

Financiamiento y gasto en respuesta al VIH/SIDA

Lecciones aprendidas en América Latina y el Caribe

José A. Izazola-Licea
Ricardo Valladares Cardona

Banco Interamericano de Desarrollo

Washington, D. C.

**Serie de informes técnicos del
Departamento de Desarrollo Sostenible**

**Catalogación (Cataloging-in-Publication) proporcionada por el
Banco Interamericano de Desarrollo
Biblioteca Felipe Herrera**

Izazola Licea, José Antonio

Financiamiento y gasto en respuesta al VIH/SIDA : lecciones aprendidas en América Latina y el Caribe / José A. Izazola-Licea, Ricardo Valladares Cardona.

p.cm. (Sustainable Development Department Technical papers series ; SOC-133)

Includes bibliographical references.

1. AIDS (Disease)—Prevention--Finance. 2. Health promotion--Latin America--Finance. 3. Health promotion--Caribbean Area--Finance. I. Valladares Cárdena, Ricardo. II. Inter-American Development Bank. Sustainable Development Dept. Social Development Div. II. Title. III. Series.

614.5993 I282—dc21

José A. Izazola-Licea es el coordinador ejecutivo de la Iniciativa Regional sobre el SIDA para América Latina y el Caribe (SIDALAC). Ricardo Valladares Cardona es consultor en economía para SIDALAC. Los autores agradecen los comentarios y sugerencias de Daniel Arán (Centro de Estudios Económicos y Sociales de Uruguay), Luiz Loures (ONUSIDA), William McGreevey (The Futures Group International) y Guillermo Soberrón (FUNSALUD). Agradecen también las valiosas contribuciones de los asesores regionales de ONUSIDA y de los representantes de los países estudiados.

Las opiniones contenidas en este documento son las de su autor y no representan la posición oficial del Banco Interamericano de Desarrollo y sus instituciones afiliadas.

Marzo de 2003

Esta publicación (número de referencia SOC-133) puede obtenerse dirigiéndose a:

División de Programas Sociales
Departamento de Desarrollo Sostenible
Banco Interamericano de Desarrollo
1300 New York Avenue, N.W.
Washington, D.C. 20577

Correo electrónico: sds/soc@iadb.org
Telefax: 202-623-1576
Sitio de Internet: <http://www.iadb.org/sds/soc>

Prólogo

En el año 2002, se estimó que 1,9 millones de adultos y niños en América Latina y el Caribe padecían de VIH/SIDA. De este total, alrededor de 1,5 millones se encontraban en América Latina y el resto (470.000) en el Caribe. Las tasas de prevalencia—de 2%—ocupan el segundo lugar en el mundo en cuanto al ritmo de crecimiento promedio. Las tasas de prevalencia entre grupos de alto riesgo pueden alcanzar hasta un 5% y hay un aumento significativo en el caso de mujeres infectadas con VIH/SIDA. Estos hechos hablan por sí solos de la urgencia de brindar una atención coordinada a la situación del VIH/SIDA en todos los países de la región.

Como respuesta, el BID está realizando esfuerzos para ayudar a estos países a combatir esta epidemia y ha lanzado una serie de publicaciones sobre VIH/SIDA. Como parte de esta serie, se preparó este documento como material preparatorio para el seminario *VIH/SIDA y desarrollo: Desafíos y respuestas en América Latina y el Caribe* llevado a cabo durante la reunión anual de la Asamblea de Gobernadores del Banco Interamericano de Desarrollo y de la Corporación Interamericana de Inversiones en marzo de 2002.

Este documento presenta los resultados para América Latina y el Caribe de los estudios de cuentas nacionales en VIH/SIDA. Esta iniciativa se ha convertido en un modelo a seguir ya que no sólo identifica las tendencias de financiamiento—nacional y de otros donantes—de programas de VIH/SIDA, sino que también conecta dicho financiamiento con las necesidades de intervención definidas por la prevalencia epidemiológica del VIH. En este informe se revisan los patrones de gasto público, privado y de ONG en VIH/SIDA, identificando las diferencias en las prioridades de financiamiento en cuanto al área programática y a las poblaciones atendidas. Esperamos que sea de utilidad a todos aquellos que están luchando para combatir esta epidemia en la región.

Mayra Buvinic
Jefa
División de Programas Sociales

Índice

Introducción	1
Un panorama diverso	2
La epidemia en la región	3
Los sistemas de salud y la respuesta nacional frente al VIH/SIDA	4
Financiamiento y gasto en respuesta al VIH/SIDA	6
Fuentes de financiamiento en respuesta al VIH/SIDA	7
Gastos en salud pública y prevención	9
Gastos en la atención a los afectados	11
Lecciones	13
Referencias	15
Anexos	17

Introducción

Durante la última década se han presentado notables avances en la respuesta social y sanitaria de los países latinoamericanos frente a la epidemia del VIH/SIDA. En el proceso de preparación sectorial para vigilar la epidemia, fomentar prácticas seguras y atender a los afectados, se han obtenido beneficios para el sistema de salud que rebasan el dominio de la lucha contra el SIDA. No obstante, entre los países de la región persisten amplias disparidades en las condiciones de acceso a la prevención por los grupos poblacionales de mayor riesgo y de acceso a la atención por los afectados. La respuesta frente al SIDA tiene como contexto inmediato la organización del sistema de salud de cada país y se ve modulada por ese entorno.

Existe una dimensión económica en la lucha contra el SIDA que ha ganado relieve con el tiempo. Esta mayor visibilidad es en parte consecuencia de la ampliación del tipo y la cantidad de servicios entregados y, en parte, de la carga cada vez mayor que los servicios en respuesta al VIH/SIDA representan para los sistemas nacionales de salud. Un elemento adicional consiste en la preocupación de los organismos internacionales por generar indicadores que permitan dimensionar el esfuerzo de los países por atender la epidemia, a la vez que identificar criterios de asignación de ayuda externa basados en la evidencia.

En este marco ofrecen una contribución los estudios sobre el financiamiento y los gastos en VIH/SIDA, desarrollados por equipos nacionales de quince países de la región, con el auspicio de la Iniciativa Regional sobre SIDA para América Latina y el Caribe (SIDALAC), al aplicar fondos recaudados para estos fines, tanto mediante el contrato anual con la Secretaría del Programa Conjunto de las Naciones Unidas contra el SIDA (ONUSIDA), como mediante donaciones específicas para este fin

de la Comisión Europea (Proyecto ALR/B7-6211/99/0338).

Los estudios, que aplican la metodología de Cuentas Nacionales de Salud para realizar una estimación de los recursos movilizados y ejercidos, ofrecen detalles acerca del monto global, la aportación pública, privada y externa para cubrir los gastos, y la composición de éstos, según el tipo de proveedor que los ejecutó, la función de atención a la que corresponden y la estructura de insumos empleada en su generación.

La lectura institucional de estos resultados por tomadores de decisiones de cada país ha ofrecido nuevas perspectivas y, en ciertos casos, ha desencadenado procesos de evaluación y reformulación de políticas y estrategias frente al VIH/SIDA. Los estudios, salvo escasas excepciones, presentan un panorama donde la escasez de recursos no es más importante que la aplicación poco articulada y la mezcla menos que efectiva en la asignación a diferentes acciones y programas. También es notable, en varios países, el esfuerzo financiero de los hogares cuyos gastos en protección o tratamiento puede superar inclusive aquellos realizados por fuentes públicas o externas.

El presente documento intenta plantear una nueva perspectiva en la interpretación de los estudios, utilizando un enfoque comparativo que contrasta las variables de gasto con los condicionantes epidemiológicos, económicos y de organización de los sistemas de salud. El propósito del ejercicio consiste en identificar las tendencias regionales del financiamiento hacia VIH/SIDA, a fin de aportar información al debate concurrente acerca de las necesidades y la asignación de recursos, y orientar sobre la mejor forma de focalizar la asistencia a la región.

Un panorama diverso

Los estudios de cuentas nacionales en VIH/SIDA se han realizado en Argentina, Bolivia, Brasil, Costa Rica, Chile, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana y Uruguay. Este conjunto de países comprende una población total de 402,6 millones de habitantes; sin embargo, el 81% de ellos son ciudadanos de Argentina, Brasil, México o Perú.

De los 15 países, cuatro son considerados de desarrollo humano alto (Argentina, Uruguay, Chile y Costa Rica). Siete países (México, Panamá, Brasil, Perú, Paraguay, República Dominicana y El Salvador), aunque de desarrollo humano medio, se encuentran en las primeras 100 posiciones del Índice de Desarrollo Humano (IDH). Los cuatro países restantes (Bolivia, Nicaragua, Honduras y Guatemala) están comprendidos entre las posiciones 104 y 108 del IDH.

En 1999, el ingreso per cápita en este conjunto de países promedió US\$ (PPA, dólares ajustados por paridad del poder adquisitivo) 7.325,32, en un rango de US\$ (PPA) 12.277 en Argentina a US\$ (PPA) 2.279 en Nicaragua. En diez de los quince países el ingreso per cápita es inferior al promedio del conjunto. Las disparidades en el ingreso se reflejan en los indicadores de condiciones de vida. Por ejemplo, se relacionan positivamente con la expectativa de vida al nacer, cuya variación es explicada en un 64% por diferencias en el ingreso per cápita de los países. También guardan relación con el nivel de gasto en salud; de un gasto de US\$ PPA 150 en Bolivia, a US\$ 1.291 en Argentina, la distribución sigue un abanico en el que el ingreso per cápita explica hasta un 60,5% de las variaciones.

Tres cuartas partes de la población contenida en estos países reside en zonas urbanas. En parte ello es determinado por el predominio urbano en países como Argentina (89,6%), Brasil (80,7%) y México (74,2%); los extremos de mayor y menor urbanización son Uruguay (91%) y Guatemala (39,4%). El área de residencia condiciona, en muchos de los casos, además del acceso a atenciones de salud, el acceso a información y medios para la protección ante embarazos no deseados y enfermedades sexualmente transmisibles.

Durante 1999, la asistencia oficial al desarrollo (AOD) recibida por estos países totalizó US\$3.658,7 millones. La distribución per cápita de la AOD fue más alta en los países con menor ingreso per cápita ($R^2=0,7086$), mayor tasa de fecundidad ($R^2=0,4677$) y mayor mortalidad infantil ($R^2=0,3513$). El rango va de US\$ 137,00 en Nicaragua a -US\$ 2,70 en Costa Rica. En términos absolutos, cuatro países (Nicaragua, Honduras, Bolivia y Perú) captaron el 68% de la AOD dirigida a estos 15 de países de la región.

Este panorama diverso, puede ser organizado, para fines del análisis, por estratos que comparten posiciones similares dentro de la distribución cuartílica de indicadores de desarrollo social y económico (Cuadro 1). En el estrato inferior se encuentran Guatemala, Honduras, Bolivia y Nicaragua. En el segundo se incluye a El Salvador, República Dominicana, Perú y Paraguay. El tercer estrato está integrado por México, Brasil y Panamá. En el estrato superior se encuentran clasificados Argentina, Chile, Costa Rica y Uruguay (Cuadro 2).

La epidemia en la región

La epidemia del SIDA se ha convertido rápidamente en una prioridad en la agenda global de la salud. De acuerdo con las estimaciones de ONUSIDA (2000), en 1999 había en el mundo casi 34 millones de personas viviendo con VIH/SIDA. Fueron detectados durante ese año 5,6 millones de casos, y se produjeron 2,6 millones de defunciones. Desde el inicio de la epidemia, se han registrado 16,3 millones de decesos imputables a la enfermedad. En las Américas, el número acumulado de casos fue de 1,1 millones, de los cuales casi una tercera parte corresponde a Latinoamérica.

En los quince países con estimaciones de financiamiento en SIDA fueron reportados durante 1999 un total de 31.596 nuevos casos de SIDA, el 63,3% de los cuales corresponde a Brasil. Otros países con mayor población total en el grupo, como Argentina, México y Perú, aportaron en conjunto un 9,8% de los casos de 1999. Estos cuatro países, que comprenden el 81% de la población, aportaron en conjunto el 73,1 % de los casos.

Para evaluar la situación de la epidemia sin el sesgo del tamaño de la población, se empleó la tasa de incidencia por millón de habitantes. Las tasas más altas fueron reportadas en Panamá, Honduras, Brasil y El Salvador; las tasas menores correspondieron a Chile, Paraguay, Nicaragua y Bolivia.

La razón hombre-mujer de los casos de SIDA notificados contribuye a caracterizar la extensión de la epidemia en los países. La razón, para el período 1995-2001, fue más alta—es decir, con menor participación femenina—en Costa Rica, Chile, México y Nicaragua; fue más baja en Guatemala, Brasil, República Dominicana y Honduras.

Entre las preocupaciones sobre el desarrollo de la epidemia en los países se cuenta la incidencia que posee entre la población de 0 a 15 años de edad. Países como Argentina, Honduras, Uruguay y Guatemala presentaron tasas de participación entre 4% y 7% de la población pediátrica, en tanto que los menores porcentajes se reportan en México, Nicaragua, Costa Rica y Chile.

La estratificación de los países de acuerdo con la distribución por cuartiles de los indicadores citados, se traduce en cuatro grupos de países, según el nivel de consolidación de la epidemia:

- ALTA: Honduras, Guatemala y Brasil;
- MEDIA ALTA: Panamá, Argentina y El Salvador;
- MEDIA BAJA: Uruguay, República Dominicana, Perú, Paraguay y México;
- BAJA: Costa Rica, Bolivia, Nicaragua y Chile.

Los sistemas de salud y la respuesta nacional frente al VIH/SIDA

La epidemia despierta preocupación a causa del ritmo de su crecimiento, la relativa falta de preparación de los sistemas nacionales ante una enfermedad emergente, las dificultades de movilización social que derivan del prejuicio y la estigmatización que recaen sobre quienes padecen la enfermedad y sobre los grupos en mayor riesgo de contraerla. También, y de manera destacada, preocupa por sus fuertes implicaciones económicas, no solamente sobre los presupuestos de salud, sino sobre múltiples aspectos de la economía de las naciones.

Una abrumadora mayoría de personas con VIH/SIDA—cerca del 95% del total—vive en países en desarrollo. La proporción tiende a crecer, pues la dispersión del virus se ve propulsada en aquellos países donde coexisten la pobreza, la debilidad de los sistemas de salud y las limitaciones de recursos para la prevención y el tratamiento (ONUSIDA/OMS, 1999). Esta combinación perniciosa de factores hace pensar que “si la cura del SIDA sólo consistiera en beber agua potable, todavía una gran cantidad de personas principalmente en países en vías de desarrollo, no tendrían acceso a este tratamiento” (Izazola, 1998).

La dotación de médicos por diez mil habitantes oscila entre 83 en Honduras y 370 en Uruguay, y la tasa de mortalidad materna por cien mil nacidos vivos es de 390 en Bolivia y 23 en Costa Rica. Las grandes diferencias no son solamente resultado de la capacidad económica de los países, sino expresan la diversidad existente en las formas de organización del sistema de prestación de servicios de salud.

Existen sistemas con predominio del aseguramiento social de salud, como es el caso de Costa Rica y Uruguay, el primero con fondos públicos y el segundo fundamentalmente mediante seguridad social privada; también exis-

ten países con fuerte predominio del mercado de servicios—en pago directo o esquemas de prepago por servicios—como en Chile y Argentina. En países con sistemas atomizados, las agencias de seguridad social pueden ser múltiples y carecer de una administración y planeación comunes (por ejemplo en Argentina las Obras Sociales). El porcentaje del gasto nacional de salud en aseguramiento oscila entre 47% y 70% en países como Panamá, Costa Rica, Uruguay y Chile, en tanto que el rango va de 6% a 19,6% en Honduras, Nicaragua, República Dominicana y El Salvador.

La mayoría de países cuenta con un sistema plural de servicios, donde la proporción de la población económicamente activa en empleos formales está afiliada al seguro social, otro componente importante de menores recursos asiste a los servicios públicos del gobierno central o subnacional, y a lo largo de los distintos segmentos, asegurados o no, se consumen servicios de prestadores privados.

El sistema *plural* es el tipo más frecuente en América Latina, en el cual coexisten formas públicas y privadas de financiamiento y provisión de servicios. En este tipo de sistema el estado y la seguridad social cubren sólo una parte de la población—que hasta puede ser la misma para ambas entidades—mientras que el sector privado—con y sin fines de lucro— intenta llenar los vacíos o competir por los usuarios con acceso económico y geográfico.

En este tipo de sistemas, el gasto directo de bolsillo predomina como fuente de financiamiento en salud, con efectos adversos sobre la efectividad del gasto y la equidad en la distribución de los costos del sistema. El gasto de bolsillo representa menos de la cuarta parte del gasto nacional en salud en Uruguay, Chile, Panamá y Brasil, mientras que oscila entre 48% y 55% en Paraguay, Guatemala, República Dominicana y El Salvador.

La respuesta al VIH/SIDA

La respuesta al VIH/SIDA no es independiente del marco presentado por los sistemas nacionales de salud. Los países con sistemas de mercado tienen gasto donde predomina el tratamiento y hay menor énfasis en servicios preventivos –aparte de los gastos privados en prevención, como la compra de condones. Los países de América Latina y el Caribe que se estudian en el presente documento centran la mayoría de sus acciones en contra del SIDA, tanto en la parte preventiva como la asistencial, en los sistemas de salud, con escasa o nula participación intersectorial.

En los países con sistema unificado de salud, como Brasil y aquellos donde predomina la seguridad social, se ofrece acceso a antirre-

trovirales a las personas afectadas, aunque no en todos los casos esta atención forma parte de una respuesta más amplia en términos preventivos y de tratamiento.

Las condiciones más precarias de respuesta y el impacto desigual de la epidemia por grupos poblacionales se puede encontrar en los países con sistemas plurales, en donde el gasto directo de bolsillo de los hogares tiene un peso elevado dentro del gasto, y existen traslapes de usuarios de la seguridad social y los servicios de gobierno entre los grupos con residencia urbana y acceso a los centros hospitalarios de residencia. Estas condiciones se reflejan en el nivel, la composición y la distribución del gasto, como se describe en el apartado siguiente.

Financiamiento y gasto en respuesta al VIH/SIDA

En el último quinquenio, la epidemia del SIDA ha generado una importante corriente de recursos nacionales e internacionales. En 1996, el financiamiento de programas de SIDA a nivel mundial fue estimado en US\$ 548,5 millones, de los cuales, el 49% fue aportado por los gobiernos, el 19% por agencias de asistencia oficial al desarrollo (AOD), 9% provino del Sistema de Naciones Unidas y 23% del Banco Mundial. En términos generales, más de la mitad de los recursos asignados a SIDA por los países provino de fuentes externas. En los países menos desarrollados, las proporciones cambian dramáticamente: el aporte externo tiene una proporción, en el África Sub-sahariana, de 91%; en el Caribe, del 92%; en Asia y el Pacífico, 43%; en América Latina, 33% y en Europa del Este, 21% (ONUSIDA/OMS, 1999).

Existen varias preguntas al respecto: ¿Cómo fueron utilizados esos recursos? ¿A qué poblaciones beneficiaron? ¿Cómo se distribuyó el gasto entre acciones de prevención y tratamiento? ¿Qué insumos fueron adquiridos con esos fondos? ¿Qué tipo de organizaciones intervinieron como agentes financieros o como proveedores de la atención?

Estas interrogantes llaman la atención sobre la necesidad de producir información que conduzca a la formulación y evaluación de políticas relacionadas con la respuesta social frente al VIH/SIDA. Un avance se ha producido con el surgimiento de investigaciones en distintos contextos para estudiar los costos directos e indirectos del SIDA (Soderlund et al., 1999; Over and Kutzin, 1990; Scitovsky

and Rice, 1987; Galia et al., 1994), así como para medir la efectividad de diversas estrategias con relación a sus costos (Gilson et al., 1997; Foster and Buve, 1995; Kahn, 1994). También se han propuesto metodologías para estimar el costo de las estrategias preventivas, para estimar los costos de los servicios médicos para personas con SIDA y para realizar la evaluación económica (mayormente costo-efectividad) de los programas de prevención y tratamiento (Kumaranayake, et al., 1998; Scitovsky and Over, 1998; Holtgrave et al., 1996; Simposon, 1995).

Durante el año 2000, en los quince países bajo estudio se destinaron US\$ PPA 1.848 millones al VIH/SIDA. Si bien esta es una cifra importante, debe considerarse que solamente representa, en promedio, US\$ PPA 4,60 por habitante, y tiene un peso del 0,068% sobre el ingreso nacional. Estos agregados regionales exhiben, en la distribución por países, variantes en el gasto por habitante que oscilan entre US\$ PPA 0,71 en Bolivia y US\$ PPA 10,24 en Uruguay. Consecuentemente, el peso de los gastos en VIH/SIDA sobre el ingreso nacional también manifiesta disparidades: en la mayoría de países, el gasto no llega a 0,01% del PIB, mientras que en Honduras es del 0,4% y del 0,2% en Nicaragua.

En los apartados siguientes se discute la composición de los recursos movilizados de acuerdo con las fuentes de financiamiento, con las acciones preventivas desarrolladas y la respuesta de atenciones en salud a las personas afectadas por el VIH/SIDA.

Fuentes de financiamiento en respuesta al VIH/SIDA

Financiamiento público

El papel del sector público en el combate a la epidemia es muy importante dado que existe un conjunto de acciones preventivas y de salud pública que otros componentes del sistema de servicios no están interesados en financiar. Además, en la mayoría de los países bajo estudio, la red de servicios más extensa y con mayor demanda pertenece al gobierno central y gobiernos territoriales (estatales, provinciales o municipales).

En países como México, Panamá, Brasil, Costa Rica, El Salvador y Guatemala, el sector público (que incluye a la seguridad social) tiene predominio en el financiamiento hacia VIH/SIDA, en acciones preventivas y de atención. Por otra parte, durante el año 2000, el financiamiento público (gobierno y seguridad social) hacia VIH/SIDA tuvo la participación más baja en Bolivia (0,92%), Perú (21,43%), Honduras (26%) y Paraguay (28,53%).

El financiamiento de la salud canalizado por la seguridad social, como fuera mencionado, no es predominante en la mayoría de países, sin embargo, en el marco del VIH/SIDA su participación ha ido creciendo a medida que se establece como política de la seguridad social el acceso a tratamiento antirretroviral para los derechohabientes.

En Costa Rica, la seguridad social es el mayor prestador de servicios de salud y ello explica su participación elevada dentro de los gastos en VIH/SIDA. Sin embargo, en Panamá, México y Guatemala, las razones parecen estar ante todo en el manejo de protocolos más completos y que incluyen regímenes de medicamentos antirretrovirales. La baja cobertura de la seguridad social en estos países, y el elevado porcentaje en que participan en el gasto en VIH/SIDA sugieren que los sistemas de salud que segmentan el acceso a servicios por la condición de empleo pueden

aumentar el sesgo hacia la inequidad como resultado del aumento más que proporcional del gasto en SIDA dirigido hacia la población asegurada.

Financiamiento privado

El financiamiento de fuentes privadas (hogares, empresas, ONG) es predominante en países como Perú, Uruguay, Paraguay y Honduras. El aporte más significativo proviene del gasto bolsillo de los hogares, el cual representa entre 42% y 55% en países como Paraguay, Uruguay, República Dominicana y Honduras; en Perú llega a alcanzar el 76,5% del gasto nacional en SIDA.

En países donde existe una elevada proporción de población bajo la línea de la pobreza, este predominio de los gastos de bolsillo tiene varias implicaciones. Por una parte, revela una aportación limitada de los fondos públicos; por otra parte, indica que la carga financiera de la enfermedad está afectando el presupuesto de los hogares y compite con otros satisfactores de las necesidades humanas básicas. Finalmente, como fuera comentado, el gasto de bolsillo encierra el riesgo de gastos poco efectivos y desligados de una respuesta integral y orientada por la consulta médica apropiada.

Financiamiento externo

Durante el año 2000, los países bajo estudio recibieron en conjunto US\$ PPA 37,7 millones. El papel de las fuentes externas en el financiamiento hacia SIDA tuvo una dimensión variable en estos países. En once de los quince países, el aporte externo no llegó a alcanzar el 10% del gasto nacional hacia SIDA. Las proporciones más altas de cooperación externa fueron observadas durante el año 2000 en El Salvador (16,79%), Paraguay (26,38%), Nicaragua (37,06%) y Bolivia (68,8%). Estos cuatro países captaron el 59% de los recursos externos dirigidos hacia

VIH/SIDA en los quince países. Los países que poseen un ingreso nacional más elevado en la región (Uruguay, Argentina, México, Brasil y Chile) recibieron menor asistencia externa para VIH/SIDA, siendo esta inferior al 1% del gasto nacional en VIH/SIDA.

Debe notarse que los recursos externos descritos en este apartado no incluyen los prés-

tamos al sector público para entrega de servicios en VIH/SIDA, debido a que la regla contable implica que los préstamos constituyen el uso actual de ingresos fiscales futuros; en otros términos, los gastos ejercidos con recursos de préstamo se consideran fondos públicos por su naturaleza reembolsable.

Gastos en salud pública y prevención

El gasto preventivo en respuesta al VIH/SIDA alcanza proporciones variables sobre el gasto nacional en VIH/SIDA en diversos países. En el caso de Bolivia, Paraguay y Nicaragua, donde la epidemia está en una fase inicial, las proporciones del gasto preventivo sobrepasan el 40%; sin embargo, la mayoría de los países dentro del conjunto estudiado destina menos del 30% del gasto en respuesta al VIH/SIDA a las acciones de prevención y salud pública.

La composición de los gastos preventivos privilegia el gasto en condones en países como Uruguay, Argentina, Costa Rica y Paraguay; en Nicaragua, Chile y Panamá, el gasto más fuerte se ejerce en el tamizaje de donadores de sangre. En algunos países, como Brasil, México, Honduras y República Dominicana, no existen componentes del gasto preventivo con una concentración excesiva de los recursos consumidos.

En países en los que la epidemia del VIH/SIDA se cataloga como concentrada (toda América Latina y el Caribe, a excepción de Haití y Guyana), las acciones dirigidas a las poblaciones núcleo, o en mayor riesgo de adquirir VIH y que se encuentran en mayor vulnerabilidad al mismo, se consideran como las políticas públicas de mayor eficiencia en el combate contra el VIH/SIDA. Sin embargo, los recursos preventivos son, además de escasos, con frecuencia dirigidos a la población en general y carecen de especificidad por grupos vulnerables y en riesgo.

Con frecuencia, los recursos de las fuentes de financiamiento a estos grupos provienen de la cooperación internacional y de organizaciones no gubernamentales. La exclusión de gasto público de acciones específicas a hombres que tienen sexo con otros hombres, trabajadoras sexuales y usuarios de drogas inyectables obedece con frecuencia a discriminación y estigma en lugar de a decisiones técnicamente correctas para la asignación presupuestal. El

hecho de que existan altos porcentajes del gasto en prevención específica en algunos países de bajo gasto en VIH/SIDA sólo enfatiza el bajo gasto en prevención en general. Por el contrario, el bajo gasto específico en estos grupos meta en países con alto gasto (por ejemplo, Brasil) no tiene el mismo significado, a pesar de que sugiere una mayor focalización de los recursos pero a partir de un nivel basal mayor.

Gastos en salud pública

La vigilancia epidemiológica y las acciones de información, educación y comunicación se consideran, para fines del presente estudio, como gastos en salud pública. Para establecer un rango de países de acuerdo con este tipo de gasto (dirigido a la población en general), se calculó la tasa del gasto en salud pública por mil habitantes. En el cuartil inferior se ubicaron países como República Dominicana, Uruguay, México y Guatemala, con un gasto inferior a US\$ PPA 100; en el cuartil superior se ubican Brasil, Costa Rica, Nicaragua y Honduras, con un amplio rango entre US\$ PPA 300 y US\$ PPA 1.048 por mil habitantes.

Gasto en la prevención de la transmisión sexual

Los estudios efectuados recuperan información sobre el gasto en condones, tanto público como de los hogares. A fin de tener una medida común y equiparable entre países, el gasto en condones se dividió entre la población en el rango de 15 a 49 años de edad. El gasto per cápita en condones osciló entre US\$ PPA 0,05 en Panamá y US\$ PPA 4,61 en Uruguay.

El gasto per cápita en condones (en US\$ PPA) fue menor en Panamá (0,05), Chile (0,15), Guatemala (0,35) y Perú (0,35), pese a que en estos países la transmisión sexual es la más importante. En términos generales, los resultados de la región indican que la preva-

lencia de uso de condón para fines de protección es muy bajo y que los esfuerzos para el mercadeo social de preservativos deben redoblar.

Gasto en prevención de la transmisión sanguínea

El tamizaje de sangre incluye diversas pruebas, pero para fines del presente estudio se consideró únicamente el gasto en la detección del VIH. Este gasto es importante, no solamente para prevenir la transmisión sanguínea, sino para detectar la incidencia del VIH entre donadores de sangre, especialmente en los países donde existe poca demanda de pruebas voluntarias en los servicios de salud.

Debido a que el tamaño de la población puede introducir enormes diferencias en el nivel de gasto en bancos de sangre, el indicador utilizado fue el gasto en tamizaje de VIH por mil habitantes. Este gasto osciló entre US\$ PPA 9,10 en Perú y US\$ PPA 268,49 en Chile. Los niveles más bajos de gasto se encontraron en Bolivia, Nicaragua, El Salvador y Paraguay; los más altos en Argentina, Brasil, Panamá y Chile.

Gasto en prevención de la transmisión vertical

La información epidemiológica muestra las mayores proporciones de casos pediátricos de SIDA en Argentina, Uruguay, Honduras y Guatemala. Para comparar los gastos en la prevención de la transmisión vertical, se estimó el número de nacimientos esperados a partir de la población de 1999 y la tasa de natalidad de los países. Sobre esta base, se calculó el gasto en prevención de la transmisión vertical por 10.000 embarazadas.

Los resultados indican un amplio rango en el gasto en prevención de la transmisión vertical, desde el caso de Bolivia y Nicaragua, que en 2000 no efectuaron gastos para esta función, y países como Uruguay y Chile, donde el gasto fue de US\$ PPA 4.194,49 y US\$ PPA 6.754,59 respectivamente.

En Guatemala y Argentina, ya mencionados como países donde este tipo de gasto es importante, los niveles de gasto fueron de US\$ PPA 147,69 y US\$ PPA 175,74 por 10.000 embarazadas.

Gastos en la atención a los afectados

Para fines del presente estudio, los gastos en atención a los afectados incluyen gastos de tratamiento (ambulatorio, hospitalario o domiciliar), la provisión de terapia antirretroviral, exámenes de seguimiento laboratorial, otros medicamentos y equipos de uso médico por el paciente.

Los gastos de atención así definidos alcanzaron, en el conjunto de los 15 países bajo estudio, la cifra de US\$ PPA 1.216 millones, que representan el 65,9% del total de gastos en actividades relacionadas al VIH/SIDA. El 49,7% del gasto en atención fue ejercido en Brasil. Sin embargo, en relación al número oficial de personas viviendo con SIDA, los niveles más altos de gasto per cápita en atención se observaron en Nicaragua, Chile, Paraguay y Uruguay.

Pocos países de América Latina y el Caribe ofrecen una cobertura integral de servicios para personas que viven con VIH/SIDA. Entre los gastos de atención, las funciones más importantes son la hospitalización y la terapia antirretroviral. En los estudios se destacan tres grupos de países:

- Aquellos donde la terapia antirretroviral va acompañada de esquemas de seguimiento laboratorial, tratamiento profiláctico de infecciones oportunistas y apoyo social a la adhesión al tratamiento; en esos casos, el gasto hospitalario tiene una baja proporción.
- Países que ofrecen un esquema de atención con los componentes descritos, pero solamente a la población afiliada a la seguridad social, los gastos en hospitalización son tan importantes como los gastos en antirretrovirales.
- Países que no han establecido o están en fase de establecer la terapia antirretroviral y, por lo tanto, enfrentan gastos sobre todo en la atención con internamiento.

De tal cuenta, en el conjunto de países estudiados los principales proveedores de atención a los afectados son los hospitales y las farmacias; en países como Brasil tienen predominio los centros ambulatorios; donde la epidemia está en una fase inicial, los programas de VIH/SIDA ocupan una importante proporción de los recursos empleados como proveedores de servicios directos.

Gastos de atención hospitalaria

Los gastos de hospitalización reflejan la demanda de servicios de personas viviendo con SIDA; estos gastos son importantes en los países con escasa cobertura de tratamiento profiláctico de infecciones oportunistas y terapia antirretroviral. Durante 2000, los quince países gastaron en conjunto US\$ PPA 155 millones, que representan el 8,4% del gasto nacional en VIH/SIDA y el 12% de los gastos de atención. Sin embargo, en países como El Salvador, República Dominicana, Paraguay y Honduras, el gasto en hospitalización representó 30% o más respecto a los gastos de atención.

Gasto en antirretrovirales

El rubro de antirretrovirales ocupa la mayor proporción del gasto en los países, incluso en aquellos en los cuales existe una política de acceso universal. De acuerdo con las estimaciones, los quince países gastaron en antirretrovirales US\$ PPA 804 millones, equivalentes a 66% del gasto de atención, y a 43,7% del gasto total. Brasil ejerció el 57,3% de ese gasto.

El peso del gasto en antirretrovirales sobre el gasto nacional en SIDA oscila en el amplio rango entre 0,8% en Nicaragua y 61,6% en Panamá. Nicaragua, El Salvador y Perú dedican menos de 4% de su gasto en VIH/SIDA a la compra de antirretrovirales; un segundo rango de países, entre los que se cuentan República Dominicana, Bolivia, Honduras y

Paraguay, les destina entre el 12% y el 24%. En los ocho países restantes, la compra de antirretrovirales representa más del 40% del gasto nacional en SIDA y es importante notar que esta proporción no expresa la misma situación en todos los países.

En algunos países el importante peso de los antirretrovirales es consecuencia de un mandato legal o político de proveer la terapia que tienen una o varias instituciones proveedoras. Sin embargo, no existe mandato equivalente que movilice recursos hacia las acciones de salud pública y prevención. Esta situación, que podría representar el caso de Guatemala, Panamá, Argentina y México (y Costa Rica, en alguna medida), es sobre todo preocupante cuando la elevada proporción de gasto en antirretrovirales va dirigido a una porción pequeña de las personas que viven con SIDA. Implica que el país podría enfrentar graves dificultades financieras en su sistema de servicios si es presionado para ampliar la cobertura de antirretrovirales, careciendo de una estrategia efectiva para prevenir y controlar la expansión de la epidemia.

En los países con sistemas de servicios basados en el aseguramiento en salud, la respuesta institucional incluye los antirretrovirales. Chile, Uruguay y Costa Rica (y Argentina, en alguna medida) tienen gastos institucionales de atención elevados, ofrecen terapia antirretroviral a la población asegurada que llena requerimientos del protocolo, y las acciones de prevención predominantes en el gasto están basadas en su oferta de servicios: tratamiento de ITS, tamizaje en bancos de sangre, entre otras. La mayor proporción del gasto preventivo proviene de los hogares, por medio de la compra de condones.

Brasil constituye un esquema de organización del sistema de servicios que difícilmente es comparable al de los otros países estudiados, particularmente en relación a la entramada red de flujos financieros al interior del Sistema Unificado de Salud. El gasto en VIH/SIDA de Brasil se destina en 51,1% a la compra de antirretrovirales, una figura interesante si se considera que Brasil fabrica sus propios antirretrovirales y que la estimación de 2000 no incluye los gastos de gobiernos subnacionales (estados y municipios) ni el gasto de bolsillo de los hogares.

Lecciones

En el examen de las estimaciones realizadas sobre el financiamiento y los gastos destinados a VIH/SIDA se destacan algunos elementos importantes para la definición de políticas de apoyo financiero a la región de Latinoamérica y el Caribe.

Predominio de recursos nacionales. Salvo contadas excepciones, los países están afrontando la mayor parte del esfuerzo financiero para combatir la epidemia, con una importante contribución de los hogares y los fondos de seguridad social. Este aspecto del financiamiento ofrece la perspectiva de efectuar intervenciones de apoyo financiero especialmente en los contextos en que ese esfuerzo parece insuficiente para construir una sólida estrategia preventiva en respuesta a la epidemia.

Protección social en salud y VIH/SIDA. La organización adoptada por los países para proveer servicios de salud a la población es un marco ineludible de las respuestas financieras frente al VIH/SIDA, que impacta en varias dimensiones la equidad en la distribución y la eficacia de las intervenciones. Aquellos países donde una parte de la población está protegida contra los riesgos financieros y sanitarios de enfermar y morir, presentan distorsiones en la cobertura del financiamiento a grupos especialmente vulnerables. Los esfuerzos de cooperación financiera deben considerar estas disparidades en el acceso a servicios, considerando que el apoyo externo puede ofrecer alivio si complementa el financiamiento dirigido a los grupos que actualmente enfrentan diversas formas de exclusión social en salud.

Integralidad de las acciones preventivas. Aunque el examen de las cifras de gasto preventivo es insuficiente para arribar a conclusiones sobre la integralidad de la estrategia de cada país, los perfiles de gasto presentados indican una composición irregular del gasto en áreas preventivas, sobre todo cuando se

trata de intervenciones del sector público. Las principales inversiones públicas se dirigen a la información, educación y comunicación, así como al tamizaje de donadores de sangre. Los esfuerzos dirigidos a grupos núcleo, o conformado por individuos en mayor probabilidad de adquirir el VIH y en mayor vulnerabilidad, y a la prevención de la transmisión de madre a hijo captan todavía una pequeña proporción del gasto preventivo. El gasto preventivo en la región se debe grandemente a los individuos que mediante la compra de preservativos buscan la protección frente a ITS/VIH/SIDA.

Gastos en tratamiento del VIH/SIDA. Subyacentes al monto y composición de los gastos en la atención de los afectados por VIH/SIDA, se encuentran importantes relaciones de compensación, que sugieren que aquellos países actualmente respondiendo a la demanda espontánea con cuidados paliativos y tratamiento de las infecciones oportunistas enfrentan un crecimiento de los gastos aún más amenazador que los países que han establecido protocolos de manejo incorporando prevención secundaria, terapia antirretroviral y manejo domiciliario. Aún más preocupante es la situación de países con bajos ingresos y sistemas de salud plurales, en donde las terapias antirretrovirales se establecieron en ausencia de esquemas preventivos sólidos y no se encuentran acompañadas de esquemas integrales de manejo de los casos y refuerzo a la adhesión al tratamiento. En tales países, el apoyo financiero externo dirigido a las mismas líneas de gasto que actualmente se ejecutan podrían hacer el panorama más complejo aún; por ello, es recomendable examinar las opciones para definir políticas de manejo de alcance sectorial.

Gastos de bolsillo en prevención y atención. El gasto de bolsillo se observa en los diferentes países por razones diversas. Mientras que el gasto preventivo de bolsillo que se observa en Uruguay y Argentina se centra en condo-

nes, y por tanto podría ser indicativo de éxito en la prevención del VIH/SIDA, el gasto de bolsillo en la mayoría de los otros países en atención solamente significa que a falta de desembolsos gubernamentales, los hogares tienen que pagar directamente por esquemas de atención costosos, en su mayoría en esquemas subóptimos de atención, de esta entidad económicamente catastrófica.

La proyección de los recursos que se requieren para la lucha contra la epidemia y el gasto histórico. Dada la necesidad de movilizar adecuada y suficientemente recursos financieros internacionales, se han elaborado diversos modelos para proyectar las necesidades anua-

les futuras en los países en desarrollo. A raíz del período extraordinario de sesiones de la Asamblea General – VIH/SIDA llevada a cabo a mediados de 2001, se estimó que se requerirían anualmente US\$9.200 millones. De estos, se estimaba que para América Latina y el Caribe se requerirían anualmente para 2005, US\$540 millones en atención y US\$590 millones en prevención. Para el año 2000, los ejercicios de estimación señalan que ya se gastaban US\$866 millones en atención (con grados variables de cobertura de antirretrovirales) y US\$266 millones en prevención (con requerimientos de mejoría en el diseño de las actividades preventivas focalizadas y de mayor eficacia).

Referencias

- Foster, S. Y Buve, A. 1995. Benefits of HIV Screening of Blood Transfusions in Zambia. *Lancet*; 346:225-7.
- Galia, S. et al. 1994. The Epidemiologic, Social and Economic Impact of HIV/AIDS in three Central American Countries: A Country-specific and Regional Analysis. XI International Conference on AIDS, Yokohama, 1994.
- Gilson, L. et al. 1997. Cost-effectiveness Analysis of Improved Treatment Services for Sexually Transmitted Diseases in Preventing HIV-1 Infection in Mwanza Region, Tanzania. *Lancet*, 1997; 350(27):1805-1810.
- Holtgrave, D.R. et al. 1996. Economic Evaluation of HIV Prevention Programs. *Annual Review of Public Health*; 17:467-88.
- Izazola, J.A., 1998. Una actualización sobre el conocimiento acumulado sobre el VIH/SIDA: Visión de conjunto. En: El SIDA en México: Oportunidades de la Sociedad Civil para disminuir su impacto. Cuadernos FUNSALUD, No. 30. México: FUNSALUD.
- Kahn, J. 1994. The Cost-effectiveness of HIV Prevention Targeting: How Much More Bang for the Buck? *American Journal of Public Health*; 86(12):1709-12.
- Kumaranayake et al. 1998. Costing Guidelines for HIV/AIDS Prevention Strategies. Programa de Economía y Financiación de la Salud, Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres.
- OMS/ONUSIDA, 1999. AIDS Epidemic Update, December 1999. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) y La Organización Mundial de la Salud (OMS), Ginebra.
- OPS/ONUSIDA, 1999. Level and Flow of National and International Resources for the Response to HIV/AIDS, 1996-1997. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) y La Organización Mundial de la Salud (OMS), Ginebra.
- OPS/OMS/ONUSIDA, 2000. AIDS Surveillance in the Americas. Informe bienal. OPS/OMS/ONUSIDA Working Group on Global HIV/AIDS and STI Surveillance.
- Over, M. y Kutzin, J. 1990. The Direct and Indirect Costs of HIV Infection: Two African Case Studies. *Postgraduate Doctor Middle East* 1990; 13(11):632-38.
- Scitovsky, A. y Rice, D. 1987. Estimates of the Direct and Indirect Costs of Acquired Immunodeficiency Syndrome in the United States, 1985, 1986 and 1991. *Public Health Rep* 1987; 102:5-17.
- Scitowsky, A. y Over, M. 1998. AIDS: Cost of Care in the Developed and Developing World. *AIDS*; 2(suppl 1):S71-S81.

Simpson, K.N. 1995. Design and Assessment of Cost-effectiveness Studies in AIDS Populations. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome and Human Retrovirology*. 10(suppl 4): 528-532.

Soderlund N. et al, 1993. The Cost of HIV Prevention Strategies in Developing Countries. *Boletín de La Organización Mundial de la Salud (OMS)*, 71 (5): 595-604.

Anexos

Investigadores participantes por país y función

NOMBRE	PAIS	ACTIVIDAD
Valeria Freylejer	Argentina	Investigador Economista en salud
Alberto Buscio	Argentina	Profesional Asociado al Inv. Economista en salud
Daniel Ignacio Aguirre	Argentina	Profesional Asociado al Programa Nacional o Ministerio Salud
Jorge Crisosto	Bolivia	Investigador Economista en salud
Adolfo Velez	Bolivia	Profesional Asociado al Inv. Economista en salud
Vito Rivas	Bolivia	Profesional Asociado al Programa Nacional y Director Programa Nacional
Sergio Piola	Brasil	Investigador Economista en salud, y consultor internacional SIDALAC
Luciana Teixeira	Brasil	Profesional Asociado al Investigador Economista en salud, y consultor internacional SIDALAC
Jaime Rojas Hinojosa	Brasil	Profesional Asociado al Investigador Economista en salud
Joel Nunez	Brasil	Profesional del Programa Nacional de SIDA, y consultor internacional SIDALAC
Maria Luisa Daigre	Chile	Investigador Economista en salud
Pedro Olivares	Chile	Profesional Asociado al Investigador Economista en salud
Franklin Trujillo	Chile	Profesional Asociado al Programa Nacional o Ministerio Salud
Ronulfo Jiménez Rodríguez	Costa Rica	Investigador Economista
Juan Pablo Rodríguez Montero	Costa Rica	Profesional Asociado al Investigador Economista en salud
Gisela Herrera	Costa Rica	Profesional Asociado al Programa Nacional y Directora Programa Nacional de SIDA
Rosa Adela Aguilar	El Salvador	Investigador Economista en salud
Sandra Elizabeth Romero	El Salvador	Profesional Asociado al Investigador Economista en salud
Dilma Chacón	El Salvador	Profesional Asociado al Programa Nacional o Ministerio Salud
Rose Mary Bertrán	Guatemala	Profesional Asociado al Programa Nacional o Ministerio Salud
Ricardo Dajalma Valladares C.	Guatemala	Investigador Economista en salud, y consultor internacional SIDALAC
Kildare Jerónimo Enriquez	Guatemala	Profesional Asociado al Investigador Economista en salud
Rodulio Perdomo	Honduras	Investigador Economista en salud
María Luisa Gontes	México	Investigador Economista en salud
María del Pilar Rivera Reyes	México	Profesional Asociado al Investigador Economista en salud
Beatriz Hernández García	México	Profesional Asociado al Programa Nacional o Ministerio Salud
Miguel Medina	Nicaragua	Investigador Economista en salud
José Ramón Zamora García	Nicaragua	Profesional Asociado al Programa Nacional o Ministerio Salud
Tania Corina Andreu	Nicaragua	Profesional Asociado al Investigador Economista en salud

Humberto Espinola	Paraguay	Investigador Economista en salud
María Marta Godoy	Paraguay	Profesional Asociado al Investigador Economista en salud
Teresa Astrid Mendoza V.	Perú	Investigador Economista en salud
Rolando Perez Uribe	República Dominicana	Investigador Responsable de la estimación
Daniel Aran Mantero	Uruguay	Investigador Economista en salud , y consultor internacional SIDALAC
Eduardo Caceres	Uruguay	Profesional Asociado al Investigador Economista en salud
Margarita Serra	Uruguay	Profesional Asociado al Programa Nacional y Directora Programa Nacional
Jose Antonio Izazola		Coordinador Ejecutivo SIDALAC
Carlos Avila		Consultor Internacional SIDALAC
Javier Arellano		Profesional Asistente SIDALAC

Cuadro 1
Distribución por cuartiles de algunos indicadores de desarrollo humano
en países seleccionados de América Latina y el Caribe.

País	Ingreso per cápita		Esperanza de vida al nacer		Tasa de fecundidad por mujer 1995 - 2000		Mortalidad en menores de 1 año		Gasto público en educación sobre el PIB		Tasa bruta de matriculación escolar combinada		Índice de Desarrollo Humano	
	EUA Dólares PPA	Q	años	Q	hijos	Q	Tasa por mil nacidos vivos	Q	%	Q	%	Q		Q
Argentina	12.277	4	73,2	3	2,6	4	19	4	3,5	2	83	4	0,842	4
Bolivia	2.355	1	62,0	1	4,4	1	64	1	4,9	3	70	2	0,648	1
Brasil	7.037	3	67,5	2	2,3	4	34	3	5,1	4	80	4	0,750	3
Costa Rica	8.860	4	76,2	4	2,8	3	13	4	5,4	4	67	2	0,821	4
Chile	8.652	4	75,2	4	2,4	4	11	4	3,6	2	78	3	0,825	4
El Salvador	4.344	2	69,5	2	3,2	2	35	2	2,5	1	63	1	0,701	2
Guatemala	3.674	1	64,5	1	4,9	1	45	1	1,7	1	49	1	0,626	1
Honduras	2.340	1	65,7	1	4,3	1	55	1	2,9	1	61	1	0,634	1
México	8.297	3	74,2	4	2,8	3	27	3	4,9	3	71	2	0,790	3
Nicaragua	2.279	1	68,1	2	4,3	1	38	2	3,9	3	63	1	0,635	1
Panamá	5.874	3	73,9	3	2,6	4	21	3	5,1	4	74	3	0,784	3
Paraguay	4.384	2	69,9	3	4,2	2	27	3	4	3	64	2	0,738	2
Perú	4.622	2	68,5	2	3,0	2	42	2	2,9	1	80	4	0,743	2
República Dominicana	5.507	2	67,2	1	2,9	3	43	1	2,3	1	72	3	0,722	2
Uruguay	8.879	4	74,2	4	2,4	4	15	4	3,3	2	79	4	0,828	4
Cuartil 1	4.009		67,35		4,25		42,50		4,90		78,50		0,81	
Mediana	5.507		69,50		2,90		34,00		3,60		71,00		0,74	
Cuartil 3	8.474,5		74,05		2,60		20,00		2,90		63,50		0,67	

FUENTE: Elaboración propia con datos del Informe de Desarrollo Humano 2001 (PNUD, 2001). Salvo indicación en contrario, los datos corresponden a 1999.

Cuadro 2
Estratificación de países seleccionados de América Latina y el Caribe,
por indicadores de desarrollo humano

Estrato	País	Ingreso per cápita	Esperanza de vida al nacer	Tasa de fecundidad por mujer	Tasa de mortalidad en menores de un año	Gasto público en educación sobre el PIB	Matriculación escolar combinada	Índice de Desarrollo Humano	TOTAL
1	Guatemala	1	1	1	1	1	1	1	7
	Honduras	1	1	1	1	1	1	1	7
	Bolivia	1	1	1	1	3	2	1	10
	Nicaragua	1	2	1	2	3	1	1	11
2	El Salvador	2	2	2	2	1	1	2	12
	República Dominicana	2	1	3	1	1	3	2	13
	Perú	2	2	2	2	1	4	2	15
	Paraguay	2	3	2	3	3	2	2	17
3	México	3	4	3	3	3	2	3	21
	Brasil	3	2	4	3	4	4	3	23
	Panamá	3	3	4	3	4	3	3	23
4	Argentina	4	3	4	4	2	4	4	25
	Chile	4	4	4	4	2	3	4	25
	Costa Rica	4	4	3	4	4	2	4	25
	Uruguay	4	4	4	4	2	4	4	26
								Q1	11,50
								Mediana	17,00
								Q3	24,00

Fuente: Elaboración propia con datos del Cuadro 1.

Cuadro 3
Distribución por cuartiles de algunos indicadores de SIDA
en países seleccionados de América Latina y el Caribe

País	Casos SIDA 1999	Q	Tasa por millón de habitantes	Q	Razón hombre mujer	Q	% de Casos en Menores de 15 años	Q
Argentina	1.819	4	49,73	2	2,94	2	7,00%	4
Bolivia	34	1	4,18	1	2,4	3	3,60%	2
Brasil	20.009	4	119,43	4	1,96	4	3,50%	2
Costa Rica	227	2	60,96	3	6,09	1	1,90%	1
Chile	541	2	34,49	1	5,82	1	1,60%	1
El Salvador	438	2	70,77	4	2,37	3	3,20%	2
Guatemala	730	3	65,83	3	2,08	4	4,00%	4
Honduras	1.136	3	179,83	4	1,17	4	5,70%	4
México	3.919	4	40,25	2	5,58	1	2,40%	1
Nicaragua	36	1	7,86	1	4,14	1	2,20%	2
Panamá	711	3	252,84	4	3,1	2	3,30%	3
Paraguay	49	1	9,14	1	2,62	3	3,80%	3
Perú	1.262	4	50,08	2	3,34	2	2,90%	2
República Dominicana	495	2	59,18	3	1,45	4	3,00%	1
Uruguay	190	1	58,34	2	2,88	3	4,10%	4
Cuartil 1	208,50		37,37		2,23		3,90%	
Mediana	541,00		58,34		2,88		3,30%	
Cuartil 3	1.199,00		68,30		3,74		2,65%	

Fuente: Elaboración propia con datos de OPS (2002). *Vigilancia del SIDA en las Américas. Informe bienal, junio 2002.*

Cuadro 4
Estratificación de países seleccionados de América Latina y el Caribe,
según indicadores de SIDA

Estrato	País	Casos SIDA 1999	Tasa por millón de habitantes	Razón hombre mujer	% de casos en menores de 15 años	Total
1	Chile	2	1	1	1	5
	Nicaragua	1	1	1	2	5
	Bolivia	1	1	3	2	7
	Costa Rica	2	3	1	1	7
2	México	4	2	1	1	8
	Paraguay	1	1	3	3	8
	Perú	4	2	2	2	10
	República Dominicana	2	3	4	1	10
	Uruguay	1	2	3	4	10
3	El Salvador	2	4	3	2	11
	Argentina	4	2	2	4	12
	Panamá	3	4	2	3	12
4	Brasil	4	4	4	2	14
	Guatemala	3	3	4	4	14
	Honduras	3	4	4	4	15
					Cuartil 1	7,50
					Mediana	10,00
					Cuartil 3	12,00

Fuente: Elaboración propia con datos del Cuadro 3.

Cuadro 5
Distribución por cuartiles de algunos indicadores de Sistemas de Salud
en países seleccionados de América Latina y el Caribe

País	A	Q	B	Q	C	Q	D	Q	E	Q
	Población urbana (%)		Médicos por diez mil habitantes		Tasa de mortalidad materna (por cien mil nacidos vivos) 1985-1999		Gasto en aseguramiento en salud (público y privado) como % del gasto nacional de salud		Gasto de bolsillo en salud como % del gasto nacional de salud	
Argentina	89,6%	4	268	4	41	4	43,9%	3	33,8%	3
Bolivia	61,9%	2	130	3	390	1	45,2%	3	29,5%	3
Brasil	80,7%	4	127	2	160	2	27,6%	2	24,2%	4
Costa Rica	47,6%	1	141	3	23	4	50,4%	4	40,0%	2
Chile	85,4%	4	110	2	29	4	70,0%	4	21,9%	4
El Salvador	46,3%	1	107	2	120	2	19,6%	1	55,6%	1
Guatemala	39,4%	1	93	1	190	1	28,6%	2	48,9%	1
Honduras	51,6%	1	83	1	110	3	6,0%	1	35,8%	3
México	74,2%	3	186	4	55	3	35,9%	3	47,9%	2
Nicaragua	55,8%	2	86	1	150	2	11,1%	1	37,2%	2
Panamá	56,0%	2	167	3	70	3	47,8%	4	23,9%	4
Paraguay	55,3%	2	110	2	190	1	24,4%	2	48,1%	1
Perú	72,4%	3	93	1	270	1	28,0%	2	34,2%	3
República Dominicana	64,4%	3	216	4	230	1	16,4%	1	54,6%	1
Uruguay	91,0%	4	370	4	26	4	58,7%	4	19,5%	4
Cuartil 1	0,53		100,00		48,00		0,22		0,27	
Mediana	0,62		127,00		120,00		0,29		0,36	
Cuartil 3	0,77		176,50		190,00		0,47		0,48	

Fuente: A, B, C= PNUD, 2001. Human Development Report. D, E= OMS, 2002. World Health Report.

Cuadro 6
Estratificación de países seleccionados de América Latina y el Caribe,
según indicadores de Sistemas de Salud

ESTRATO	PAÍS	%Población Urbana	Médicos por 10 mil habitantes	Tasa de mortalidad materna	Gasto en aseguramiento	Gasto de bolsillo	TOTAL
1	Guatemala	1	1	1	2	1	6
	El Salvador	1	2	2	1	1	7
	Nicaragua	2	1	2	1	2	8
	Paraguay	2	2	1	2	1	8
2	Honduras	1	1	3	1	3	9
	Perú	3	1	1	2	3	10
	República Dominicana	3	4	1	1	1	10
	Bolivia	2	3	1	3	3	12
3	Brasil	4	2	2	2	4	14
	Costa Rica	1	3	4	4	2	14
	México	3	4	3	3	2	15
4	Panamá	2	3	3	4	4	16
	Argentina	4	4	4	3	3	18
	Chile	4	2	4	4	4	18
	Uruguay	4	4	4	4	4	20
						Cuartil 1	8,50
						Mediana	12,00
						Cuartil 3	15,50

Fuente: Elaboración propia con datos del Cuadro 5.

Cuadro 7
Distribución por cuartiles de algunos indicadores de Financiamiento hacia VIH/SIDA
en países seleccionados de América Latina y el Caribe

País	Gasto total en SIDA, dólares internacionales	Q	Gasto per cápita en SIDA, dólares internacionales	Q	Gasto bolsillo como % del gasto nacional en SIDA	Q	Gasto público como % del gasto nacional en SIDA	Q	Financiamiento externo como % del gasto nacional en SIDA	Q
Argentina	288.329,00	4	7,88	4	24,05%	3	68,63%	3	0,01%	4
Bolivia	5.746,00	1	0,71	1	30,19%	2	0,92%	1	68,80%	1
Brasil	900.503,00	4	5,42	3	16,45%	3	78,39%	4	0,31%	4
Chile	21.583,00	3	5,53	2	21,98%	2	67,79%	2	6,35%	3
Costa Rica	45.907,00	2	3,02	3	25,62%	3	58,10%	3	0,93%	2
El Salvador	8.231,00	1	1,33	1	4,08%	4	83,94%	4	6,95%	2
Guatemala	28.637,00	2	2,53	1	15,00%	4	78,32%	3	5,36%	3
Honduras	64.493,00	3	10,24	4	55,66%	1	26,00%	1	6,60%	2
México	261.82,00	4	2,68	1	10,20%	4	88,87%	4	0,31%	4
Nicaragua	27.79,00	2	5,54	4	22,17%	3	40,03%	2	37,06%	1
Panamá	15.464,00	1	5,52	3	5,98%	4	88,32%	4	3,31%	3
Paraguay	16.976,00	1	3,20	2	42,88%	2	28,53%	1	26,38%	1
Perú	93.805,00	4	3,66	2	76,51%	1	21,43%	1	1,54%	3
República Dominicana	28.916,00	3	3,53	2	47,45%	1	40,96%	2	7,69%	1
Uruguay	26.411,00	2	8,00	4	42,89%	1	35,28%	2	0,00%	4
Cuartil 1	19.279,50		2,85		0,16		32%		0,6%	
Mediana	28.637,00		3,66		0,24		58%		5,4%	
Cuartil 3	79.149,00		5,53		0,43		78%		7,3%	

Fuente: SIDALAC, 2001. Informes Finales de Cuentas Nacionales en VIH/SIDA 1999-2000, de los países que aparecen en el cuadro.

Cuadro 8
Estratificación de países seleccionados de América Latina y el Caribe,
según indicadores de Financiamiento hacia VIH/SIDA

ESTRATO	PAÍS	Gasto total en SIDA, dólares internacionales	Gasto per cápita en SIDA, dólares internacionales	Gasto bolsillo como % del gasto nacional en SIDA	Gasto público como % del gasto nacional en SIDA	Financiamiento externo como % del gasto nacional en SIDA	TOTAL	
1	Bolivia	1	1	2	1	1	6	
	Paraguay	1	2	2	1	1	7	
	República Dominicana	3	2	1	2	1	9	
	Perú	4	2	1	1	3	11	
	Honduras	3	4	1	1	2	11	
2	Chile	3	2	2	2	3	12	
	El Salvador	1	1	4	4	2	12	
	Nicaragua	2	4	3	2	1	12	
3	Uruguay	2	4	1	2	4	13	
	Guatemala	2	1	4	3	3	13	
	Costa Rica	2	3	3	3	2	13	
4	Panamá	1	3	4	4	3	15	
	México	4	1	4	4	4	17	
	Argentina	4	4	3	3	4	18	
	Brasil	4	3	3	4	4	18	
							Cuartil 1	11,00
							Mediana	12,00
							Cuartil 3	14,00

Fuente: Elaboración propia con datos del Cuadro 7.

Ilustración 1
Población total (1999) en países seleccionados de América Latina y el Caribe

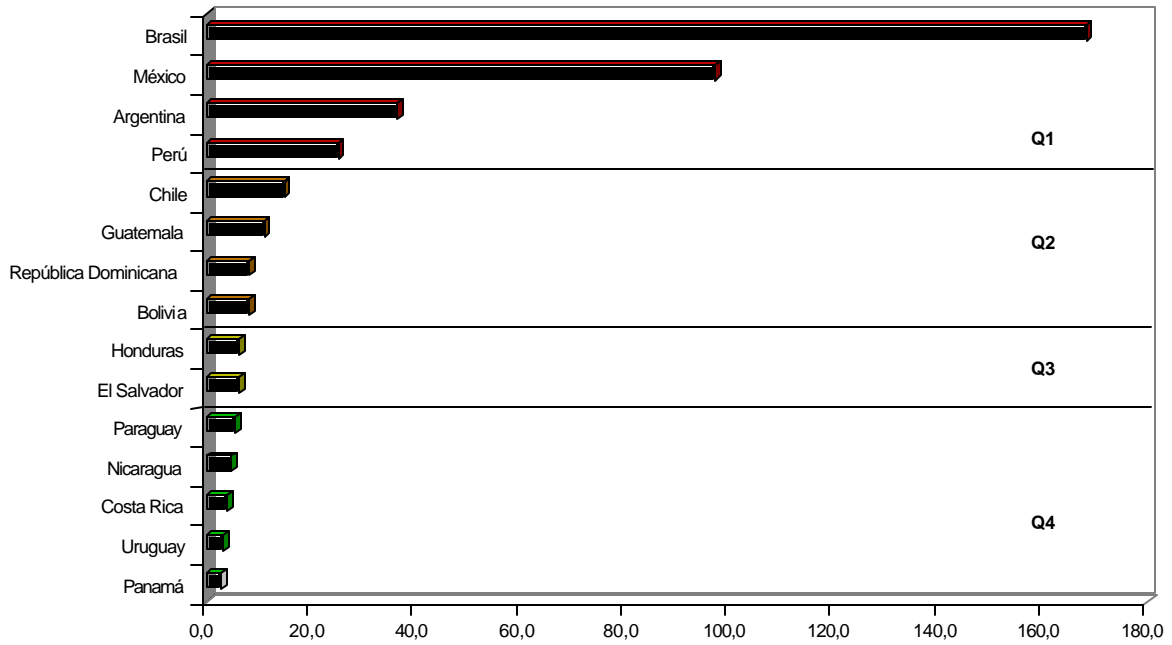


Ilustración 2
Índice de Desarrollo Humano en países seleccionados de América Latina y el Caribe

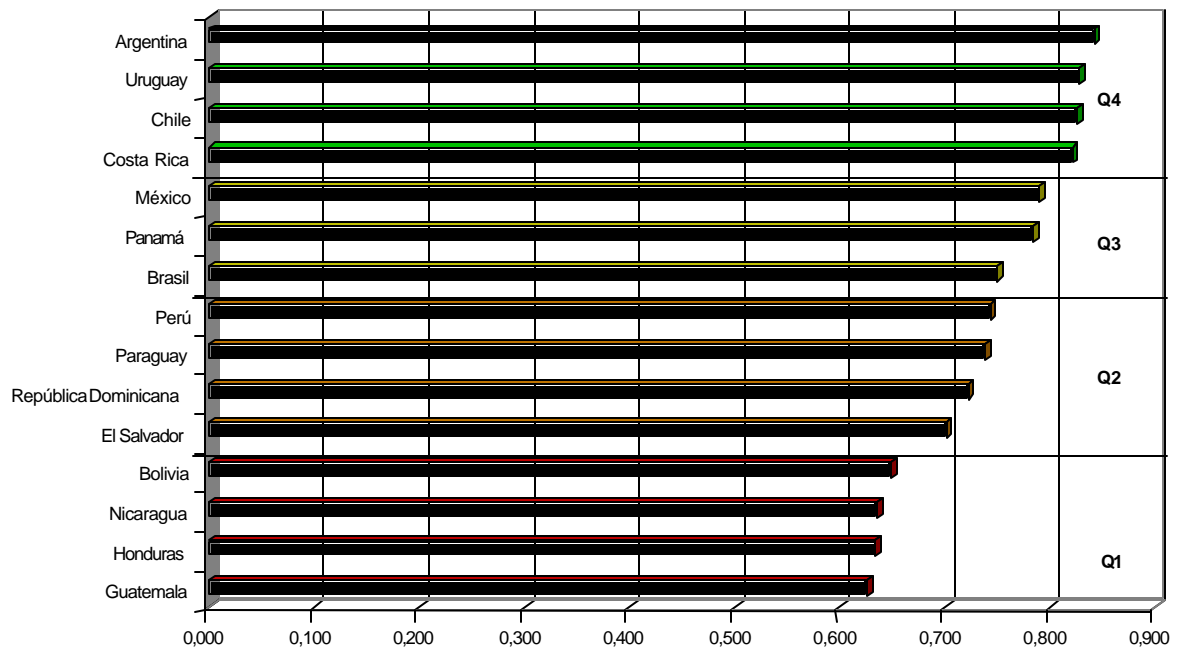


Ilustración 3
Ingreso per cápita en países seleccionados de América Latina y el Caribe
(en EUA dólares ajustados por Paridad del Poder Adquisitivo, PPA)

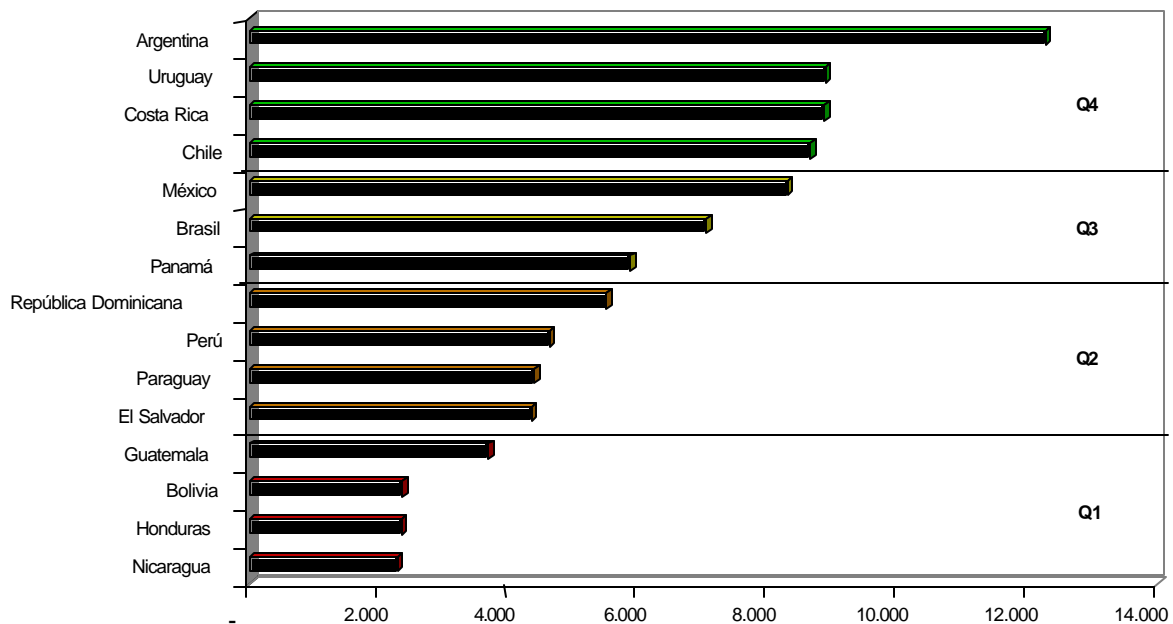


Ilustración 4
Ingreso per cápita y esperanza de vida al nacer,
en países seleccionados de América Latina y el Caribe

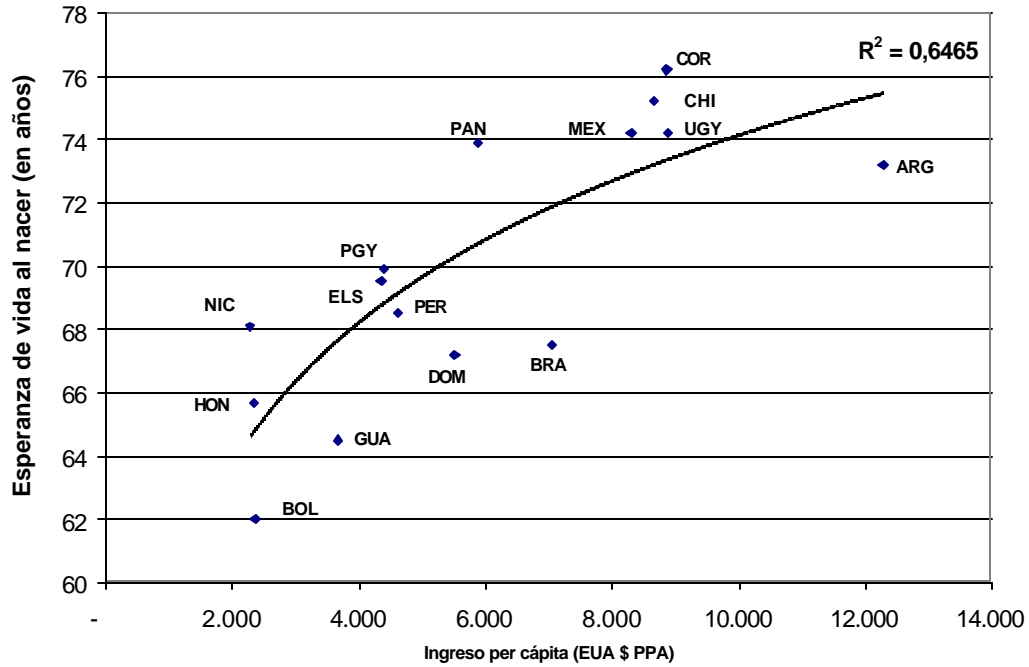


Ilustración 5
Gasto per cápita en salud versus Ingreso per cápita,
en países seleccionados de América Latina y el Caribe

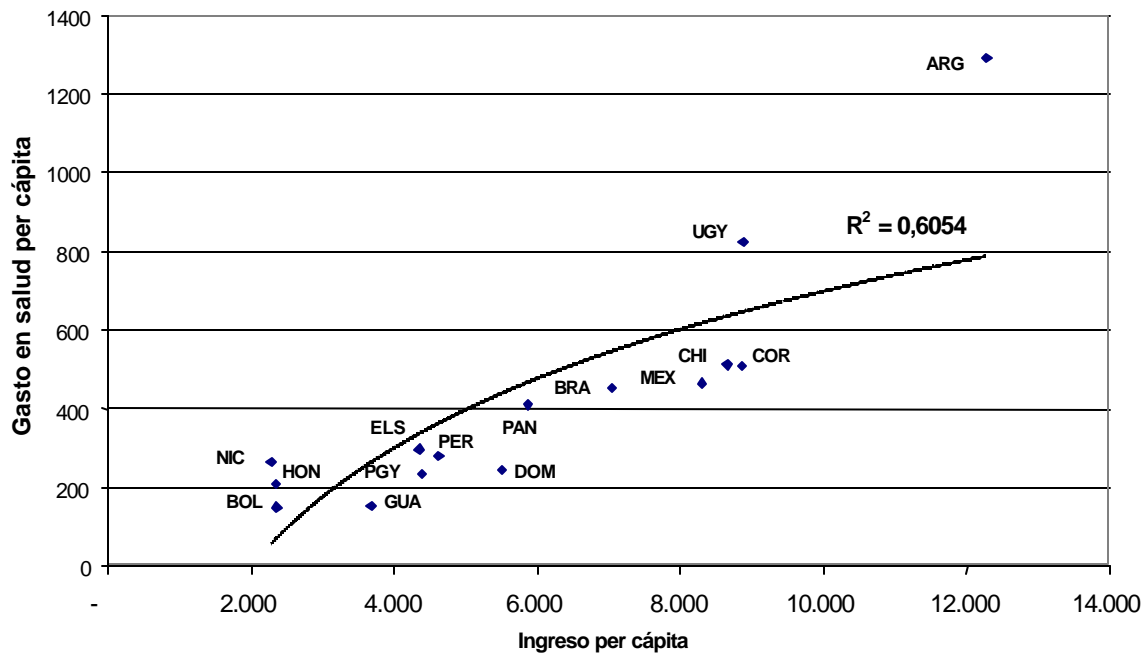


Ilustración 6
Tasa de incidencia de SIDA por millón de habitantes
en países seleccionados de América Latina y el Caribe

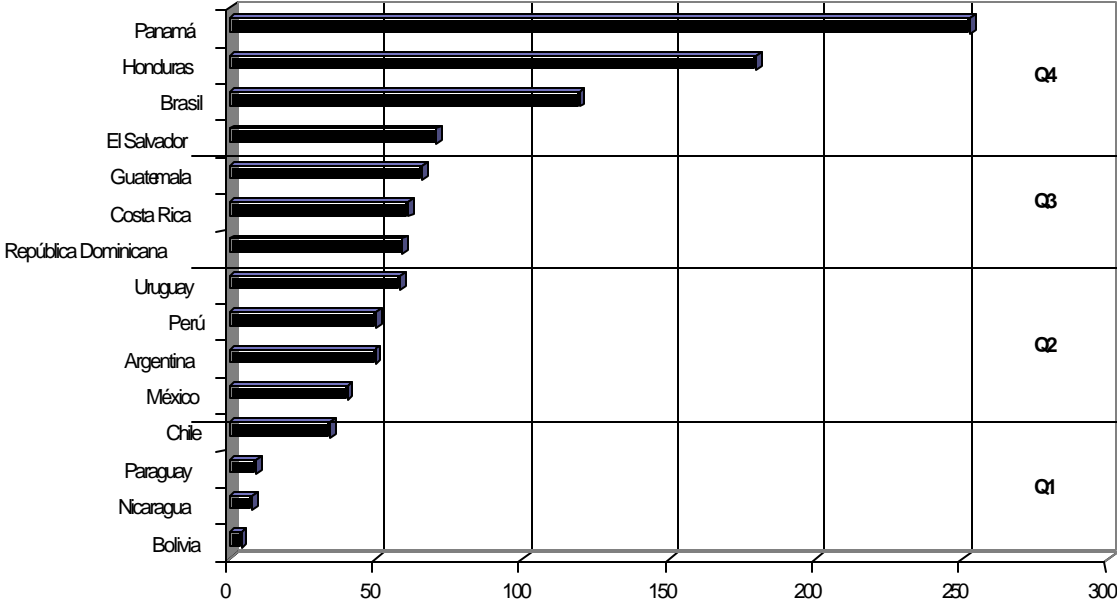


Ilustración 7
Razón hombre -mujer de los casos SIDA notificados de 1995-2001,
en países seleccionados de América Latina y el Caribe

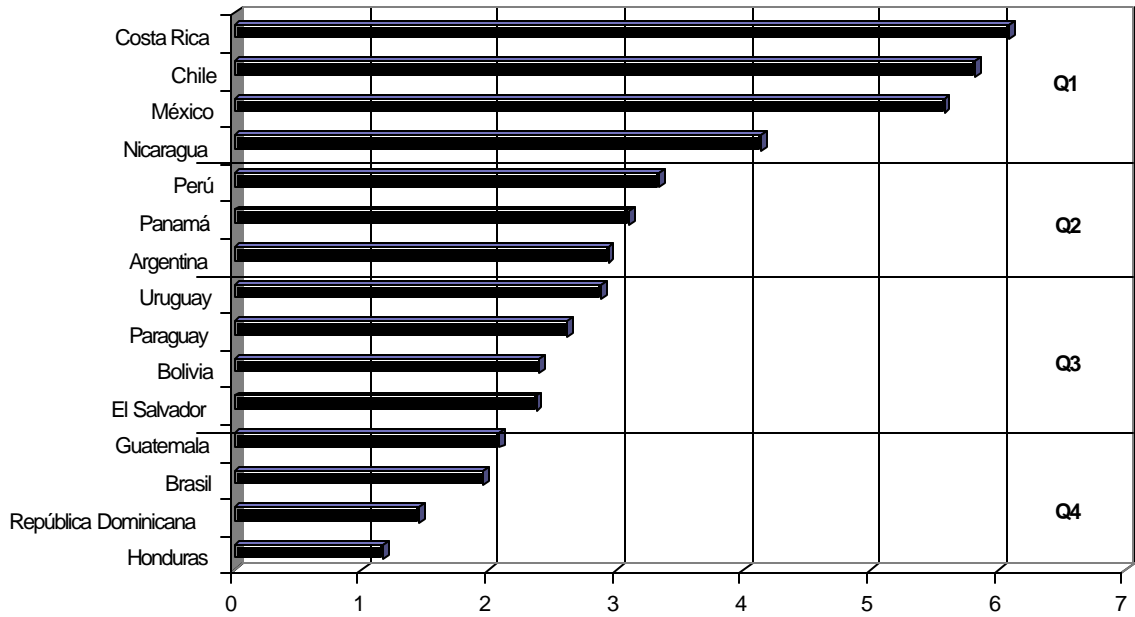


Ilustración 8
Casos de SIDA notificados en menores de 15 años de edad, como porcentaje del total de casos, en países seleccionados de América Latina y el Caribe

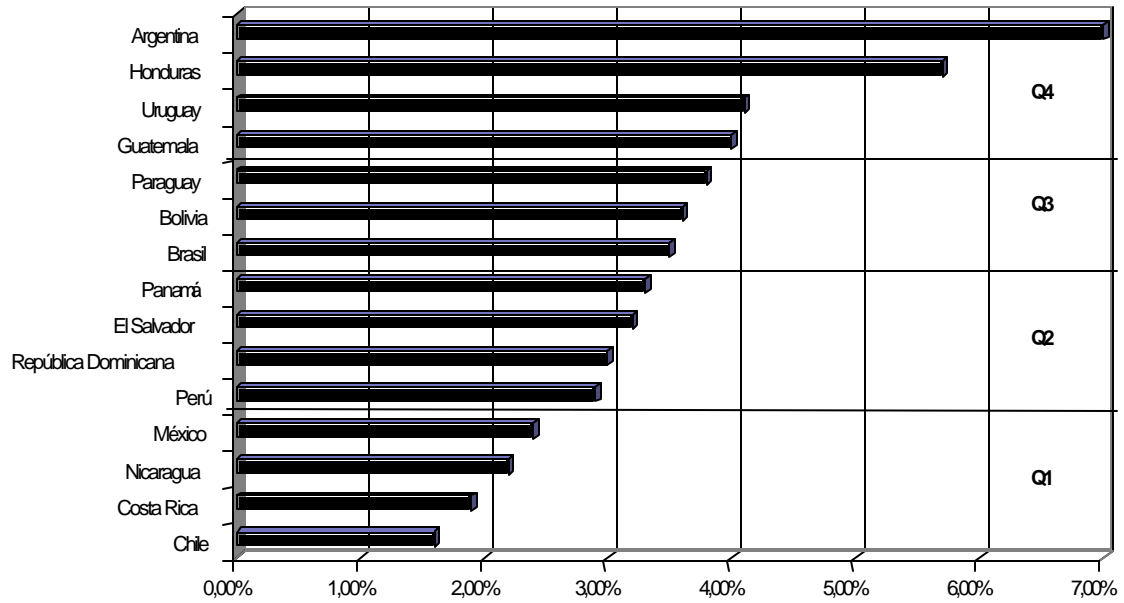


Ilustración 9
Gasto en Aseguramiento Público y Privado de Salud, como porcentaje del Gasto Nacional de Salud en países seleccionados de América Latina

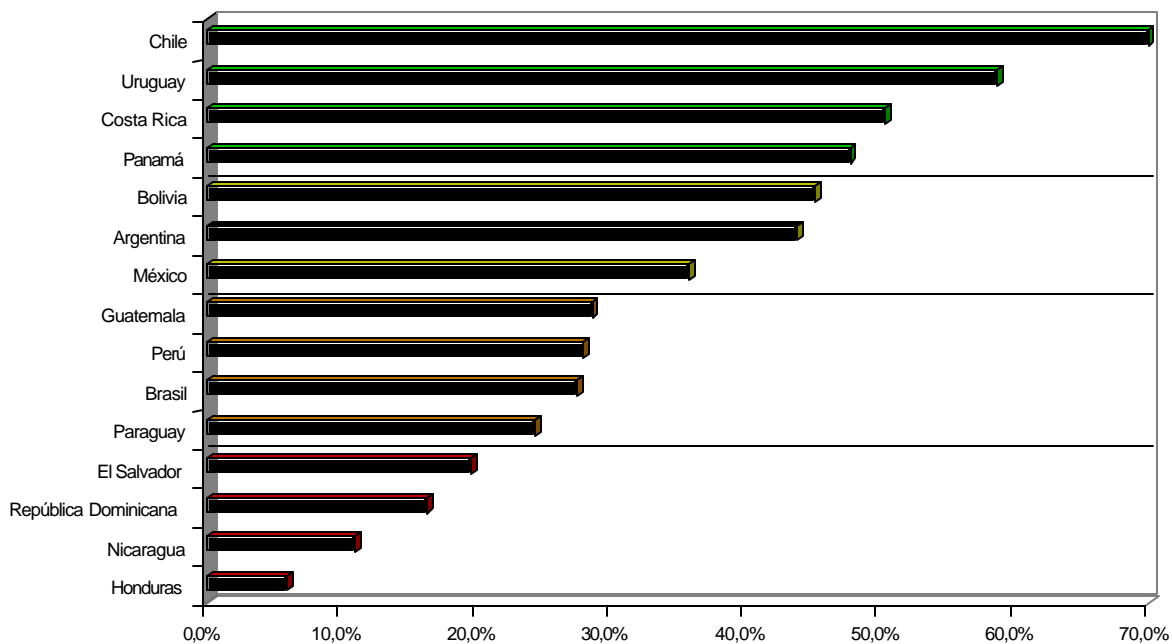


Ilustración 10
El gasto directo de bolsillo en como proporción del gasto nacional de salud,
en países seleccionados de América Latina y el Caribe

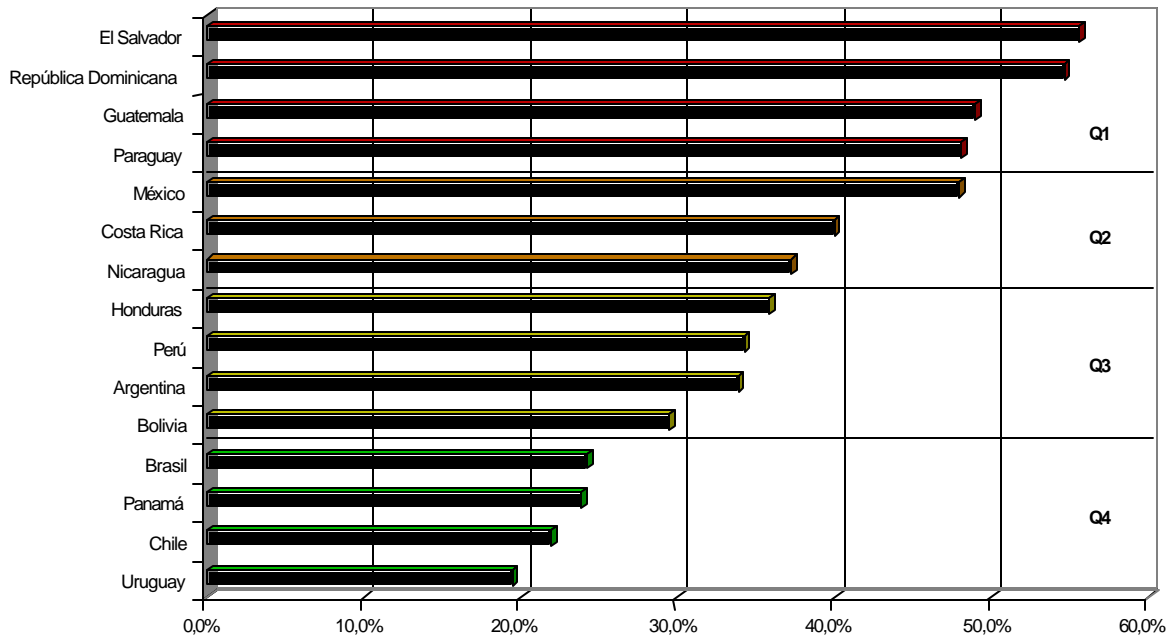


Ilustración 11
Gasto per cápita en SIDA (en dólares internacionales)
en países seleccionados de América Latina y el Caribe

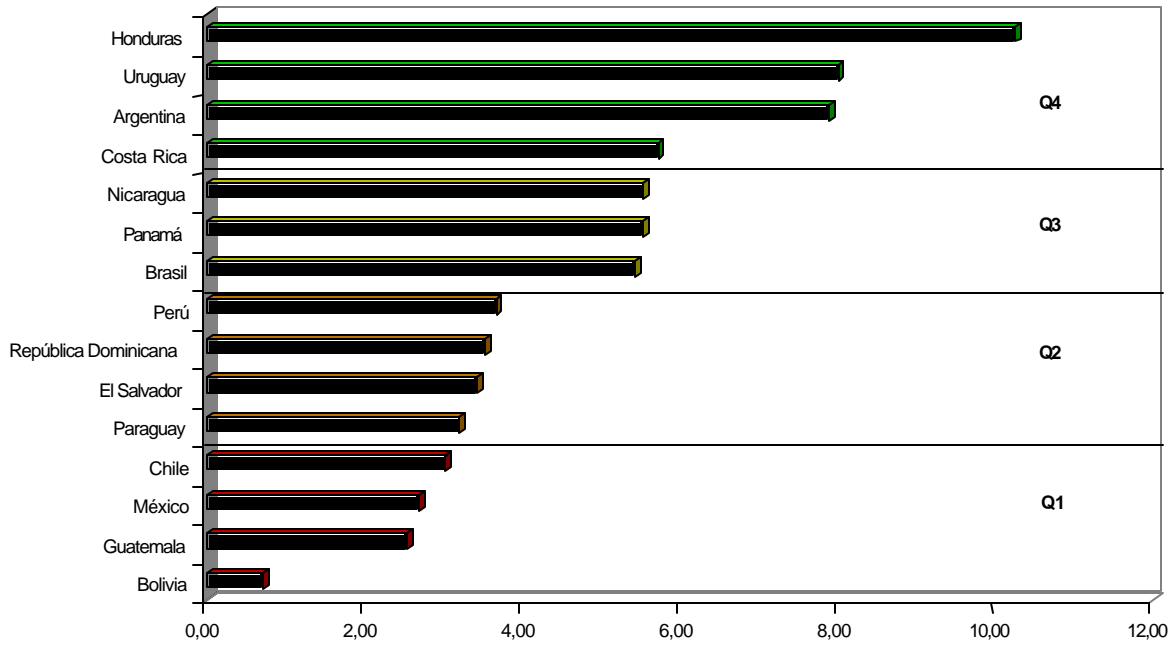


Ilustración 12
Gasto Nacional en respuesta al VIH/SIDA como porcentaje
del Producto Interno Bruto, en países seleccionados de América Latina y el Caribe

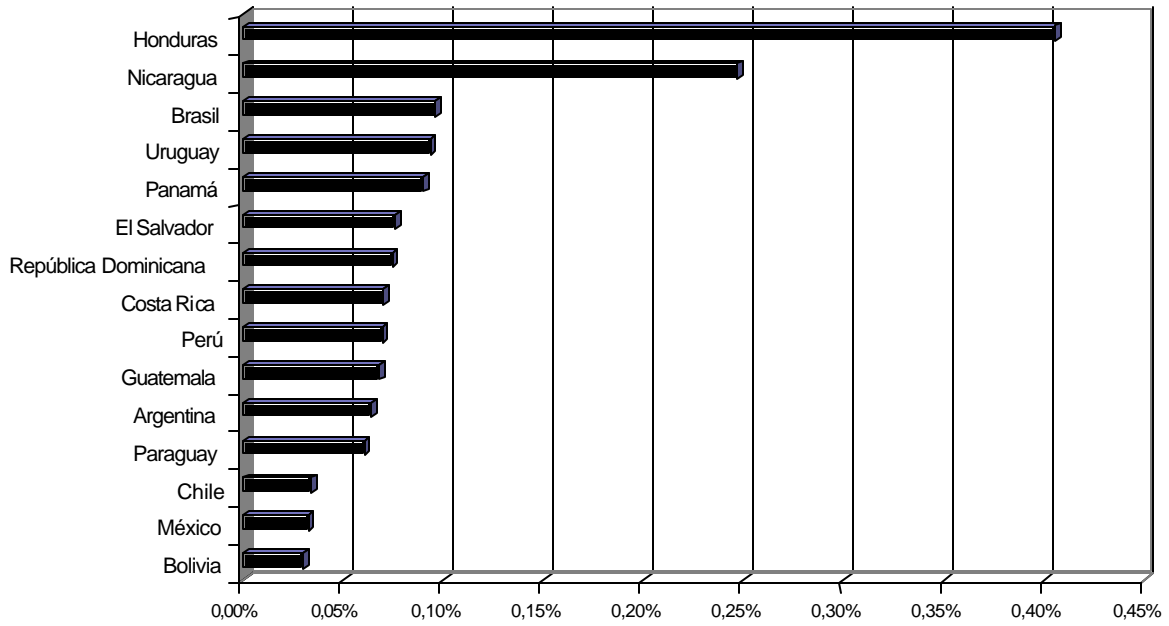


Ilustración 13
Gasto público en VIH/SIDA como porcentaje del Gasto Nacional en VIH/SIDA,
en países seleccionados de América Latina y el Caribe

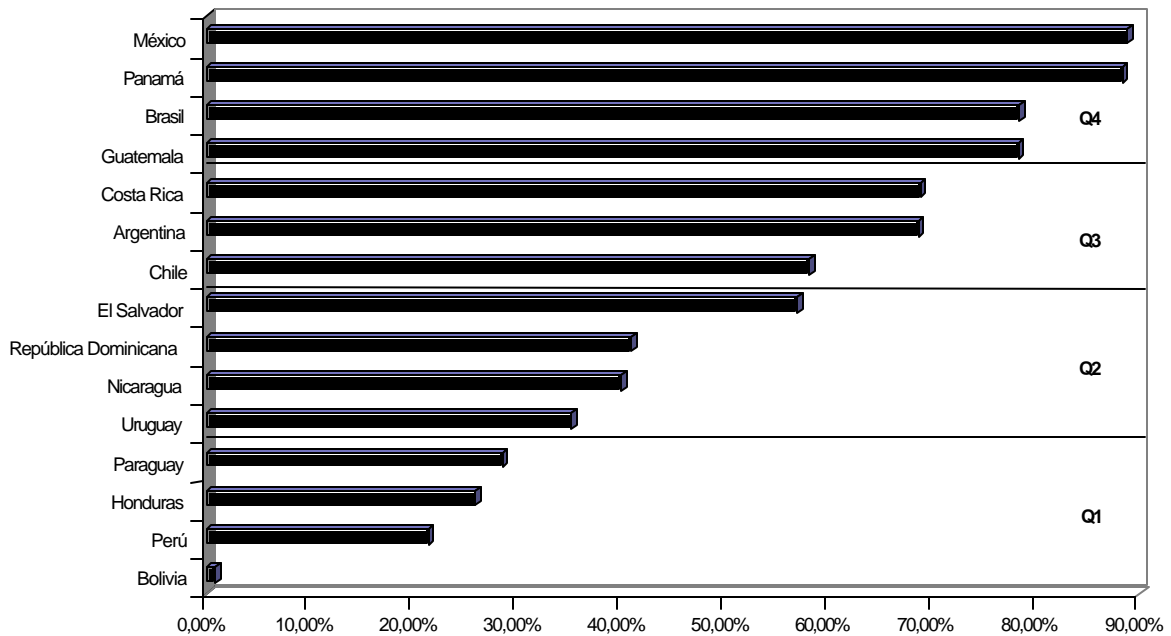


Ilustración 14
Gasto de bolsillo en VIH/SIDA como porcentaje del gasto nacional en VIH/SIDA

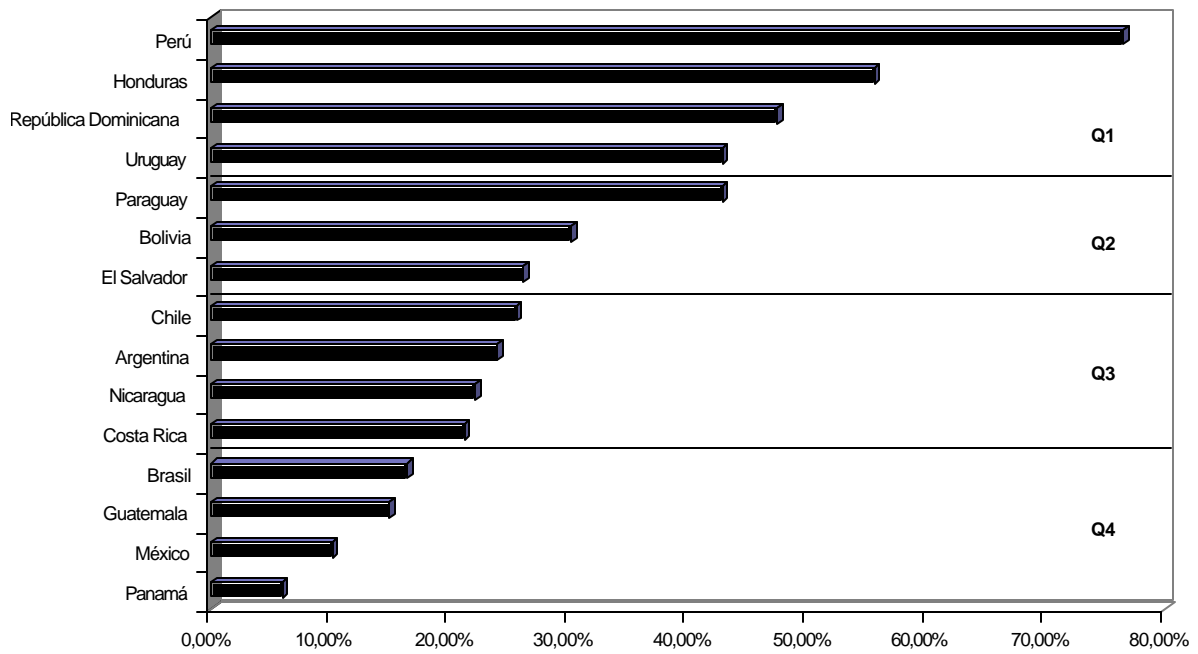


Ilustración 15
Financiamiento de fuentes externas hacia VIH/SIDA como porcentaje
del Gasto Nacional en VIH/SIDA, en países seleccionados de
América Latina y el Caribe

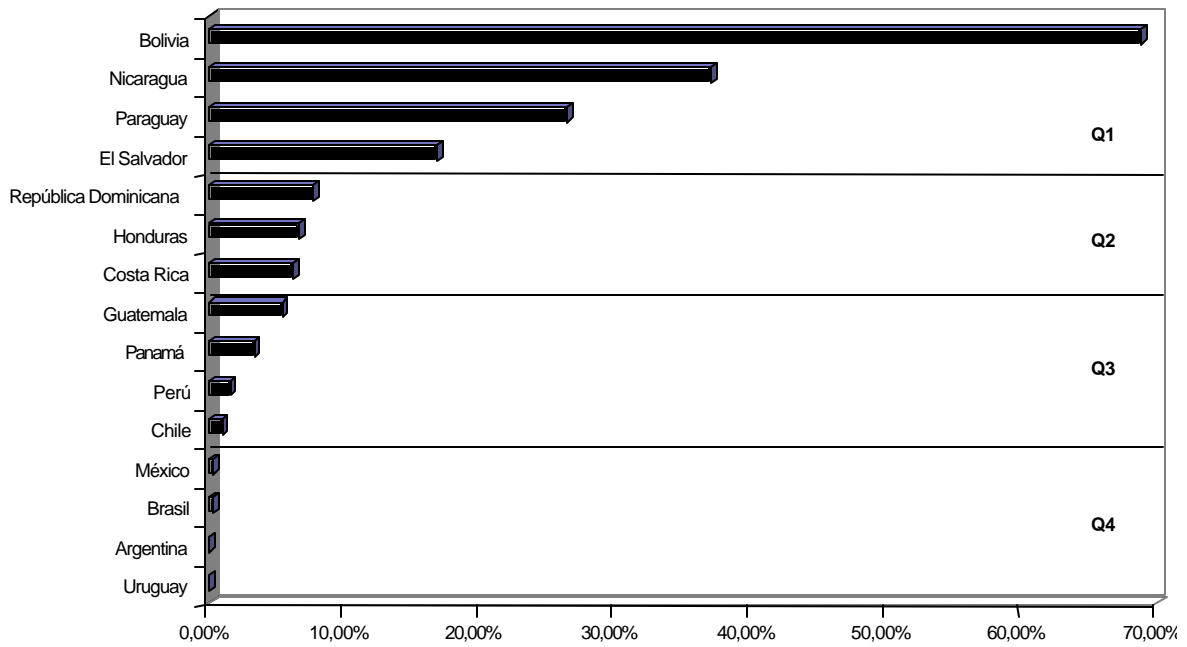


Ilustración 16
Gasto en Actividades de Salud Pública y Prevención como porcentaje del Gasto Nacional en VIH/SIDA, en países seleccionados de América Latina y el Caribe

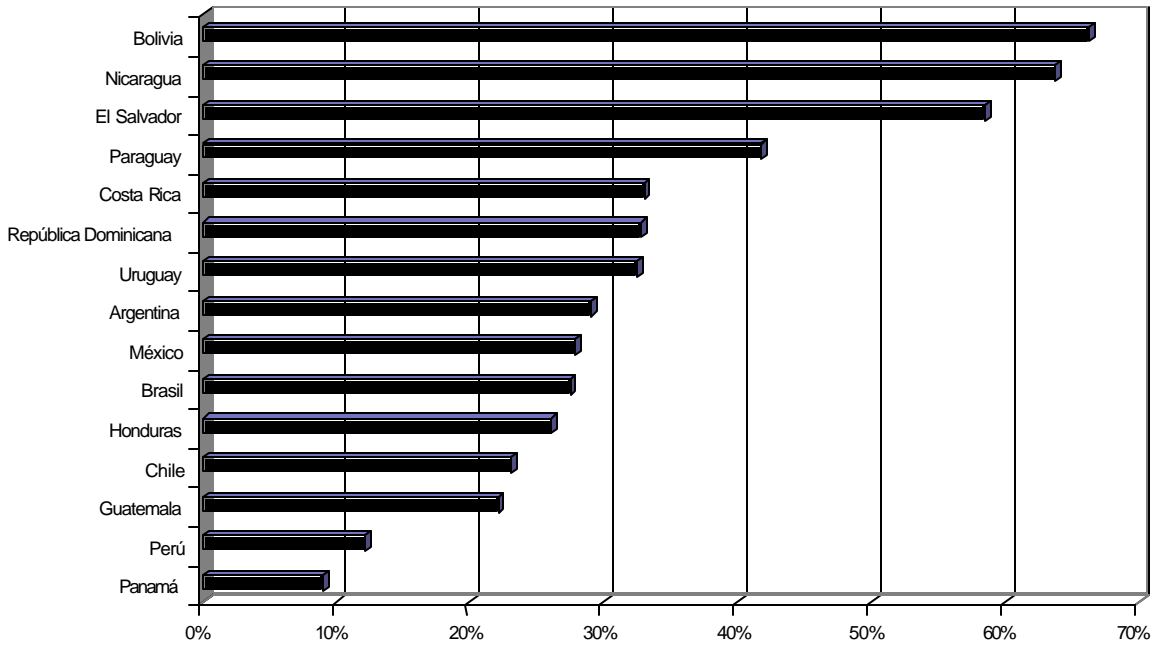


Ilustración 17
Composición del Gasto Preventivo en respuesta al VIH/SIDA
en países seleccionados de América Latina y el Caribe

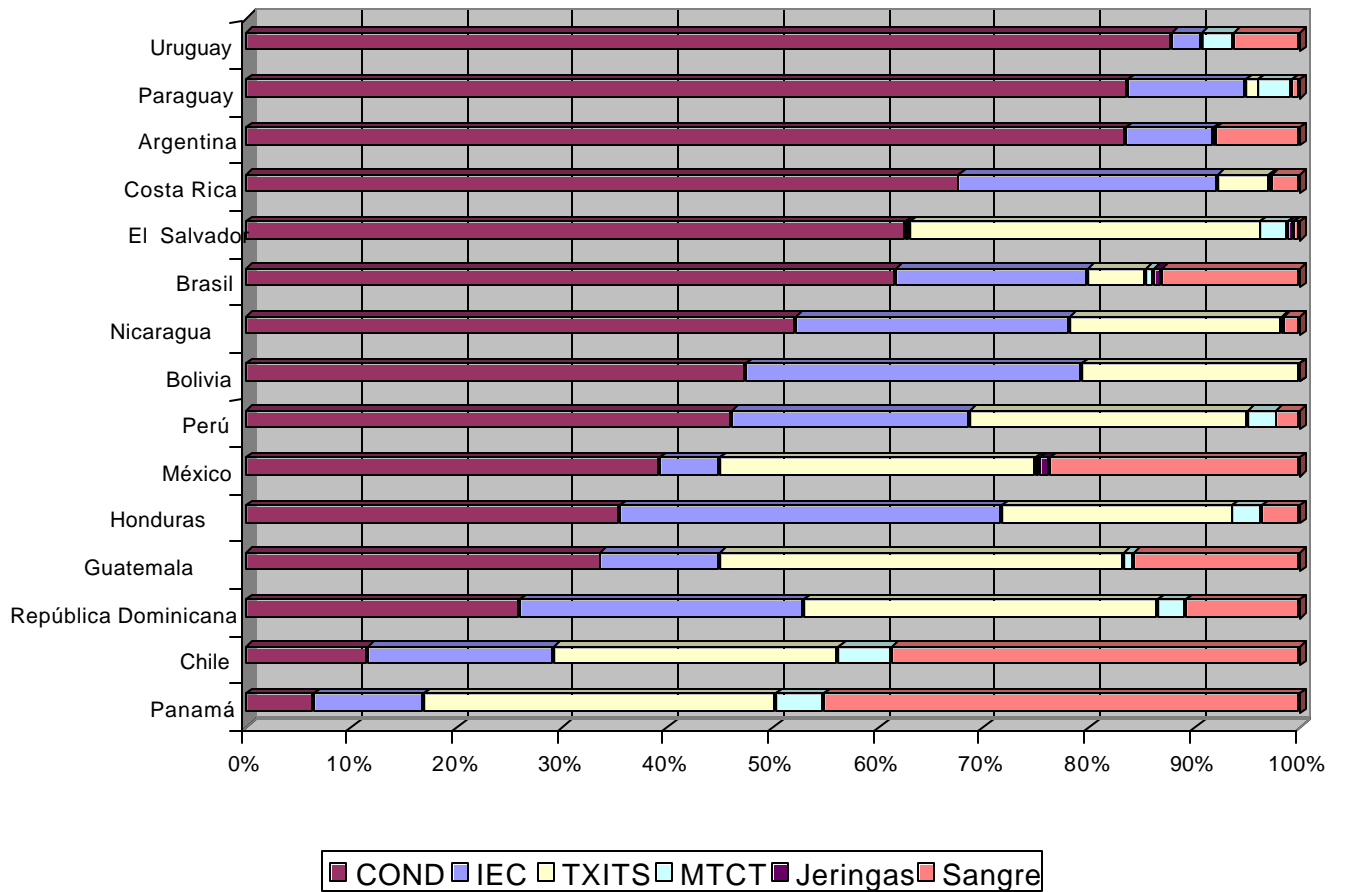


Ilustración 18
Gastos en salud pública (vigilancia epidemiológica e IEC) por mil habitantes,
en países seleccionados de América Latina y el Caribe (en dólares internacionales)

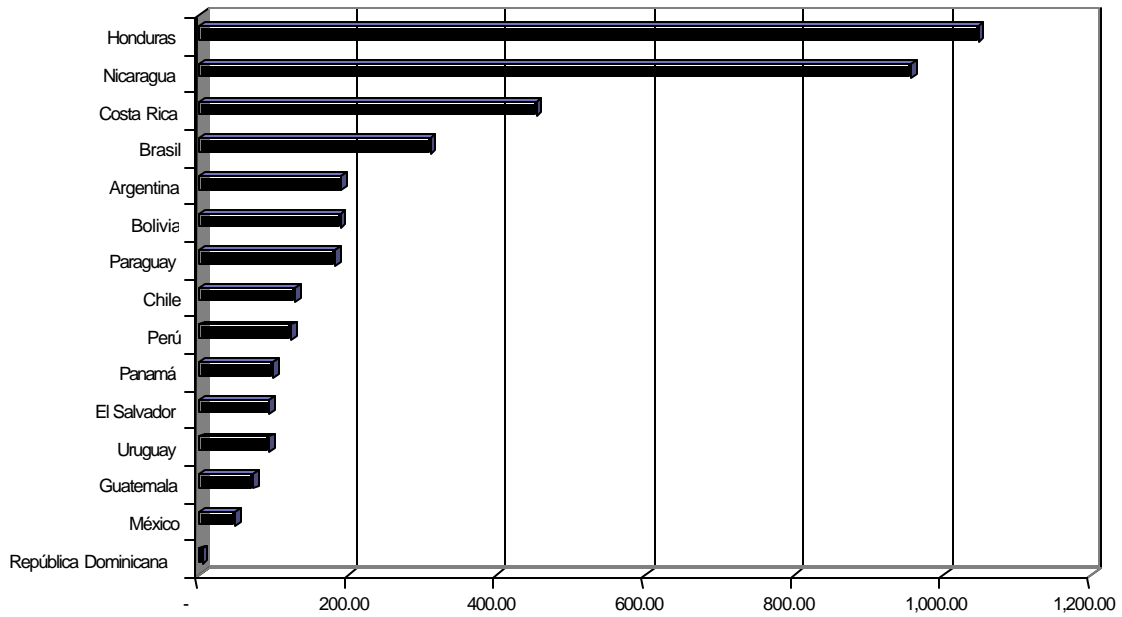


Ilustración 19
Gasto en condones por persona de 15 a 49 años
en países seleccionados de América Latina y el Caribe (en dólares internacionales)

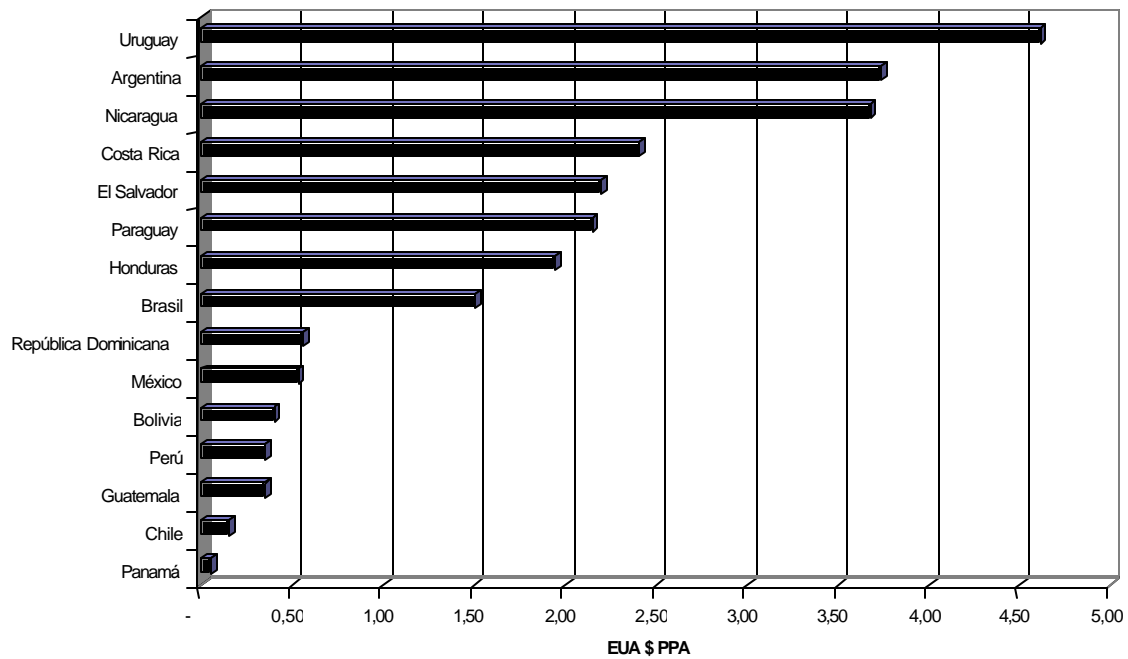


Ilustración 20
Gasto en tamizaje en bancos de sangre por mil habitantes,
en países seleccionados de América Latina y el Caribe (en dólares internacionales)

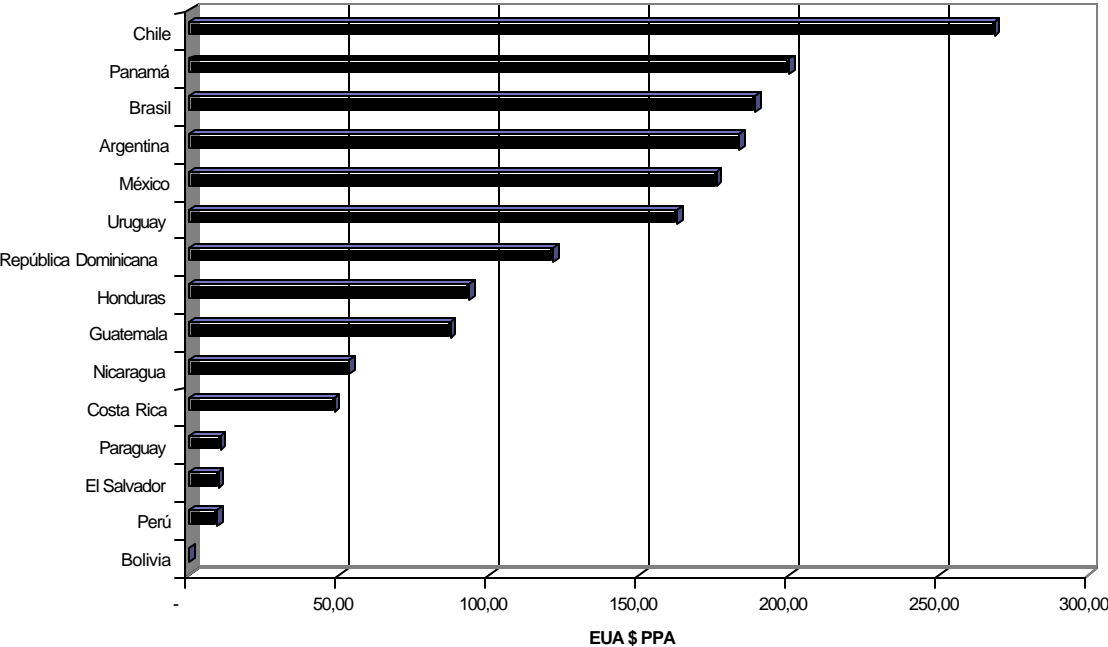


Ilustración 21
Gasto en prevención de la transmisión vertical por diez mil embarazos esperados,
en países seleccionados de América Latina y el Caribe (en dólares internacionales)

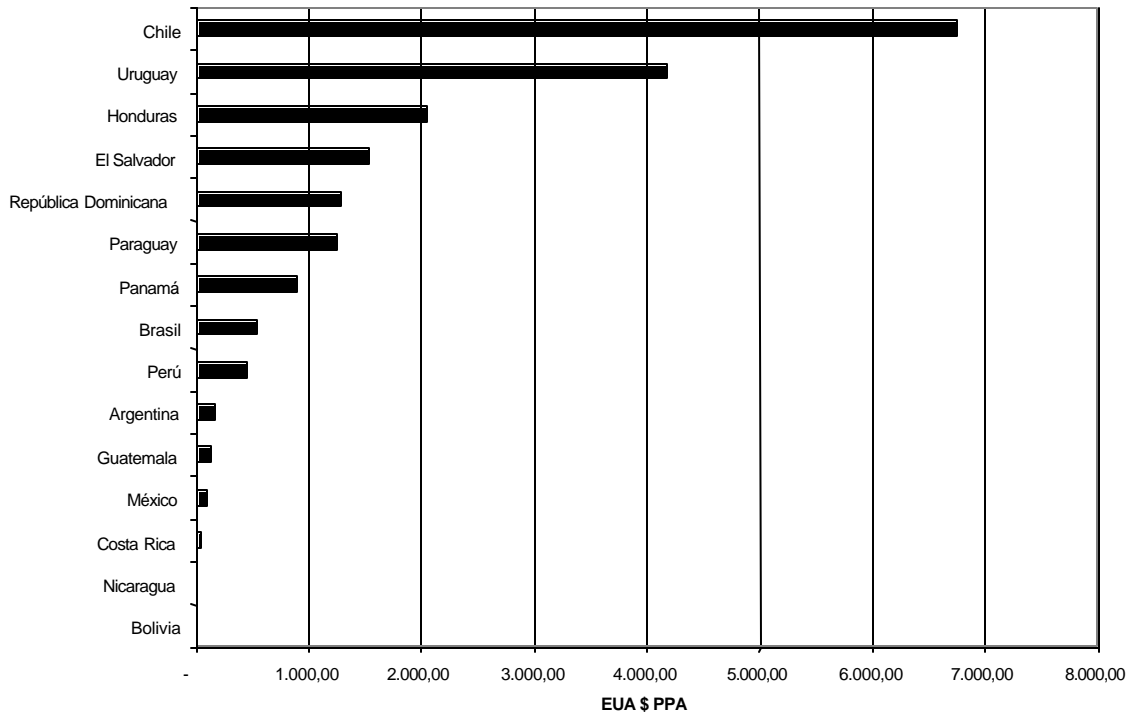


Ilustración 22
Gasto en atención de salud (tratamiento, servicios auxiliares y medicamentos)
por persona viviendo con SIDA (en dólares internacionales)

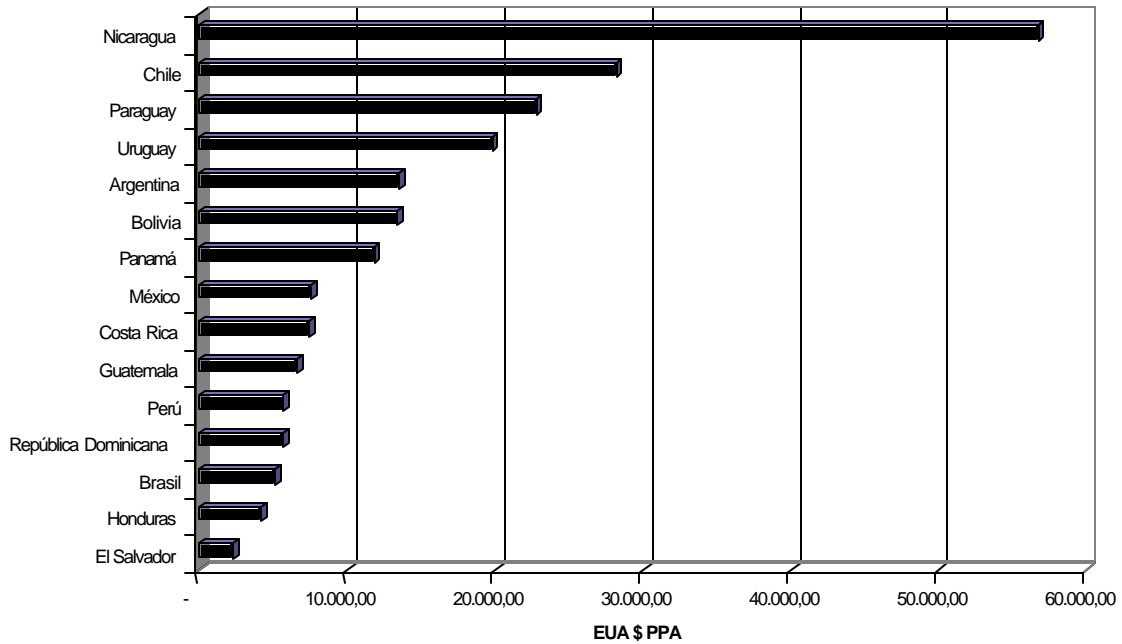


Ilustración 23
Gasto en Hospitalización como porcentaje del Gasto en Atención
en países seleccionados de América Latina y el Caribe

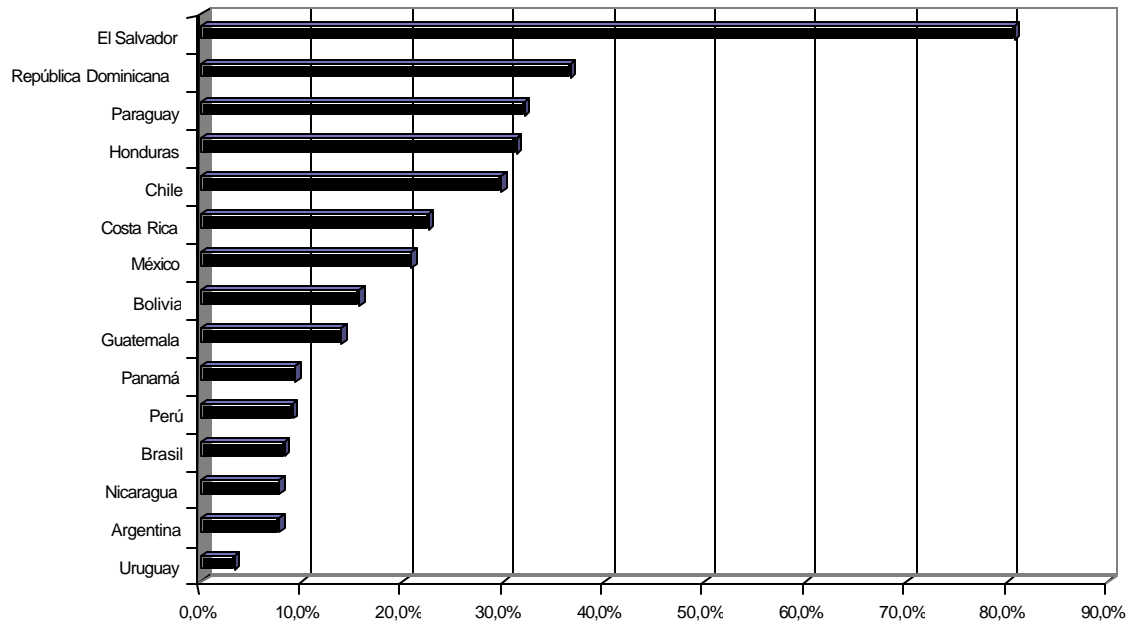


Ilustración 24
Gasto en Antirretrovirales como porcentaje del Gasto Nacional en SIDA,
en países seleccionados de América Latina y el Caribe

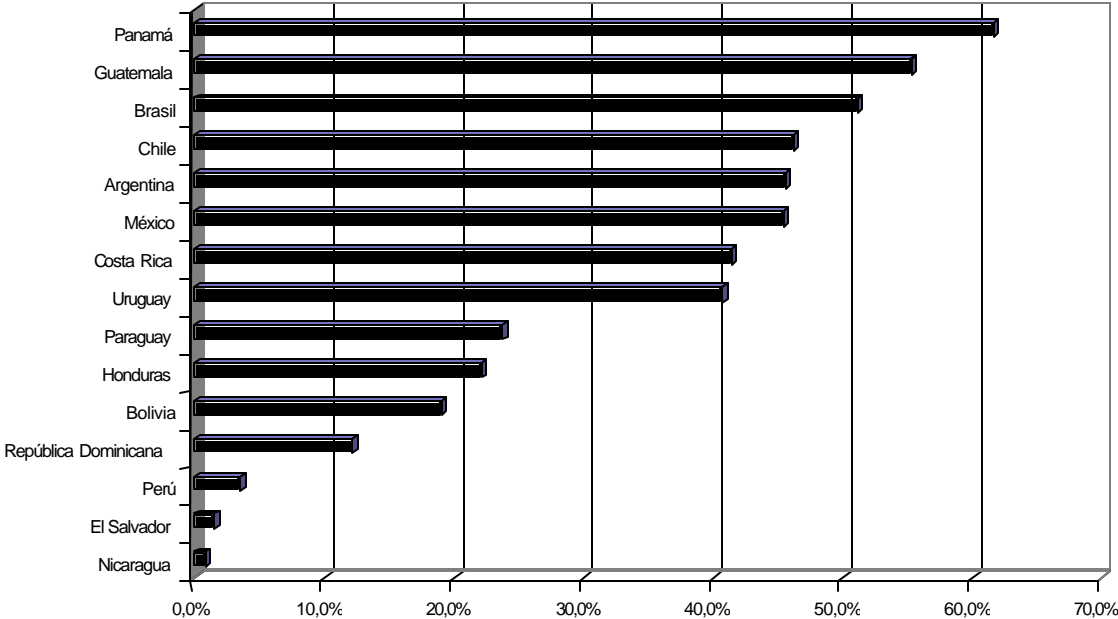
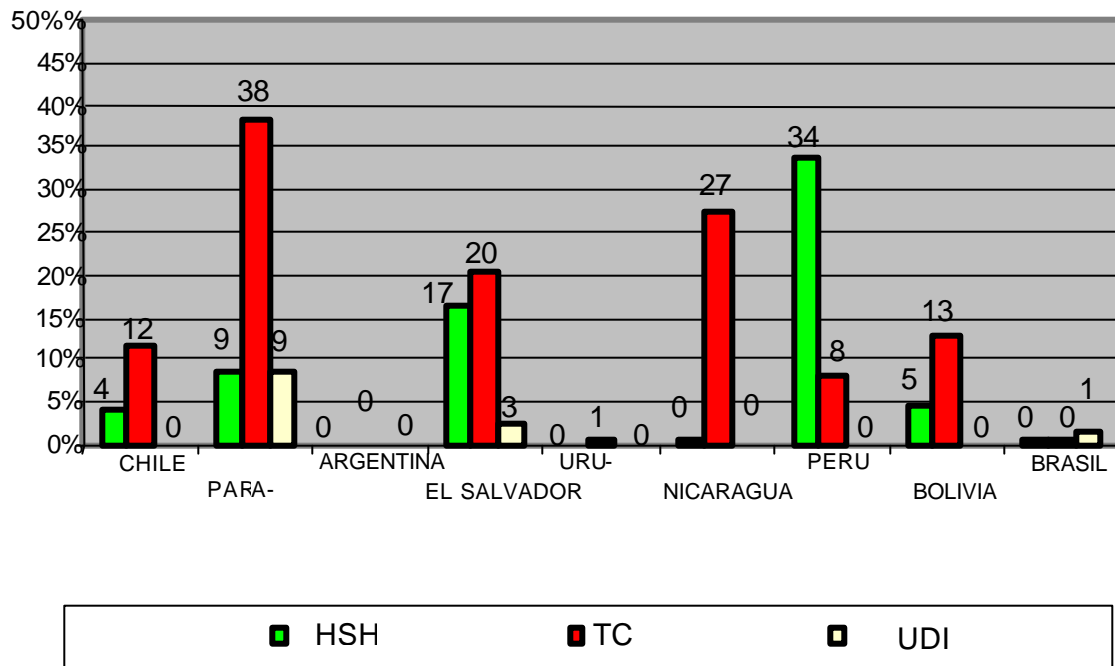


Ilustración 25
Proporción del gasto preventivo dirigido específica y explícitamente a grupos vulnerables y en mayor riesgo al VIH como Porcentaje del Gasto Total en Prevención en países seleccionados de Latinoamérica y el Caribe (2000).



HSH - Hombres que tienen Sexo con otros Hombres
TCS - Trabajadoras Comerciales del Sexo
UDI - Usuarios de Drogas Inyectables