

**PRIORIDADES RELEGADAS:
EL PRESUPUESTO PARA PREVENIR, ATENDER
Y DETENER EL VIH/SIDA**

Helena Hofbauer y Gabriel Lara



Esta publicación se realizó en el marco de un proyecto regional de seguimiento al presupuesto público para el combate al VIH/SIDA en 5 países de América Latina y 4 de África, del cual se desprende el libro VIH/SIDA y Derechos Humanos: El presupuesto público para la epidemia en Argentina, Chile, Ecuador, México y Nicaragua. Parte de la información contenida en este folleto se basa en el capítulo de México del libro mencionado. El proyecto y las publicaciones fueron financiadas generosamente por la Agencia Sueca de Desarrollo Internacional.

Autores: Helena Hofbauer y Gabriel Lara.

Diseño e impresión: Mono Comunicación S.A. de C.V.

© 2004. Fundar, Centro de Análisis e Investigación
Popotla 96-5, Tizapán San-Angel, México D.F.
www.fundar.org.mx

Impreso en México

PRIORIDADES RELEGADAS: EL PRESUPUESTO PARA PREVENIR, ATENDER Y DETENER EL VIH/SIDA

De acuerdo con el Registro Nacional de Casos de SIDA, el VIH/SIDA en México puede caracterizarse como una epidemia concentrada, correspondiéndole el 86.6 por ciento de los casos acumulados a la transmisión sexual. De este total, el 62 por ciento corresponde a los hombres que tienen sexo con hombres (HSH). Sin embargo, la transmisión heterosexual ha aumentado considerablemente a lo largo de los últimos años, alcanzando el 38 por ciento. A pesar de que la vía sexual es el mecanismo de transmisión predominante en el país, la respuesta del gobierno en términos de política y de programación presupuestaria deja del lado este factor. Es fundamental redoblar esfuerzos en materia de prevención, si queremos detener el avance de la enfermedad.

Y hay recursos para hacerlo.

La respuesta del gobierno mexicano al VIH/SIDA

Para enfrentar la epidemia del VIH/SIDA de forma institucional se creó en 1986 el Comité Nacional de Prevención de SIDA. Dos años después, este Comité se convirtió en el Consejo Nacional para la Prevención y Control del SIDA (CONASIDA).

La mayoría de las actividades del CONASIDA se llevaron a cabo con financiamiento internacional, principalmente del Programa Global del SIDA de la OMS. En 1991, el CONASIDA empezó a contar con recursos federales, como parte de la SSA.¹ Como tal, las personas que viven con VIH/SIDA y forman parte de la población abierta son atendidas en hospitales de segundo y tercer nivel de la SSA, o bien en centros de atención del CONASIDA, por médicos particulares o por unidades de atención médica creadas por organizaciones de la sociedad civil (OSC).

Para el sexenio de 1994-2000, se puso en operación el Programa Nacional de Prevención y Control del VIH/SIDA, en el que CONASIDA consolidó su función normativa, de asesoría y coordinación, por lo que su estructura se modificó para cumplir con sus nuevas funciones. Parte del cambio implicó un proceso de descentralización hacia los estados, creando estrategias para fortalecer sus programas y acciones. Hoy, todas las entidades federativas cuentan con programas y presupuestos específicos para VIH/SIDA.

A partir del ejercicio presupuestal de 2002 el CONASIDA se transforma en el Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA (CENSIDA), como un órgano desconcentrado de la Secretaría de Salud.

El Programa de Acción: una propuesta integral, en el papel.

Para la presente administración federal (2000-2006) se formuló el Programa de Acción para el VIH/SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual (PAVIH). En esencia, debería ser puesto en operación y normar las actividades de todas las instituciones públicas que proporcionan servicios de salud -tanto para población abierta como para derechohabientes. El programa delinea tres grandes componentes: la prevención, la atención y la mitigación del daño. Cada componente contempla metas específicas que tienen el objetivo de detener la epidemia del VIH/SIDA en el año 2015, al menos en México.

¹ Jorge A. Saavedra y Carlos Magis, *Costos y Gastos en Atención Médica del SIDA en México*, Serie Ángulos del SIDA No 1. CONASIDA, México, 1998.

Tabla 1: Resumen del Programa de Acción: componentes y metas Componentes

Componentes	Metas	
	Resultado	Impacto
Prevención sexual	Garantizar el desarrollo de estrategias preventivas específicas para las poblaciones con prácticas de riesgo y mayor vulnerabilidad para la adquisición del VIH/SIDA e ITS; mujeres, jóvenes, hombres que tienen sexo con hombres, indígenas, poblaciones móviles trabajadoras y trabajadores sexuales, usuarios de drogas inyectables y personas privadas de la libertad	Reducir 15% la prevalencia del VIH/SIDA e ITS con especial atención en las y los jóvenes
	Incrementar el uso correcto del condón en poblaciones con prácticas de riesgo y mayor vulnerabilidad	
Prevención perinatal	Incorporar los principios de prevención del VIH/SIDA e ITS perinatal, de acuerdo a la norma, en el 100% de las instituciones del Sector Salud	Reducir en un 75% los casos de transmisión perinatal del VIH
		Eliminar la sífilis en mujeres embarazadas
Prevención sanguínea	Garantizar que el 100% de los órganos, tejidos y células hematopoyéticas para trasplantes, se apeguen a las normas de tamizaje de sangre y hemoderivados	Eliminar los casos de infección por el VIH, hepatitis B y C, secundarios a transfusiones sanguíneas y trasplantes
	Lograr que el 100% de las unidades del Sector Salud cuenten con información, capacitación, equipo e insumos necesarios par la prevención del VIH, hepatitis B y C por exposición ocupacional	
	Garantizar que el 100% de las instituciones gubernamentales que trabajan con usuarios de drogas inyectables, incorporen la “reducción de riesgo” como eje central en la prevención de la transmisión del VIH	
Atención	Contar con servicios de calidad para la consejería, detección y tratamiento de las ITS en todas las entidades federativas	Reducir 25% la mortalidad por SIDA en población de 25 a 44 años de edad
	Asegurar que el 100% de las personas y comunidades afectadas por el VIH/SIDA e ITS tengan acceso a servicios de atención integral de la salud con calidad	
	Ampliar la cobertura del tratamiento de antirretrovirales a toda la población que lo requiere	
Mitigación del daño	Lograr que al 100% de las personas y comunidades afectadas por el VIH/SIDA se les ofrezcan servicios de apoyo	Disminuir el estigma y la discriminación asociados con comportamientos de riesgo, género, sexualidad, uso de drogas, el VIH/SIDA e ITS

Fuente: Secretaría de Salud, Programa de Acción: VIH/SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual, p.36.

Para el cumplimiento de los componentes y las metas del PAVIH se propone que la Secretaría de Salud, a través del CENSIDA, sea la entidad rectora que formule y difunda las políticas y estrategias respecto a la epidemia en el país, además de coordinar y promover las acciones entre los actores que participan en el plan. A nivel estatal, cada entidad es responsable del desarrollo e implementación de las estrategias más adecuadas para cada región. Para este fin, los consejos estatales (COESIDAS) son los encargados de llevar a cabo las acciones encaminadas a la prevención y control de la epidemia y, a su vez, de operar el programa estatal para el VIH/SIDA.

Vale la pena resaltar que a pesar de proponer metas y acciones, el Programa de Acción no tiene carácter obligatorio para los Gobiernos Estatales y las diversas Secretarías Federales que se consideran como instancias colaboradoras; el Programa simplemente es una guía normativa con un tiempo definido para operar. Tampoco estipula de forma clara la participación integrada de los institutos de Seguridad Social, en cuanto a la atención de la salud, y de otras secretarías, tales como la del Trabajo, de Educación Pública y de Desarrollo Social, en aspectos de difusión, sensibilización y educación.

El instrumento legal que de alguna forma regula la prevención y control del VIH/SIDA es la Norma Oficial Mexicana (NOM) para la Prevención y Control de la Infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana, publicada en 1995 y modificada en 2000. La NOM es de "observancia obligatoria en todo el territorio nacional y para todo el personal que labore en unidades de servicios de salud de los sectores público, social y privado del Sistema Nacional de Salud". Su cumplimiento implica acciones que claramente conllevan obligaciones presupuestarias:

- Criterios para considerar cuándo una persona está infectada por el VIH;
- Atención y tratamiento, particularmente en lo que se refiere al momento indicado para iniciar terapias antirretrovirales (ARV);
- El esquema de tratamiento debe estar de acuerdo con los lineamientos establecidos en la "Guía para la Atención Médica de pacientes con infección por VIH/SIDA en Consulta Externa y Hospitales" editada por CENSIDA. Los ARV están incluidos en el Cuadro Básico y Catálogo de Medicamentos del Sector Salud, lo que significa que en esencia deben estar disponibles para su distribución en todo el sistema.

El VIH/SIDA en el presupuesto

Primer acto: la opacidad

El CENSIDA es la instancia responsable de coordinar el Programa de Acción en materia de VIH/SIDA. Si bien la estrategia diseñada es comprensiva y multidimensional, abarcando aspectos que pertenecen al ámbito de distintas secretarías de estado, la lucha contra el VIH/SIDA se concentra en el sistema de salud. Es decir, a pesar de que en el consejo del CONASIDA están involucrados representantes de la Secretaría de Trabajo, de Educación y de Desarrollo Social, entre otras instancias, su aporte al Programa de Acción no es identificable en sus programas y presupuestos sectoriales.

Llama aún más la atención que en los distintos organismos de salud encargados de combatir el VIH/SIDA no es posible identificar los recursos destinados por parte de cada institución para cumplir con el Programa de Acción. Tratar de calcular los recursos que el sistema de salud público le destina a la prevención, la atención y el control de VIH/SIDA por medio de la información presupuestaria resulta complejo. La falta de identificación de recursos destinados a la epidemia es uno de los factores decisivos al respecto.

Haciendo uso de la Ley de Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública, se buscó obtener información presupuestaria de los recursos asignados al VIH/SIDA por parte de las instituciones públicas de salud. Además se integró información con base en la Cuenta de la Hacienda Pública, el Presupuesto de Egresos de la Federación, el estudio de cuentas nacionales realizado por SIDALAC² y los reportes financieros que el Instituto Mexicano de Seguridad Social (IMSS) ha presentado al Congreso. El mosaico de recursos resultante se detalla a continuación.

Tabla 2: Gasto en VIH/SIDA de las instituciones públicas de salud
(Pesos de 2001)

	1999	2000	2001	2002	2003
Población Abierta					
CENSIDA (Federal) /1	86,992,688	47,003,609	76,082,221	204,165,553	386,451,138
Programas Estatales /2	55,860,604	79,657,819	186,128,619	244,964,389	Nd
Seguridad Social					
IMSS /3	Nd	Nd	680,744,000	1,098,510,749	Nd
ISSSTE /4	72,487,853	64,528,263	108,299,654	111,361,647	123,728,927

Fuentes:

/1 Cuenta de la Hacienda Pública Federal 1999 a 2002 y Presupuesto de Egresos de la Federación 2003.

/2 Sistema de información de respuestas nacionales contra el SIDA "Flujos de financiamiento y gastos en VIH/SIDA" FUNSALUD-CENSIDA. Datos obtenidos en respuesta a petición de información formulada al CENSIDA.

/3 Informe al Ejecutivo Federal y al Congreso de la Unión sobre la Situación Financiera y los Riesgos del IMSS, 2002 y 2003.

/4 Respuesta a petición de información formulada al Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE).

² José A. Izazola, 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, Funsalud, México, 2002.*

De la información contenida en la tabla 2 se desprenden claramente tendencias positivas e incrementales de gasto, así como varias interrogantes. En primer lugar, las cifras proporcionadas por CENSIDA respecto a los montos ejercidos por los programas estatales son, por mucho, superiores a lo que se podría esperar. El grueso del aumento de recursos para el programa a nivel nacional a lo largo de los últimos años se debe a la adquisición de tratamientos antirretrovirales. Sin embargo, los fondos para este rubro se concentran, principalmente, en el programa federal. Por consiguiente, el fuerte incremento de recursos para programas estatales sería una agradable sorpresa que es necesario corroborar.

En una reunión sostenida con organizaciones civiles en torno al desvío de 30 millones de pesos al Comité Nacional Pro-Vida³, el Secretario de Salud indicó que en 2002 fueron ejercidos 53.5 millones por parte de programas estatales, correspondiéndoles 161 millones al año siguiente. El dato para 2002 es considerablemente menor al indicado en la respuesta a la petición de información que se formuló al CENSIDA.

Con respecto a los recursos que el IMSS le destina a la epidemia, vale la pena mencionar que, ante la petición expresa de información relativa a este gasto, la respuesta fue que no existía en su presupuesto desagregación de lo que ese instituto de seguridad social destina al tratamiento de enfermedades, incluida entre ellas el VIH/SIDA. En este segundo caso, la ausencia de información que identifique el gasto para VIH/SIDA es, ante todo, alarmante -por el papel central que el instituto desempeña en la provisión de servicios de salud. Resulta incomprensible que el IMSS no proporcione a la ciudadanía información de su gasto para VIH/SIDA a pesar de que ante el Congreso ha presentado reportes en donde se hacen estimaciones del costo de atender y medicar a las PVVIH.

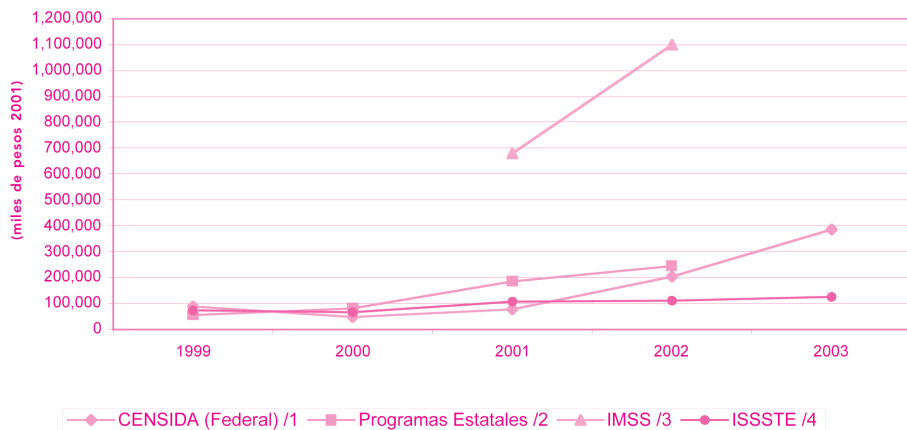
Evidentemente, parece haber poca claridad en algunos aspectos centrales del gasto subnacional y de instituciones de seguridad social o, en todo caso, con respecto a la información que se proporciona a la ciudadanía. Lo que queda de manifiesto es la existencia de un problema de acceso y/o integración de la información relativa al presupuesto asignado al combate del VIH/SIDA.

Segundo acto: la desigualdad

Otro aspecto que se desprende del mosaico de recursos ilustrado en la tabla 2 es la distribución de recursos entre población abierta y población derechohabiente. Las cifras reflejan la fragmentación en la lucha contra el VIH/SIDA y permiten inferir algunas de las desigualdades subyacentes. Para 2001 y 2002 (años para los que se dispone de mayor información) se aprecia que la seguridad social tiene tres veces más recursos para la atención de las personas que viven con VIH/SIDA, que los sistemas de salud para población abierta (gráfica 1). Cabe mencionar que para esta gráfica se tomaron los datos del gasto estatal proporcionados por CENSIDA-que para el caso del 2002 equivalen a 4.5 veces lo señalado por el Secretario Frenk.

Gráfica 1: Tendencias del gasto por institución

(Miles de Pesos 2001)



Fuente: Datos presentados en la tabla 2.

En este contexto es importante resaltar que de las 28,068 personas con SIDA que se tenían registradas en agosto del 2003, 10,052 son atendidas por la Secretaría de Salud (es decir, un 36 por ciento).⁴ Siendo que el 36 por ciento de las personas que viven con SIDA forman parte de la población abierta, puede deducirse que los rezagos históricos del sistema también afectan sus necesidades con respecto a los tratamientos de las enfermedades ocasionadas por el SIDA, que son altamente especializados. Es difícil suponer que es posible atender, de manera universal y satisfactoria, a quienes viven en condiciones de marginación tanto en las zonas urbanas como en las rurales de los estados más pobres.

Para el caso de las personas sin seguridad social, el tratamiento con ARV se encuentra supeditado a que el paciente lo solicite, para que después de los exámenes médicos correspondientes se le suministre. Si bien el esfuerzo de CENSIDA por dotar de suficientes terapias es un gran paso en la lucha contra el VIH/SIDA, la falta de capacidad instalada en los estados más marginados puede convertirse en un problema serio para la prevención y el tratamiento de la epidemia.

Tercer acto: la desproporción

Si se analiza la tendencia de los recursos destinados al VIH/SIDA, destaca un incremento sostenido, particularmente a partir del 2001. Este aumento se desprende, ante todo, de la presión y las negociaciones realizadas para dotar de ARV a quienes los necesitan. En apego a los lineamientos y principios establecidos a nivel internacional con respecto al derecho a la salud, es obligación del gobierno proveer con ARV a todas aquellas personas que lo requieran, con el objetivo de

⁴ Notiese, "Suben a 68 mil los casos de SIDA por subregistro", *Suplemento Letra S* en la Jornada, 7 de agosto de 2003

garantizar su derecho a una vida digna, y al máximo nivel alcanzable de salud. Sin embargo, parece no haber suficientes ocasiones para hacer énfasis en que los recursos que se están invirtiendo en la prevención del VIH siguen siendo insuficientes.

México se caracteriza por una epidemia de SIDA concentrada en un subgrupo de la población, que son los hombres que tienen sexo con hombres (HSH). De acuerdo con el Registro Nacional de Casos de SIDA, la prevalencia entre HSH es del 15 por ciento, y de 12.2 por ciento entre hombres trabajadores del sexo comercial. La transmisión sexual sigue siendo la principal causa del VIH, correspondiéndole el 86.6 por ciento de los casos acumulados. De este total, el 62 por ciento le corresponde a los HSH. Sin embargo, la transmisión heterosexual ha aumentado considerablemente a lo largo de los últimos años, correspondiéndole el 38 por ciento. Estos datos apuntan a que la prevención de la transmisión del VIH, particularmente por la vía sexual, debería ser prioritaria para el gobierno en todos sus niveles.

De acuerdo a cifras proporcionadas por CENSIDA, de 1999 a 2002 los gobiernos estatales han incrementado el gasto tanto en ARV como en condones. Sin embargo, la proporción del incremento en ambas áreas es significativamente desigual: para ARV, el gasto en 2002 representó 43 veces lo destinado en 1999; mientras que para condones, en 2002 únicamente significó 4.6 veces más de lo que se había gastado en 1999 (tabla 3).

Tabla 3: Gasto en diversas funciones a través de los Gobiernos Estatales
(Pesos de 2001)

	1999	2000	2001	2002
Tratamiento	11,119,970.8	12,936,414.1	15,539,507.4	16,605,753.1
Pruebas y monitoreo	4,283,329.7	4,397,028.8	17,824,736.1	18,165,752.4
ARV y medicamentos	3,423,677.4	14,988,901.1	94,739,727.3	150,250,189.6
Condomes	4,268,164.5	8,325,272.7	19,308,140.4	19,614,852.4

Fuente: Elaboración propia con datos de respuesta de petición de información a CENSIDA.

CENSIDA estima que la población joven de 15 a 24 años tiene 300 millones de relaciones sexuales al año, siendo que en el mismo periodo sólo se distribuyen 85 millones de condones (55 millones el sector público y 30 millones el sector privado). De este número se calcula que sólo el 10 por ciento se usa para prevenir infecciones de transmisión sexual y VIH⁵. Esta perspectiva, sumada a los escasos recursos para prevención, evidencia que se está lejos de ofrecer suficientes condones a la población.

Vale la pena hacer énfasis en un aspecto adicional. Para que la política de prevención sea más efectiva no sólo hace falta inyectarle recursos adicionales, sino que

⁵ Cifras incluidas en la presentación “¿Cómo hablar de sexualidad?”, del Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA, proporcionada en entrevista con Guillermo Egremy, director de Prevención y Participación Social de CENSIDA, en abril 2004.

es imprescindible focalizar los esfuerzos en los grupos más vulnerables. Un estudio del Banco Mundial apunta que, tanto desde la perspectiva epidemiológica como de la economía del sector público, los gobiernos deben priorizar la prevención del VIH entre los subgrupos de la población que estén más expuestos a la epidemia. Por un lado, quienes incurren en comportamientos riesgosos tienen mayores probabilidades de generar infecciones secundarias; por el otro lado, quienes siguen comportamientos de bajo riesgo tendrán pocas probabilidades de propagar la epidemia, pero sí son vulnerables ante los comportamientos riesgosos de otras personas.⁶

José Antonio Izazola, Coordinador Ejecutivo de la Iniciativa Regional sobre SIDA para América Latina y el Caribe,⁷ hace hincapié en que los escasos recursos para prevención tienen que ser focalizados en los grupos más vulnerables, para evitar que la epidemia salga de control -pasando de una epidemia concentrada en HSH a una epidemia generalizada. Sus estudios de cuentas nacionales en VIH/SIDA ilustran que en México, tan sólo el 13 por ciento del gasto en prevención está dirigido a poblaciones en riesgo, calculando que del gasto en condones tan sólo el 10 por ciento está dirigido a hombres que tienen sexo con hombres.⁸

Acto final: La priorización de recursos hacia VIH

El gobierno mexicano ha tomado pasos decisivos para ofrecer un tratamiento cada vez más integral a las personas que viven con VIH/SIDA. Esto no sólo implica la existencia de medicamentos, sino la aplicación de pruebas semestrales de medición de linfocitos CD4 y de carga viral⁹, además de pruebas de genotipo y fenotipo-que aún no forman parte del protocolo oficial. Se sabe que “la prescripción inadecuada de [ARV] puede resultar muy perjudicial no sólo para el paciente, sino también para toda la comunidad afectada debido a la emergencia de resistencias que complicarán cada vez más el manejo de la enfermedad”.¹⁰ Una adecuada atención también incluye el tratamiento de los padecimientos asociados a los ARV y a la misma enfermedad, la hospitalización, y la consejería psicológica.

Si bien los esfuerzos del sector salud tienen que ser reconocidos y celebrados, uno de los retos estriba en que el tratamiento integral a las personas que viven con VIH/SIDA se pueda sostener. En el 2002, el costo del tratamiento anual por paciente¹¹ fue de 51 mil pesos, sin contar con otros gastos como hospitalización,

⁶ Banco Mundial, *Hacer frente al SIDA: Prioridades de la acción pública ante una epidemia mundial*, Organización Panamericana de la Salud, 1998, p. 167.

⁷ A. Brito, “La decisión del gasto en prevención, discriminatoria” entrevista con José Antonio Izazola, *Suplemento Letra S en La Jornada*, 6 de noviembre de 2003, p.9.

⁸ José A. Izazola, Ed., *op. cit.*, pp. 9 y 26.

⁹ CONASIDA, *Guía para la atención médica de pacientes con infección por VIH/SIDA en consulta externa y hospitales*, Patricia Uribe y Samuel Ponce de León responsables del proyecto, cuarta edición, CONASIDA, México, 2000, p. 52.

¹⁰ CENSIDA, *Guía de manejo antirretroviral de las personas que viven con VIH/SIDA*, SSA, México, 2003, p.1.

¹¹ Secretaría de Salud, *Boletín Los programas de prevención y promoción de la salud en acción...VIH/SIDA e ITS. Avances 2001-2002*, SSA, México, 2003.

pruebas, etc. Si comparamos esta cifra con el gasto corriente anual en cuidados médicos y conservación de la salud en que incurrieron los hogares mexicanos, de 3,612 pesos¹², queda claro que el Estado tiene que seguir asumiendo este gasto. Sin embargo, es evidente que si no se redoblan los esfuerzos en prevención, particularmente en cuanto a la transmisión sexual de la epidemia, enfocando particularmente a los grupos de más alto riesgo, México se aproximará irremediablemente a un punto en el cual no haya recursos suficientes para dar tratamiento y medicamentos a las personas que viven con SIDA. No se puede pretender seguir aumentando indefinidamente los recursos necesarios para cubrir la demanda de ARV, sin llevar a cabo esfuerzos serios para contener la epidemia.

Una publicación reciente de ONUSIDA¹³, que calcula la inversión financiera total necesaria para hacer frente a la epidemia, estima que aproximadamente el 50 por ciento de los recursos que se le tienen que destinar a nivel mundial tienen que estar dirigidos a actividades de prevención. Independientemente de que a América Latina tan sólo le corresponda el 17 por ciento de los casi 20 mil millones de dólares que se calculan serían necesarios para el 2007, la proporción indica que los esfuerzos en prevención tienen que retomarse con mayor contundencia.

La tabla 4 agrupa en cuatro grandes categorías el gasto que le ha correspondido a CENSIDA desde el 2002, incluyendo la propuesta de presupuesto 2005 que está siendo discutida por la Cámara de Diputados. Para el caso de los primeros dos años (2002 y 2003) incluye tanto lo aprobado como el gasto ejercido. Salta a la vista que la prevención es, por mucho, el componente más castigado en el gasto federal. Le corresponde el 7 y el 2.5 por ciento del total de los recursos ejercidos por CENSIDA en 2002 y 2003, respectivamente. En términos de la propuesta enviada a la Cámara de Diputados para 2005, este renglón permanece prácticamente inalterado en 2.67 por ciento del total.

Tabla 4: Gasto propuesto y ejercido para CENSIDA
(pesos corrientes)

Categorías	2002		2003		2004	2005
	Aprobado	Ejercido	Aprobado	Ejercido	Aprobado	Proyecto
Prevención	11,062,637	15,109,000	9,914,456	10,379,084	9,731,337	9,626,487
Tratamiento con ARV	39,098,047	163,269,800	372,435,237	369,442,910	300,350,000	309,315,818
Costos administrativos y capacitación del personal	14,273,521	24,463,300	16,603,136	14,071,270	19,990,554	15,817,610
Promoción y/o provisión de atención	6,038,611	11,123,400	21,032,993	18,249,311	21,529,154	25,521,073
TOTAL	70,472,816	213,965,500	419,985,822	412,142,575	351,601,045	360,280,988

Fuente: Elaboración propia con datos de la Cuenta Pública 2002 y 2003, PEF 2004 y Proyecto del PEF 2005.

¹² INEGI, *Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares*, 2002.

¹³ UNAIDS, *Financing the Expanded Response to AIDS (Draft)*, Geneva, July 2004.

Si bien sabemos que estos recursos se ven incrementados por lo que los Estados destinan a la compra de condones, ya vimos que el volumen de preservativos se queda corto considerando tan sólo a los jóvenes entre 19 y 24 años. Para avanzar hacia las metas que el Programa de Acción en VIH/SIDA se fijó, y lograr contener una epidemia que también en México está avanzando, hace falta que año con año se destinen recursos adicionales a la labor de prevención del VIH por parte del gobierno.

Siguiendo los cálculos de ONUSIDA, la brecha entre los distintos componentes de programa para VIH/SIDA es tan grande y tan desproporcionada, que aumentar el gasto en prevención sería, en realidad, relativamente fácil. De hecho, año con año se puede ir incrementando los recursos disponibles para reforzar la prevención en grupos de alto riesgo, con el objetivo de detener el avance de la epidemia hacia un patrón generalizado.

Epílogo: ¿De dónde pueden salir los recursos que hacen falta?

Año con año, el presupuesto federal ejercido registra modificaciones importantes respecto a los montos que le fueron aprobados a distintas actividades y funciones gubernamentales por parte de la Cámara de Diputados. La manera en la que estos incrementos y disminuciones se distribuyen en el sector público responde, la mayoría de las veces, a criterios políticos del poder Ejecutivo, ya que son determinadas sin pasar por el Legislativo. Estas modificaciones ilustran que hay recursos adicionales para ser asignados a actividades prioritarias que, como la prevención del VIH/SIDA, tienen que atenderse ahora para evitar dimensiones catastróficas en el futuro.

La Cuenta Pública del 2002, por ejemplo, ilustró que la Secretaría de Hacienda y Crédito Público ejerció 47,000 millones adicionales de pesos, equivalentes a un aumento del 217 por ciento de su presupuesto original. Para el caso del 2003, es nuevamente Hacienda quien se sirvió recursos adicionales con la cuchara grande: esta vez le correspondieron 16,400 millones de pesos, de los cuales la mayor parte se destinó a Banobras (8,676 millones de pesos). SEDENA gastó casi 1,400 millones adicionales a su presupuesto aprobado, Relaciones Exteriores 1,128 millones y Gobernación 941 millones. Ante estos incrementos millonarios, ¿qué significaría reforzar las actividades de prevención en materia de VIH/SIDA?

En 2003, las actividades de prevención a nivel federal ascendieron a un costo de 10 millones de pesos. Elevar sus recursos a 100 millones de pesos habría significado restarle apenas un 0.6 por ciento a los recursos adicionales que se le dieron a Hacienda y un 1.15 por ciento de los recursos adicionales que se le dieron a Banobras. SEDENA, por su parte, hubiera podido duplicar el presupuesto federal de prevención del VIH/SIDA con sólo renunciar a 1 por ciento de sus recursos adicionales.

Nuevamente, se trata de un asunto de prioridades y compromisos, que traduzcan en acciones concretas las buenas intenciones y la integralidad del Programa de Acción desarrollado por la Secretaría de Salud. Como se puede apreciar, reforzar la prevención del SIDA para evitar una epidemia generalizada, que tarde o temprano afectaría a sectores amplios de la población, resulta muy posible. Los montos que hoy se le dedican a la prevención son tan reducidos que su incremento implica esfuerzos mínimos. Y sí es prioritario.

Bibliografía

Banco Mundial, *Hacer frente al SIDA: Prioridades de la acción pública ante una epidemia mundial*, Organización Panamericana de la Salud, 1998.

Brito, Alejandro "La decisión del gasto en prevención, discriminatoria" entrevista con José Antonio Izazola, *Suplemento Letra S* en La Jornada, 6 de noviembre de 2003.

CENSIDA, *Guía de manejo antirretroviral de las personas que viven con VIH/SIDA*, SSA, México, 2003.

INEGI, *Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares*, México, 2002.

Instituto Mexicano del Seguro Social, *Informe al Ejecutivo Federal y al Congreso de la Unión sobre la Situación Financiera y los Riesgos del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 2002 y 2003 en www.imss.gob.mx

Izazola, José A. 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*, Funsalud, México, 2002.

Notiese, "Suben a 68 mil los casos de SIDA por subregistro", *Suplemento Letra S* en la Jornada, 7 de agosto de 2003.

Saavedra, Jorge y Magis, Carlos, *Costos y gastos en atención médica del SIDA en México*, Serie Angulos del SIDA, CONASIDA, México, 1998.

Secretaría de Hacienda y Crédito Público, *Cuenta de la Hacienda Pública Federal 1999*, México, 2000.

Secretaría de Hacienda y Crédito Público, *Cuenta de la Hacienda Pública Federal 2000*, México, 2001.

Secretaría de Hacienda y Crédito Público, *Cuenta de la Hacienda Pública Federal 2001*, México, 2002.

Secretaría de Hacienda y Crédito Público, *Cuenta de la Hacienda Pública Federal 2002*, México, 2003.

Secretaría de Hacienda y Crédito Público, *Cuenta de la Hacienda Pública Federal 2003*, México, 2004.

Secretaría de Hacienda y Crédito Público, *Presupuesto de Egresos de la Federación 2003*, México, 2003.

Secretaría de Hacienda y Crédito Público, *Presupuesto de Egresos de la Federación 2004*, México, 2004.

Secretaría de Hacienda y Crédito Público, *Proyecto de Presupuesto de Egresos de la Federación 2005*, México, 2004.

Secretaría de Salud, *Programa de Acción: VIH/SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual (ITS)*, SSA, México, 2002.

Secretaría de Salud, *Los programas prevención y promoción de la salud en acción... VIH/SIDA e ITS. Avances 2001-2002*, SSA, México, 2003.

Secretaría de Salud, *Boletín Los programas de prevención y promoción de la salud en acción...VIH/SIDA e ITS. Avances 2001-2002*, SSA, México, 2003.

UNAIDS, *Financing the Expanded Response to AIDS (Draft)*, Geneva, July 2004.

Uribe, Patricia y Ponce de León, Samuel, *Guía para la atención médica de pacientes con infección por VIH/SIDA en consulta externa y hospitales*, cuarta edición, CONASIDA, México, 2000.