

El gasto en la atención y la prevención del VIH/SIDA en México: tendencias y estimaciones 1997-2002

Carlos Magis-Rodríguez, MSP,⁽²⁾ María del Pilar Rivera-Reyes, M en DEP,⁽²⁾
Ricardo Gasca-Pineda, M en ES,⁽¹⁾ Juan Pablo Gutiérrez, M en ES⁽¹⁾

Magis-Rodríguez C, Rivera-Reyes MP,
Gasca-Pineda R, Gutiérrez JP.
El gasto en la atención y la prevención del VIH/SIDA
en México: tendencias y estimaciones 1997-2002.
Salud Publica Mex 2005;47:361-368.

Magis-Rodríguez C, Rivera-Reyes MP,
Gasca-Pineda R, Gutiérrez JP.
HIV/AIDS care and prevention expenditures
in Mexico: Trends and estimations 1997-2002.
Salud Publica Mex 2005;47:361-368.

Resumen

Objetivo. Presentar un análisis de la tendencia seguida por el gasto ejercido en el combate de la epidemia de VIH/SIDA en México durante el periodo 1997-2002, contrastando el gasto y la distribución actual con las proyecciones internacionales y la situación imperante en otros países de la región. **Material y métodos.** A partir de 1997, y durante tres bienios consecutivos, se ha desarrollado el análisis contable, sistematizado y exhaustivo de los flujos de financiamiento y gasto orientados al suministro de bienes y servicios relacionados con la atención y la prevención del VIH/SIDA, ejercicio denominado Cuentas Nacionales de SIDA. **Resultados.** Se observa un incremento real y sostenido en el gasto total destinado al combate de la epidemia, estimado en 143% y ejercido en diferentes rubros, pero particularmente en el gasto en medicamentos antirretrovirales. No obstante, comparado con otros países de la región, el gasto mexicano en VIH/SIDA tiene un menor sesgo en cuanto a la asignación entre prevención y tratamiento. **Discusión.** El gobierno mexicano se ha comprometido a garantizar el acceso universal al tratamiento antirretroviral para los pacientes con VIH/SIDA que lo necesiten y, al mismo tiempo, a mantener e incluso aumentar los esfuerzos en prevención. Estas actividades demandan incrementos en los recursos destinados para combatir la epidemia, por lo que es importante dar seguimiento a la eficiencia con que se estén utilizando los mismos, de forma que se pueda mejorar su asignación y focalización.

Palabras clave: gastos en salud; VIH-I; Síndrome de inmunodeficiencia adquirida; Cuentas Nacionales de Salud; México

Abstract

Objective. This paper first presents the trend of HIV/AIDS expenditures in Mexico between 1997 and 2002. It then compares the allocation and magnitude of such expenditures within the international context and, in particular, how other countries in the region are allocating HIV/AIDS resources. **Material and Methods.** Since 1997, Mexico has developed and been utilizing a method for systematically and comprehensively analyze national resource and expenditure flows for HIV/AIDS prevention and care; an exhaustive study known as the National AIDS Account. **Results.** During this five year period, a systematic increase in real expenditures occurred (143% increase in total), most of which was allocated to the purchase of drugs for antiretroviral treatment. Nevertheless, compared with other countries in the region, Mexican expenditures for HIV/AIDS are less biased in their allocation between prevention and treatment. **Discussion.** Mexico is committed to ensure universal coverage of AIDS treatment while maintaining and even increasing prevention efforts. These activities demand increasing amounts of resources. It is, therefore, important to track how efficiently such resources are being used in order to improve allocation and targeting of health resources.

Key words: health expenditures; HIV-I; acquired immunodeficiency syndrome; National Health Accounts; Mexico

(1) Instituto Nacional de Salud Pública. Cuernavaca, Morelos, México.

(2) Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA. México, D.F., México.

Fecha de recibido: 5 de noviembre de 2004 • Fecha de aprobado: 29 de julio de 2005

Solicitud de sobretiros: Dr. Ricardo Gasca Pineda. Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud, SSA. Av. Vasconcelos 221. Col. San Miguel Chapultepec, Delegación Miguel Hidalgo 11859 México, D.F.
Correo electrónico: ricardo_gasca@salud.gob.mx; rgasca@insp.mx

Tras la aparición de los primeros casos de SIDA en el país en 1981,¹ el desarrollo de la epidemia y las potenciales implicaciones sociales y de salud pública motivaron las primeras acciones de respuesta del gobierno mexicano, que se concretaron en 1986 con la conformación del Comité Nacional de Prevención del SIDA (CONASIDA). Las funciones asignadas al Comité incluían el establecimiento de criterios para el diagnóstico, el tratamiento, la prevención y el control del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH); asimismo, la coordinación, la implantación y la evaluación de normas, pautas y actividades de control apropiadas.²

Debido a que el naciente CONASIDA no contaba con un presupuesto propio, inicialmente dependió de fondos de otros programas y recursos externos. Para 1988, el Comité se transformó en el Consejo Nacional para la Prevención y Control del SIDA y se le asignaron recursos para su funcionamiento, si bien la mayoría de sus actividades continuaban financiándose con recursos de organismos internacionales. No fue sino hasta 1991 cuando el CONASIDA recibió una asignación presupuestal propia de recursos federales, como organismo de la Secretaría de Salud.²

Probablemente debido a las particularidades del padecimiento, muy pronto fue evidente que, al reto de salud que representaba la epidemia, se sumaba otro igualmente importante: la obtención y/o movilización de los recursos necesarios para hacerle frente. En ese sentido, desde etapas iniciales de la epidemia, tanto en México como en otros países, hubo cierta inquietud en la comunidad académica por cuantificar los recursos necesarios para su atención.

En México, el primer estudio que buscó estimar los costos de atención del padecimiento, se publicó en 1987. Con datos del entonces Instituto Nacional de la Nutrición (INNSZ) –una unidad médica de tercer nivel de atención–, provenientes de 57 pacientes con diagnóstico comprobado de SIDA, se estimó el costo promedio de la atención en 12 660 dólares por paciente por año, del cual 88% correspondió al gasto de hospitalización y 12% al de consulta externa, incluyendo medicamentos.³

Con base en estos resultados y utilizando las proyecciones disponibles de la población infectada que hizo el CONASIDA, un estudio publicado en 1988 estimó que partiendo de las condiciones de atención en el INNSZ, los costos de operación y un subsidio promedio de dos tercios de los costos (el tercio restante sería pagado directamente por los pacientes), el SIDA en su conjunto representaría una erogación de entre 2.94 y 16.10% del presupuesto global de salud y seguridad social para 1991, suponiendo que se mantuviera el nivel de gasto per cápita de 1987.⁴

En 1996, el Banco Mundial, la Comisión Europea y ONUSIDA auspiciaron la conferencia *AIDS and development: The role of government*, foro en el cual se presentó otro estudio con estimaciones de los costos en prevención y tratamiento del VIH/SIDA para México, a partir de presupuestos gubernamentales y entrevistas con médicos y representantes de la sociedad civil.⁵ De acuerdo con ese estudio, para 1995 México gastó alrededor de 79.1 millones de dólares en la atención y la prevención del SIDA, lo que era equivalente a 1% del gasto total en salud (público y privado). Esta cantidad provenía en mayor medida de fuentes públicas (52%), pero contaba también con una importante participación privada (47%) y, en menor medida, con la aportación de fuentes internacionales (1%). El gasto principal se destinó al tratamiento de los enfermos (62.5%), particularmente a la adquisición de medicamentos (antirretrovirales y otros medicamentos acompañantes, que consumieron 66% del gasto en atención); los gastos destinados a la prevención (37% del total), se destinaron sobre todo al tamizaje sanguíneo (55% del total de gasto en prevención).

En 1998 fue publicado el estudio denominado “Costos y gastos de la atención médica del SIDA en México”,² el cual se llevó al cabo en cinco ciudades del país en las que se concentraban alrededor de 63% de los casos acumulados de SIDA en el ámbito nacional al 1 de enero de 1997. Con información proveniente de entrevistas con autoridades y médicos clínicos de diferentes instituciones públicas y privadas, así como de la revisión de 792 expedientes clínicos de pacientes de 12 hospitales públicos y uno privado, se calculó el costo promedio por día de estancia hospitalaria por paciente, en hospitales de asistencia pública, seguridad social y privados. Con base en esta información, en estimaciones del número de personas viviendo con VIH en 1996 realizadas por el CONASIDA y su distribución por lugar de atención médica (asistencia pública, seguridad social y organizaciones privadas), los autores calcularon el gasto total ejercido en la atención de pacientes con VIH/SIDA, según su fuente financiera.

De esta manera, se estimó que en 1996 en México se gastaron en total 90.3 millones de dólares en la atención del VIH/SIDA. Sesenta por ciento de estos recursos fueron destinados a la atención ambulatoria, y el restante 40%, a la atención hospitalaria. Para esos cálculos sólo fueron costeados los medicamentos prescritos en la atención ambulatoria, y el costo de éstos fue estimado con base en los precios de mercado de la Ciudad de México. De los costos de la atención ambulatoria, 86% se destinó a medicamentos (de los cuales 71% corresponden a antirretrovirales, y 29%, a otros medicamentos); 12% a laboratorio y 2% a consultas.

En cuanto a las fuentes del financiamiento, las públicas aportaron 59% de los recursos, con un marcado predominio de la seguridad social (53% contra 6% de la asistencia pública), mientras que las fuentes privadas contribuyeron con el 41%. La participación de las fuentes privadas incluyó la proporción correspondiente de pacientes que recibieron atención privada y una estimación de los gastos en los que incurrieron aquellos pacientes que fueron atendidos en instituciones de asistencia pública, las cuales cobran cuotas de recuperación y no proporcionan medicamentos en forma gratuita. Los aspectos del gasto en la prevención de la transmisión del VIH/SIDA, fueron abordados de forma indirecta considerando únicamente el presupuesto federal otorgado al CONASIDA, el cual ascendió a 2.9 millones de dólares en 1997.

El presente documento presenta un análisis de la tendencia seguida por el gasto ejercido en el combate de la epidemia de VIH/SIDA en México, para el periodo 1997-2002, contrastando el gasto y la distribución actual con algunas de las recomendaciones internacionales y la situación imperante en países de la región.

Material y métodos

Los esfuerzos y experiencias anteriormente descritos se recogieron, sistematizaron y culminaron con el primer ejercicio de Cuentas Nacionales en VIH/SIDA llevado a cabo en México para el bienio 1997-1998. Lo anterior se realizó bajo los auspicios de la Iniciativa Regional sobre SIDA para América Latina y el Caribe (SIDALAC), un proyecto financiado en sus inicios por el Banco Mundial y posteriormente también por el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre VIH/SIDA (ONUSIDA) y ejecutado por la Fundación Mexicana para la Salud. En un primer momento se realizaron estimaciones para cuatro países: Brasil, Guatemala, México y Uruguay; en 1999 fue lanzada la convocatoria para toda América Latina. A partir de entonces se han estimado los flujos y gastos en VIH/SIDA para el periodo 1999-2002. En la actualidad, estas estimaciones se realizan en 20 países de la región. Con ello, América Latina se convierte en pionera en el estudio de las Cuentas Nacionales en VIH/SIDA.

Las Cuentas Nacionales en VIH/SIDA son el análisis contable, sistematizado, periódico y exhaustivo de los flujos de financiamiento y gasto orientados al suministro de bienes y servicios relacionados con la atención y la prevención del VIH/SIDA. Se busca que la contabilidad sea exhaustiva por la cobertura de entidades, servicios y gastos financiados; periódica, en tanto que se registra, integra y analiza con cierta frecuencia

(idealmente anual), y sistemática, porque desarrolla categorías y estructuras de registro y reporte consistentes en el tiempo y comparables entre países.⁶

Este análisis se realiza bajo una estructura matricial (tablas de doble entrada) que considera dos grandes componentes. El primero es el gasto en salud, que incluye los recursos que se orientan en forma directa a la conservación y la 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, investigación y desarrollo, capacitación de personal y beneficios en dinero y especie a personas que viven con VIH/SIDA. El ejercicio consiste en un análisis detallado de los flujos de financiamiento, realizado por los agentes económicos que operan en cada sector institucional. La estimación del gasto reconstruye el flujo de financiamiento desde su origen hasta su utilización final, en tres niveles de agrupación: fuentes de financiamiento, proveedores de servicio y funciones de atención.

El primer ejercicio, realizado para el periodo 1997-1998, se apoyó conceptual y metodológicamente en los sistemas de Cuentas Nacionales de Salud desarrollados tanto por la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Harvard como por la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE). Posteriormente, el debate metodológico, la bibliografía consultada y las experiencias obtenidas en el primer ejercicio fueron condensadas en un documento denominado "Guía técnica para la estimación de Cuentas Nacionales en VIH/SIDA",⁶ el cual constituyó la base para el desarrollo de los siguientes ejercicios. Este proceso de adaptación metodológica culminó con el diseño de un software denominado Sistema de Información Financiera de la Respuesta al SIDA (SIFRAS), el cual constituye una herramienta para la captura, la sistematización y el almacenamiento de los datos, al mismo tiempo que verifica que éstos sean consistentes entre sí.

La metodología seguida tiene como punto de partida la identificación de las fuentes de financiamiento para VIH/SIDA que aplican en México; de acuerdo con la clasificación genérica adoptada en el ejercicio, éstas se agrupan en públicas, privadas y externas. De forma paralela, fueron reconocidos los actores o instituciones involucrados y las fuentes potenciales de información. Entre los primeros se encuentran aquellos actores institucionales que asignan fondos para enfrentar el VIH/SIDA, los proveedores de servicios de salud, los representantes de usuarios y redes de apoyo social, las instituciones fiscalizadoras del gasto público y de enti-

dades no lucrativas, aquellas que controlan el ingreso de fondos externos y los actores que realizan investigación de interés en el tema (relacionada, por ejemplo, con el gasto público, el gasto en salud, el impacto del SIDA, etc.). Con estos dos pasos cubiertos, se estuvo en condiciones de trazar un cuadro aproximativo de los flujos de financiamiento y gasto en VIH/SIDA, así como de identificar fuentes de información, incluyendo informantes clave.

Debido a que, con excepción del presupuesto autorizado y ejercido por CONASIDA, no existe ningún otro registro presupuestal contable o económico de las acciones de salud relacionadas específicamente con la prevención y el tratamiento del VIH/SIDA, la construcción de las Cuentas Nacionales requirió implementar diversas estrategias de investigación que permitieran reunir, estimar y completar los datos correspondientes. De esta manera fueron utilizadas fuentes primarias y secundarias de información; se realizaron consultas y entrevistas directas a funcionarios y personal administrativo de diversas dependencias públicas y de organizaciones privadas. Finalmente, se realizaron estimaciones basadas tanto en la demanda por servicios como en el costo de éstos, diferenciando por institución prestadora de servicios los insumos utilizados en los diferentes procesos de atención. Las estimaciones consideraron los diversos esquemas de atención, tanto ambulatoria como hospitalaria, al igual que los cambios, explícitos e implícitos, presentados a lo largo del tiempo en las políticas relacionadas con la atención a pacientes con SIDA; por ejemplo, el suministro de medicamentos antirretrovirales (ARV).

Resultados

Para cada uno de los periodos en los que se han estimado las Cuentas Nacionales en VIH/SIDA existe un reporte en extenso de sus hallazgos y resultados.⁷⁻¹⁰ En el presente ejercicio, han sido seleccionados algunos resultados particulares y su evolución a lo largo del periodo 1997-2002, excepto para el gasto total, rubro en el que se incluyeron las estimaciones hechas desde 1995. En todos los casos las cifras son expresadas en millones de dólares.*

La figura 1 uno se refiere al gasto total en VIH/SIDA efectuado en México por entidades públicas y privadas, durante el periodo referido. En ella se observa un crecimiento real y sostenido del gasto en su con-

junto; el incremento total estimado para el lapso que se estudia es de 143% (ajustado por inflación).

El incremento señalado con anterioridad se observa también en términos comparativos con otras necesidades de salud de los mexicanos. El cuadro I muestra el aumento en el gasto total efectuado en VIH/SIDA como una proporción del gasto total en salud, el cual ha crecido en 36% durante el periodo 1997-2002. El componente público de este gasto también ha aumentado: el gasto público en SIDA como proporción del gasto público en salud aumento en 65% en el mismo periodo.

El dinero gastado en el combate a la epidemia históricamente ha provenido en mayor proporción de fuentes públicas; de hecho, la participación de entidades privadas en el financiamiento de la prevención y la atención del VIH/SIDA ha disminuido desde 20% en 1997 hasta 13% en el 2002. El gasto ejercido por entidades de carácter público se ha realizado fundamentalmente mediante dos grupos de instituciones

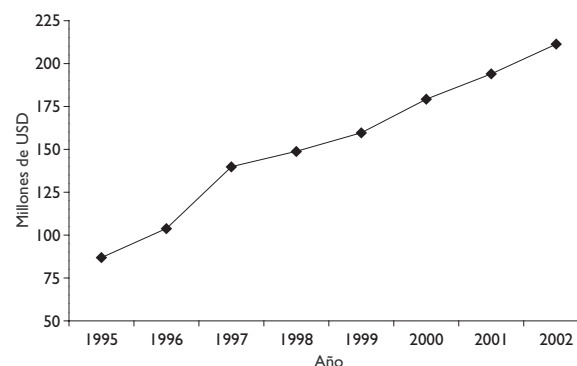


FIGURA 1. EVOLUCIÓN DEL GASTO TOTAL EN VIH/SIDA. MÉXICO, 1995-2002

Cuadro I
GASTO TOTAL Y GASTO PÚBLICO EN SIDA
COMO PROPORCIONES DEL GASTO TOTAL EN SALUD
Y DEL GASTO PÚBLICO EN SALUD, RESPECTIVAMENTE.
México, 1997-2000

	Año					
	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Gasto total en SIDA/						
Gasto total en salud	0.45	0.51	0.68	0.55	0.57	0.61
Gasto público en SIDA/						
Gasto público en salud	0.77	0.96	1.29	1.01	1.10	1.27

* Tipo de cambio promedio para cada año, de acuerdo con cifras del Banco de México.

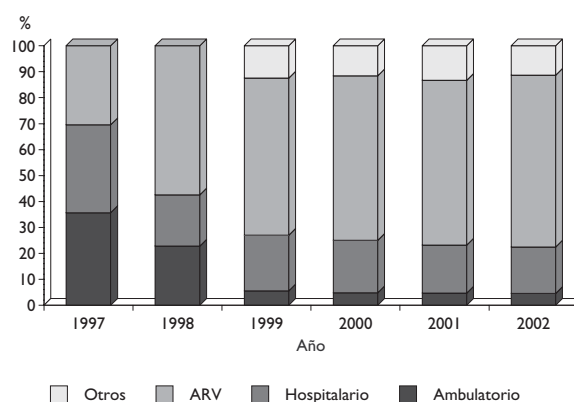
prestadoras de servicios relacionados con el VIH/SIDA: por un lado, el gobierno central y los gobiernos subnacionales que, por medio de diferentes organizaciones, atienden a la población que no es derechohabiente de la seguridad social y, por el otro, las instituciones de seguridad social. A lo largo del tiempo, el gasto público ha sido ejercido sobre todo por la seguridad social, la cual absorbió 76% de los recursos en 1997 y alcanzó su máximo en 1999 con 85%. No obstante, el gobierno central y los gobiernos subnacionales han incrementado su contribución, de tal forma que en el año 2002 mostraron su nivel más alto de participación con 28%.

En términos muy generales, la proporción en las fuentes de gasto privado ha seguido un patrón bastante similar que el mostrado por las fuentes públicas. Desde que se cuenta con registros, el gasto privado ha sido efectuado fundamentalmente por los hogares, los cuales han aportado durante el periodo de análisis un promedio de 87% del total de esta fuente de recursos. La segunda participación corresponde a los organismos civiles (con una aportación promedio de 9%), que han focalizado sus acciones sobre todo en la salud personal, ambulatoria y domiciliaria, así como en actividades de información, educación y comunicación; en este rubro, constituyeron 50% del total de los recursos gastados de acuerdo con el último ejercicio correspondiente al periodo 2001-2002. Finalmente, las entidades externas, cuya participación alcanza 4% y se ejerce sobre todo en actividades de salud pública, han realizado desde hace poco importantes aportaciones a las actividades de investigación y desarrollo.

Por su parte, el gasto de los hogares se explica fundamentalmente a expensas del consumo de condones; este rubro correspondió, en promedio, a 55% del total de gasto de los hogares durante el periodo de estudio, seguido por el gasto en medicamentos ARV con un promedio de 16% y de los gastos relacionados con el tamizaje sanguíneo que representan 9%.

Respecto al destino del dinero público y en relación con las categorías en las que se desglosa el gasto, el predominio histórico corresponde a los recursos destinados a la salud personal por encima del gasto destinado a la salud pública y a la prevención. La tendencia observada de esta proporción es un tanto oscilante; sin embargo, el rango en que se encuentra va de 61% en 1997 a 74% en 2002. Los rubros, o funciones de atención, de la categoría de salud personal en los que se ejercen las principales cantidades de recursos se muestran en la figura 2.

La gráfica expone un descenso del gasto ejercido en atención ambulatoria. Durante los primeros dos años de estudio, la participación relativa de este rubro fue de 36 y 23% del gasto en salud personal, respectivamente;



ARV: medicamentos antirretrovirales

FIGURA 2. ESTIMACIÓN DE GASTO PÚBLICO EN SALUD PERSONAL RELACIONADA CON EL VIH/SIDA, POR FUNCIÓN DE ATENCIÓN. MÉXICO, 1997-2002

vamente; sin embargo, los siguientes cuatro años esta proporción osciló entre 4.2 y 6.5%. El rubro de hospitalización muestra un comportamiento similar al observado en la atención ambulatoria, sólo que el descenso no es tan pronunciado: pasó de 34 a 20% y posteriormente se mantuvo estable alrededor de esa proporción. En los dos primeros años de las estimaciones de Cuentas Nacionales se empleaba una metodología distinta a la utilizada a partir de 1999. Esto seguramente intervino en la menor participación de la atención hospitalaria en relación con la ambulatoria en los dos años anteriores, contrariamente a lo sucedido en México en los cuatro años subsecuentes, así como en Guatemala; este último constituye uno de los dos países para los que existen estimaciones en 1997-1998, y el único que permite comparaciones con México, el cual tenía un gasto de hospitalización mayor que el ambulatorio (1997: 63.9-2.4%, y 1998: 44.4-1.5%, respectivamente).

En sentido inverso, el conjunto de funciones de atención agrupadas y denominadas como "otros" pasaron de tener nula consideración en el desglose del gasto del ejercicio 1997-1998 a una participación de 12% en el promedio de los últimos cuatro años; este grupo se encuentra integrado por los rubros de atención domiciliaria, mitigación, pruebas diagnósticas, monitoreo de personas que viven con VIH, traslado de pacientes, otros medicamentos diferentes a los ARV, otros bienes ortopédicos, así como otros equipos.

En la figura resalta el incremento relativo que el gasto en medicamentos ARV ha mostrado de manera sostenida para el periodo de análisis; este incremento se ha presentado también en términos absolutos. Con-

cretamente, este rubro pasó de 13 a 96 millones de dólares, en números cerrados, durante el periodo comprendido entre 1997-2002; es decir, de representar 19% del total del gasto público en VIH/SIDA pasó a constituir 49% en el periodo referido. Este crecimiento se explica por una adición de 6.6 veces más en la participación de la seguridad social (la cual pasó de destinar 8.2 a 62.4 millones de dólares), y por el aumento de las aportaciones del gobierno central y los gobiernos subnacionales, que en su conjunto incrementaron en 5.5 veces los recursos destinados a esta función de atención (de 5.2 millones de dólares en 1997 a 34.1 en el 2002).

La segunda categoría de gasto distinguida en las Cuentas Nacionales en VIH/SIDA corresponde a salud pública y prevención. La figura 3 muestra algunas funciones de atención de esta categoría seleccionadas para su comparación.

En la figura destaca la proporción de gasto correspondiente al rubro de tamizaje sanguíneo, particularmente para el ejercicio 1997-1998, en el que constituyó 81% del total del gasto público destinado a salud pública y prevención; durante los siguientes cuatro años, se notificó estable alrededor de 32%. El descenso relativo del gasto en tamizaje podría explicarse por cambios metodológicos que amplían rubros de prevención (explícitamente, la incorporación de la categoría "tratamiento de infecciones de transmisión sexual"), así como por los diferentes métodos de estimación empleados.

El gasto en condones constituye la siguiente función de atención en orden de consumo de recursos

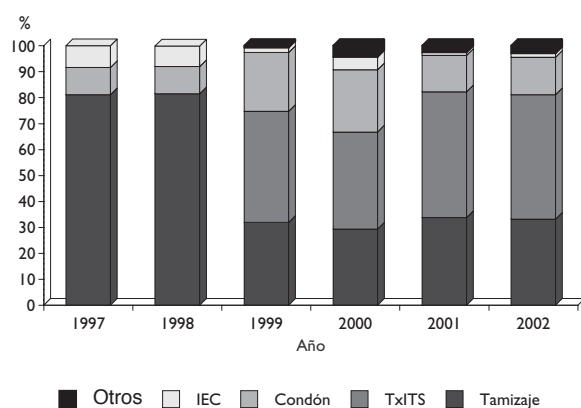
públicos en esta categoría de gasto; las estimaciones al respecto son consistentes al interior de cada ejercicio de Cuentas Nacionales, pero no resultan tanto entre ellos. Para el primer bienio de estudio, el gasto en condones constituyó 10.5% de los recursos; para el segundo bienio, 23%, y para el último, 14%. Algo similar se observa con el gasto en "información, educación y comunicación" (IEC): en el primer ejercicio se estimó que la proporción del gasto correspondiente en este rubro ascendía a 8%; en el segundo periodo se encontraron divergencias, pues se calculó una proporción de 1.8 y 4.9 para cada año de ese bienio. En los siguientes dos años, los resultados fueron de 1.1 y 1.5%, respectivamente. Finalmente, al igual que en la categoría de salud personal, para fines de este análisis fueron agrupadas el resto de las funciones de atención de la categoría de salud pública y prevención, en un último rubro denominado "otros"; en éste se observa un rango de gasto más o menos amplio que va desde 0.02% en 1997 hasta el 0.8% en 2002, con un pico de 1.3% en el año 2000. En este caso, los componentes de ese rubro son: vigilancia epidemiológica y salud perinatal.

La administración de los recursos constituye, por sí misma, una de las subcategorías que merece mención especial. Esta fue definida a partir de 1999 y en el primer bienio en que fue contabilizada constituyó alrededor de 15% del total del gasto público; para el segundo bienio, 11% de los recursos públicos se gastaron en los procesos administrativos. Guardando una relación similar al volumen total de recursos destinados a las categorías ya descritas, los gastos administrativos de la seguridad social son mayores que los correspondientes al gobierno central y los gobiernos subnacionales.

Discusión

El contraste entre los recursos empleados y los resultados perseguidos en cualquier programa o servicio de salud es un componente fundamental en todo ejercicio de planificación, el cual, a fin de cuentas, no es otra cosa que la toma de decisiones relacionada con la asignación de recursos, por definición, limitados. Las Cuentas Nacionales de SIDA constituyen una importante herramienta para la cuantificación y seguimiento de los flujos financieros y recursos disponibles.

Si bien es evidente el incremento en términos generales de los recursos destinados a la atención de la epidemia de VIH/SIDA en México durante los últimos años, el uso eficiente de éstos no necesariamente está garantizado, por lo que, entre otras cosas, resulta importante no sólo contar con información reciente y confiable, sino también con referentes, internos y externos, que permitan evaluar los resultados mediante la com-



IEC: información, educación y comunicación
TxITS: tratamiento de infecciones de transmisión sexual

FIGURA 3. ESTIMACIÓN DEL GASTO PÚBLICO EN SALUD PÚBLICA Y PREVENCIÓN DEL VIH/SIDA, POR FUNCIÓN DE ATENCIÓN. MÉXICO, 1997-2000

paración, y de esta forma faciliten la toma de decisiones.

Debido a que el ejercicio de Cuentas Nacionales en VIH/SIDA ha sido realizado con la misma metodología en diversos países de América Latina y el Caribe, es posible establecer algunas comparaciones de la manera como se ejercen los recursos en cada nación. Por ejemplo, Brasil, que es un país con un programa exitoso en VIH/SIDA,¹⁰ notificó en el año 2000 una relación gasto total en SIDA/gasto total en salud de 1.3, y de gasto público en SIDA/gasto público en salud de 2.6,¹¹ lo cual representa el doble de lo reportado por México en el mismo año (0.68 y 1.29, respectivamente). Sin embargo, para ese año se estimó en Brasil una prevalencia de alrededor de 0.6%* en población adulta y fue registrado un número acumulado de casos de 212 786, mientras que México reportó una prevalencia de 0.29% en la población adulta de 15 a 49 años, así como 47 617 casos de SIDA acumulados hasta diciembre del 2002. De esta manera, las diferencias en la relación entre gasto ejercido y la población atendida entre México y Brasil resultan proporcionales en términos del índice gasto público en SIDA/gasto público en salud, pero resulta favorable para México cuando se compara el número acumulado de casos.

Otro enfoque de análisis de la participación pública en la atención de la epidemia lo constituye la proporción gasto público/gasto privado, en el gasto total destinado al VIH/SIDA. Para el mismo año 2000, en Brasil esta relación fue de 80% público, 20% privado; en Costa Rica, país cuyo sistema de salud descansa fundamentalmente en una seguridad social de cobertura universal, esta relación fue de alrededor de 70, contra 30% en el año 1999 (no se cuenta con datos para el año 2000), mientras que en México, este balance fue estimado en 90% público y 10% privado. La menor participación del gasto privado en México se vincula con el hecho de que el modelo de atención y control del VIH/SIDA ha privilegiado la cobertura de la atención, con énfasis en el acceso universal a tratamiento ARV, que resulta ser el rubro con mayor peso en el gasto total. Aun cuando se considera indispensable que el sector público garantice el derecho a la salud y mantenga el mayor peso en la inversión, también se considera necesario fomentar un mayor gasto privado y externo, básicamente en prevención y mitigación del daño; por ejemplo, por medio de programas de mer-

cadeo social del condón, que permitan un mayor acceso a condones a un menor costo, así como de una mayor participación de las agencias externas en investigación y de estrategias de prevención y combate contra el estigma y la discriminación.

Un análisis sobre el gasto de bolsillo en VIH/SIDA en América Latina en el año 2000 muestra que existen diversos factores que influyen en la aportación de los hogares, tales como: la cobertura de aseguramiento y el nivel de respuesta del sistema público de salud, la capacidad de pago de los hogares y la magnitud de la epidemia en el país, junto con su grado de expansión. Existe una enorme variación del peso del gasto de bolsillo en VIH/SIDA en América Latina (3-75%); México ocupa el tercer lugar de los países con menor proporción de gasto en hogares (9%), lo que equivale a 0.25 por habitante. Principalmente, los hogares invierten en acciones de salud pública y prevención (72%), mayoritariamente en condones.¹²

Respecto al balance en las categorías de gasto salud personal-salud pública, de acuerdo con los informes para el año 1999, Brasil mostró un balance de 85% contra 7%; por su parte en Costa Rica fue de 65 a 32%, mientras que en México correspondió a 57% contra 29%, lo cual se compara con las proyecciones internacionales llevadas a cabo para la Asamblea General de Naciones Unidas, 2001. Estas concluyeron que en América Latina tal balance sería de 48% contra 52%, si bien este porcentaje consideraba tanto a los países con una baja cobertura de atención con terapia antirretroviral como a los que, igual que el caso de México, alcanzarían coberturas cercanas a 100% de la población en necesidad.¹³

La importancia en la medición del gasto radica en su impacto sobre los elementos que influyen en la reducción de la incidencia del VIH o la mortalidad por SIDA: el tipo de estrategias que se implementan, la cobertura alcanzada por las mismas (en especial en los grupos más afectados por la epidemia) y la efectividad de cada una ellas. El balance entre gastos en salud y prevención frente a los de tratamiento sugiere que la asignación seguida en México ha mantenido recursos para prevención, por lo que un reto importante para el programa será su incremento, así como el seguimiento de su eficiencia, con el objeto de mejorar su asignación y focalización.

El actual predominio observado del gasto destinado a la salud personal por encima del gasto destinado a la salud pública y prevención resulta congruente con las diferencias en los montos de los recursos ejercidos por las instituciones de seguridad social y los gobiernos centrales y subnacionales. Por la naturaleza propia de sus funciones y compromisos institucionales

* Debido a que Brasil reporta la incidencia de SIDA, fue necesario estimar la prevalencia para el año 2000 con base en las estimaciones de población infectada y la población total reportadas para ese año.

les, la seguridad social se ha encargado en mayor proporción de ejercer su gasto en aspectos de atención a la salud personal, mientras que el gobierno central y los gobiernos subnacionales se han enfocado sobre todo en aspectos de salud pública y prevención.

El gobierno y la sociedad mexicana han destinado una cantidad muy importante de recursos para hacer frente a la epidemia, principalmente en lo que se refiere al tratamiento de las personas que viven con VIH/SIDA. El compromiso del gobierno federal, explicitado en el Programa Nacional de Salud 2001-2006, para la cobertura universal con medicamentos ARV de todas aquellas personas que se encuentren viviendo con VIH y que los requieran, se ha reflejado en un notorio aumento del gasto en este tipo de medicamentos a lo largo del periodo de estudio. No obstante, es importante destacar que el incremento en los montos destinados a la salud personal se han concentrado casi exclusivamente en la compra de medicamentos antirretrovirales, sin un incremento paralelo de los recursos destinados al monitoreo del tratamiento; ello podría acelerar la presentación de resistencia a los medicamentos y ocasionar importantes consecuencias, tanto en la salud de los individuos como en el monto de los recursos necesarios para su atención.

La estimación de los recursos destinados a hacer frente a la epidemia genera información útil para los procesos de toma de decisiones, ya que permite identificar brechas o ineficiencias en las asignaciones; ello facilita una focalización informada para el destino de los recursos. Un análisis más detallado de la información disponible podría ayudar a reconocer oportunidades de mejora tanto en la conformación como en el ejercicio de los presupuestos disponibles para la atención de la epidemia de VIH/SIDA en México.

Referencias

1. Valdespino-Gómez JL, García-García ML, Del Rio-Zolezzi A, Loo-Méndez E, Magis-Rodríguez C, Salcedo-Álvarez RA. Epidemiología del SIDA/VIH en México: de 1983 a marzo de 1995. *Salud Publica Mex* 1995;37:556-571.
2. Saavedra-López JA, Magis-Rodríguez C, Molina-Salazar RE, Gontes-Ballesteros ML, Bronfman-Pertsovsky M, Del Río-Chiriboga C. Costos y gastos en atención médica del SIDA en México. México D. F.: Serie Angulos del SIDA, 1998.
3. Ruiz-González C, Ponce-de-León S. Perfil socioeconómico y costo del tratamiento de pacientes con síndrome de inmunodeficiencia adquirida atendidos en el Instituto Nacional de la Nutrición Salvador Zubirán. *Rev Invest Clin* 1987;39 supl:139-141.
4. González-Block MA. Costo del SIDA en el futuro próximo. *Salud Publica Mex* 1988;30:597-612.
5. Izazola-Licea JA, Saavedra-López JA, Prottas J, Shepard DS. Expenditures on the treatment and prevention of HIV/AIDS in Mexico. En: Ainsworth M, Fransen L, Over M, eds. *Confronting AIDS: Evidences from the developing world. Selected background papers for the World Bank Policy Research Report*. Washington, D.C.: The European Commission and The World Bank, 1998.
6. GSD Consultores Asociados. Guía técnica para la estimación de Cuentas Nacionales en VIH/SIDA. México, D.F.: Iniciativa Regional sobre SIDA para América Latina y el Caribe (SIDALAC), 1998.
7. Iniciativa Regional sobre SIDA para América Latina y el Caribe/ Fundación Mexicana para la Salud/GSD Consultores Asociados. Guía técnica para la estimación de Cuentas Nacionales en VIH/SIDA. México, D.F.: SIDALAC/FUNSALUD/GSD Consultores Asociados, 1999.
8. Izazola-Licea JA, ed. Cuentas Nacionales en VIH/SIDA. Estimación de flujos de financiamiento y gasto en VIH/SIDA. México 1997-1998. México D. F.: Fundación Mexicana para la Salud/Iniciativa Regional sobre SIDA para América Latina y el Caribe/Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA/Instituto Nacional de Salud Pública, 2000.
9. Izazola-Licea JA, ed. Sistemas de información de respuestas nacionales contra el SIDA: indicadores financieros. Flujos de financiamiento y gasto en VIH/SIDA. Cuentas Nacionales en VIH/SIDA. México 1999-2000. México D. F.: Fundación Mexicana para la Salud/Iniciativa Regional sobre SIDA para América Latina y el Caribe/Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA/Instituto Nacional de Salud Pública, 2002.
10. Rivera-Reyes MP, Fuentes-Orozco M. Sistemas de información de respuestas nacionales contra el SIDA: indicadores financieros. Flujos de financiamiento y gasto en VIH/SIDA. Cuentas nacionales en VIH/SIDA. México 2001-2002. México D. F.: Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA, Secretaría de Salud. En prensa.
11. De Mattos-Dias JL, Marques R, Guedes-Leite M, Veloso VG, D'Ávila-Vitória MA. Terapia anti-retroviral y salud pública: un balance de la experiencia brasileña. En: Izazola-Licea JA, Astarloa L, De Mattos-Dias JL, Saavedra J. El acceso de medicamentos anti-retrovirales en países de ingreso medio en América Latina. México, D.F.: FUNSALUD/SIDALAC/ ONUSIDA, 2000:84-86.
12. Izazola-Licea JA, Arán D, Valladares R, editores. El financiamiento de las respuestas nacionales contra el SIDA en América Latina y el Caribe y el flujo de financiamiento internacional. Cuentas nacionales en VIH/ SIDA. México D. F.: Fundación Mexicana para la Salud/Iniciativa Regional sobre SIDA para América Latina y el Caribe/Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA/Comisión Europea, 2003.
13. Schwartländer B, Stover J, Walker N, Bollinger L, Gutierrez JP, McGreevey W et al. Resource needs for HIV/AIDS. *Science* 2001;292:2434-2436.