SIDA, en general muy superior a la otorgada por dichos actores en México y Guatemala.

Un punto crítico en el desempeño de cualquier programa de prevención y control epidemiológico, tiene que ver con la generación y utilización de la información epidemiológica como insumo para el diseño de políticas y acciones estratégicas. Entre los cuatro países estudiados, sólo Brasil reporta una utilización adecuada de dicha información; en Costa Rica, si bien la información se genera en cantidad y calidad suficiente, la inadecuada utilización de la información se refiere al hecho de que “...no se cuenta con los recursos para ejecutar las deci-

siones”. En Guatemala se anota que “...*existe la creencia de que los grupos más vulnerables ya tienen destrezas suficientes para evitar la infección*”, y al igual que en México, se estima que el destino de los gastos en prevención no guarda proporcionalidad con el tamaño de los grupos de mayor riesgo.

Otro tema de interés en el ámbito de la rectoría y definición de políticas sobre VIH/SIDA se refiere al impacto que ha tenido la reforma del sector salud sobre el funcionamiento de los programas específicos. En primer término, no todos los informantes de los programas de VIH/SIDA estudiados afirman conocer a plenitud los objetivos de la reforma del sector, ni tienen conocimiento acerca de quiénes son los líderes de la reforma en su respectivo país. Por otra parte, el diálogo entre esos líderes y los del programa de VIH/SIDA se califica de “nivel medio o temporal” en Brasil y Costa Rica, de bajo o esporádico en Guatemala y sólo México reporta la existencia de un diálogo “alto y permanente”.<sup>4</sup>

En general, los informantes de los programas de VIH/SIDA perciben que la reforma del sector salud ha tenido un impacto positivo sobre dichos programas, aunque a juzgar por las evaluaciones individuales de los informantes, la percepción sobre el alcance del proceso es muy disímil entre los países. En Costa Rica y Guatemala se percibe que la reforma del sector salud sólo ha provocado ligeros cambios administrativos en los programas de VIH/SIDA, y en este último país algunos de los cambios se perciben como desfavorables: por ejemplo, se han introducido cambios en el proceso de notificación de casos y registros, la descentralización no ha sido planificada ni bien organizada y el programa carece de autonomía administrativa y financiera.

La opinión acerca de las principales modificaciones que deben ser introducidas en el programa frente a la reforma varían en función

de las prioridades y necesidades nacionales. En opinión de los informantes de los programas de VIH/SIDA, los cambios requeridos que abarcan desde elementos macro tales como “...*la búsqueda de financiamiento sostenible y de apoyo político*” y la “*aprobación de leyes que penalicen la discriminación*”, pasan por meros objetivos, como la “...*mayor capacitación a los actores locales*” y la “...*formación de equipos con otros actores sociales*”, e incluye otros objetivos micro como la inclusión de ETS/VIH/SIDA en el paquete básico de servicios de salud, el establecimiento de la educación sexual como obligatoria y la búsqueda de opciones de financiamiento para el suministro de tratamiento anti-retroviral, entre otros.

Debe destacarse que el tema de la capacitación local, particularmente, parece recibir una importancia notable frente al proceso de descentralización que promueven las reformas, y se percibe como un elemento central para potenciar los efectos del proceso de reforma sobre los programas de VIH/SIDA.

Las acciones prioritarias planteadas por los distintos programas de VIH/SIDA reflejan de algún modo el grado de eficacia alcanzado por cada país, y se resumen en el cuadro siguiente.

| <b>Acciones prioritarias de los programas VIH/SIDA en los próximos cinco años y principales limitaciones para llevarlas a cabo</b> |  |
|--|--|
| <i>Acciones prioritarias</i>   | <i>Limitaciones</i>                      |
| <b>Brasil</b>  |  |
| · Reducir la incidencia  | · Disponibilidad de recursos financieros |
| · Ampliar el diagnóstico y tratamiento   | · Falta de RRHH calificados              |
| · Informar y educar  |  |

continúa

<sup>4</sup> Vale la pena señalar que quien proporcionó la información para el estudio de México se dedicó por varios años a la Reforma Sectorial en Salud y sólo trabajó por dos años en el Programa Nacional de SIDA en México.

| <i>Acciones prioritarias</i>   | <i>Limitaciones</i>   |
|--|---|
| <p><b>Costa Rica</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· Educación en jóvenes</li> <li>· Control de la transmisión perinatal</li> <li>· Educación en el tratamiento anti-retroviral</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>· Financiamiento</li> <li>· Voluntad política</li> <li>· Cambios en el programa</li> <li>· Aumento no medido de la epidemia</li> </ul>   |
| <p><b>Guatemala</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· Prevención grupos altamente vulnerables</li> <li>· Vigilancia epidemiológica de segunda generación y de comportamientos</li> <li>· Atención con ARV a personas viviendo con VIH/SIDA</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>· Presupuesto insuficiente</li> <li>· Acceso difícil para la población</li> <li>· No posicionamiento del tema en la agenda pública</li> <li>· Falta de personal capacitado</li> <li>· Doble moral entre tomadores decisiones y la población</li> </ul>                         |
| <p><b>México</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· Promover y aumentar el uso del condón</li> <li>· Programas específicos para personas con alto riesgo</li> <li>· Aumentar el uso de ARV</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>· Falta de capacitación para traducir datos epidemiológicos en políticas</li> <li>· Prioridad de la atención sobre la prevención</li> <li>· Voluntad política disminuida</li> <li>· Aumentos de precios en ARV</li> <li>· Recursos insuficientes para la prevención</li> </ul> |

Fuente: Opinión de los informantes de los programas VIH/SIDA en cada país.

Como parte del estudio se analizó la percepción de los informantes en relación con el grado de cumplimiento de ciertas características deseables de dichos programas. La calificación global del grado de cumplimiento otorgado a tales características es muy superior en Brasil y Costa Rica en comparación con México y Guatemala.

En el caso brasileño, casi todos los aspectos considerados recibieron el puntaje máximo; en el programa costarricense sólo el grado de previsión y actuación sobre las consecuencias a largo plazo de la epidemia recibió un puntaje regular, pero el resto de aspectos calificados un puntaje alto. En Guatemala sólo la percepción sobre la integralidad de la planificación aparece bien evaluada, mientras que en México esta variable, más la asignación de responsabilidades y la existencia de lazos de cooperación, recibieron puntajes altos.

#### **Características deseables de programas VIH/SIDA: ámbito de la modulación**

- Posibilidad de replanificar y adaptarse
- Estudia y evalúa las variaciones del comportamiento sexual
- Prevé y actúa sobre las consecuencias a largo plazo de la epidemia
- Planifica en sectores prioritarios mediante la identificación de determinantes
- Integralidad de planificación: recursos, conocimientos, voluntades
- Disponibilidad de recursos humanos, materiales y financieros.
- Asigna responsabilidades y hay lazos de cooperación para supervisarlas

### **Organización y prestación de los servicios de VIH/SIDA**

#### *Funciones y papel de los actores*

Además de las funciones relacionadas con la definición de políticas para la marcha de los programas de VIH/SIDA, se pueden identificar otras funciones clave en la organización y prestación de los servicios: diagnóstico, tratamiento, educación, investigación y evaluación.

El análisis de la participación de los distintos agentes involucrados en el desarrollo de tales funciones/procesos al interior de los pro-

gramas de VIH/SIDA indica que los ministerios o secretarías de salud se concentran en actividades de diagnóstico y educación; las instituciones de seguro social y el sector privado se concentran en las acciones para el tratamiento; las ONGs, la iglesia católica (en Guatemala y Costa Rica) y las asociaciones de VIH/SIDA participan básicamente en las funciones de educación; mientras que las universidades estatales, además de funciones educativas, aportan esfuerzos en el área de investigación. Debe destacarse que a criterio de los informantes, ninguno de los actores señalados está involucrado fuertemente en las actividades de investigación y evaluación; más aún, éstas son señaladas como áreas débiles de los programas de VIH/SIDA en los países estudiados.

cación y las ONGs apoyan en gran medida el área de investigación. En Guatemala las ONGs apoyan significativamente las actividades de tratamiento, especialmente en lo que tiene que ver con la búsqueda de financiamiento para la compra de anti-retrovirales y en el suministro de cuidados paliativos.

Una pregunta que surge es acerca de cómo se organiza la interacción de los distintos actores en los programas de VIH/SIDA. Se puede plantear que si bien el papel jugado por los actores guarda un patrón similar, los mecanismos a través de los cuales se logra el cumplimiento de roles están determinados en gran medida por las características del sistema de salud en el cual operan: esquema de financiamiento, organización de

| Actor                    | Diagnóstico | Tratamiento | Educación | Investigación | Evaluación |
|--------------------------|-------------|-------------|-----------|---------------|------------|
| Ministerio de Salud      | M           |             | M         |               |            |
| Seguro Social            |             | A           |           |               |            |
| ONGs                     |             |             | A         |               |            |
| Sector privado           |             | M           |           |               |            |
| Iglesia (Guatemala y CR) |             |             | A         |               |            |
| Asociaciones VIH/SIDA    |             |             | A         |               |            |
| Universidades estatales  |             |             | A         | M             |            |

M: mediana participación; A: alta participación.

Los patrones de especialización de las entidades en las tareas mencionadas, no parecen diferir mucho entre los países, independientemente de la forma en que estén organizados los sistemas de salud. Como excepciones, en Brasil y Guatemala el Ministerio de Salud posee una participación significativa en materia de educación en VIH/SIDA; en Costa Rica, el Seguro Social, aparte del tratamiento, juega un papel importante en las actividades de edu-

la red de servicios y modalidades de provisión, fundamentalmente.

En el nivel central, la forma en que están vinculados los actores responde a su grado de participación en la definición y desarrollo de acciones consolidadas; un ejemplo es la participación de los actores en los órganos centrales de concertación sobre VIH/SIDA que han creado la mayor parte de los países de la región, que interactúan con el nivel

político más alto vía su relación con los programas de control de VIH/SIDA o directamente con el nivel más alto de toma de decisiones. En el nivel regional o estatal, las acciones son menos consolidadas y las relaciones entre los distintos actores sociales se producen por la vía de las estructuras regionales o estatales de gestión, que a su vez pueden tener un departamento epidemiológico y un programa de VIH/SIDA adscrito. A nivel local la participación de los actores sociales es más directa y tiene lugar desde un punto de vista operativo: proveedores de servicios, APVVS y otras organizaciones de la sociedad civil.

### La red diagnóstica

El alcance de la red diagnóstica, en cuanto a cobertura de la población, es variable según país, con extremos que van desde 30% en Guatemala a 80% en Brasil; en Costa Rica y México la cobertura es 50 y 77%, respectivamente.

Para el tamizaje masivo se utilizan normalmente pruebas de sangre y sólo en Brasil se hace uso de otros fluidos humanos. En promedio, el 67% de las pruebas de detección masiva se realiza en establecimientos públicos, el 18% en bancos de sangre y el resto en centros privados (hospitales, clínicas y laboratorios privados). Costa Rica constituye una excepción a este perfil, pues casi el 90% de las pruebas se realiza en establecimientos del Seguro Social, incluyendo los bancos de sangre, que pertenecen a centros hospitalarios de esa entidad.

En general, después de diagnosticado un caso, los programas tienen un alto cumplimiento en cuanto a la comunicación al paciente (87% en promedio);<sup>5</sup> un mediano cumplimiento en lo que se refiere a la confirmación en 48

horas (60%) y a la activación del programa de apoyo y tratamiento (75%); y un regular o deficiente cumplimiento en cuanto a: notificación del caso al sistema de información (47%), notificación al centro asistencial proveedor del paciente (33%), e intervención de actores sociales (40%). En Brasil se mencionan como particularmente deficientes la confirmación en 48 horas y la notificación a la unidad que provee los servicios médicos al paciente, mientras que en Guatemala, excepto en la comunicación al paciente, el cumplimiento en las demás áreas se señala como deficiente.

En cuanto a las fortalezas y debilidades de la red diagnóstica,<sup>6</sup> en Costa Rica aparecen como principales fortalezas la capacitación del personal de laboratorio en todo el país, el abastecimiento continuo de materiales y la cobertura del cien por ciento en el diagnóstico a los donantes de sangre, mientras que las principales debilidades reportadas son: la limitación del presupuesto para abarcar poblaciones específicas (grupos vulnerables y embarazadas); el lento y deficiente reporte de casos y la falta de consejería. En Guatemala, las fortalezas del programa se relacionan con la diversidad del mercado y la existencia de personal capacitado en el segundo nivel para laboratorios, y como debilidades la falta de acceso, el tratamiento no integral (consejería) y la desactualización en métodos diagnósticos. En México, por su parte, la obligatoriedad legal de la detección en las donaciones de sangre —que en la práctica se traduce en una cobertura en tamizaje de bancos de sangre que se estima superior al 99%— y la prohibición para comercializar sangre en forma privada, se anotan como fortalezas, en tanto que la falta de consejería universal como la principal debilidad.

Un aspecto que limita el alcance de la red diagnóstica es el de la disponibilidad de recursos humanos. Los informantes de los cuatro

<sup>5</sup> Se trata de un promedio simple por país.

<sup>6</sup> Esta información no fue cumplimentada para el caso de Brasil.

programas de VIH/SIDA estudiados afirman que es insuficiente la cantidad de recursos humanos capacitados con que cuenta la red. En Guatemala, por ejemplo, se indica la desactualización del personal en métodos diagnósticos como una de las principales debilidades del Programa.

### Servicios de tratamiento

La organización de los servicios de tratamiento del VIH/SIDA que asume cada país está en gran medida determinada por el modelo de sistema de salud vigente. Los servicios de tratamiento pueden clasificarse en tres categorías, en función de la importancia que poseen en términos de los recursos que demandan: (i) atención médica, ambulatoria y hospitalaria; (ii) acceso a fármacos, y (iii) servicios de mitigación.

Idealmente, para lograr un óptimo aprovechamiento de los recursos destinados al tratamiento del VIH/SIDA, estas tres categorías de la atención deben guardar un suficiente grado de integración entre ellas, lo cual no siempre se cumple.

En Costa Rica, donde casi todas las instalaciones hospitalarias son del Seguro Social y la oferta hospitalaria privada es muy baja, no existen camas destinadas especialmente a las personas con VIH/SIDA, de modo que pueden ser ingresadas en cualquier hospital del país. Se estima que sólo un 2% de las personas que viven con SIDA se atienden en instalaciones del sector privado y otro 2% en centros o albergues que pertenecen a APVVS. El acceso a los anti-retrovirales es universal en virtud de un pronunciamiento de la Sala Constitucional en el año 1997, vinculante para la

Caja Costarricense de Seguro Social en el sentido de que los ARV debían administrarse a todos los ciudadanos, independientemente de su condición de asegurado.<sup>7</sup> Los cuidados paliativos son provistos tanto por el sector público como por las ONGs y las asociaciones de personas que viven con VIH/SIDA; los informantes del Programa califican como adecuadas las actividades de apoyo que se brindan.

Una de las debilidades de la red de atención en Costa Rica es que la captación y diagnóstico de las embarazadas se hace en forma irregular, en ausencia de un esquema sistemático; sin embargo, hay disponibilidad obligatoria de tratamiento anti-retroviral para toda embarazada con VIH. En Guatemala, esta población recibe controles con pruebas de oficio, previa comunicación y explicación en los hospitales públicos de referencia nacional; además, las embarazadas son enviadas a programas de apoyo, aunque sólo en forma ocasional. A la embarazada con VIH/SIDA se le suministra tratamiento con AZT desde la semana 14 hasta el parto, y al bebé desde el nacimiento hasta los seis meses. En México, en la captación se informa a las embarazadas sobre la existencia de medicamentos para disminuir el riesgo de transmisión perinatal y su carácter gratuito; el examen no es obligatorio, a no ser que se trate de mujeres en riesgo.

El costo por paciente de la terapia anti-retroviral en Costa Rica se estima en US\$6,000 anuales; en Guatemala el valor del tratamiento es US\$12,000 anuales y se calcula que ronda los US\$9,000 en México. El costo más bajo en Costa Rica, en comparación con el de otros países del área, obedece a que el Seguro Social ha negociado descuentos de precios por volu-

<sup>7</sup> En Costa Rica, la universalidad en el acceso a los servicios de salud tiene rango constitucional y el Seguro Social está obligado a suministrar los servicios de salud a toda la población. En septiembre de 1997 la Sala Constitucional de la Corte Suprema de Justicia declaró con lugar un recurso de amparo contra la CCSS. El accionante, en su condición de enfermo de VIH/SIDA, solicitó el suministro por parte de la Caja del tratamiento anti-retroviral.

men ante las compañías farmacéuticas, sacando así ventaja de un sistema centralizado de compras de productos farmacéuticos que abastece toda la red de proveedores de servicios de salud.<sup>8</sup>

Respecto a la disponibilidad de personal capacitado para desarrollar las actividades de tratamiento de las personas viviendo con VIH/SIDA, la condición entre países es muy diversa. En Costa Rica se indica que el Ministerio de Salud y el Seguro Social cuentan con más del 95% de médicos capacitados para realizar las atenciones; mientras que en Guatemala se indica que dicha proporción es muy baja,<sup>9</sup> de modo que la principal fuente de personal capacitado para brindar el tratamiento son las ONGs. En México, del total del personal aportado se considera que están capacitados para la atención el 35% de los médicos de la Secretaría de Salud, el 30% del Seguro Social, 10% de otro sector público, un 10% de los médicos de las aseguradoras privadas y el 15% de los médicos que aportan las ONGs.

En relación con los mecanismos para dar seguimiento a la disponibilidad y acceso al tratamiento anti-retroviral, los informantes de los programas indican que dichos mecanismos funcionan en Brasil, Costa Rica y México, y que no existen del todo en Guatemala.

La estancia media hospitalaria de las personas con VIH/SIDA se estima en quince días para Costa Rica y Guatemala, y en doce días en México.<sup>10</sup> En el primer país, con la aplicación universal de anti-retrovirales a partir de 1997, la estancia media cayó sustancialmente, pero no se cuenta con mediciones actualizadas. Uno de los problemas con respecto a la decisión de administrar anti-retrovirales es que

usualmente sólo se consideran los costos que genera el tratamiento, pero no se toman en cuenta los ahorros en costos para el sistema hospitalario (beneficios directos), derivados de la reducción de las atenciones hospitalarias que genera la terapia, ni los beneficios indirectos para la economía, en términos de los años de productividad que se retornan a la economía por cada paciente incorporado nuevamente al proceso productivo. La valoración completa de los beneficios directos e indirectos probablemente conduce a un costo incremental inferior al que representa la mera valoración del costo anual de tratamiento ARV.

Es de esperar que a mayor segmentación de un sistema de salud —lo que a menudo implica mayor diversidad de esquemas y fuentes de financiamiento—, menores serán las posibilidades de hacer llegar el tratamiento anti-retroviral en forma relativamente equitativa a todas las personas que lo requieren, por tres razones: cuantas más instituciones estén involucradas en la cobertura de las distintas poblaciones, habrá que convencer a un mayor número de actores sobre los beneficios para la sociedad que genera la aplicación de la terapia; segundo, la segmentación eleva las posibilidades de traslapes en la cobertura dando origen a conflictos interinstitucionales sobre las responsabilidades de uno u otro financiador de servicios. Y en tercer lugar, es muy reducida la proporción de personas que tiene capacidad de pago para hacer frente al acceso a anti-retrovirales mediante gasto de bolsillo.

Excepto en Costa Rica, en los demás países los informantes de la encuesta consideran que son insuficientes los recursos asignados para la atención de las personas que viven con

<sup>8</sup> El dato para Brasil no fue suministrado, pero se conoce que en ese país el costo del tratamiento es relativamente bajo, en virtud del alto volumen de compras de ARV concertado con los proveedores. Según datos de la Coordinación Nacional de ETS y SIDA de Brasil, un tratamiento combinado de tres drogas anti-retrovirales cuesta en promedio R\$8,000 por año (equivalente a US\$7,286). Véase: Ministerio de Saúde. Coodenacao Nacional de DTS e Aids-Brasilia. Terapia anti-retroviral e Saude Pública: um balanço da experiencia brasileira. Brasil. 1999.

<sup>9</sup> No se suministró el dato estimado.

<sup>10</sup> La información correspondiente a Brasil no fue cumplimentada en el cuestionario.

VIH/SIDA, debido a que la cobertura no alcanza el cien por ciento, o bien por la falta de acceso a la atención médica —como en el caso de Guatemala— o porque el tratamiento no es integral.

El análisis de las fortalezas y debilidades de los servicios de atención pone en evidencia las distintas percepciones acerca de las prioridades de los contextos nacionales, y la distinta forma en que son percibidas dichas prioridades en función de las características del sistema de salud y del alcance actual de cada programa de VIH/SIDA (ver cuadro).

Lo que en Guatemala se señala como una fortaleza, a saber, la diversidad de opciones de proveedor y tipo de servicio, a su vez puede constituir una de las principales debilidades de los programas de tratamiento, en la medida en que ello se traduce en dificultades para coordinar un esquema de financiamiento que responda de manera equitativa a todos los sectores sociales, y porque la relativa segmentación del sistema incide sobre los mecanismos de referencia y en el nivel de la respuesta; en efecto, estos dos factores se señalan como debilidades del proceso de atención en ese país.

Otro tema ligado al grado de integración, en población e institucional, tiene que ver con el problema del traslape de esfuerzos institucionales que puede generar un esquema más segmentado en comparación con otro más integrado. Por ejemplo, en México se conoce el número de atenciones a personas que viven con SIDA por parte de los distintos establecimientos, pero se indica que no se sabe con exactitud el consolidado de número de personas atendidas por todos los establecimientos, debido principalmente a que un paciente puede recibir tratamiento en más de una institución o establecimiento. Evidentemente, ello constituye un escollo para la planificación y el control de los recursos y acciones destinados al tratamiento.

Para cerrar el tema de la organización de los servicios, resulta interesante anotar algunos

**Principales fortalezas y debilidades de los servicios de atención VIH/SIDA, según país**

| <i>Fortalezas</i>  | <i>Debilidades</i>   |
|--|--|
| <b>Costa Rica</b>  |  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>· Acceso universal al Tx ARV</li> <li>· Personal capacitado</li> <li>· Han disminuido la mortalidad y la letalidad</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>· Poco refuerzo a los mecanismos de adherencia a los ARV</li> <li>· Aumento en el número de puede hacer insostenible el tratamiento ARV con carácter universal</li> </ul>   |
| <b>Guatemala</b>   |  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>· Diversidad de opciones de proveedor y tipo de servicios</li> <li>· Especialización adquirida por el proveedor</li> </ul>    | <ul style="list-style-type: none"> <li>· Dificultades en la referencia y la respuesta</li> <li>· Falta de credibilidad en la red de servicios</li> <li>· Falta de presupuesto para ampliar la cobertura</li> </ul>   |
| <b>México</b>  |  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>· Cada año aumenta la cobertura</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>· Cobertura aumenta en respuesta a la presión social y no con base en un plan.</li> <li>· Solo tienen cobertura universal los que tienen acceso a seguridad social y mínimamente los no-asegurados por la Secretaria de Salud (principalmente a mujeres embarazadas, sus hijos y las madres seropositivas aun después de parir).</li> </ul> |

Nota: La información correspondiente a Brasil no fue suministrada. No obstante, se considera que Brasil tiene el mejor sistema de atención VIH/SIDA de América Latina y comparte fortalezas y debilidades similares a las de Costa Rica.

resultados de la Encuesta respecto a la percepción sobre la eficacia de los protocolos de diagnóstico, tratamiento y apoyo al paciente a familiares, establecidos mediante los programas de VIH/SIDA. Se observa que la eficacia en

la aplicación de protocolos es relativamente más alta por parte las asociaciones de VIH/SIDA, las ONGs, el Ministerio de Salud y el Seguro Social, pero con niveles bastante diferentes entre países: de un lado Brasil y Costa Rica, con altos niveles de eficacia, y por otra parte Guatemala y México con eficacia de regular a baja. En Brasil se señala que los protocolos han sido “muy efectivos” para todos los prestadores de servicios, mientras que en Costa Rica esa situación se da en el Seguro Social y en el Ministerio de Salud —el resto de prestadores de servicios presenta un nivel intermedio de eficacia. En México sólo las asociaciones VIH/SIDA parecen mostrar una elevada eficacia de los protocolos y un regular desempeño en ese ámbito por parte de las ONGs y el Seguro Social. En Guatemala la eficacia de los protocolos es en promedio más baja que en el resto de países, y en opinión de los informantes ningún prestador muestra niveles de eficacia aceptables.

## Financiamiento

### *Financiamiento de la red diagnóstica*

Los informantes de la encuesta afirman que el financiamiento destinado a la red diagnóstica es insuficiente. El financiamiento recae fundamentalmente en la cooperación internacional y en el presupuesto de los ministerios de salud o del seguro social, aunque con notables diferencias entre países. En Brasil, un 50% de la red se financia con fondos externos<sup>11</sup> y el resto mediante fuentes federales, estatales y municipales. En Guatemala, la red diagnóstica se financia en su totalidad con los fondos provistos por la Agencia Sueca para el Desarrollo Internacional, ASDI, de modo que los estudios centinela realizados durante 1999 se financiaron en su totalidad con aportes de ese orga-

nismo. En este país el financiamiento de la red se considera insuficiente, pues sólo cubre el tercer nivel de atención y en el sector privado las pruebas son caras. En Costa Rica prácticamente todos los servicios de diagnóstico poseen financiamiento público, mientras que en México, cerca del 80% de la red es financiada por el Seguro Social y la proporción restante recae por partes similares entre la asistencia pública y gasto directo de bolsillo. En estos dos países, pese a las diferencias en el grado de integración del sector salud, las instituciones de seguridad social constituyen un componente de gran peso en el funcionamiento de la red diagnóstica.

Las necesidades de recursos financieros adicionales para fortalecer la red diagnóstica son muy variables entre los países. En Brasil no se cuenta con estimaciones de recursos para extender la cobertura de la red diagnóstica al cien por ciento; en el caso de Costa Rica, se estima que se requiere 1.3 veces el presupuesto actual asignado en materiales y suministros, para universalizar el tamizaje de embarazadas. En Guatemala, la única fuente disponible para el financiamiento de la red diagnóstica es la ASDI y se estima que se requieren cerca de US\$275,000 para descentralizar el tratamiento, implantar el protocolo de calidad y capacitar al personal. En el caso de México, se calcula que las necesidades financieras de la red diagnóstica son de US\$25 millones al año, es decir, 1.7 veces el costo estimado del componente en 1997.

### *Financiamiento de los servicios de tratamiento*

Los servicios de atención al paciente pueden agruparse en tres grandes esferas: atención médica, fármacos y cuidados paliativos. El financiamiento de los servicios de atención médica y en general los dirigidos a mitigar las consecuencias de la enfermedad, no parece

<sup>11</sup> En este caso, se trata de un préstamo del Banco Mundial.

guardar diferencias regulares en función del grado de integración/segmentación del sistema de salud. Así, por ejemplo, en Guatemala, que cuenta con un sistema de salud bastante segmentado tanto en población como en la organización institucional, casi el 90% de las atenciones médicas a personas viviendo con VIH/SIDA se realizan en los hospitales públicos del Ministerio de Salud y del Seguro Social. Esta distribución de las atenciones médicas no difiere mucho de la que prevalece en Costa Rica, país que sigue un modelo unificado y altamente integrado, donde aproximadamente el 95% de las atenciones médicas se realiza en establecimientos del Seguro Social. En México, el 75% de dichas atenciones se realiza en establecimientos públicos y el resto de la atención médica es asumida por las ONGs y mediante gasto de bolsillo, en proporciones similares.

El grado de acceso a los anti-retrovirales y su fuente de financiamiento sí guardan una relación con el modelo adoptado por el sistema de salud. En Costa Rica, prácticamente el cien por ciento de los gastos en terapia anti-retroviral son financiados directamente por el Seguro Social, independientemente de la condición de aseguramiento del paciente. En el otro extremo, en Guatemala se estima que el 75% de los gastos nacionales en anti-retrovirales los genera el sector público, pero con una alta concentración en el Seguro Social, mientras que el remanente se cubre principalmente vía gasto de bolsillo. El hecho de que en Guatemala la mayor parte del gasto en fármacos esté concentrado en el Seguro Social — más del 65% del gasto total del país—, refleja los problemas de equidad en el acceso a los servicios de salud, típicos de los sistemas poco integrados, pues es de esperarse que los afiliados al Instituto Guatemalteco de Seguro Social sean los más beneficiados en cuanto al acceso a la terapia anti-retroviral. Una situación similar se observa en México; aquí, se estima que cerca del 50% de los gastos en anti-retro-

virales se atiende mediante gasto de bolsillo y el resto es asumido casi en su totalidad por el Seguro Social.

### **Elementos para una tipología de los programas de VIH/SIDA**

Una aproximación a la clasificación de los programas de VIH/SIDA engloba al menos tres componentes, estrechamente vinculados entre sí: (i) rectoría y políticas; (ii) organización institucional/funciones/procesos; y (iii) financiamiento.

#### *Rectoría y políticas*

En general, puede afirmarse que no es posible asociar el conjunto de características que definen el ámbito del papel del ente rector y la definición de políticas, con un modelo particular de sistema de salud.

#### **Factores críticos: rectoría y políticas**

1. Protagonismo del ente rector
2. Mecanismos de concertación/participación social/cercanía de interlocutores del nivel de toma de decisiones
3. Prioridad asignada al programa/apoyo político
4. Alcance de la reforma/impacto sobre programas y problemas específicos

No obstante, pueden establecerse algunas consideraciones generales en esa dirección; en primer lugar, los resultados discutidos en las secciones anteriores de este trabajo parecen apoyar la hipótesis de que en aquellos sistemas de salud donde el ente rector juega un papel protagonista en la definición de políticas y donde los mecanismos de concertación y participación social garantizan un adecuado gra-

do de aproximación entre el nivel de toma de decisiones y los restantes actores, los programas de VIH/SIDA tienen mayor posibilidad de contar con mayor apoyo político, y por tanto, un mayor nivel de éxito en el acceso a recursos, gestión y resultados.

En cuanto a las reformas en el sector salud en el ámbito del fortalecimiento de las funciones de rectoría y control, su impacto sobre el funcionamiento de los programas de VIH/SIDA estará en función del grado en que tales cambios se traduzcan en mejoras en la capacidad para planificar y en los instrumentos de apoyo a dicha función —v.g. normas para generación oportuna de información a lo largo y ancho de la red de prevención, diagnóstico y tratamiento; utilización eficaz de la información epidemiológica; etcétera—, o bien en lineamientos políticos, normas e instrumentos de gestión para atacar problemas concretos del funcionamiento de los programas.

El esquema de “contrato público” entre financiador(es) y proveedores que promueven las reformas de salud en la región, constituye un vehículo mediante el cual se pueden solventar muchas de las deficiencias de los programas de VIH/SIDA; por ejemplo, con base en la introducción de cláusulas contractuales que incentiven, desde el punto de vista económico,<sup>12</sup> el cumplimiento de protocolos de diagnóstico, atención médica, registro y reporte de casos, la asignación de recursos para la capacitación, etcétera.

### **Organización institucional, funciones y procesos**

El establecimiento de elementos para conformar una tipología de los programas de VIH/SIDA y su relación con el modelo de sistema de salud

en el que funcionan, se basa en la identificación de factores críticos que pueden condicionar la potenciación de las fortalezas de los programas, en función de los aspectos analizados para los cuatro países considerados en este trabajo.

En el campo de la organización institucional, funciones y procesos de los programas de VIH/SIDA, se pueden identificar al menos seis factores críticos (véase el recuadro adjunto).

#### **Factores críticos: organización institucional, funciones y procesos**

1. Diversidad de prestadores/distribución de funciones y procesos/mecanismos de coordinación-referencia-seguimiento
2. Grado de centralización/descentralización del programa
3. Prioridades de prestadores: prevención/tratamiento
4. Instrumentos de apoyo a la toma de decisiones/información/investigación
5. Grado de integración entre: atención médica/acceso a ARV/servicios de mitigación
6. Equidad en el acceso a calidad: información/educación/servicios médicos/fármacos/consejería

La diversidad de proveedores guarda una relación directa con el grado de “integración institucional” de un sistema de salud. A mayor segmentación, mayores son las alternativas de elección por parte de los usuarios, pero aumentan los riesgos de traslape de esfuerzos entre prestadores; la distribución de funciones y procesos, y por tanto de responsabilidades, entre los prestadores de servicios de VIH/SIDA, corre el riesgo de ser más difusa y menos transparente, y se tornan más complejos los mecanismos de coordinación, referencia y seguimiento de casos.

<sup>12</sup> En un sistema de asignación de recursos basado en contratos, esto significa que el desembolso de cierta proporción del presupuesto está en función del cumplimiento de los indicadores de desempeño previamente negociados entre proveedor y proveedor.

Por otra parte, cuanto mayor es la segmentación institucional, menores son las posibilidades de lograr una integración eficaz entre los procesos y funciones específicos que realizan los diferentes actores a lo largo del programa de VIH/SIDA —prevención, diagnóstico, acceso a ARV y servicios de apoyo, entre otros—, y más compleja la solución de los problemas de acceso equitativo a servicios de similar calidad entre grupos de población.

La segmentación de proveedores, combinada con una “integración en población”, es decir, en el financiamiento, como en el caso de Brasil, constituye un esquema mediante el cual se pueden atenuar muchos de los riesgos citados, en la medida en que se cumplan dos condiciones: primero, que las prioridades de asignación de recursos entre los programas y al interior de ellos estén adecuadamente jerarquizadas (papel que le corresponde a la función de rectoría y políticas); y segundo, que los contratos que sustentan las relaciones entre el financiador y los prestadores de servicios definan reglas suficientemente claras respecto al pago según resultados de salud, como por ejemplo estableciendo el pago diferenciado para las actividades de prevención de ETS/VIH/SIDA que realicen los proveedores, con base en protocolos e indicadores previamente concertados.

Un sistema de salud basado en la integración simultánea de población e instituciones, como el de Costa Rica, tiene mayor capacidad para solventar los problemas de coordinación, referencia y seguimiento de casos a lo largo de la red de servicios, pero corre los riesgos tradicionales de atrofia burocrática, centralismo excesivo y acceso no equitativo a calidad condicionado por la capacidad de manejo de influencias o por cobros indebidos al usuario. Uno de los cometidos de la reforma de salud en ese país es lograr una separación de las funciones de financiamiento y provisión de servicios, conceder mayor autonomía en la gestión de los establecimientos públicos de salud y abrir

la participación a proveedores privados, como medio para elevar la competencia entre proveedores. Es decir, se trata de moverse en la dirección de introducir algunas de las características del modelo de contrato público vigente en Brasil; uno de los retos es lograr esos objetivos sin provocar una segmentación perjudicial en los procesos de atención y una ruptura en los mecanismos de coordinación horizontales y verticales en la red de servicios.

## Financiamiento

Las fuentes de financiamiento del sistema de salud visto en su conjunto, determinan en gran medida el tipo de sistema de salud y son un reflejo del grado de “integración en población”. Una mayor integración implica una participación más elevada del presupuesto público en el financiamiento del sistema de salud, y por lo tanto, condiciones más equitativas de acceso a los servicios de salud.

Se pueden anotar cinco aspectos críticos relacionados con el financiamiento de los programas de VIH/SIDA: la importancia relativa de las fuentes, su continuidad, los recursos destinados a cubrir a las poblaciones más vulnerables, los altos costos de tratamiento y la disposición de recursos para las actividades de prevención.

En el caso particular de la epidemia de VIH/SIDA, existen diferencias muy significativas entre los costos de las acciones de prevención y diagnóstico, y los de tratamiento; sin embargo, el reconocimiento de esta realidad no parece constituir un factor de peso para lograr un apoyo político que permita hacer frente a las necesidades de recursos para la prevención, tal y como lo muestra el análisis de los casos considerados en este trabajo.

Uno de los mayores problemas que plantea la epidemia del VIH/SIDA es que los costos de tratamiento son muy elevados, tanto la atención médica como el suministro de tera-

pia anti-retroviral y otros fármacos, situación que excluye la posibilidad de que la mayor parte de las personas que viven con VIH/SIDA puedan hacer frente a dichos costos mediante el gasto de bolsillo y coloca las primas de los seguros privados en un nivel poco accesible para el grueso de la población.

El acceso a los servicios de tratamiento se torna menos equitativo cuanto mayor es el grado de segmentación del mercado de salud en términos del financiamiento, y a menos que el Estado asuma la cobertura de los gastos en este rubro, es sumamente difícil garantizar un acceso equitativo. Adicionalmente, para muchos países el nivel de gasto que demanda la decisión de universalizar el acceso a los anti-retrovirales, por ejemplo, es prohibitivo desde el punto de vista económico.<sup>13</sup>

Las secciones anteriores de este trabajo, proporcionan alguna evidencia en el sentido de que aquellos países que cuentan con sistemas de salud más segmentados, son a su vez los que muestran niveles más bajos de acceso al tratamiento de las personas que viven con VIH/SIDA. Por otra parte, en esos mismos países las ONGs y el gasto de bolsillo juegan un papel mucho más importante que en los países donde la segmentación es menor.

## Conclusiones

La forma en que las sociedades se organizan para dar respuesta a las necesidades de atención a la salud varía en función del contexto particular. La respuesta en términos del esquema de financiamiento, la organización institucional y la prestación de los servicios, es decir, las características básicas que definen un sistema de salud, se traducen en respuestas particulares en

cuanto al diseño de los programas específicos de atención a la salud.

Este trabajo aporta evidencia en el sentido de que la estructuración de los programas de VIH/SIDA adopta rasgos que son un reflejo de las características del sistema de salud en el que operan. En ese sentido, cobra relevancia la necesidad de diseñar políticas y estrategias de intervención que en la medida de lo posible ataquen las debilidades de los programas a partir de un enfoque que considere el conjunto de características estructurales del sistema.

Desde el punto de vista de la modulación, las principales debilidades que muestran los programas de VIH/SIDA estudiados se relacionan con tres aspectos. Primero, el funcionamiento inadecuado de los órganos de concertación política, o bien su inexistencia, que se refleja en una concentración del papel protagonista en la definición de políticas por parte de los ministerios de salud, lo que se traduce en escasa participación social y en un distanciamiento entre los interlocutores respectivos y el nivel de toma de decisiones. En segundo lugar, se percibe que no en todos los países los programas de VIH/SIDA constituyen una prioridad, o bien sólo ciertos actores —los más afectados con la epidemia— le están otorgando el grado de prioridad que merece, y por tanto, el apoyo político es insuficiente; el resultado final se refleja en la carencia de recursos para atender cabalmente las necesidades de los programas.

Un tercer problema se refiere a la capacidad de los programas para generar y utilizar la información epidemiológica como insumo para el diseño de las intervenciones estratégicas, así como la falta de personal capacitado para ejecutar los procesos. En consecuencia, se

<sup>13</sup> En Costa Rica, por ejemplo, se estima que el gasto en anti-retrovirales consume cerca del 14% del presupuesto nacional en medicamentos del Seguro de Salud. En 1997, el voto de la Sala Constitucional para universalizar el acceso a ARV provocó una fuerte reacción por parte de las autoridades de la Caja Costarricense de Seguro Social, alegando que la determinación violentaba la autonomía y representaba un riesgo para la sostenibilidad económica del Seguro.

dificulta la jerarquización de prioridades y el perfil de gastos no es proporcional al tamaño de los grupos más vulnerables.

En el contexto de los procesos de reforma al sector salud en los países de la región, se percibe que aunque el impacto sobre los programas de VIH/SIDA es positivo, su alcance es limitado. La capacidad para potenciar dicho impacto está en función del grado en que las reformas se traduzcan en mejoras en la capacidad para planificar y en los instrumentos de apoyo a dicha función, o bien en lineamientos políticos, normas e instrumentos de gestión para atacar problemas concretos del funcionamiento de los programas. El esquema de contrato público entre financiadores y proveedores que promueven las reformas, constituye un instrumento mediante el cual se pueden solventar muchas de las deficiencias de los programas de VIH/SIDA.

En el ámbito de la organización y prestación de los servicios de VIH/SIDA, el papel y las funciones de los distintos actores es similar entre los países estudiados, pero el peso que ocupan en cada parte del proceso y los mecanismos de participación, varían en función de las características del sistema de salud, determinando una diversidad de problemas en cuanto a los procesos de prevención, diagnóstico y red de servicios, así como diferentes grados de desempeño.

La segmentación o la integración institucional excesiva de los sistemas de salud condicionan una serie de problemas y riesgos para el funcionamiento eficaz de la red de atención de los programas de VIH/SIDA. No obstan-

te, muchos de ellos pueden ser atenuados a través de los mecanismos e instrumentos de asignación de recursos y de los esquemas de contrato público que están promoviendo las reformas. Se trata de encontrar formas creativas para sacarles verdadero provecho en la solución de problemas específicos.

El financiamiento es el “talón de Aquiles” de los programas de VIH/SIDA. Por un lado, insuficiente, y por otro, aunque se asignaran los recursos requeridos, la epidemia está en expansión y los costos para combatirla representarán un porcentaje cada vez mayor del gasto global en salud. Las diferencias entre los costos de prevención y diagnóstico y los de tratamiento de la epidemia son muy notables. Sin embargo, en muchas realidades nacionales éste no parece constituir un factor de peso para conseguir apoyo político y recursos para la prevención; por tanto, es imperativa la necesidad de volcar una mayor cantidad de recursos hacia la prevención.

Las fuentes de financiamiento son una expresión del grado de “integración en población” del sistema de salud, y el acceso a los servicios de tratamiento se torna menos equitativo cuanto mayor es el grado de segmentación del mercado desde el punto de vista del financiamiento. Dados los elevados costos que demanda el tratamiento de las personas que viven con VIH/SIDA, sólo una mayor participación de los recursos públicos en el financiamiento puede asegurar condiciones más equitativas de acceso a la atención médica y a la terapia anti-retroviral.

## Bibliografía

- Aldereguía J, *Temas de epidemiología y salud pública*. La Habana, Milton Terris ECIMED, 1988.
- Frenk J, Londono JL, Knaul F, Lozano R, “Los sistemas de salud latinoamericanos en transición: una visión para el futuro”. En: Bizols, Frenk, Mccarty, comp. *Atención a la salud en América Latina y el Caribe en el siglo XXI: Perspectivas para lograr salud para todos*. México, Fundación Mexicana para la Salud, 1998, 119-156.
- Grupo de Cooperación Técnica Horizontal en VIH/SIDA entre países de América Latina y el Caribe (GCTH). *Memoria de la Primera Conferencia de CTH en VIH/SIDA*, México, octubre 26-28 1998. Querétaro, MD, GCTH, 1998.
- Ministerio de Saúde. Coodenacao Nacional de DTS e Aids-Brasilia. Terapia anti-retroviral e Saude Pública: um balanço da experiencia brasileira. Brasil. 1999.
- Ministerio de Salud Pública de Honduras, AIDSCAP/FAMILY HEALTH INTERNATIONAL. El impacto socioeconómico del VIH/SIDA en Tegucigalpa y San Pedro de Sula, Honduras, Febrero 1995. MD, Ministerio de Salud Pública de Honduras, 1995.
- ONUSIDA, OMS. La epidemia de SIDA: situación en diciembre de 1999. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA. <http://www.unaids.org/publications/documents/epidemiology>.
- ONUSIDA, OMS. Vigilancia mundial del VIH/SIDA y de las ETS, noviembre 1997. [www.unaids.org/highband/document/epidemio/informe 97.html](http://www.unaids.org/highband/document/epidemio/informe%2097.html)
- Organización Panamericana de la Salud. Salud en las Américas. N° 569. Publicación Científica de la OPS, 1998. Organización Panamericana de la Salud. Indicadores por países latinoamericanos. [www.paho.org](http://www.paho.org).
- Organización Panamericana de la Salud. SIDA. Referencia N° 19. Biblioteca Central y Servicios de Información de la OPS/OMS, 1998.
- PAHO. Health in the Americas. 1998 Edition. Saavedra-López JA, “HIV/AIDS and the reform of the health care systems of Latin America and the Caribbean”. En: Izazola-Licea JA comp. *AIDS: The State of the Art*. México, Fundación Mexicana para la Salud, Noriega Editores, SIDALAC, 1996, 147-162.
- The World Bank. Assessing the National Importance of the HIV/AIDS Epidemic. Document 2: [www.worldbank.org/aids;econ/toolkit/assess.htm](http://www.worldbank.org/aids;econ/toolkit/assess.htm)
- The World Bank. Entering the 21<sup>st</sup> Century: World Development Report 1999-2000. Oxford University Press, 2000.
- The World Bank. The Little Data Book 1999: The World Development Indicators. USA, May 1999.

*CARACTERIZACIÓN DE LOS PROGRAMAS DE VIH/SIDA EN EL  
CONTEXTO DE LOS SISTEMAS DE SALUD DE AMÉRICA LATINA*  
se terminó de imprimir en el mes de septiembre  
de 2000 en los talleres de *Grafía*.  
Se tiraron 1000 ejemplares más  
sobrantes para reposición.





