

SECRETARÍA DE SALUD
CENSIDA
ONUSIDA

MEDICIÓN DEL GASTO EN SIDA (MEGAS), México 2003 – 2005

María del Pilar Rivera Reyes
Jesús Román Miranda Abrego



INDICE

1. INTRODUCCIÓN	3
1.1 Antecedentes	
1.2 Justificación	
1.3 Objetivos	
2. MÉTODO	8
2.1 Enfoque MEGAS	
2.2 Metodología	
2.3 Procedimiento de análisis	
2.4 Alcances y limitaciones	
3. RESULTADOS	27
3.1 Situación epidemiológica del SIDA en México	
3.2 Análisis de resultados	
4. CONCLUSIONES	51
BIBLIOGRAFÍA	54
ANEXOS	

1. INTRODUCCIÓN

1.1 Antecedentes

En México, se han desarrollado diversos estudios para estimar los costos y gastos del VIH/SIDA. El primer estudio publicado en 1987, obtuvo el costo promedio de la atención por persona/año (\$12,660 USD), en el Instituto Nacional de la Nutrición (INNSZ). En 1998, a partir de estos resultados y de las proyecciones de la población infectada del CONASIDA, se estimaron los costos de los esquemas de atención, de operación, y un subsidio promedio de los costos de atención en el INNSZ.¹

En 1996, el Banco Mundial, la Comisión Europea y ONUSIDA auspiciaron la conferencia “AIDS and Development: The role of government”, en la que se presentaron estimaciones de los costos en prevención y tratamiento del VIH/SIDA para México.² Este estudio es considerado el primer antecedente directo de lo que hoy denominamos Medición del Gasto en Salud (MEGAS).

En 1998 fue publicado el trabajo “Costos y gastos de la atención médica del SIDA en México”, que calculó el gasto total ejercido en la atención de pacientes con VIH/SIDA, según lugar de atención: asistencia pública, seguridad social, y privados.³

Para 1999, a través de SIDALAC/FUNSALUD y con el financiamiento compartido con la Agencia para el Desarrollo de los Estados Unidos de América (USAID), se realiza un estudio que describe las necesidades para la atención de programas de prevención y atención de enfermedades de

¹ Magis Rodríguez, Carlos et. al. “El Gasto en Atención y Prevención del VIH/SIDA en México: Tendencias y Estimaciones 1997-2002”. Publicado en: INSP. Salud Pública de México. Volumen 47, no. 5, septiembre-octubre 2005, Pág. 362-363.

² *Ibíd.*

³ Magis Rodríguez, Carlos. Op. Cit.

transmisión sexual, incluyendo la infección por VIH/SIDA, en el nivel descentralizado en nueve entidades federativas de la República Mexicana.

La primera generación de herramientas para medir el gasto en SIDA, fue un sub-análisis de las Cuentas Nacionales de Salud (CNS). La segunda generación, fueron las estimaciones sobre el flujo de financiamiento y gasto en VIH/SIDA denominadas “Cuentas Nacionales en Salud en VIH/SIDA (CNSVIH/SIDA)”, que dan inicio en 1997-1998, bajo los auspicios de la “Iniciativa Regional sobre SIDA para América Latina y el Caribe (SIDALAC)”, y la “Fundación Mexicana para la salud”. En un primer momento se realizaron estimaciones para cuatro países: México, Brasil, Guatemala, y Uruguay; en 1999 fue lanzada la convocatoria para toda América Latina, en la cual participaron 17 países de la región, para realizar estimaciones de los años 1999 y 2000; y paulatinamente se han incorporado los demás países de la región, incluyendo El Caribe.

El objetivo de las CNSVIH/SIDA fue medir la magnitud y el flujo de los recursos que se destinan a la prevención y el tratamiento de esta enfermedad, así como la distribución de fondos entre las diferentes instituciones públicas y privadas, los elementos de gasto, los programas y servicios; y usuarios.⁴ Las CNSVIH/SIDA constituyeron una importante herramienta para la toma de decisiones frente a la epidemia, ya que permitieron dimensionar la respuesta del sistema nacional de salud frente a la epidemia, desde el punto de vista económico, así como su evolución en el tiempo, a través de series históricas de indicadores financieros de la respuesta nacional ante el SIDA, cuyo análisis y evaluación pudieron derivarse en acciones para la planeación estratégica y la programación operativa, tanto en el nivel institucional como en el sector salud.

Para facilitar el proceso de realización de las CNSVIH/SIDA, SIDALAC/FUNSALUD elaboró un apoyo metodológico: la “Guía Técnica de las Cuentas Nacionales en VIH/SIDA”; y un apoyo técnico: el Sistema de

⁴ SIDALAC/FUNSALUD. Guía técnica para la estimación de Cuentas Nacionales en VIH/SIDA. Documento de trabajo. Pág 16

Información Financiera de la Respuesta al SIDA (SIFRAS), *software* diseñado para la sistematización de la información generada para la realización de las estimaciones del gasto y flujo del financiamiento en VIH/SIDA.

Una vez realizadas las primeras estimaciones de CNSVIH/SIDA, el desafío consistió en la institucionalización del proceso contable en los países. En el caso mexicano, para lograrlo se capacitó a personal del programa nacional (CENSIDA) en la metodología de las cuentas nacionales, con el objeto de que esta instancia las incorporara dentro de sus procesos de monitoreo y evaluación; hasta que en su Programa de Acción VIH/SIDA e ITS 2001-2006, se incluyó como una de sus estrategias generales el “Promover el uso de **cuentas nacionales y estatales en salud y VIH/SIDA** para monitorear el desarrollo de las acciones estratégicas del Programa de Acción”⁵.

A partir de entonces, el CENSIDA ha realizado anualmente las CNSVIH/SIDA hasta el año 2002; e hizo un ejercicio piloto de Cuentas Estatales en Salud en VIH/SIDA (CESVIH/SIDA) 2003-2005, en tres de los cuatro estados que concentran el mayor número de casos de SIDA en el país⁶; sin embargo, sólo el Programa Estatal del Estado de México logró concluirlas, bajo el estrecho apoyo técnico del CENSIDA.

1.2 Justificación

Desde 1995, existen estimaciones del gasto en VIH/SIDA en México, y durante el periodo 1997-2002 se ha desarrollado Cuentas Nacionales en VIH/SIDA. La necesidad actual consiste en implementar una nueva metodología en la medición del gasto, para el ejercicio 2003-2005, y posteriormente poder asegurar su continuidad anual.

⁵ CENSIDA/Secretaría de Salud. Programa de Acción VIH/SIDA e ITS 2001-2006. México, 2002. Pág. 35.

⁶ Distrito Federal, México, y Jalisco.

Esta nueva metodología surge por iniciativa del Departamento de Evaluación (EVA) en conjunto con el Departamento de Apoyo Regional y de País (CRD) de ONUSIDA, quienes lanzan un plan para fortalecer la capacidad nacional y regional para evaluar los flujos de financiamiento y gasto para VIH/SIDA. La Unidad de Proyecciones y Rastreo de Recursos (RTP) de ONUSIDA, tiene el objetivo de contribuir al análisis de políticas sociales y de salud, al formular la Medición del Gasto en SIDA, que surge como una evolución de las CNSVIH/SIDA, al homogeneizar funciones relacionadas al VIH/SIDA, en ocho áreas programáticas; y actualizar la estructura general de las Cuentas Nacionales de Salud.

MEGAS constituye la tercera generación de herramientas para medir el gasto ejecutado en actividades de VIH/SIDA que, tiene un abordaje para el rastreo de recursos que incluye actividades fuera del sector salud y que componen la respuesta nacional expandida incluyendo financiamiento y gasto en educación, desarrollo social, y en otros sectores que están claramente fuera de cualquier conceptualización de los servicios de salud.

Para el proceso de transición de CNSVIH/SIDA a MEGAS en los países de la región, en los meses de septiembre 2005, y enero del 2006, se convocó a dos talleres de capacitación para la implementación de la nueva metodología, en la cuál México a través del CENSIDA se comprometió a implementarla en el país.

1.3 Objetivos

La Medición del Gasto en SIDA, consiste en proveer una descripción completa de todo el gasto en la enfermedad. Es un método sistemático, periódico, multi-vectorial, de medición exhaustiva del gasto público, privado e internacional. Se basa en una clasificación rigurosa de los actores así como en los propósitos del financiamiento, MEGAS está diseñado para dar seguimiento a todos los gastos que constituyen la respuesta multi-sectorial al VIH/SIDA.⁷

⁷ ONUSIDA, Medición del gasto en SIDA: Cuaderno de trabajo con los métodos, definiciones y procedimientos para la medición de los flujos de financiamiento y gasto nacional en VIH/SIDA. 2005. Pág 15

MEGAS estima la estructura de los flujos de financiamiento, con la intención de realizar un análisis financiero y políticamente relevante. Le brinda un enfoque riguroso a la recolección, codificación y estimación de los flujos de dinero relacionado, no sólo a las áreas de prevención y tratamiento dentro de los sistemas de salud, sino que incorpora nuevas funciones que permiten clasificar el flujo de recursos en donde participan otros sectores, como educación, desarrollo social, justicia.⁸

El objetivo de presente trabajo es describir el gasto el flujo del financiamiento en México, para el periodo 2003-2005, según la metodología MEGAS.

⁸ *Ibíd.*

2. MÉTODO

2.1 Enfoque MEGAS

El enfoque MEGAS es multi-vectorial, ya que contempla seis vectores para cada transacción⁹:

- Fuentes de financiamiento
- Agentes financieros
- Funciones relacionadas a VIH/SIDA
- Proveedores de servicios
- Factores de producción (objeto del gasto)
- Poblaciones beneficiarias

Para cada una de las transacciones se hace un seguimiento desde el origen de los recursos, hasta su alcance en poblaciones beneficiarias. MEGAS clasifica a las funciones relacionadas al VIH/SIDA, en ocho áreas programáticas:

1. Programas de prevención
2. Tratamiento y componentes de atención
3. Huérfanos y niños vulnerables
4. Desarrollo de programa/ costos de apoyo al programa
5. Incentivos para reclutar y retener recursos humanos para SIDA
6. Mitigación social
7. Desarrollo comunitario y ambiente mejorado para reducir vulnerabilidad
8. Investigación relacionada a VIH/SIDA

El método general de este trabajo en México consistió en un rastreo de los flujos de financiamiento, transacciones y categorías de gasto que requiere recolectar información en tres dimensiones: financiamiento, provisión, y uso. El seguimiento del flujo de financiamiento se basa en la metodología MEGAS para

⁹ ONUSIDA, Medición del gasto en SIDA: Cuaderno de trabajo con los métodos, definiciones y procedimientos para la medición de los flujos de financiamiento y gasto nacional en VIH/SIDA. 2005. Pág. 16

reconstruir todas las transacciones financieras relacionada a la respuesta al VIH/SIDA. Se dio seguimiento a la transferencia de recursos entre los diferentes agentes económicos, desde las fuentes financieras, compradores, proveedores, completando la descripción con los usos de los recursos clasificados en las funciones relacionadas al VIH/SIDA y las poblaciones beneficiarias; para tres periodos anuales (2003, 2004 y 2005).

2.2 Metodología

Debido a que, para el caso mexicano, existían antecedentes relacionados con las estimaciones del gasto en salud en VIH/SIDA, se tenían identificadas las principales acciones en la materia, así como las instituciones que realizan tales acciones, en los diferentes niveles del sector salud y otros sectores involucrados, lo cual sirvió como base para la etapa de organización y montaje; sin embargo, fue necesario la adaptación de cuestionarios y hojas auxiliares para la recolección de información; así como de los métodos de estimación que se venían realizando en las CNSVIH/SIDA; bajo el enfoque MEGAS.

Aún cuando se considera que en términos generales en México se cuenta con datos contables, es importante destacar que, persisten las dificultades de disponibilidad de información, subregistro y clasificación de datos. Por ello, es necesario establecer una sólida y amplia base informativa, haciendo uso de fuentes primarias y secundarias de información, con la finalidad de desarrollar técnicas contables y de estimación que nos permitan una sistematización del gasto en salud.

A continuación se describen las principales instituciones informantes y fuentes de información, que participaron en el presente estudio.

Gobierno Central y Subnacional

El gobierno central está integrado por las entidades que conforman el nivel federal, asimismo, los gobiernos subnacionales son las instancias que

pertenecen al orden estatal. Las fuentes de información e instituciones informantes, fueron las siguientes:

- Instituciones informantes: Se aplicaron cuestionarios y se realizaron entrevistas a actores claves: personal directivo, epidemiólogos, médicos tratantes, y administrativos; de las siguientes instituciones: Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA (CENSIDA), Centro Nacional de la Transfusión Sanguínea (CNTS), y Dirección General de Epidemiología (DGE), Hospital Infantil de México, Federico Gómez (HIM), Hospital de la Mujer (HM), Hospital General Juárez de México (HJM), Instituto Nacional de Cancerología (INC), Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán (INCMNESZ), Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER), Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez (INNyN), Instituto Nacional de Pediatría (INP), Instituto Nacional de Perinatología (INPER), Programas Estatales en VIH/SIDA (PE VIH/SIDA/ITS).
- Sistemas de Información: DGIS/Secretaría de Salud. Sistema de Información en Salud (SIS); DGE/Secretaría de Salud. Registro Nacional de Casos de SIDA (RNCS); DGE/Secretaría de Salud. Sistema Único de Información de Vigilancia Epidemiológica (SUIVE); INEGI-DGIS/Secretaría de Salud. Registros de Mortalidad; DGIS/Secretaría de Salud. Boletín de Información Estadística; y CENSIDA/Secretaría de Salud. Registro de Pacientes en Tratamiento ARV.
- Fuentes de información Secundaria: Consejo Nacional de Población¹⁰., se consultó las proyecciones de población para los años que contempla el estudio, estadísticos sobre usuarios de condón y lugar de obtención; Páginas Web (Instituto Nacional de Estadística, Geografía e

¹⁰ Consejo Nacional de Población (CONAPO). www.conapo.gob.mx

Informática¹¹; Banco de México¹²). Se consultó datos macroeconómicos del contexto nacional; Presupuesto de Egresos de la Federación. Informes Presidenciales, sobre las aportaciones del gobierno central y estatal a los fondos del sector salud.

El Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA (CENSIDA), facilitó el registro de su presupuesto ejercido para los tres años, de los capítulos y rubros de gasto desagregados a nivel de partida. A su mismo proporcionó la información referente a pacientes cubiertos con los diferentes esquemas de antiretrovirales por entidad federativa y los costos unitarios promedio del tratamiento así como el gasto global ejercido por esta instancia en los años del estudio.

A través de los Programas Estatales de VIH/SIDA/ITS que son los órganos establecidos por los gobiernos estatales, con el objeto de coordinar la lucha contra la epidemia en los estados, se obtuvo mediante cuestionarios, revisión de comprobación estatal de gasto en prevención, e información reportada por los estados a los sistemas de información o al CENSIDA, información para el cálculo del gasto en prevención, atención, desarrollo del programa, y apoyo al programa.

Asimismo, los Presupuestos Operativos Anuales de los Estados (POA) para los años 2003-2005, permitieron la identificación de costos unitarios de condones, medicamentos, servicios de apoyo y otros insumos utilizados en la atención de las personas afectadas por la enfermedad del VIH/SIDA, así como materiales utilizados en la prevención; información, educación y comunicación; investigación; capacitación y supervisión del personal que participa en el trabajo referente a la enfermedad.

Los Institutos Nacionales refirieron datos sobre los servicios y costos de atención de personas con VIH/SIDA, Así mismo la Dirección General de

¹¹ Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI). www.inegi.gob.mx

¹² Banco de México (BANXICO). www.banxico.org.mx

Epidemiología proporcionó información para la estimación del gasto en vigilancia epidemiológica en el país.

El Centro Nacional de la Transfusión Sanguínea proporcionó datos sobre el número de unidades de sangre y pruebas diagnósticas, así como costos por unidad de sangre, información que se utilizó para la estimación del gasto en bancos de sangre.

El Consejo Nacional de Población (CONAPO), facilitó información la distribución porcentual de los usuarios de condón por lugar de obtención, lo que permitió estimar el gasto de condones en el sector privado.

Se realizaron entrevistas con agentes considerados claves, como administradores, epidemiólogos y médicos tratantes, de los cuales se obtuvo información sobre el manejo de pacientes y algunos documentos internos, como tabuladores de costos de atención en VIH/SIDA.

Otros recursos utilizados fueron el Presupuesto de Egresos de la Federación y los Informes Presidenciales, que sirvieron como medio para obtener información sobre indicadores del contexto nacional en salud y en VIH/SIDA, como las aportaciones del gobierno central al sector salud y el gasto público en salud.

A través del sitio electrónico del Banco de México, se obtuvo información sobre indicadores económicos a nivel nacional, la cual fue de utilidad para el cálculo de los indicadores de estructura y peso del gasto en VIH/SIDA; así como el tipo de cambio anual del peso frente al dólar.

Seguridad Social

La seguridad social comprende diversas instituciones: Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Instituto de Seguridad Social para el Servicio de los

Trabajadores del Estado (ISSSTE), Petróleos Mexicanos (PEMEX), y Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA).¹³

Las principales fuentes de información e instituciones informantes, se detallan a continuación:

- Instituciones informantes: Se aplicaron cuestionarios y se realizaron entrevistas a actores claves: personal directivo, epidemiólogos, médicos tratantes, y administrativos; de las siguientes instituciones: IMSS. Dirección de Planeación y Finanzas; IMSS. División Técnica de Información Estadística en Salud, Dirección de Prestaciones Médicas; IMSS Área de Vigilancia Epidemiológica de la División de Epidemiología; IMSS. Dirección de Prestaciones Médicas del IMSS Oriente, Estado de México. ISSSTE. Departamento de Vigilancia Epidemiológica de la Subdirección General Médica. Páginas Web (IMSS¹⁴, ISSSTE¹⁵, PEMEX¹⁶, y SEDENA¹⁷). Información correspondiente a precios unitarios en la compra de bienes para la atención del VIH/SIDA. Aportaciones a los fondos de seguridad social de los gobiernos, empleadores y trabajadores.
- Sistemas de Información: DGE/Secretaría de Salud. Registro Nacional de Casos de SIDA (RNCS); DGE/Secretaría de Salud. Sistema Único de Información de Vigilancia Epidemiológica (SUIVE); INEGI-DGIS/Secretaría de Salud. Registros de Mortalidad; DGIS/Secretaría de Salud. Boletín de Información Estadística No. 24 Vol. IV Recursos Financieros; y Anuarios Estadísticos en Salud 2003 y 2004; IMSS. Dirección de Prestaciones Médicas. Base de datos Número de Consultas Medicina Familiar, Urgencias y Especialidades.
- No se entrevistó directamente a PEMEX y SEDENA, en virtud del peso de sus casos de SIDA reportados a nivel nacional; y a que se contaba

¹³ También, incluye a la Secretaría de Marina (SEMAR), pero en el presente estudio no se incorporó, pues no se dispone de información sobre las acciones realizadas en materia de VIH/SIDA.

¹⁴ Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), www.imss.gob.mx

¹⁵ Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), www.issste.gob.mx.

¹⁶ Petróleos Mexicanos (PEMEX), www.pemex.com

¹⁷ Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA), www.sedena.gob.mx

con la información suficiente para realizar la estimación sobre su gasto en VIH/SIDA.

- Se realizaron diversas estimaciones (sobre servicios y costos de los mismos) que no estaban disponibles, particularmente en el IMSS.

Para el cálculo de los gastos en la seguridad social, se consultaron diversas fuentes y se realizaron entrevistas con personal del IMSS e ISSSTE. En el caso del IMSS a través de entrevistas con responsables de la División Técnica de Información Estadística en Salud, Dirección de Prestaciones Médicas, se logró obtener los siguientes volúmenes de producción de servicios para pacientes con VIH/SIDA para los años de estudio: número de consultas otorgadas en medicina familiar, de especialidades y de urgencias; así como los egresos hospitalarios. Los costos unitarios de las consultas y día-cama, se utilizaron los reportados por el IMSS del Estado de México para el proyecto de Cuentas Estatales en Salud en VIH/SIDA¹⁸. Los costos unitarios de las pruebas de detección y monitoreo se utilizaron los del laboratorio y CLISIDA del Hospital Gabriel Mancera del IMSS¹⁹. Es importante señalar que, todos los demás volúmenes de entrega de bienes y servicios que realiza el IMSS se estimaron utilizando el enfoque de satisfacción de la demanda de bienes y servicios de los pacientes atendidos por esta institución, esto debido a la poca disponibilidad de información en el IMSS sobre el manejo de pacientes, acciones preventivas, y costos de los bienes y servicios.

En el caso del ISSSTE, a través de una serie de entrevistas con responsables del Departamento de Vigilancia Epidemiológica de la Subdirección General Médica, se obtuvo información sobre el manejo de pacientes y costos referente al tratamiento, así como datos de volúmenes en producción de servicios para pacientes con VIH/SIDA.

¹⁸ CENSIDA, UNFPA. Estudio Piloto: Cuentas Estatales en Salud en VIH/SIDA, Estado de México, 2003-2004. Resultados Preliminares. México. 2005

¹⁹ Estos costos se obtuvieron del trabajo de investigación. Quintero Flores, Alma Virdiana. Riesgos de Salud en el IMSS: costeo de los antiretrovirales, Tesis para obtener el grado de Licenciatura en Actuaría. Facultad de Ciencias, UNAM, 2005. Versión Preliminar.

En el caso de PEMEX y SEDENA, a través de los sistemas oficiales de información, se obtuvo datos sobre la demanda de servicios²⁰; y se utilizaron los costos manejados por el ISSSTE²¹, institución que pertenece a otro subsistema de salud, dentro de la Seguridad Social.

Dentro de las estimaciones del gasto en programas de prevención para la seguridad social, la estimación del gasto en condones, únicamente se tomaron en cuenta los condones que están dirigidos a la prevención del VIH, no se tomó en cuenta los condones de planificación familiar²².

Para el gasto en el manejo de infecciones de transmisión sexual (ITS), la metodología de MEGAS, considera exclusivamente las siguientes infecciones: sífilis, herpes, gonorrea, candidiasis y tricomoniasis. A partir de casos diagnosticados, se estimó el gasto en consultas, pruebas de detección, y tratamiento de ITS.

El gasto en prevención de la transmisión vertical se realizó a través del número de mujeres embarazadas con VIH, que las instituciones que conforman la seguridad social reportan al CENSIDA²³. Se consideró el gasto en pruebas de detección a mujeres embarazadas y el gasto en atención del embarazo, parto y posparto. La estimación de pruebas de laboratorio se realizó de acuerdo con los datos obtenidos del número de pruebas de Elisa y confirmatorias realizadas, así como del costo promedio de cada una de ellas. Para las pruebas consideradas de monitoreo de los pacientes, se realizó una estimación sobre la base de protocolos de atención y estudios de costos.

²⁰ Por ejemplo, personas en tratamiento antiretroviral, o diagnosticadas con alguna infecciones de transmisión sexual.

²¹ Este supuesto se utilizó debido al costo diferenciado en cada una de las instituciones de salud, ya que en el caso del IMSS que también pertenece a la Seguridad Social existen diferencias sustanciales con los costos del ISSSTE que enfrenta una demanda menor de servicios. Tanto PEMEX como SEDENA satisfacen una demanda menor que el ISSSTE, sin embargo, es el precio de referencia más cercano.

²² Se estimó el número de condones repartidos a pacientes viviendo con VIH/SIDA y pacientes atendidos con infecciones de transmisión sexual.

²³ Las instituciones que conforman la Seguridad Social en México, reportan al CENSIDA el número de mujeres embarazadas atendidas por estas instituciones, este estadístico es publicado en el Boletín del Comité de Monitoreo y Evaluación (CENSIDA). Ver: CONASIDA/Comité de Monitoreo y Evaluación. Boletín del Grupo de Información Sectorial en VIH/SIDA. Núm. 3. 2005.

El gasto en tratamiento antiretroviral se estimó a través del número de personas que acudieron a recibir tratamiento; para el caso del IMSS los costos unitarios del tratamiento se recuperaron de estudios de costos en antiretrovirales, realizados por la unidad de investigación económica del IMSS²⁴. Los costos promedios que el ISSSTE enfrenta en el tratamiento antiretroviral fueron calculados por la Dirección General Médica del ISSSTE.

Sector Privado

El sector privado, consta de una serie de entidades como las organizaciones no gubernamentales (organizaciones sin fines de lucro), los hogares afectados (gasto directo de bolsillo), y las empresas (no proveedoras de servicios de salud)²⁵. Las principales fuentes de información utilizadas, se detallan a continuación:

- Se aplicó un cuestionario a una muestra de Organizaciones de la Sociedad Civil (OSC).
- Información agregada de organizaciones de la sociedad civil, proporcionada por el INSP, referente al estudio: "Prevent AIDS Network for Cost-Effectiveness Analysis (PANCEA)"
- Cuestionarios aplicados a Laboratorios.
- Sistemas de información: DGE/Secretaría de Salud. Registro Nacional de Casos de SIDA (RNCS); DGE/Secretaría de Salud. Sistema Único de Información de Vigilancia Epidemiológica (SUIVE); INEGI-DGIS/Secretaría de Salud. Registros de Mortalidad; y DGIS/Secretaría de Salud. Boletín de Información Estadística.

²⁴ Contreras Hernández, Iris. Costos médicos directos de la atención a pacientes con VIH/SIDA en el IMSS, Unidad de Investigación Económica del IMSS, Dirección de Planeación y Finanzas del IMSS, 2005.

²⁵ También se incluyen los seguros privados, pero en el caso de México, estos aún no tienen cobertura para el VIH/SIDA.

- Para información del gasto hogares: Registro de aportaciones la Seguridad Social^{26,27}; y Cuotas de recuperación de la Secretaría de Salud²⁸.
- Se realizaron diversas estimaciones (sobre servicios y costos de los mismos) para estimar el gasto del hogares en el sector privado.

Se realizó una selección de 18 las Organizaciones de la Sociedad Civil (OSC) del Distrito Federal con base a su actividad y tamaño, a partir de aquellas que han participado en los ejercicios de CNSVIH/SIDA, así como las que el Departamento de OSC del CENSIDA reconoce con un mayor trabajo en VIH/SIDA, a las cuales se les envió una solicitud de entrevista. De esta selección se obtuvo respuesta de diez de ellas.

Por otra parte, se utilizó información sobre el gasto ejercido y fuentes de financiamiento de seis organizaciones del grupo multisectorial del Estado de México que participaron el Estudio Piloto de “Cuentas Estatales en Salud en VIH/SIDA, 2003-2004”²⁹.

Finalmente, se usaron datos agregados del Proyecto PANCEA, del Instituto Nacional de Salud Pública (INSP/Secretaría de Salud), sobre costos unitarios y el gasto de las intervenciones en prevención de doce organizaciones de la sociedad civil del interior del territorio nacional. La información que el INSP proporcionó no estuvo ligada a nombres de las organizaciones, únicamente fueron datos agregados sobre el gasto en prevención VIH/SIDA³⁰. Finalmente, se logró obtener información de veintiocho OSC, lo cual permitió la estimación del gasto en este sector.

²⁶ IMSS. Informe Ejecutivo de los ingresos del IMSS. Cifras 2003.

²⁷ ISSSTE. Presupuesto de ingresos ejercidos en el ISSSTE. Anuario Estadístico 2003. México, 2004.

²⁸ DIS. Secretaría de Salud. Boletín de Información Estadística 2003-2004. México.

²⁹ CENSIDA/Secretaría de Salud, y UNFPA. Estudio Piloto: Cuentas Estatales en Salud en VIH/SIDA, 2003-2004. Resultados Preliminares.

³⁰ UCSF, INSP. “Prevent AIDS Network for Cost-Effectiveness Analysis (PANCEA)”, México, 2005. <http://hivinsite.ucsf.edu/InSite?page=pancea>

Debido a la dificultad que representa estimar el gasto en hogares, a través de los sistemas oficiales de información, se obtuvo datos sobre la demanda de servicios³¹, y se estimó el costo que se desprende de estos casos, utilizando los precios de los servicios y medicamentos en el sector privado. Adicionalmente, se consideraron las tablas de cuotas de recuperación por servicio otorgado y la aportación de los hogares a la Seguridad Social.

Dentro del sector privado se recuperó información sobre el desembolso de recursos de algunas empresas que realizan y apoyan actividades relacionadas con el VIH/SIDA, a través de un breve cuestionario a empresas del ramo farmacéutico. Solamente se recuperó información directa de ocho empresas del sector farmacéutico, y con la limitante de que los datos proporcionados, no especifican claramente a quiénes fueron dirigidos los recursos, ni para qué actividad. Con la finalidad de que estos fondos se reflejaran en el estudio, en el caso específico que se desconocía la actividad, se clasificaron dentro de las matrices del gasto, en la categoría de otros servicios.

Sector externo

El sector externo se conforma por organismos multilaterales, organismos bilaterales.³²

La información se recolectó a través de un formato estructurado dirigido a los agentes financieros públicos y privados a quienes estos organismos derivan sus recursos, destacando la SSA central, estatal y organizaciones no gubernamentales.

Adicionalmente, se preguntó a las agencias multilaterales, organizaciones internacionales, y contribuciones bilaterales directas de otros gobiernos, los

³¹ Personas en tratamiento antirretroviral, o diagnosticadas con alguna infecciones de transmisión sexual.

³² También se incluyen las entidades extranjeras con fines de lucro, como son empresas cuya sede está ubicada fuera del país donde se proveen los bienes y servicios, pero en el caso de México no ubicamos a estas entidades que participen en acciones contra el VIH/SIDA.

montos de financiamiento, los agentes financieros, proveedores y poblaciones beneficiadas. De esta manera, se obtuvo información de algunas agencias internacionales que están relacionadas con proyectores relacionados con el VIH/SIDA en México. Cabe mencionar que, no todas las agencias contestaron el cuestionario.³³

Fuentes Financieras y Agentes Financieros

Las fuentes de financiamiento son entidades que proveen recursos financieros a los agentes financieros para que sean concentrados y distribuidos. Los agentes financieros son entidades que concentran estos recursos y los transfieren para pagar o para comprar bienes y servicios. Los agentes financieros toman la decisión de cómo se va gastar los recursos. Con el objeto de estimar la distribución del gasto en VIH/SIDA según fuente de financiamiento; es necesario realizar una serie de estimaciones con la intención de identificar el origen de los fondos ejercidos por las instituciones prestadoras de los servicios de salud³⁴.

A continuación se plantea la metodología utilizada en este estudio, a partir del sistema de financiamiento de las instituciones que son agentes financieros y prestadores de los servicios de salud.

Fondos de Seguridad Social

La Seguridad Social es el agente financiero que concentra los recursos que proveen distintos fuentes de financiamiento, como son los gobiernos central y subnacional, hogares, y empresas, y que toma las decisiones programáticas sobre los recursos que reciben de las fuentes.

³³ Se solicitó información a diez agencias internacionales, de las cuales respondieron seis.

³⁴ ONUSIDA, Medición del gasto en SIDA: Cuaderno de trabajo con los métodos, definiciones y procedimientos para la medición de los flujos de financiamiento y gasto nacional en VIH/SIDA, 2005.

El sistema de financiamiento del IMSS es de carácter tripartita, pues los fondos que esta institución ejerce provienen de tres fuentes de financiamiento: el gobierno federal, las empresas o patrones³⁵, y los trabajadores (hogares)³⁶. En términos generales, cada una de estas fuentes tiene un porcentaje de aportación específico en el financiamiento de la atención a la salud (ver cuadro 1); el cual se aplicará en cada una de las funciones de atención.

Cuadro 1	
Porcentaje de Aportación al IMSS	
Hogares	10.22
Empresas	67.61
Gobierno Central	22.16
Fuente de información: IMSS. <u>Informe Ejecutivo de los ingresos del IMSS</u> . Cifras 2003.	

En el caso de las otras instituciones de seguridad social (ISSSTE, PEMEX, SEDENA, SEDEMAR), su sistema de financiamiento es bipartita, al recibir fondos del gobierno (central y subnacional), y los trabajadores (hogares). En el caso del ISSSTE fue posible calcular el porcentaje de aportación a través de los reportes que esta institución publica; para PEMEX, SEDENA, la falta de datos impidió hacer el cálculo de la distribución de las aportaciones, sin embargo, su forma de financiamiento es bipartita (gobierno central y trabajadores), por lo que se utilizan como supuesto que la distribución de las aportaciones se comportan como en el caso del ISSSTE. (Ver cuadro 2).

Cuadro 2	
Porcentaje de Aportación al ISSSTE	
Gobierno Estatal	16.83
Gobierno Federal	53.59
Trabajadores	29.59

³⁵ Los fondos que provienen de las empresas, en la metodología de MEGAS son considerados fondos privados independientemente que estén dirigidos a los fondos de seguridad social.

³⁶ Los fondos de los hogares dirigidos a los fondos de seguridad social son considerados fondos privados en hogares.

<p>Fuente: ISSSTE. <u>Presupuesto de ingresos ejercidos en el ISSSTE</u>. Anuario Estadístico 2003.</p>

Gobiernos Central y Subnacional

La Secretaría de Salud (federal y estatal), como agente financiero, tiene como fuentes de financiamiento al gobierno federal, el gobierno estatal (subnacional), y a los hogares. A diferencia de la Seguridad Social, no existen cuotas predeterminadas, y la participación de los niveles federal y estatal es diferente en cada entidad federativa. En el caso de la aportación de los hogares, este sistema incluye cuotas de recuperación para cada uno de los servicios de salud que se ofrecen, las cuales se aplican bajo el criterio del nivel socioeconómico al que pertenezca el paciente.

A partir de información generada por la Secretaría de Salud, sobre la aportación federal, estatal, y cuotas de recuperación que pagan los hogares al sector salud, es posible obtener un porcentaje de participación de estas fuentes en el financiamiento de la Secretaría de Salud (estatal y federal)³⁷. Existen algunos recursos que vienen etiquetados y los cuales son aprobados directamente por el gobierno federal, por ejemplo el gasto en medicamentos antiretrovirales³⁸.

Cuadro 3	
Porcentaje de aportación SSA	
Aportación Federal	79,54%

³⁷ Construcción del CENSIDA a partir de la información pública sobre el indicador 55. Notas Metodológicas, Relación entre la aportación Federal y Estatal al Gasto en Salud, Base de Datos en Salud (Tabla dinámica) publicada en: DIS. Secretaría de Salud. Boletín de Información Estadística 2003-2004. México.

³⁸ En 1998, la Secretaría de Salud inició la cobertura de la población no asegurada, ofreciendo tratamiento ARV gratuito a todos los menores de 18 años y mujeres embarazadas que lo necesitaran. En 1999 incorpora adultos no asegurados; y para finales del 2003, México alcanza el acceso universal en medicamentos ARV. Los recursos para la compra de esos medicamentos son aprobados directamente por el Congreso de la Unión en el Presupuesto de Egresos, y enviados a la Secretaría de Salud para la compra exclusiva de ARV.

Aportación Estatal	15.20%
Hogares	5.26%
Construcción del CENSIDA a partir de la información publica sobre el indicador 55. Notas Metodológicas, Relación entre la aportación Federal y Estatal al Gasto en Salud, Base de Datos en Salud (Tabla dinámica) publicada en: DIS. <u>Boletín de Información Estadística</u> . Secretaría de Salud.	

Fondos y Agentes del Sector Privado

La estimación de los fondos de los hogares son el resultado de lo calculado directamente considerado gasto en sector público (por ejemplo cuotas de recuperación, medicamentos, etc.) y privado, y las aportaciones realizadas a los fondos de seguridad social³⁹.

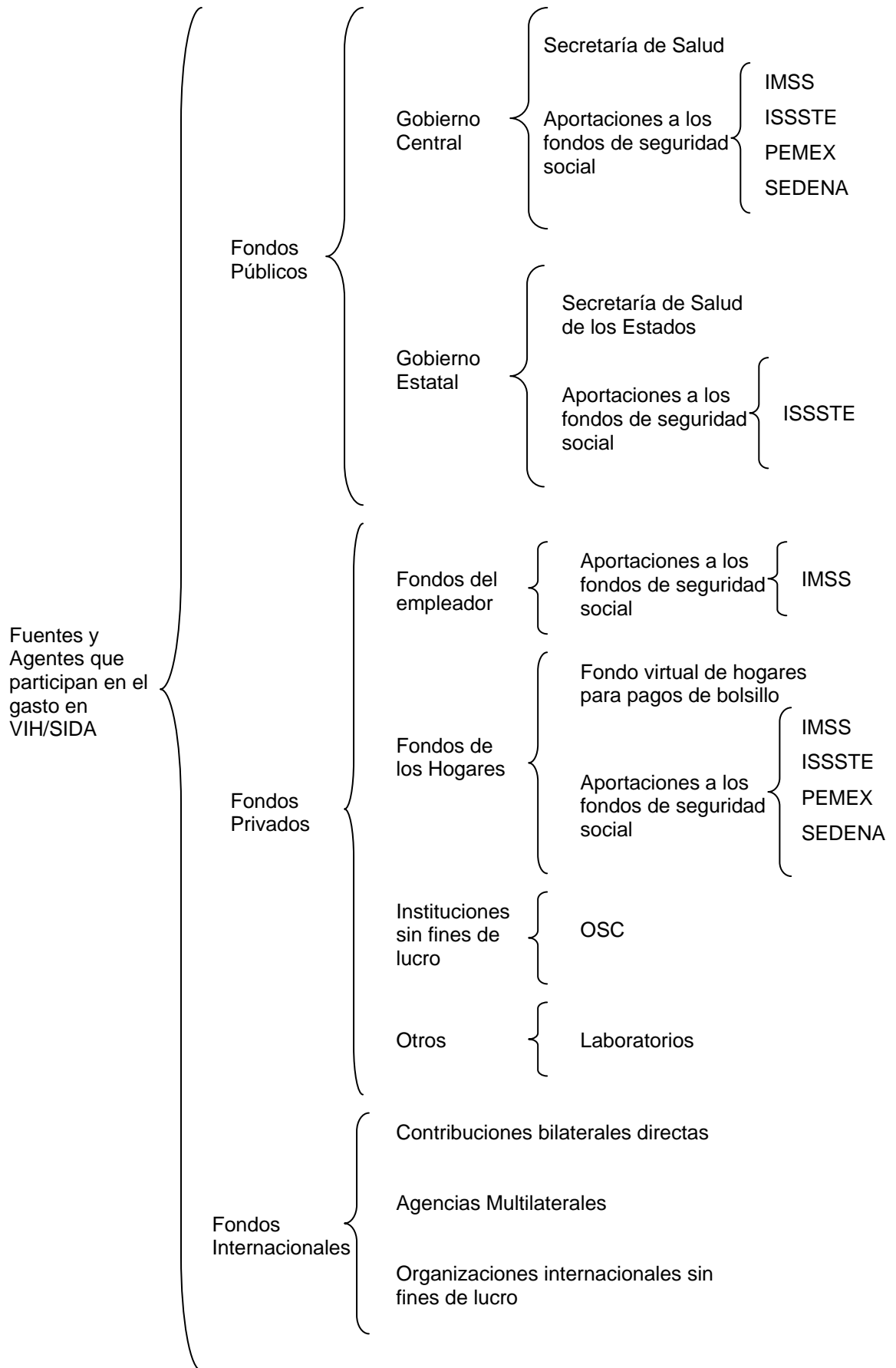
La estimación del gasto en SIDA, considera otros fondos y agentes privados, como son las organizaciones no paraestatales y empresas (que no sean seguros de salud).

Para la estimación de los recursos financieros se obtuvo información a través de entrevistas a empresas que participan en otorgar fondos y financiar actividades en la lucha contra la epidemia del VIH/SIDA. También, parte de estos fondos se pudieron contabilizar con la información que previeron distintas OSC que fueron contempladas en este estudio.

Por último, las fuentes financieras y agentes financieros que conforman el sector privado son las OSC. Las organizaciones de la sociedad civil, son instituciones sin fines de lucro que sirven hogares, son agentes financieros en la medida que toman decisiones programáticas sobre los recursos que reciben de diversas fuentes financieras. En algunas ocasiones las mismas OSC, autofinancian actividades que realizan.

³⁹ MEGAS considera a los hogares agentes financieros y los clasifica con el nombre de: fondo virtual de hogares para pagos de bolsillo.

Finalmente, podemos ver en el siguiente esquema como es la participación de los distintos fondos y agentes en el gasto dirigido al VIH/SIDA, en México:



2.3 Procedimientos de análisis

Las transacciones financieras se reconstruyen desde su fuente origen hasta los usuarios finales apoyados en un mapa de flujos incluyendo información desagregada en seis vectores⁴⁰. Este rastreo de recursos representa la esencia de la metodología de la medición del gasto en SIDA, para seguir todos los flujos de financiamiento y gasto, por transacciones económicas.

Para este estudio, se elaboró un programa de hojas electrónicas, donde se fueron registrando los datos recolectados, y se realizaron las estimaciones del gasto por agente financiero. Posteriormente, se preparó una hoja resumen dentro de cada libro de la estimación.

Se diseñó un archivo con datos primarios por cada informante, por lo que se preparó un archivo independiente por institución y dentro del mismo archivo se hicieron tantas copias del instrumento como de las entidades en las que se recabó la información, de esta manera se procedió a crear hojas resumen para las diferentes clasificaciones de las funciones MEGAS.

Finalmente, concluidas las estimaciones y reconstruidas las transacciones la información generada se reúne en tablas de doble entrada (matrices), que representan el origen y el destino de los recursos⁴¹. Los resultados son presentados en matrices bivariadas⁴², donde previamente se identificaron inconsistencias, vacíos y duplicaciones.

⁴⁰ 1) Fuentes de financiamiento; 2) agentes financieros; 3) proveedores; 4) funciones; 5) factores de producción; 6) población beneficiada.

⁴¹ Para este proceso existe un programa (software) llamado NASA, que permite el ingreso de datos y es una herramienta dentro del análisis del gasto nacional en SIDA, el cual permite generar matrices de resultados en forma bivariada.

⁴² Disponibles en el apartado estadístico, al final del documento.

2.4 Alcances y limitaciones

MEGAS sirve para varios propósitos, provee indicadores de la respuesta nacional al VIH/SIDA, permitiendo monitorear la movilización de recursos. Permite el análisis de los flujos financieros (fuentes de financiamiento y gasto), y la capacidad de absorción de los recursos, al introducir la diferenciación entre fuente y agente. Nos permite estimar indicadores de contexto y estructura del peso del gasto, lo cual aporta elementos para valorar la importancia del problema de salud en la agenda nacional. Genera información sobre las áreas subfinanciadas, otorgando la oportunidad a los diseñadores de políticas y tomadores de decisiones de gestionar recursos para esas áreas.

En esta investigación fue posible obtener información sobre el gasto en VIH/SIDA para tres años consecutivos, y no estimar el gasto a partir de ajustes inflacionarios sobre la base de estimación de un año anterior, lo cual permite además, contar con datos para la realización de un análisis de tendencias del gasto frente a la epidemia.

Las principales limitaciones de MEGAS es la dificultad de disponibilidad, el subregistro y la clasificación de datos, lo que implica que se realicen un importante número de estimaciones dirigidas a completar el gasto en VIH/SIDA. De esta forma constituye un reto alcanzar en los siguientes años una mayor precisión. Con la maduración en el sistema de rastreo de recursos, se podrá ir introduciendo otros aspectos de los sistemas sociales y de salud.

3. RESULTADOS

3.1 Situación epidemiológica del SIDA en México⁴³

México se clasifica como un país con una epidemia de SIDA concentrada en los grupos que mantienen prácticas de riesgo: 15% de prevalencia de VIH en hombres que tienen sexo con hombres (HSH), 12.2% en trabajadores del sexo comercial y 6% en usuarios de drogas inyectables.

En contraste, la prevalencia de VIH en población adulta de 15 a 49 años de edad es del 0.3%, lo cual significa que tres de cada mil personas adultas podrían ser portadoras del VIH en nuestro país. De acuerdo a las estimaciones más recientes del Centro Nacional para la Prevención y Control del SIDA (CENSIDA), en México existen 182 mil personas adultas infectadas por el VIH.

Desde el inicio de la epidemia en nuestro país, hasta el 15 de noviembre del 2005, en el Registro Nacional de Casos de SIDA se han contabilizado 98,933 casos acumulados de SIDA, de las cuales el 83.3% son hombres y el 16.7% son mujeres, es decir, existe una relación hombres/mujeres de 5 a 1. Las personas de 15 a 44 años de edad constituyen el grupo más afectado con 78.9% de los casos registrados.

La transmisión sexual ha sido la causante del 92.2% de los casos acumulados de SIDA en México, de los cuales 47.7% corresponden a hombres que tienen sexo con hombres (HSH) y el 44.5% a heterosexuales. El 5.3% se originaron por vía sanguínea, de los cuales 3.6% corresponden a transfusión sanguínea, 0.7% están asociados al consumo de drogas inyectables, 0.6% a donadores, 0.4% a hemofílicos, y menos del 0.1% a la categoría exposición ocupacional.

La transmisión perinatal representa el 2.2% del total de casos; y la categoría combinada de Hombres que tienen sexo con otros Hombres y Usuarios de

⁴³ CENSIDA/Secretaría de Salud. El SIDA en cifras, 2005. Diciembre, 2005. Disponible en web: <http://www.salud.gob.mx/conasida/>

drogas inyectables (HSH/UDI) el 0.3%. En uno de cada tres casos (37.8%) se desconoce el factor de riesgo asociado.

En México ha disminuido la mortalidad por SIDA como resultado del crecimiento en la cobertura del tratamiento ARV: en 1997, únicamente las instituciones de seguridad social (IMSS e ISSSTE) proporcionaban este tipo de medicamentos, alcanzando una cobertura del 54% de los pacientes con SIDA de todo el país. Al año siguiente, la Secretaría de Salud inició la cobertura de la población no asegurada, ofreciendo tratamiento ARV gratuito a todos los menores de 18 años y mujeres embarazadas que lo necesitaran. En 1999, la cobertura se extendió a varones adultos no asegurados.

Esta tendencia continuó creciendo de manera importante en los siguientes años, de tal forma que para finales del 2003, México logró el acceso universal al tratamiento ARV a las personas con SIDA registradas vivas (25,082). En el 2005, se estima que más de 30 mil personas viviendo con VIH/SIDA están recibiendo tratamiento antiretroviral gratuito de parte de las instituciones del sector salud, incrementando de manera significativa su calidad de vida.

De 1997 a la fecha se han establecido más de 100 Servicios Especializados de Atención para personas con VIH/SIDA en unidades médicas de todos los Servicios Estatales de Salud del país, de acuerdo a un modelo de atención recomendado por especialistas en el tema, lo cual ha contribuido de manera decidida a mejorar la calidad de la atención.

México es un país que tiene una epidemia relativamente estable, que se encuentra concentrada en grupos de población que mantienen prácticas de riesgo: hombres que tienen sexo con hombres, trabajadoras del sexo comercial y usuarios de drogas inyectables. Por ello, el reto epidemiológico consiste en evitar que la epidemia se generalice a la población en general.

3.2 Análisis de Resultados

Indicadores de estructura y peso del gasto en VIH/SIDA

Los siguientes indicadores relacionan el gasto en VIH/SIDA con estimaciones del gasto nacional en salud; lo cual nos permite dimensionar el peso del financiamiento hacia el VIH/SIDA dentro del gasto de salud⁴⁴.

Peso del Gasto en VIH/SIDA para 2003

- Gasto Nacional en Salud /PIB, es del 5.7%
- Gasto Público en Salud /Gasto Nacional en Salud es del 46.4%
- Gasto Total en SIDA /Gasto Nacional en Salud es del 0.5%
- Gasto Público en SIDA/Gasto Público en Salud, 1.1%
- Gasto Público en SIDA/Gasto Total en SIDA, 93.2%
- Gasto Privado en SIDA/Gasto Total en SIDA, 6.5%

Peso del Gasto en VIH/SIDA para 2004

- Gasto Nacional en Salud /PIB, es del 5.7%⁴⁵
- Gasto Público en Salud /Gasto Nacional en Salud es del 46.4%⁴⁵
- Gasto Total en SIDA /Gasto Nacional en Salud es del 0.5%⁴⁵
- Gasto Público en SIDA/Gasto Público en Salud, 1.0%
- Gasto Público en SIDA/Gasto Total en SIDA, 93.3%
- Gasto Privado en SIDA/Gasto Total en SIDA, 6.6%

Peso del Gasto en VIH/SIDA para 2005

- Gasto Nacional en Salud /PIB, es del 5.7%⁴⁵
- Gasto Público en Salud /Gasto Nacional en Salud es del 46.4%⁴⁵
- Gasto Total en SIDA /Gasto Nacional en Salud es del 0.5%⁴⁵

⁴⁴ Se utilizaron las cifras oficiales del gasto nacional en salud disponibles para el año 2003.

⁴⁵ Se utiliza mismo dato e 2003, debido a que la información sobre el gasto nacional en salud para este año, aún no se encuentra disponible.

- Gasto Público en SIDA/Gasto Público en Salud, 1.2%
- Gasto Público en SIDA/Gasto Total en SIDA, 93.8%
- Gasto Privado en SIDA/Gasto Total en SIDA, 6.1%

Descripción y comparación de los gastos totales en SIDA durante el periodo 2003-2005

En el año 2003, el gasto total en VIH/SIDA en México fue de \$202.1 millones de USD (\$2,180.6 millones de pesos mexicanos); para el año 2004 fue de \$206.4 millones de USD (\$2,330.4 millones de pesos mexicanos); y en el 2005 de \$271.9 millones de USD (\$2,963.9 millones de pesos mexicanos). Durante el periodo 2003-2005, se observa un incremento del gasto total en VIH/SIDA que asciende a 34.5%, siendo el rubro de atención el que reporta los cambios de incremento más significativos, (39.5%), (ver cuadro 1).

De acuerdo a la estructura porcentual de la distribución del gasto se observa que, para el año de 2003 la prevención representó 29.6% del gasto total, y para el año 2005 25.0%. Por su parte, los gastos en tratamiento en 2003 significaron 66.4%, y en el 2005 cerca del 69.0%.

En el caso de la prevención, se observa un incremento en el gasto de 59.8 millones de dólares en el 2003 a 67.8 millones de USD en el 2005; aún cuando en la distribución porcentual de la composición del gasto se haya reducido el porcentaje de esta función de atención, debido al incremento del gasto en tratamiento y otros bienes y servicios.

Cuadro 1
Gasto estimado en VIH/SIDA, por composición del gasto, 2003-2005
Millones de USD

Composición del gasto	2003		2004		2005	
	USD	%	USD	%	USD	%
Prevención	59.8	29.6	60.0	29.0	67.8	24.9
Tratamiento	134.2	66.4	137.2	66.5	187.3	68.9
Otros	8.1	4.0	9.2	4.5	16.8	6.2
Total	202.1	100.0	206.4	100.0	271.9	100.0

Fuente: CENSIDA. MEGAS 2003-2005. Secretaría de Salud. México, 2006.

Tipo de cambio promedio durante el año de estimación: 2003, \$10.79; 2004, \$11.29; 2005, \$10.90. Fuente: Banco de México. www.banxico.org.mx

Fuentes Financieras y Agentes Financieros

El flujo financiero en VIH/SIDA, cubre dos etapas, una es el *flujo de financiamiento* donde las fuentes trasladan recursos a los agentes y el *flujo de gasto* que es dónde los agentes asignan recursos a los proveedores a cambio de bienes y servicios en respuesta al VIH/SIDA.

En esta nueva herramienta de medición del gasto (MEGAS), se introduce la distinción entre fuentes financieras y agentes financieros; como resultado de una adaptación basada en el procedimiento adoptado por la Guía para la Producción de Cuentas Nacionales (OMS, USAID, BM, 2003).⁴⁶ Esta distinción es adoptada debido a los requerimientos de datos y debido a requerimientos analíticos, ya que la mayoría de los países de bajo y mediano ingreso que se encuentran realizando estimaciones del gasto en VIH/SIDA, enfrentan cuellos de botella financieros y sus estrategias ganan con el conocimiento suplementario sobre el origen de los fondos concentrados por los agentes. En las Cuentas Nacionales en Salud en VIH/SIDA, no se distinguían a los agentes, pues se regían por el estándar de la Organización para la Cooperación Económica del Desarrollo (OECD).

En este apartado analizaremos las fuentes de financiamiento y los agentes financieros para México en el periodo de estudio.

Las fuentes de financiamiento se clasifican en: Fondos públicos, fondos privados y fondos internacionales.

Fondos Públicos: Se refiere a todos los cuerpos del gobierno, central, estatal, que están integrados en un rango variado de actividades como

⁴⁶ ONUSIDA, Medición del gasto en SIDA: Cuaderno de trabajo con los métodos, definiciones y procedimientos para la medición de los flujos de financiamiento y gasto nacional en VIH/SIDA. 2005. Pág. 18

administración, defensa, salud, educación y otros servicios sociales, promoción del crecimiento económico y bienestar, y desarrollo tecnológico; que asignan recursos a los agentes financieros para acciones contra el VIH/SIDA. En el ejemplo, de *Gobierno Central* basa su financiamiento en los impuestos, y créditos, parte de los cuales son transferidos de uno a otro nivel gubernamental. La Secretaría de Hacienda y Crédito Público transfiere recursos a la Secretaría de Salud.

Los *Gobiernos Subnacionales* asignan el presupuesto a las Secretarías de Salud en sus respectivos estados.

La *Seguridad Social* cuentan con financiamiento diversos: en el caso del IMSS cuenta con un régimen de financiamiento tripartita, en donde participan el Estado, los trabajadores y los empresarios. El ISSSTE, PEMEX y SEDENA tienen un régimen de financiamiento bipartita entre el gobierno y sus trabajadores. En los fondos públicos, solamente se ve reflejado las transferencias que ejerce el gobierno central a los fondos de la seguridad social.

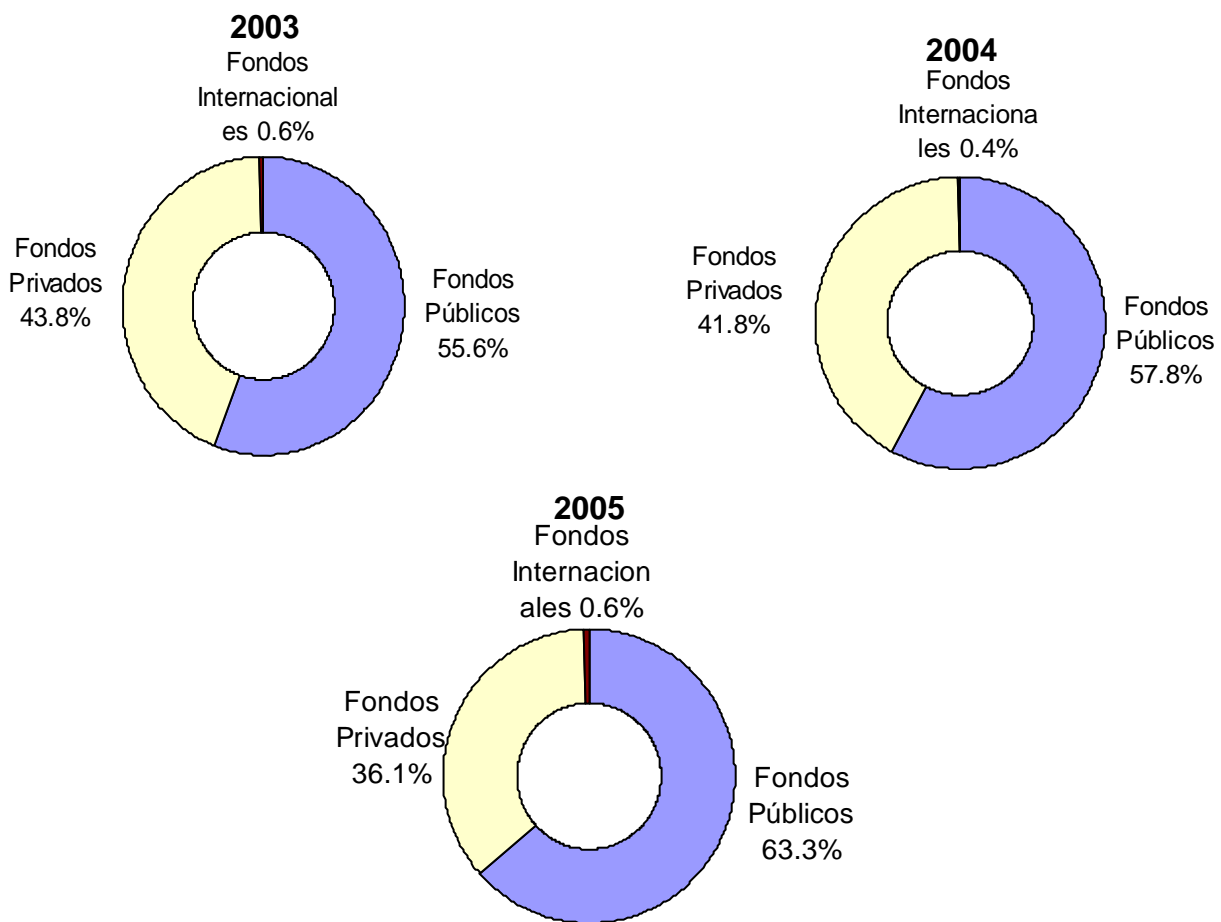
Fondos Privados: Están conformados por los fondos del empleador dirigidos a los fondos de la seguridad social, fondo de los hogares a través de pagos de bolsillo, cuotas de recuperación y aportaciones a los fondos de la seguridad social; instituciones sin fines de lucro que atienden individuos, y otros fondos privados que provienen de empresas.

Fondos Internacionales: Son recursos que se originan en el exterior del país y que son ejecutados en el año en curso. Está conformado por las contribuciones bilaterales directas, fondos provenientes de agencias multilaterales, organizaciones internacionales sin fines de lucro y entidades extranjeras con fines de lucro.

En México la principal fuente de financiamiento corresponde a los fondos públicos con un peso del 55.6% para el año 2003, y del 63.3% para el 2005. La fuente privada de aportación de recursos para el gasto total en

VIH/SIDA disminuye de 43.8% en el 2003 a 36.1% en el 2005, sin embargo, es importante señalar que esta disminución no se debe a una reducción de los fondos privados, sino a un aumento de la participación de los fondos públicos para estos años. Las aportaciones internacionales siguen siendo marginales al compararlas con las otras dos fuentes, representando menos de un punto porcentual para los tres años, (ver figura 1, y cuadro 2).

Figura 1
Distribución porcentual de las fuentes de financiamiento del VIH/SIDA
México, 2003-2005



Fuente: CENSIDA. MEGAS 2003-2005. Secretaría de Salud. México, 2006.

Cuadro 2
Distribución del financiamiento por fuente y por año
2003-2005
Millones de USD

Año	Fondos Públicos		Fondos Privados		Fondos Internacionales		Total	
	USD	%	USD	%	USD	%	USD	%
2003	\$112.4	55.6	\$88.6	43.8	\$1.1	0.6	\$202.1	\$100.0
2004	\$119.3	57.8	\$86.3	41.8	\$0.8	0.4	\$206.4	\$100.0
2005	\$172.2	63.3	\$98.2	36.1	\$1.5	0.6	\$271.9	\$100.0

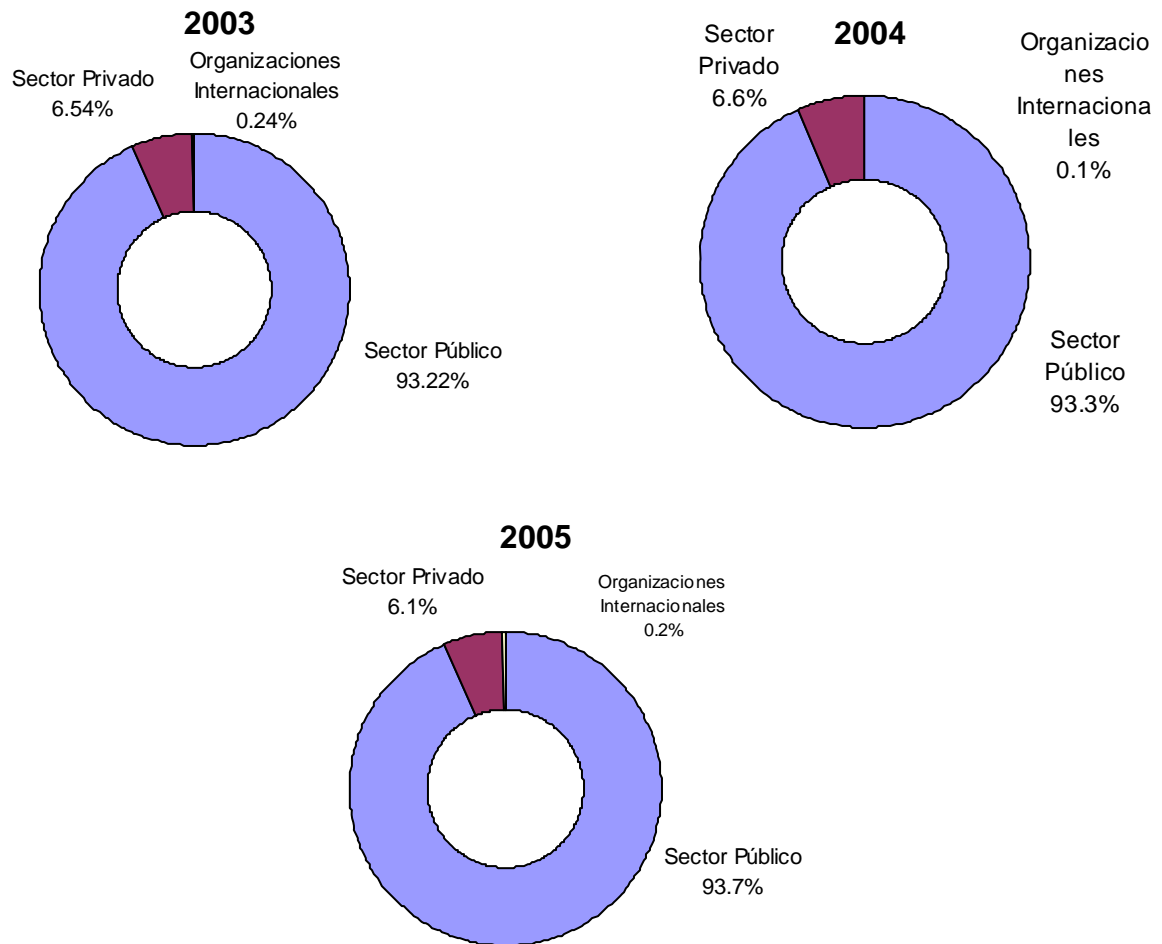
Fuente: CENSIDA. MEGAS 2003-2005. Secretaría de Salud. México, 2006.

Tipo de cambio promedio durante el año de estimación: 2003, \$10.79; 2004, \$11.29; 2005, \$10.90. Fuente: Banco de México. www.banxico.org.mx

Los agentes financieros son las entidades que concentran recursos de las diferentes fuentes financieras, y lo transfieren para el pago o compra de bienes y servicios.

Los agentes financieros se clasifican en: Sector público; Fondos de seguridad social; y Sector privado y Organizaciones internacionales. El principal agente financiero en VIH/SIDA en México es el sector público (2003: 93.2%; 2004: 93.3%, y 2005: 93.7%), esto quiere decir que los gobiernos central y estatales a través de sus diferentes estructuras institucionales como la Secretaria de Salud, y las dependencias de Salud Estatales; así como los fondos de la seguridad social, son los que captan casi la totalidad de los recursos provenientes de las fuentes anteriormente mencionadas. Estas entidades que conforman el sector público son las responsables de las decisiones programáticas de los recursos del VIH/SIDA. En México, la mayor parte de los fondos públicos y privados son absorbidos por el sector público (Fondos Público: 2003 y 2004: 99.7%; 2005: 99.9%; y Fondos privados: 2003: 86.2%; 2004: 85.4%; y 2005: 84.2%); así como los fondos provenientes del sector externo, son captados por el sector privado y las organizaciones internacionales (2003: 55.1 y 44.9%, respectivamente; 2004: 74.8 y 25.2%, respectivamente; y 2005: 60.5 y 39.5%, respectivamente), (ver figura 2, cuadro 3).

Figura 2
Distribución porcentual de los agentes financieros del VIH/SIDA
México, 2003 - 2005



Fuente: CENSIDA. MEGAS 2003-2005. Secretaría de Salud. México, 2006.

Cuadro 3
Distribución de los fondos del financiamiento a los agentes financieros, México,
2003-2005
Millones de USD

Agentes Financieros	Fuentes de Financiamiento							
	Fondos Públicos		Fondos Privados		Fondos Internacionales		Total	
2003	USD	%	USD	%	USD	%	USD	%
Sector Público	\$112.0	99.7	\$76.4	86.2	\$0.0	0.0	\$188.4	93.2
Sector Privado	\$0.4	0.3	\$12.2	13.8	\$0.6	55.1	\$13.2	6.5
Organizaciones Internacionales	\$0.0	0.0	\$0.0	0.0	\$0.5	44.9	\$0.5	0.2
Total	\$112.4	100.0	\$88.6	100.0	\$1.1	100.0	\$202.1	100.0
2004	USD	%	USD	%	USD	%	USD	%
Sector Público	\$118.9	99.7	\$73.7	85.4	\$0.0	0.0	\$192.6	93.3
Sector Privado	\$0.4	0.3	\$12.6	14.6	\$0.6	74.8	\$13.6	6.6
Organizaciones Internacionales	\$0.0	0.0	\$0.0	0.0	\$0.2	25.2	\$0.2	0.1
Total	\$119.3	100.0	\$86.3	100.0	\$0.8	100.0	\$206.4	100.0
2005	USD	%	USD	%	USD	%	USD	%
Sector Público	\$172.0	99.9	\$82.7	84.2	\$0.0	0.0	\$254.7	93.7
Sector Privado	\$0.1	0.1	\$15.6	15.8	\$0.9	60.5	\$16.6	6.1
Organizaciones Internacionales	\$0.0	0.0	\$0.0	0.0	\$0.6	39.5	\$0.6	0.2
Total	\$172.2	\$100.0	\$98.2	100.0	\$1.5	100.0	\$271.9	100.0

Fuente: CENSIDA. MEGAS 2003-2005. Secretaría de Salud. México, 2006.

Tipo de cambio promedio durante el año de estimación: 2003, \$10.79; 2004, \$11.29; 2005, \$10.90. Fuente: Banco de México. www.banxico.org.mx

El agente financiero clasificado como sector público (*gasto público*) lo conforman: la Seguridad Social (fondos de la seguridad social) que es el principal agente en la medida que concentra el porcentaje mayor de los fondos para el gasto en VIH/SIDA (2003: 57.6%; 2004: 54.8%; y 2005: 46.7%). En términos absolutos, los Gobiernos Central y Subnacionales han incrementado su participación en 70% entre el 2003 y 2005, mientras que para la Seguridad Social el aumento fue de 9%. En el caso de los Gobiernos Central y Subnacionales el incremento en los montos totales se explica por el aumento en el acceso a tratamiento antirretroviral, (ver cuadro 4).

Cuadro 4								
Distribución del gasto público en VIH/SIDA, según agente financiero México, 2003-2005								
Millones de USD								
Año	Gobierno Central		Gobierno Estatal/provincial		Fondos de seguridad social		Total (Gasto Público)	
	USD	%	USD	%	USD	%	USD	%
2003	\$38.7	20.5	\$41.2	21.9	\$108.5	57.6	\$188.4	\$100.0
2004	\$41.5	21.5	\$45.5	23.7	\$105.5	54.8	\$192.6	\$100.0
2005	\$74.1	29.0	\$61.8	24.3	\$118.8	46.7	\$254.7	\$100.0

Fuente: CENSIDA. MEGAS 2003-2005. Secretaría de Salud. México, 2006.

Tipo de cambio promedio durante el año de estimación: 2003, \$10.79; 2004, \$11.29; 2005, \$10.90. Fuente: Banco de México. www.banxico.org.mx

Al analizar el gasto *privado* se observa que son los hogares, a través de los llamados fondos virtuales de hogares para pagos de bolsillo, quienes tienen un mayor impacto dentro del mismo (2003: 68.1%; 2004: 67.3%; y 2005: 63.9%), y aunque su peso porcentual se reduce 4 puntos, en términos absolutos aumenta en 17.9%. La participación porcentual de las instituciones sin fines de lucro, dentro de las cuales se encuentran las OSC, se mantiene relativamente estable en los años de estudio (2003: 16.9%; 2004: 17.4%; y 2005: 15.4%). Las Organizaciones privadas no paraestatales y empresas; tienen un aumento en términos absolutos como relativos, de 73.2% de 2003 a 2005., (ver cuadro 5).

Cuadro 5								
Distribución del gasto privado, según agente financiero, México, 2003-2005								
Millones de USD								
Año	Fondo Virtual de Hogares para Pagos de Bolsillo		Instituciones sin fines de lucro		Organizaciones privadas no paraestatales y empresas		Total (Gasto Privado)	
	USD	%	USD	%	USD	%	USD	%
2003	\$9.0	68.1	\$2.2	17.0	\$2.0	14.9	\$13.2	\$100.0
2004	\$9.2	67.3	\$2.4	17.4	\$2.1	15.3	\$13.6	\$100.0
2005	\$10.6	63.9	\$2.6	15.4	\$3.4	20.7	\$16.6	\$100.0

Fuente: CENSIDA. MEGAS 2003-2005. Secretaría de Salud. México, 2006.

Tipo de cambio promedio durante el año de estimación: 2003, \$10.79; 2004, \$11.29; 2005, \$10.90. Fuente: Banco de México. www.banxico.org.mx

Por último, la participación de las organizaciones internacionales en México es la que tiene menos peso en el monto total del gasto nacional en

VIH/SIDA (2003: 0.2%; 2004: 1.0% y; 2005: 0.2%), cabe resaltar que, durante el 2003 y 2004, la mayor participación en la conducción del gasto en este sector son las agencias bilaterales, quienes representaron el 74,0 y 93.2%, respectivamente; sin embargo, para el 2005, las organizaciones internacionales sin fines de lucro, tienen reciben la mayor parte de los recursos (56.2%), (ver cuadro 6).

Cuadro 6								
Distribución del gasto externo, según agente financiero, México, 2003-2005								
Millones de USD								
Año	Agencias bilaterales		Agencias multilaterales		Organizaciones internacionales sin fines de lucro		Total (Gasto Externo)	
	USD	%	USD	%	USD	%	USD	%
2003	\$0.4	74.0	\$0.0	0.0	\$0.1	26.0	\$0.5	\$100.0
2004	\$0.2	93.2	\$0.0	0.0	\$0.0	6.8	\$0.2	\$100.0
2005	\$0.2	34.3	\$0.1	9.5	\$0.3	56.2	\$0.6	\$100.0

Fuente: CENSIDA. MEGAS 2003-2005. Secretaría de Salud. México, 2006.

Tipo de cambio promedio durante el año de estimación: 2003, \$10.79; 2004, \$11.29; 2005, \$10.90. Fuente: Banco de México. www.banxico.org.mx

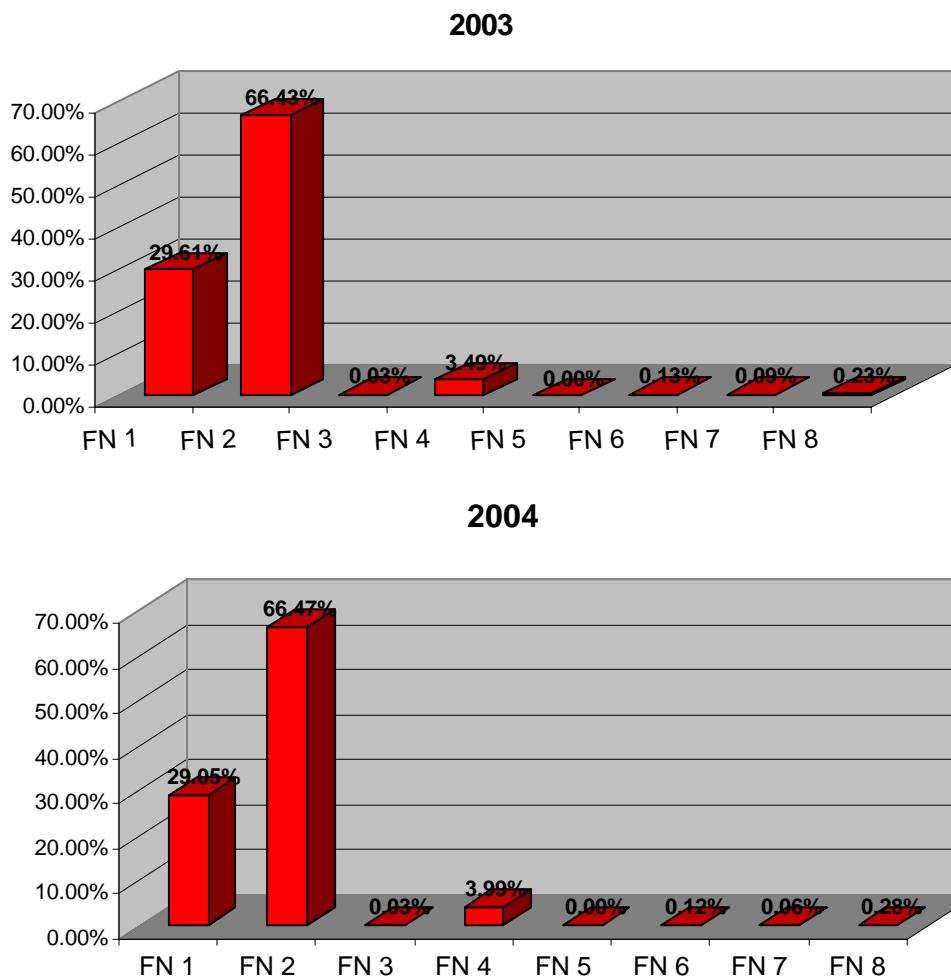
Distribución del gasto en Funciones para la Medición del Gasto en SIDA (MEGAS)

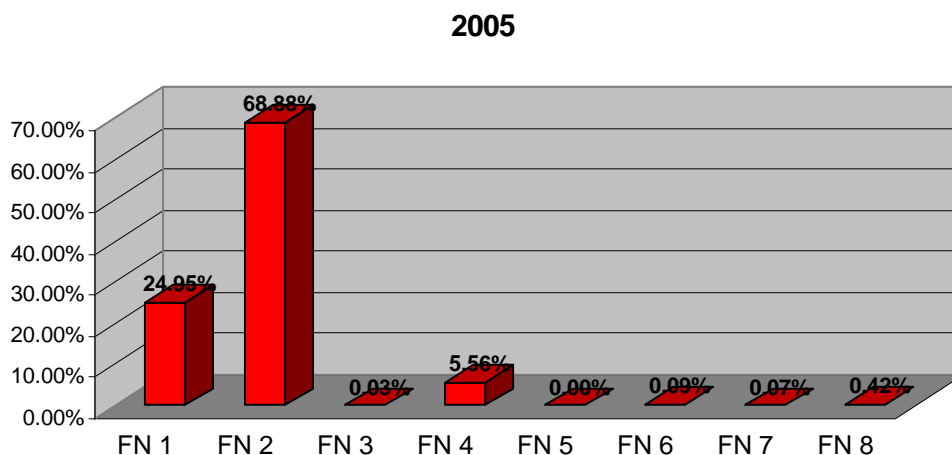
La metodología de MEGAS, propone una clasificación del gasto en ocho áreas programáticas (funciones):

- FN 1 Programas de prevención
- FN 2 Tratamiento y componentes de atención
- FN 3 Huérfanos y niños vulnerables (HNV)
- FN 4 Desarrollo de programa/costos de apoyo al programa
- FN 5 Incentivos para reclutar y retener recursos humanos para SIDA
- FN 6 Mitigación social
- FN 7 Desarrollo comunitario y ambiente mejorado para reducir vulnerabilidad
- FN 8 Investigación relacionada a VIH/SIDA (excluyendo la investigación de operaciones).

Independientemente del año de estudio, se puede observar que, alrededor de dos terceras partes del gasto total en VIH/SIDA, se dirigieron al tratamiento y componentes de la atención. La prevención ocupa entre el 25 y 30% del gasto total; y las acciones para el desarrollo de programa, aunque con una participación mucho menor, ocupan la tercera posición (2003: 3.5%; 2004: 4.0%; 2005: 5.6%); las demás categorías tienen una participación menor a 1%, (ver figura 3).

Figura 3
Distribución porcentual del gasto total en VIH/SIDA, por funciones
México, 2003 - 2005





Fuente: CENSIDA. MEGAS 2003-2005. Secretaría de Salud. México, 2006.

El principal agente financiero en prevención y atención es el sector público; con el 83.7% del gasto total en prevención, y el 98.9% del gasto de atención. El gasto del sector privado y el externo, se dirige principalmente a los programas de prevención (85.0-87.0% del gasto total del sector privado, y el 100% del sector externo), (ver cuadro 7).

En el mismo cuadro, en la FN 5, que se refiere a incentivos para reclutar y retener recursos humanos para SIDA, se observa que son cero. La explicación de esto es que los componentes de esta función según la clasificación MEGAS, se refieren exclusivamente a incentivos monetarios para personal médico y/o administrativo que realiza actividades referentes al VIH/SIDA, como una estrategia para atraer y retener recursos humanos para salud. En México, es muy difícil identificar estos incentivos, dentro de las entrevistas de trabajo que se realizaron para el desarrollo de este estudio, con diversas instituciones de salud, OSC, etc. lo que no significa que no existan tales incentivos.

Cuadro 7									
Distribución del gasto en VIH/SIDA por funciones, según el agente financiero									
México, 2003 - 2005									
Millones de USD									
Funciones	2003			2004			2005		
	Sector Público	Sector Privado	Org. Int.	Sector Público	Sector Privado	Org. Int.	Sector Público	Sector Privado	Org. Int.
FN 1	\$50,1	\$9,5	\$0,3	\$50,3	\$9,6	\$0,1	\$56,8	\$10,9	\$0,2
FN 2	\$132,8	\$1,5	\$0,0	\$135,7	\$1,5	\$0,00	\$185,3	\$2,0	\$0,002
FN 3	\$0,00	\$0,1	\$0,0	\$0,0	\$0,1	\$0,00	\$0,0	\$0,1	\$0,0
FN 4	\$5,4	\$1,6	\$0,1	\$6,5	\$1,7	\$0,1	\$12,4	\$2,6	\$0,1
FN 5	-	-	-	-	-	-	-	-	-
FN 6	\$0,003	\$0,3	\$0,0	\$0,004	\$0,3	\$0,0	\$0,004	\$0,2	\$0,0
FN 7	\$0,00	\$0,2	\$0,0	\$0,0	\$0,1	\$0,0	\$0,0	\$0,2	\$0,0
FN 8	\$0,2	\$0,2	\$0,1	\$0,2	\$0,4	\$0,01	\$0,2	\$0,6	\$0,3
Total	\$188,4	\$13,2	\$0,5	\$192,56	\$13,64	\$0,21	\$254,74	\$16,59	\$0,59

Fuente: CENSIDA. MEGAS 2003-2005. Secretaría de Salud. México, 2006.

Nota: (-) No disponible

Programas de prevención

Las estrategias de los programas de prevención están dirigidas a reducir los comportamientos de riesgo, disminuir las infecciones por VIH. Los componentes de la FN 1, que refieren el gasto en programas de prevención son los siguientes:

FN 1.1. Información para la concientización general a través de los medios de comunicación
 FN 1.2. Movilización comunitaria
 FN 1.3 Consejería y prueba voluntaria
 FN 1.4 Jóvenes en la escuela (6-11 y 12-15 años), primaria y secundaria
 FN 1.5. Jóvenes fuera de la escuela
 FN 1.6 Programas dirigidos a trabajadoras sexuales y sus clientes
 FN 1.7 Programas dirigidos a trabajadores sexuales masculinos y sus clientes.
 FN 1.8 Programas dirigidos a hombres que tienen sexo con hombres (HSH)
 FN 1.9 Programas dirigidos a personas

FN 1.13 Prevención para poblaciones específicas "accesibles"
 FN 1.14 Mercadeo social de condones
 FN 1.15 Suministro de condones al sector público y comercial
 FN 1.16 Condones Femeninos
 FN 1.17 Microbicidas
 FN 1.18 Mejorar el manejo de las ITS
 FN 1.19 Prevención de la transmisión vertical
 FN 1.20 Sangre segura
 FN 1.21 Profilaxis post exposición

transgénero

FN 1.10 Programas de reducción de riesgo para usuarios de drogas intravenosas (UDI)

FN 1.11 Programas en el lugar de trabajo

FN 1.12 Programas de prevención para personas que viven con VIH

FN 1.22 Inyecciones seguras

FN 1.23 Precauciones universales

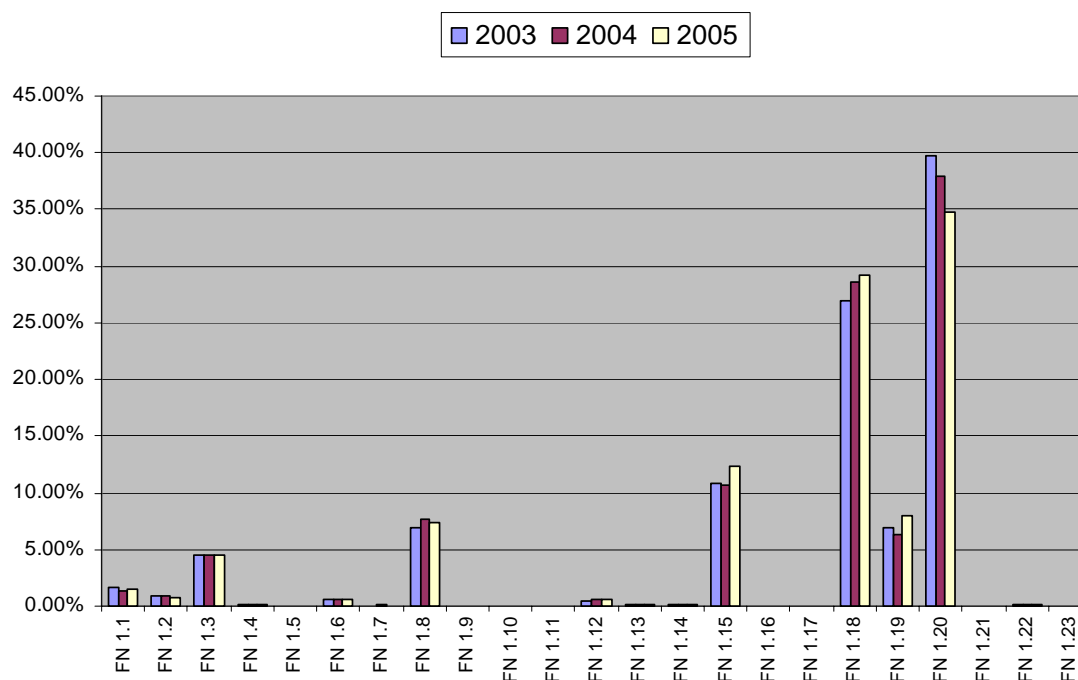
De los componentes de prevención, el mayor gasto se realiza en sangre segura, en actividades que apoyan al programa nacional de la transmisión sanguínea y los costos que tiene el análisis de las unidades sanguíneas en los bancos de sangre, con entre 34.8- 39.8% del gasto total en prevención (2003: 39.8%; 2004: 37.9%; y 2005: 34.8%).

El segundo mayor gasto en prevención se realiza en el mejoramiento del manejo de las ITS, que se refiere a actividades que incluyen prevención y servicios de atención, diagnóstico y tratamiento de infecciones de transmisión sexual (las ITS que comprende la metodología MEGAS son: sífilis, gonorrea, herpes, candidiasis y tricomoniasis); con entre el 26.9-29.1% del gasto total en prevención (2003: 26.9%; y 2004: 28.6% y 2005: 29.1%).

El suministro de condones al sector público y comercial, ocupa la tercera posición, entre el 10.8- 12.3% del gasto en prevención (2003: 10.8%; 2004: 10.8%; y 2005: 12.3%)

Cabe destacar que, el cuarto y quinto lugar, se refiere a acciones en grupos específicos: la prevención de la transmisión vertical (2003: 7.0%; 2004: 6.4%; y 2005: 8.0%), y los programas dirigidos a hombres que tienen sexo con hombres (HSH), (2003: 6.9%; 2004: 7.6%; y 2005: 7.4%), (ver figura 4).

Figura 4
Distribución porcentual del gasto total en prevención del VIH/SIDA, por
funciones
México, 2003 - 2005



Fuente: CENSIDA. MEGAS 2003-2005. Secretaría de Salud. México, 2006.

Tratamiento y componentes de atención

Los gastos, compras, transferencias e inversiones dirigidos para proveer tratamiento, MEGAS los clasifica de la siguiente manera:

- FN 2.1 Pruebas diagnósticas iniciadas por el proveedor
- FN 2.2 Antiretrovirales
- FN 2.3 Apoyo nutricional asociado al TARV
- FN 2.4 Profilaxis para infecciones oportunistas
- FN 2.5 Tratamiento para infecciones oportunistas
- FN 2.6 Tratamiento en hospitales y atención
- FN 2.7 Monitoreo de laboratorio
- FN 2.8 Cuidado Paliativo
- FN 2.9 Proveedores informales y

alternativos

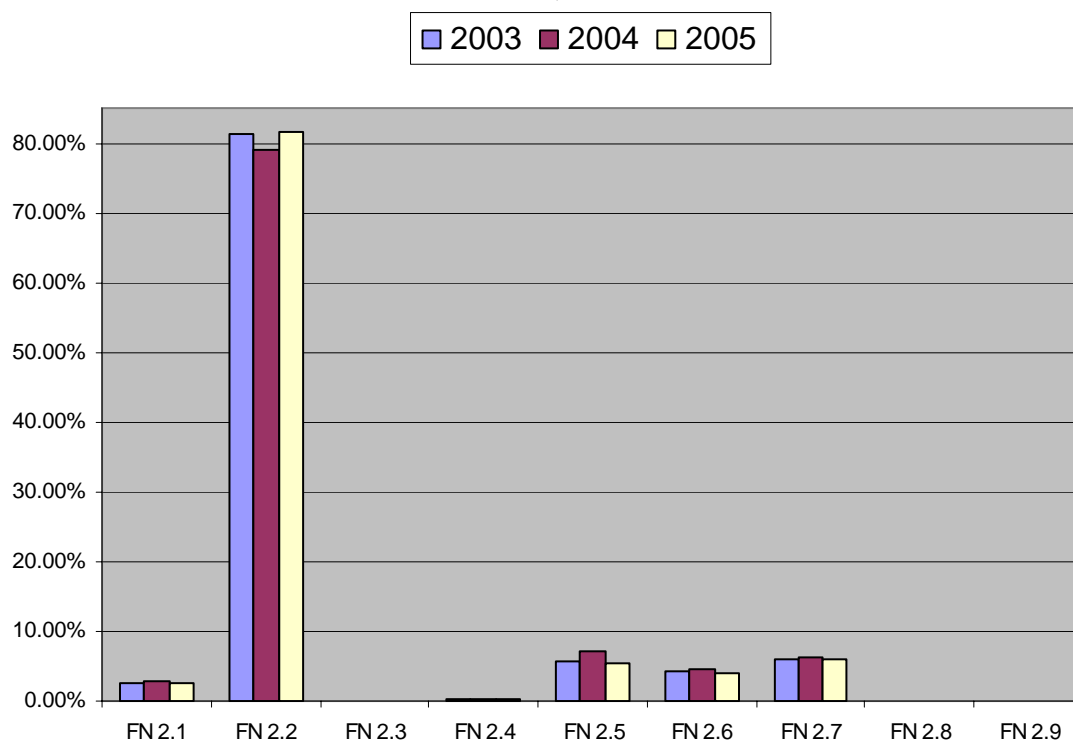
Los medicamentos antiretrovirales son la categoría más importante del gasto total en salud para VIH/SIDA: en el 2003 representó 54.1% del gasto total en VIH/SIDA; en el 2004 el 52.5%; y en el 2005: 56.1%).

Al interior del área de tratamiento y componentes de atención, el gasto principal se realiza en medicamentos antiretrovirales con entre el 79 y el 81% del gasto total en atención (2003: 81%; 2004: 79%; y 2005: 81%). Le siguen en orden de importancia, los gastos en tratamiento de infecciones oportunistas con entre 5-7% del gasto total en atención (2003: 6%; 2004: 7%; y 2005: 5%), y el monitoreo de laboratorio para pacientes, con 6%, en los tres años de estudio. Los montos del gasto en infecciones oportunistas no han disminuido, sin embargo, si disminuyó su contribución porcentual en relación con el gasto total, (ver figura 5).

Figura 5

Distribución porcentual del gasto total en atención del VIH/SIDA, por funciones

México, 2003 - 2005



Fuente: CENSIDA. MEGAS 2003-2005. Secretaría de Salud. México, 2006.

Desarrollo de programa y costos de apoyo al programa

Los gastos de programa se definen como los gastos que incurren los niveles administrativos fuera de la entrega de cuidados de salud. Es importante notar que incorporar este componente en la medición del gasto es interesante para dimensionar los recursos necesarios para proveer los servicios y bienes que actualmente se brindan.

Los componentes del desarrollo de los programas, se clasifican de la siguiente manera:

- FN 4.1 Gerencia y coordinación del programa
- FN 4.2 Abogacía y comunicaciones
- FN 4.3 Monitoreo y evaluación
- FN 4.4 Investigación de operaciones
- FN 4.5 Vigilancia
- FN 4.6 Capacitación
- FN 4.7 Logística y suministros, incluso transporte.
- FN 4.8 Supervisión de programas y apoyo a programas para el seguimiento de pacientes
- FN 4.9 Vigilancia de resistencia a medicamentos para VIH
- FN 4.10 Actualización de la infraestructura del laboratorio
- FN 4.11 Construcción de nuevos centros de salud

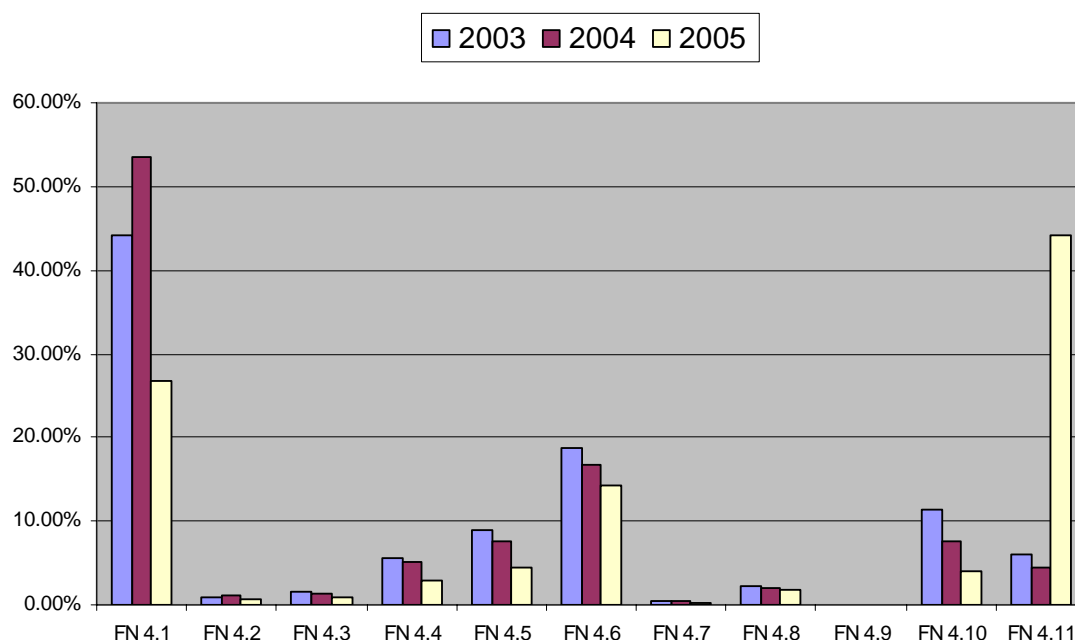
Esta área presenta mucha variabilidad al interior de las funciones que lo comprenden, sin embargo, podemos observar que para los años 2003 y 2004, el gasto más grande se realizó en lo que compete a gerencia y coordinación de los programas (FN 4.1), que se refiere a las actividades a nivel administrativo, también incluye información para el desarrollo y diseminación de mejores prácticas para mejorar la eficiencia de los programas.

Para el año 2005, se observa un incremento sustancial en la participación del gasto en construcción de nuevos centros de salud (FN 4.11), hasta convertirla en la función principal de esta área, lo cual se debe a las aportaciones

federales y estatales para la construcción y equipamiento de los Centros Ambulatorios de Prevención y Atención en Sida e Infecciones de Transmisión Sexual (CAPASITS).

Las demás funciones de este componente del gasto, no disminuyeron en sus montos, aunque en su participación porcentual dentro del gasto lo haya hecho, (ver figura 6).⁴⁷

Figura 6
Distribución porcentual del gasto total en desarrollo y costos de apoyo al
programa de VIH/SIDA, por funciones
México, 2003 - 2005



Fuente: CENSIDA. MEGAS 2003-2005. Secretaría de Salud. México, 2006

Poblaciones Beneficiarias

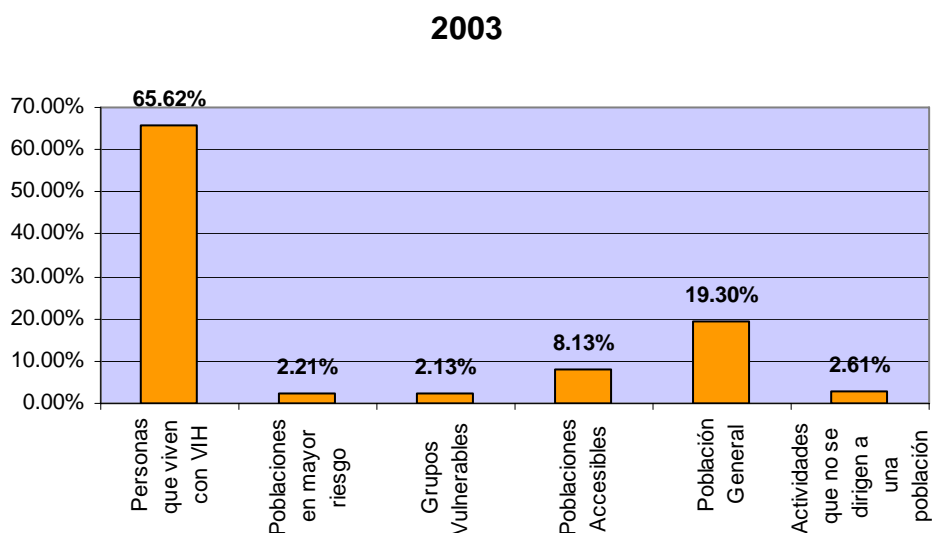
La población beneficiada no es igual a una meta esperada, son personas que realmente han sido beneficiadas o atendidas a través de gastos en bienes y servicios de VIH/SIDA. Los segmentos de la población que se benefician de los bienes, servicios y actividades incluidos en la respuesta nacional al VIH/SIDA

⁴⁷ Ver Apéndice. Matrices 2003 – 2005. Fuente a Agente.

en este estudio se clasifican de la siguiente forma: Personas que viven con VIH/SIDA, poblaciones en mayor riesgo⁴⁸, grupos vulnerables⁴⁹, poblaciones específicas accesibles⁵⁰, población general.

Se puede observar claramente que independientemente del año de estudio, la mayor parte de los recursos están dirigidos a personas viviendo con VIH/SIDA, lo cual se explica por los gastos en el tratamiento y los componentes de atención que están dirigidos al mismo, (ver figura 7).

Figura 7
Distribución porcentual del gasto total VIH/SIDA, por poblaciones
beneficiadas
México, 2003 - 2005

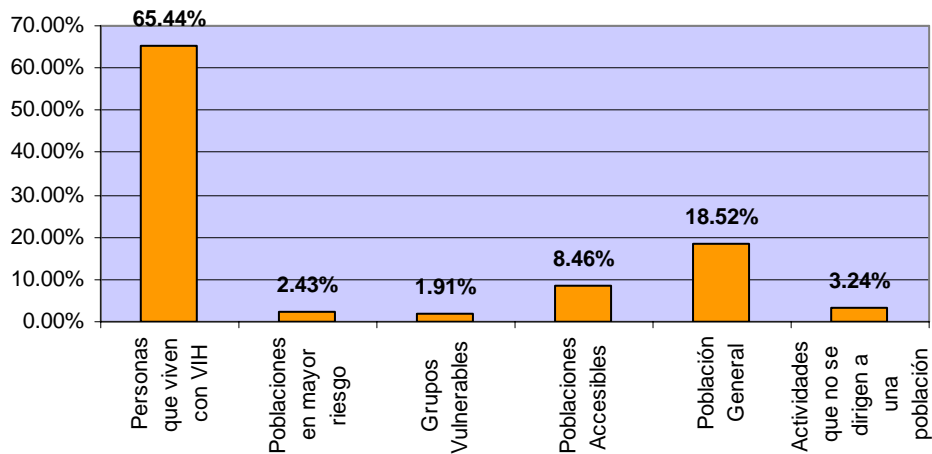


⁴⁸ Esta clasificación comprende a usuarios de drogas intravenosas (UDI), trabajadoras sexuales (TCS), hombres que tienen sexo con hombres (HSH).

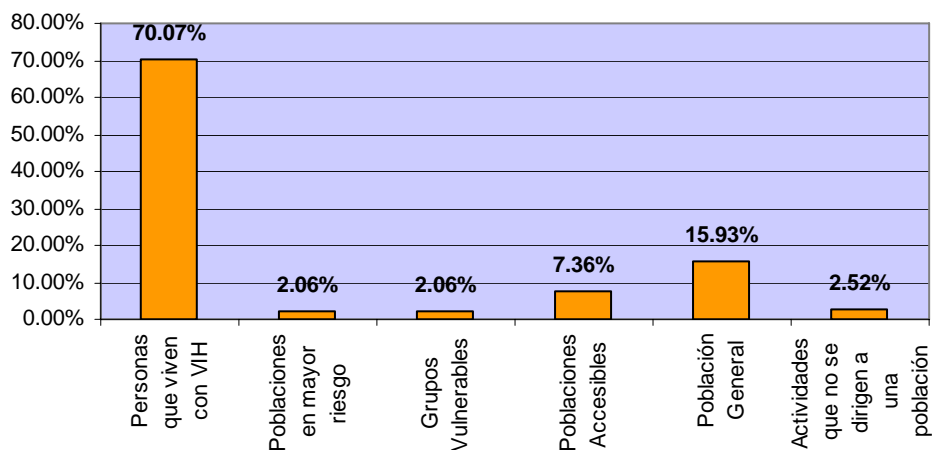
⁴⁹ Esta clasificación comprende a huérfanos y niños vulnerables (HNV), niños por nacer cuyas madres viven con VIH, migrantes, refugiados y personas desplazados internamente, prisioneros, hombres y mujeres separados de sus familias, mujeres y niños afectados por el tráfico de personas y violencia, jóvenes en riesgo viviendo en la calle, jóvenes fuera de la escuela, jóvenes institucionalizados en centros para menores, parejas de personas que viven con VIH.

⁵⁰ Pacientes de clínicas de ITS, niños en la escuela, jóvenes en el colegio, trabajadores migrantes, choferes, mujeres que asisten a clínicas de salud, militares, policía, marinos, trabajadores de los servicios de salud.

2004



2005



Fuente: CENSIDA. MEGAS 2003-2005. Secretaría de Salud. México, 2006

Para fines de MEGAS, es necesario que la clasificación del gasto sea de acuerdo a la intencionalidad del mismo, es decir, no es válido únicamente realizar supuestos sobre el perfil de los beneficiarios, sino se debe verificar con los proveedores de los servicios que se han otorgado efectivamente a estas poblaciones.

Como se mencionó anteriormente gran parte del gasto total está dirigido al tratamiento y los componentes de atención (FN 2), y la mayor parte de ese gasto la población beneficiada son las personas que viven con VIH, sin embargo, hay otros componentes del gasto que es importante analizar más a

detalle. En el Cuadro 8, se puede observar la distribución del gasto total en VIH/SIDA, para cada uno de los capítulos de las funciones MEGAS y por cada uno de los grupos beneficiarios. El gasto en prevención (FN1), es el rubro donde se destina el mayor gasto después de el tratamiento, al interior de este capítulo el grupo absorbe el mayor gasto es la población general.

Cuadro 8							
Distribución del Gasto Total en VIH/SIDA, por capítulos de las funciones y grupo beneficiario. México, 2003-2005							
Millones de USD							
2003							
Funciones	Personas que viven con VIH	Poblaciones en mayor riesgo	Grupos Vulnerables	Poblaciones Accesibles	Población General	Actividades que no se dirigen a una población	Total
FN 1	\$1.0	\$4.5	\$4.2	\$15.2	\$34.8	\$0.2	\$59.8
FN 2	\$131.0	\$0.0	\$0.0	\$0.0	\$3.3	\$0.0	\$134.2
FN 3	\$0.0	\$0.0	\$0.1	\$0.0	\$0.0	\$0.0	\$0.1
FN 4	\$0.4	\$0.0	\$0.0	\$1.2	\$0.7	\$4.7	\$7.1
FN 5	\$0.0	\$0.0	\$0.0	\$0.0	\$0.0	\$0.0	\$0.0
FN 6	\$0.0	\$0.0	\$0.0	\$0.0	\$0.2	\$0.0	\$0.3
FN 7	\$0.0	\$0.0	\$0.0	\$0.0	\$0.0	\$0.2	\$0.2
FN 8	\$0.2	\$0.0	\$0.0	\$0.0	\$0.1	\$0.2	\$0.5
Total	\$132.6	\$4.5	\$4.3	\$16.4	\$39.0	\$5.3	\$202.1
2004							
FN 1	\$1.1	\$5.0	\$3.9	\$16.2	\$33.7	\$0.2	\$60.0
FN 2	\$133.4	\$0.0	\$0.0	\$0.0	\$3.9	\$0.0	\$137.2
FN 3	\$0.0	\$0.0	\$0.1	\$0.0	\$0.0	\$0.0	\$0.1
FN 4	\$0.5	\$0.0	\$0.0	\$1.3	\$0.5	\$6.0	\$8.2
FN 5	\$0.0	\$0.0	\$0.0	\$0.0	\$0.0	\$0.0	\$0.0
FN 6	\$0.0	\$0.0	\$0.0	\$0.0	\$0.2	\$0.0	\$0.3
FN 7	\$0.0	\$0.0	\$0.0	\$0.0	\$0.0	\$0.1	\$0.1
FN 8	\$0.2	\$0.0	\$0.0	\$0.0	\$0.0	\$0.4	\$0.6
Total	\$135.1	\$5.0	\$3.9	\$17.5	\$38.2	\$6.7	\$206.4
2005							
FN 1	\$1.1	\$5.4	\$5.5	\$17.9	\$37.7	\$0.2	\$67.8
FN 2	\$182.3	\$0.0	\$0.0	\$0.0	\$5.0	\$0.0	\$187.3
FN 3	\$0.0	\$0.0	\$0.1	\$0.0	\$0.0	\$0.0	\$0.1
FN 4	\$6.9	\$0.0	\$0.0	\$2.0	\$0.4	\$5.8	\$15.1
FN 5	\$0.0	\$0.0	\$0.0	\$0.0	\$0.0	\$0.0	\$0.0
FN 6	\$0.0	\$0.0	\$0.0	\$0.0	\$0.2	\$0.0	\$0.2
FN 7	\$0.0	\$0.0	\$0.0	\$0.0	\$0.0	\$0.2	\$0.2
FN 8	\$0.2	\$0.2	\$0.1	\$0.1	\$0.0	\$0.6	\$1.1
Total	\$190.5	\$5.6	\$5.6	\$20.0	\$43.3	\$6.8	\$271.9

Fuente: CENSIDA. MEGAS 2003-2005. Secretaría de Salud. México, 2006.

Tipo de cambio promedio durante el año de estimación: 2003, \$10.79; 2004, \$11.29; 2005, \$10.90.

Fuente: Banco de México. www.banxico.org.mx

Al interior de los programas de prevención se observa que, para el periodo de análisis, la población general concentra el mayor porcentaje del gasto (entre el 55 y el 58%), en virtud de la función sangre segura (FN 1.20), que representa el mayor gasto en esta área.

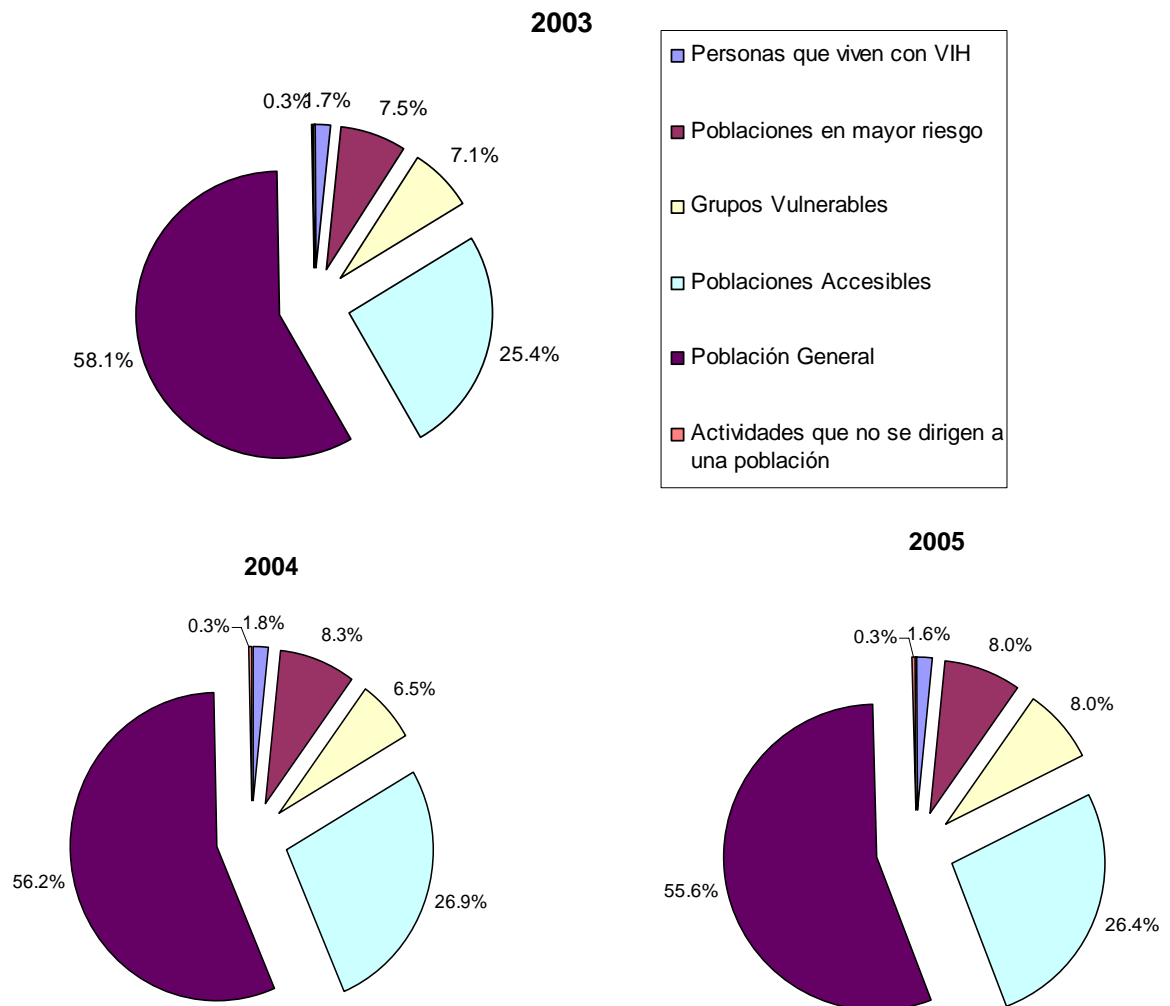
El siguiente grupo de población beneficiaria, lo constituyen las poblaciones accesibles, quienes representan alrededor de una cuarta parte del gasto total de los programas preventivos; lo anterior debido a que en este grupo se incluyen a los pacientes de clínicas de ITS, cuya función de atención “mejoramiento del manejo de las ITS”, representa el segundo mayor gasto en prevención.

Asimismo, los grupos con mayor riesgo y vulnerables ocupan la tercera posición, con entre 7 y 8% del gasto preventivo.

Es importante destacar que, las personas que viven con VIH, son la población más beneficiada en el área de atención, pero la última en prevención, (ver figura 8).

Los gastos dirigidos al capítulo desarrollo del programa (FN 4), el mayor porcentaje del gasto se clasifica en actividades que no se dirigen a una población, ya que la naturaleza de estos gastos es básicamente a nivel de servicios administrativos.

Figura 8
Distribución porcentual del gasto total de prevención del VIH/SIDA, por
poblaciones beneficiarias
México, 2003 -2005



Fuente: CENSIDA. MEGAS 2003-2005. Secretaría de Salud. México, 2006

4. CONCLUSIONES

Durante el periodo 19997-2005, el gasto en VIH/SIDA en México ha aumentado en 203.1%, al pasar de 89.7 millones de USD a 271.9 millones de USD. El principal incremento del gasto total en VIH/SIDA, se relaciona con el área de atención, el cual ascendió 278.4%, básicamente debido a la compra de medicamentos antiretrovirales, que tuvo un incremento de 842%. Por su parte, el área de la prevención ha crecido paulatinamente, ya que durante estos años aumentó en 98.2%.

Una de las aplicaciones de este tipo de estudio es comparar los resultados con los indicadores nacionales. El gasto nacional en VIH/SIDA en México en el año 2003 fue de 202.1 millones de USD, que representa el 0.52% del gasto nacional en salud para el mismo año, 93% del total del gasto en VIH/SIDA fue gasto público.

En México, el gasto realizado en VIH/SIDA, es básicamente ejercido por el sector público, y son los fondos públicos los que aportan los mayores recursos. Estos montos son dirigidos en su mayoría a los gastos en tratamiento y componentes de la atención del paciente que, en el año 2005, representaron 68.9% del gasto total. El gasto estimado en medicamentos antirretrovirales en México, se incrementó durante el periodo 2003-2005 en 41%; y en este último año, se invirtieron 152.6 millones de USD (\$1,663.24 millones de pesos mexicanos).

Es interesante destacar que, aún cuando en cifras absolutas existe un incremento en el gasto en prevención en VIH/SIDA en el país, en cifras relativas no sucede así, por el contrario, existe una tendencia a la disminución del porcentaje de participación en el gasto total. Lo anterior, en virtud del incremento acelerado del gasto en atención en el país, que no permite apreciar en términos relativos el crecimiento del gasto nacional en prevención del VIH/SIDA. Comparando los años que comprende este estudio (2003-2005), los gastos en prevención fueron 29.64% para 2003 y en el año 2005

de 24.95%. De estos gastos en prevención el 71% están dirigidos a sangre segura; consejería y prueba voluntaria, y tratamiento de ITS.

Si tomamos en cuenta únicamente los gastos ejercidos en prevención y atención del VIH/SIDA, la distribución porcentual nos indica una relación en el 2005 de 27 y 73% respectivamente, lo que nos indica que estamos aún lejos de alcanzar una distribución más equitativa de los recursos, tal como la sugerida por ONUSIDA (48% atención, y 52% prevención).

El análisis del gasto en prevención por población beneficiaria, sugiere un incremento anual en términos absolutos en todos los grupos específicos, sin embargo, se observa que los recursos para realizar estrategias educativas en grupos específicos, que llevan a evitar un número mayor de nuevas infecciones, son insuficientes para comenzar a reducir la propagación del VIH/SIDA en el país; en virtud de que la mayor parte del gasto en prevención se dirige a la detección del VIH y tratamiento de ITS.

Los gastos dirigidos al desarrollo de los programas, que representa la parte del gasto que incurren los niveles administrativos fuera de la entrega de cuidados de salud, como gerencia de los programas, monitoreo y evaluación, abogacía, creación y mejoramiento en instalaciones, para el año 2005 representó el 5.5% del gasto total, sin embargo, es relevante que tuvo un aumento entre el 2003 y el 2005 del 116%, lo que se debe en gran medida a la inversión en la construcción y equipamiento de los Centros Ambulatorios de Prevención y Atención en Sida e Infecciones de Transmisión Sexual (CAPASITS).

Las otras funciones (huérfanos y niños vulnerables; incentivos para reclutar y retener recursos humanos para SIDA; mitigación social; desarrollo comunitario y ambiente mejorado para reducir vulnerabilidad; e investigación relacionada al VIH/SIDA) para el año 2005 representaron 0.7% del gasto total en VIH/SIDA.

Dentro de las limitaciones que presenta la implementación de MEGAS en México, es contar con muy escasa información sobre las acciones diferentes al sector salud, como los gastos en educación, trabajo, justicia, y otros sectores.

Sin embargo, la metodología MEGAS, permite identificar de una mejor manera el flujo de financiamiento y el gasto, con lo cual ofrece la oportunidad de dimensionar más claramente la realidad económica que enfrenta la epidemia en nuestro país. Asimismo, esta metodología genera información más compatible con otras herramientas económicas que tienen como objetivo calcular el impacto del gasto en VIH/SIDA en el país. Lo anterior, será un gran apoyo para la toma de decisiones en la materia, al permitir la detección de necesidades, la elaboración de propuestas, y la asignación efectiva de los recursos en VIH/SIDA.

BIBLIOGRAFÍA

BANCO DE MÉXICO, tasa de cambio en www.bancomexico.gob.mx.

CENSIDA, UNFPA. Estudio Piloto: Cuentas Estatales en Salud en VIH/SIDA, Estado de México, 2003-2004. Resultados Preliminares. México, 2005.

CENSIDA/SECRETARÍA DE SALUD, y UNFPA. Estudio Piloto: Cuentas Estatales en Salud en VIH/SIDA, 2003-2004. México, 2005

CENSIDA/SECRETARÍA DE SALUD. Panorama Epidemiológico del VIH/SIDA e ITS en México. Diciembre 2005. Disponible en web: <http://www.salud.gob.mx/conasida/estadis/2005/dic05/panoramadic05.pdf>

CENSIDA, SECRETARÍA DE SALUD. Programa de Acción VIH/SIDA e ITS 2001-2006. México, 2002. p. 53

CENTRO NACIONAL DE LA TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA (CNTS), en www.ssa.gob.mx/unidades/cnts

CONASIDA/COMITÉ DE MONITOREO Y EVALUACIÓN. Boletín del Grupo de Información Sectorial en VIH/SIDA. Núm. 3. 2005.

CONTRERAS HERNÁNDEZ, IRIS. Costos médicos directos de la atención a pacientes con VIH/SIDA en el IMSS, Unidad de Investigación Económica del IMSS, Dirección de Planeación y Finanzas del IMSS, 2005.

CONSEJO NACIONAL DE POBLACIÓN (CONAPO). Proyecciones de población 2000 -2050 en www.conapo.gob.mx

DIRECCIÓN DE INFORMACIÓN EN SALUDE (DIS). SECRETARÍA DE SALUD. Boletín de Información Estadística 2003-2004. México.

GONTES M., RIVERA P., FUENTES M. Flujos de financiamiento y gasto en VIH/SIDA, Cuentas Nacionales 1999-2000. Izazola Licea, editor. SIDALAC /FUNSALUD/ CENSIDA. México 2002. p. 51

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL (IMSS). Informe Ejecutivo de los ingresos del IMSS. 2003.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA GEOGRAFÍA E INFORMÁTICA (INEGI), en www.inegi.gob.mx

INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO (ISSSTE). Presupuesto de ingresos ejercidos en el ISSSTE. Anuario Estadístico 2003. México, 2004.

MAGIS RODRÍGUEZ, CARLOS et. al. "El Gasto en Atención y Prevención del VIH/SIDA en México: Tendencias y Estimaciones 1997-2002". Publicado en: INSP. Salud Pública de México. Volumen 47, no. 5, septiembre-octubre 2005 p. 361-368

ONUSIDA. Medición del gasto en SIDA: Cuaderno de trabajo con los métodos, definiciones y procedimientos para la medición de los flujos de financiamiento y gasto nacionales VIH/SIDA, 2005. Versión preliminar. Programa Conjunto de las Naciones Unidas para VIH/SIDA. UNICEF, FONDO GLOBAL, PNUD, UNFPA, UNODC, OIT, UNESCO, OMS y Banco Mundial. p. 79

PETROLEOS MEXICANOS (PEMEX). www.pemex.com

QUINTERO FLORES, ALMA VIRIDIANA. Riesgos de Salud en el IMSS: costeo de los antiretrovirales, Tesis para la obtención del grado de Licenciatura en Actuaría. Facultad de Ciencias, UNAM, 2005. Versión preliminar

REDORTA Z., SAAVEDRA J., IZAZOLA LICEA J. Recursos públicos en VIH/SIDA y ETS. Análisis situacional en México 1995-1998. JA Saavedra, editor. SIDALAC/FUNSALUD/USAID/CONASIDA, 1999. p. 207

SAAVEDRA J., REDORTHA e., AVILA C. Cuentas Nacionales en VIH/SIDA. Estimación de flujos de financiamiento y gasto en VIH/SIDA, 1997-1998. JA Izazola Licea, editor. FUNSALUD/SIDALAC, ONUSIDA. México 1997-1998. 2000. p. 39

SAAVEDRA J., MAGIS C. Costos y gastos en la atención médica del SIDA.

Serie Ángulos del SIDA No. 1. CONASIDA, México 1998. p. 107

SECRETARÍA DE LA DEFENSA NACIONAL (SEDENA), www.sedena.gob.mx

SIDALAC, FUNSALUD. Guía Técnica para la Estimación de Cuentas Nacionales en VIH/SIDA. ISBN 968-5018-51-0, 2000. p. 144

UCSF, INSP. Prevent AIDS Network for Cost-Effectiveness Analysis (PANCEA), México, 2005. <http://hivinsite.ucsf.edu/InSite?page=pancea>