VIH/SIDA Y EL PRESUPUESTO FEDERAL

Balance de los recursos para combatir la epidemia

Gabriel Lara y Helena Hofbauer,
con la colaboración de Alicia Athié

4

VIH/SIDA Y EL PRESUPUESTO FEDERAL
Balance de los recursos para combatir la epidemia

Gabriel Lara y Helena Hofbauer, con la colaboración de Alicia Athié
Fundar, Centro de Análisis e Investigación, A. C.

Esta publicación forma parte de la serie: *Avances y retrocesos, una evaluación ciudadana del sexenio 2000-2006*
Coordinación de la serie: Helena Hofbauer y Verónica Zebadúa, Fundar, Centro de Análisis e Investigación, A. C.

Este trabajo se realizó gracias al apoyo de la Fundación Ford.

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

© 2006 Fundar, Centro de Análisis e Investigación, A. C.
Popotla 96-5. Col. Tizapán San Ángel. C. P. 01090, México D. F.

Impreso en México

Fundar, Centro de Análisis e Investigación, es una asociación civil plural, independiente, sin afiliación partidista y horizontal que busca avanzar hacia la democracia sustantiva. Fundar se dedica a la incidencia y monitoreo de políticas e instituciones públicas por medio de la investigación aplicada, la reflexión crítica y propositiva, la experimentación y la vinculación con actores civiles, sociales y gubernamentales.

El trabajo de Fundar parte de una concepción integral de los derechos humanos, del reconocimiento explícito de la necesidad de incorporar y promover la perspectiva de género, la participación ciudadana, la justicia social y la protección del medio ambiente. Estos principios se complementan con un esfuerzo por encontrar soluciones creativas a los problemas que el país enfrenta y formular propuestas caracterizadas por el rigor en la investigación y la interdisciplinariedad.

Fundar se creó en enero de 1999 por un grupo de personas con trayectorias en diferentes disciplinas, con el objetivo de desarrollar mecanismos para la participación ciudadana, identificar modelos de acción que hayan tenido éxito en otros países y experimentar con nuevos modelos que puedan contribuir a resolver problemas sociales específicos.

Actualmente, Fundar trabaja a partir de cuatro grandes programas:

- Transparencia, presupuestos y políticas públicas,
- Instituciones de derechos humanos y seguridad ciudadana,
- Monitoreo y vínculo con el Poder Legislativo y
- Fortalecimiento de capacidades ciudadanas

www.fundar.org.mx

Contenido

Presentación 7

1. Introducción 9

2. Antecedentes: la situacion del VIH/SIDA en México y la respuesta institucional 11
   2.1. El VIH/SIDA en cifras en México 11
   2.2. El sistema público de salud en México y el VIH/SIDA 12

3. La respuesta del sexenio: Programa de Acción para el VIH/SIDA y Enfermedades de Transmisión Sexual 2001-2006 15

4. El presupuesto para prevenir y atender el VIH/SIDA en México 19
   4.1. El presupuesto de CENSIDA: insuficiencias vs. ampliaciones 23
   4.2. El presupuesto etiquetado para VIH/SIDA en hospitales e institutos 25
   4.3. La prevención crece por primera vez en 2006 29

5. Conclusiones 31

Presentación

Fundar, Centro de Análisis e Investigación, presenta esta serie de cuadernos a manera de evaluación, a la vez crítica y propositiva, del sexenio que termina. Nuestro objetivo es intervenir en la cultura de la rendición de cuentas posicionándonos en un contexto muy particular, guiado por un entendimiento específico de la democracia que encauza las intenciones y el trabajo de nuestra organización desde sus comienzos.

Democracia es una forma de vida orientada por los conceptos de igualdad, unidad y bien común, pero también por la diferencia, la fragmentación y el desacuerdo. La democracia implica, en palabras del filósofo Cornelious Castoriadis, una continua autoinstitución conciente de la sociedad. En este sentido, la democracia persiste sólo si el desencuentro de opiniones y puntos de vista se mantiene vivo, si la discusión y la deliberación acerca de lo público y lo privado se incentiva activamente, si nuevas formas de organizarse, entenderse y orientarse se instituyen sin cesar.

Lo que queremos dejar en claro en nuestra labor es que la democracia no es sólo un sistema político-electoral en el que los partidos pierden y ganan elecciones de manera periódica. Más allá de esto, entender la democracia en un sentido más sustancial implica aprehenderla como una forma de organización social. Una organización social democrática integra normas de deliberación y arreglos institucionales justos y equitativos, nutridos por una amplia participación ciudadana.

La intención de esta serie de cuadernos surge precisamente de la necesidad de contar con una visión alternativa —una visión ciudadana, apartidista e independiente— de las políticas públicas, los presupuestos y la legislación instrumentadas durante la presidencia de Vicente Fox. La administración Fox tiene una gran importancia simbólica, al erigirse como el primer gobierno nacional de oposición surgido de una elección limpia y reconocida como legítima. Por esta razón, resulta vital la evaluación ciudadana de aquellos que temporalmente ocuparon espacios de poder. ¿Cómo se diseñó la política social? ¿Cuáles fueron las prioridades presupuestales? ¿Qué reformas institucionales se lograron —y malograron? Sólo mediante el cuestionamiento crítico e informado la sociedad mexicana será capaz de transformarse, acercándose un poco más hacia el elusivo ideal democrático. Sólo si los y las ciudadanos se conciben a sí

mismos como creadores y agentes de su propia sociedad podremos ser una comunidad verdaderamente autónoma, auto-crítica e inclusiva.

Si bien la colección se acota a los temas que Fundar ha trabajado paralelamente a lo largo de este sexenio, ofrece un abanico amplio de temas prioritarios para México. Este balance ofrece un mapeo crítico de las acciones emprendidas, los temas pendientes por discutir y aquello que fue ignorado —o no debidamente atendido— a lo largo de estos seis años. Los temas que tratamos en esta serie de cuadernos se ajustan a nuestro entendimiento de la democracia sustancial. Discuten problemas que aún no están fuertemente posicionados en la agenda de discusión pública, como la mortalidad materna, el combate al VIH/SIDA y la salud como un derecho, y temas que son ya ampliamente discutidos, como la transparencia, los ingresos petroleros, la seguridad pública y el gasto social. Lidian también con los diversos actores de la democracia: el Ejecutivo, el Legislativo y las instituciones encargadas de velar por los derechos humanos.

A pesar de la diversidad temática, lo que une y da coherencia a esta colección es la intuición de que la participación ciudadana en la vigilancia certera del propio gobierno es un valor que siempre debe acompañar a las sociedades que se precien de ser democráticas. A través de los cuadernos quedan al descubierto tanto los aciertos y los logros, como los desatinos y retrocesos de la administración saliente. El sexenio que termina, en definitiva, es un sexenio en el que imperaron los claroscuros y que nos deja como herencia tanto acciones efectivas como oportunidades desaprovechadas.

1. Introducción

La presente investigación aborda, desde una perspectiva presupuestaria, la estrategia federal para atender y prevenir el VIH/SIDA durante el sexenio 2001-2006. Este documento se desprende de un monitoreo continuo de la asignación de recursos a la prevención y atención de la epidemia, y recopila información trabajada por Fundar a lo largo de los últimos cuatro años, en coyunturas y proyectos específicos.

La experiencia de ese trabajo sostenido apunta a que los recursos que se destinan al combate del VIH/SIDA serán tema de la agenda año con año, cuando el proyecto de Presupuesto de Egresos de la Federación llegue a la Cámara de Diputados. La prevención y atención del SIDA no han contado con suficientes recursos de origen, y es posible que, si no se logra su urgente institucionalización, cada año tengan que ser adicionados por el Congreso.

También hemos podido constatar que la prevención de la epidemia no ha sido prioritaria para este gobierno, a pesar de los enormes costos en vidas y recursos financieros que este descuido significará en el futuro. Si bien el VIH/SIDA en México no tiene la magnitud que presenta en otros países, no deja de ser, como veremos, un grave problema de salud que genera estigmas y ocasiona discriminación. Resulta indispensable, por lo tanto, que en nuestro país se aumenten los recursos para combatir la epidemia.

Las primeras dos secciones de este documento contienen descripciones breves de la situación del VIH/SIDA en México a la luz de las cifras oficiales más recientes, detallando la estrategia institucional para atender la epidemia. Posteriormente, se analiza el presupuesto federal destinado a cumplir con el programa nacional. En primer lugar, se explica la dificultad que implica integrar un mapa de los recursos ejercidos por las distintas instituciones, tanto federales como estatales. Después se aborda el papel desempeñado por organizaciones de la sociedad civil para trabajar con la Cámara de Diputados y lograr que ésta aumente los recursos destinados a la epidemia. En este contexto, se verá lo que sucedió, a partir de 2004, con la asignación monetaria a hospitales e institutos de la Secretaría de Salud y los fondos destinados a la prevención del VIH/SIDA. Para finalizar la sección, se explicará lo que sucedió con los recursos a la luz de las necesidades de atención y prevención de la epidemia.

El documento cierra con recomendaciones específicas, a manera de conclusión, para la siguiente administración federal; así como aspectos clave a evaluar, monitorear e impulsar por parte de las organizaciones de la sociedad civil. Como se verá, a pesar de los avances significativos a lo largo de los últimos seis años, la agenda de temas pendientes en torno al VIH/SIDA aún es sustancial.

2. Antecedentes: la situacion del VIH/SIDA y la respuesta institucional

2.1. El VIH/SIDA en México

Según el Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA (CENSIDA), al 30 de junio de 2006 hay 182 mil personas viviendo con VIH en México y 105,170 casos de SIDA notificados. La diferencia en las cifras de personas viviendo con el virus y las personas que ya desarrollaron el síndrome se explica por la manera en la que se comporta el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH): el VIH vive latente por varios años, es decir, no ataca el sistema inmune de la persona de manera inmediata. En esta etapa, se considera que la persona vive con VIH. El hecho de no presentar síntomas ocasiona que muchas personas ignoren su condición de portadores del VIH.

Cuando se presentan síntomas o signos de deterioro en el sistema inmune, el virus ya está activo y es entonces cuando la persona desarrolla el Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA). Debido a que el virus destruye las células encargadas de defender al organismo de enfermedades, una persona inmuno-comprometida por SIDA presentará enfermedades llamadas "oportunistas", como la tuberculosis. Usualmente, las personas que presentan estas enfermedades acuden a un centro de salud; de ser detectada la presencia del VIH, por normatividad se reporta el caso, siendo este número el que reporta CENSIDA.

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). La prevalencia entre HSH es de 15 por ciento y de 12.2 por ciento entre hombres trabajadores del sexo comercial.[1]

De acuerdo con el Registro Nacional de Casos de SIDA al 30 de junio de 2006, del total de casos de personas con SIDA notificados, 83 por ciento son hombres y el resto son mujeres; dentro de esos mismos casos, casi 80 por ciento se concentra en personas de entre 15 y 44 años. La principal categoría de transmisión es la sexual, correspondiéndole 92 por ciento

[1] Documento "El SIDA en cifras 2005", disponible en línea en: www.salud.gob.mx/conasida/estadis.htm (consultado en octubre de 2006).

de los casos.[2] De este total, 47 por ciento le corresponde a los HSH. Sin embargo, la transmisión heterosexual ha aumentado considerablemente a lo largo de los últimos años, correspondiéndole actualmente 45.2 por ciento. Estos datos apuntan a que la prevención de la transmisión del VIH, particularmente por la vía sexual, debe ser prioritaria para el gobierno en todos sus niveles.

En esta línea, CENSIDA estima que la población joven, de 15 a 24 años, tiene 300 millones de relaciones sexuales al año; sin embargo, anualmente sólo se distribuyen 85 millones de condones masculinos (55 millones por el sector público y 30 millones por el sector privado). De este número se calcula que sólo 10 por ciento de los condones se usa para prevenir infecciones de transmisión sexual y VIH.[3] Esta perspectiva evidencia que se está lejos de ofrecer suficientes condones a la población.

2.2. El sistema público de salud en México y el VIH/SIDA

Desde sus inicios, el sistema público de atención a la salud se divide en dos grandes sectores: la seguridad social y los servicios de salud para población abierta.[4] La seguridad social atiende a las personas que tienen un empleo formal y a sus familiares directos. Debido a los niveles de empleo y desempleo, el porcentaje de la población que es derechohabiente a la seguridad social varía, mas en términos generales, se ubica en 45 por ciento.[5] Esta población tiene acceso a servicios integrales de salud —tanto medicina preventiva como curativa— en los tres niveles de atención. Además, las medicinas requeridas para sus tratamientos son gratuitas.

---

[2] Registro Nacional de Casos de SIDA, categorías de transmisión, cifras al 10 de junio de 2006.

[3] 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 de 2004.

[4] En este sentido, "La Secretaría de Salubridad y Asistencia [ahora Secretaría de Salud] fue creada como tal en 1943 al conjuntarse dos instituciones: la Secretaría de Asistencia y el Departamento de Salubridad. Paralelamente fue fundado el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y, posteriormente, el Instituto de Servicios y Seguridad Social para los Trabajadores del Estado (ISSSTE), el Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas de México (ISSFAM) y los servicios de seguridad social de PEMEX; todos ellos operando de manera separada." G. Lara y H. Hofbauer, (eds.), *VIH/SIDA y derechos humanos: el presupuesto público para la epidemia en Argentina, Chile, Ecuador, México y Nicaragua*, México, Fundar, Centro de Análisis e Investigación, 2004, p. 98.

[5] Secretaría de Salud/Dirección General de Información en Salud, estimaciones a partir de los totales de población por entidad federativa de CONAPO de 2002.

En contraposición, el resto de la población —llamada población abierta por carecer de un empleo formal y, por consiguiente, de esquemas de seguridad social— es atendida por los servicios de salud de la Secretaría de Salud. Hasta antes de la década de los años noventa, los servicios de salud eran administrados por la federación. Después de un proceso paulatino de descentralización, la provisión de los servicios y la ejecución de los recursos de salud finalmente pasaron a la competencia de cada entidad federativa. Como consecuencia, el sistema que atiende las necesidades de salud de la población abierta está integrado por 32 servicios estatales de salud. La Secretaría funciona como la dependencia normativa del sector salud en su conjunto —abarcando a los 32 servicios estatales y a las instituciones de seguridad social.

A partir de 2004 se modificó la legislación en la materia, para dar entrada al Sistema de Protección Social en Salud, conocido como Seguro Popular, que de forma paulatina (hasta 2010) incorporará a la totalidad de la población abierta al esquema. Básicamente, el sistema sirve para generar nuevos recursos fiscales provenientes de la federación, los estados y las familias aseguradas.[6]

Para enfrentar la epidemia del VIH/SIDA de forma institucional, en 1986 se creó 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 Organización Mundial de la Salud (OMS). En 1991, el CONASIDA empezó a contar con recursos federales, como parte de la SSA.[7]

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. En consecuencia, su estructura se modificó para cumplir con las nuevas funciones. Parte del cambio implicó un proceso de descentralización hacia los estados, en el que se establecieron estrategias para fortalecer sus programas y acciones. Así, se logró que todas las entidades federativas contaran con

[6] Ley General de Salud, Título Tercero Bis: de la Protección Social en Salud.
[7] J. A. Saavedra y C. Magis, *Costos y gastos en atención médica del SIDA en México*, Serie Ángulos del SIDA, Núm. 1, CONASIDA, México, 1998.

un programa bajo la responsabilidad de los Servicios Estatales de Salud y que a este programa se le asignara un presupuesto específico para atender las necesidades resultantes de la epidemia del VIH/SIDA.[8]

A partir del ejercicio presupuestal 2002, surge el Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA (CENSIDA), a manera de órgano desconcentrado de la Secretaría de Salud encargado de plantear las estrategias y programas que regularían las acciones del sector salud en materia de VIH//SIDA. El CONASIDA se transformaría en la instancia de coordinación colegiada de los esfuerzos de los sectores público, social y privado en la prevención y control del VIH/SIDA.[9]

[8] J. 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, p. 18.
[9] Secretaría de Salud, *Programa de Acción: VIH/SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual,* México, 2001, p. 38.

3. La respuesta del sexenio: Programa de Acción para el VIH SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual 2001-2006

Durante la administración federal 2000-2006 se formuló el Programa de Acción para el VIH/SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual (PAVIH). Este programa normó las actividades de todas las instituciones públicas que proporcionan servicios de salud, tanto para población abierta como para derechohabientes. De acuerdo al resumen de la tabla 1, el PAVIH delinea tres grandes componentes: la prevención, la atención y la mitigación del daño. Cada componente contiene metas específicas, cuyo objetivo es detener la epidemia del VIH/SIDA en México en el año 2015.

Tabla 1
Resumen del Programa de Acción: componentes y metas

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	Detener la epidemia del SIDA en 2015
	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 100% de las instituciones del Sector Salud	Reducir en 75% los casos de transmisión perinatal del VIH	
		Eliminar la sífilis en mujeres embarazadas	
Prevención sanguínea	Garantizar que 100% de los órganos, tejidos y células hematopoyéticas para transplantes, 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 transplantes	
	Lograr que 100% de las unidades del Sector Salud cuenten con información, capacitación, quipo e insumos necesarios par la prevención del VIH, hepatitis B y C por exposición ocupacional		
	Garantizar que 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		

Componentes	Metas		
	Resultado	Impacto	
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 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 a 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: Programa de Acción: VIH/SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual, p. 36.

Para el cumplimiento de los componentes y las metas del PAVIH, la Secretaría de Salud, a través del CENSIDA, fue la entidad rectora que formuló y difundió las políticas y estrategias respecto a la epidemia en el país; además, coordinó y promovió las acciones entre los actores que participaron en el programa. En el ámbito estatal, cada entidad fue responsable del desarrollo e implementación de las estrategias más adecuadas para cada región. Para este fin, los consejos estatales (llamados COESIDAS) fueron 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.

Hasta la fecha, CENSIDA sigue siendo la instancia responsable de coordinar el Programa de Acción en materia de VIH/SIDA. A la luz de los acuerdos de la Sesión Especial de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre VIH/SIDA de 2001, las estrategias y planes de acción para responder a la epidemia deben ser multidimensionales y abarcar una serie de ámbitos del quehacer público —más allá de las cuestiones específicas de salud.[10] Si bien la estrategia diseñada por el gobierno fue comprehensiva y multidimensional, abarcando aspectos que pertenecen al ámbito de distintas secretarías de estado, en la práctica la lucha contra el VIH/SIDA

[10] Declaración de compromiso en la lucha contra el VIH/SIDA, Periodo Extraordinario de Sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA, junio de 2001.

aún 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.

Algunos de los indicadores del éxito del Programa de Acción, así como de sus limitantes, quedan claros al revisar el informe que CENSIDA[11] ha presentado para cerrar este sexenio. Estos indicadores también apuntan a los retos y los temas pendientes. De acuerdo a este informe, los resultados se resumen en:

1) *Reducir en 15 por ciento la prevalencia de ITS y VIH/SIDA en jóvenes de 15 a 24 años de edad:* La prevalencia de VIH/SIDA e ITS se redujo desde 2001 en 33.5 por ciento, resultado que rebasa la meta planteada. La tasa de prevalencia pasó de 14.8 por 100,000 habitantes en 2000 a 9.9 en 2005.

2) *Reducir en 25 por ciento la mortalidad por SIDA en la población de 25 a 44 años de edad:* Esta meta no se alcanzó, ya que la mortalidad por SIDA en este segmento de la población únicamente se redujo en 1.7 por ciento. La tasa de mortalidad pasó de 9.8 por 100,000 habitantes en 2001 a 9.6 en 2004.

3) *Ampliar la cobertura del tratamiento antirretroviral a toda la población que lo requiera:* En 2001, la cobertura de tratamientos antirretrovirales a pacientes con VIH/SIDA sólo alcanzó a 85 por ciento de quienes lo requerían. Desde 2003 a la fecha se ha podido cubrir 100 por ciento de los pacientes que necesitan tratamiento antirretroviral.

4) *Garantizar que 100 por ciento de los órganos, tejidos, y células hematopoyéticas para transplantes, se apeguen a las normas de tamizaje y transplantes:* Con respecto a esta meta se ha garantizando que 100 por ciento de tejidos, órganos y células para trasplante se apeguen a las normas de tamizaje y transplantes, y que se realice la búsqueda de VIH en todas las muestras.

[11] Informe de Rendición de Cuentas de la Administración 2000-2006 del CENSIDA, pag. 96. Disponible en línea: www.salud,gob.mx/conasida/rendicion.htm (consultado en octubre de 2006).

Si bien el cumplimiento de las metas establecidas para la cobertura de tratamiento antirretroviral, el tamizaje y los trasplantes son logros sumamente relevantes, la prevención del VIH/SIDA y la reducción de la mortalidad a causa del SIDA son dos grandes pendientes. Ambos requieren de acciones contundentes, que abarquen más elementos respecto a la atención integral de las personas que viven con VIH, así como de quienes tienen que recibir tratamientos comprehensivos por ser pacientes inmunocomprometidos. Lo anterior se relaciona, de manera inevitable, con los recursos que se destinan a la lucha contra el VIH/SIDA.

4. El presupuesto para prevenir y atender el VIH/SIDA en México

Hay dos elementos centrales que vale la pena poner como telón de fondo al analizar los recursos que el gobierno mexicano destinó al combate del VIH/SIDA durante el sexenio de Fox. En primer lugar, la tendencia a asignarle cada vez más presupuesto a la epidemia es incuestionable. En este sentido, el comportamiento del presupuesto para VIH/SIDA de 2001 a 2006 apunta a un esfuerzo consciente por su atención integral, partiendo de escenarios realistas y sus requerimientos presupuestarios.

En segundo lugar, y apuntando en dirección opuesta, destaca la falta de información presupuestaria comprehensiva sobre estos recursos. Llama la atención que no es posible identificar, de manera desagregada, los recursos destinados para cumplir con el Programa de Acción por parte de cada institución y organismo de salud encargado de combatir el VIH/SIDA.[12] De hecho, dependencias fuera del sector salud que debieran estar involucradas en la implementación del Programa de Acción, ni siquiera tienen recursos etiquetados para la epidemia.

La falta de identificación de los recursos destinados a la epidemia para cada dependencia es el principal obstáculo. De esta manera, es difícil tener una visión integral del peso que cada institución tiene en el combate del VIH, así como tampoco es posible conocer el peso total del combate a la epidemia. El esfuerzo de construir un mapa mediante diversas fuentes se puede observar en la tabla 2, de la cual es importante resaltar lo siguiente:

1. Para el caso de la población sin seguridad social, los únicos recursos que aparecen en los documentos presupuestarios[13] son los referidos al CENSIDA. Por ello, para esta instancia se cuenta con información completa hasta 2006. Es de resaltarse que, a partir de 2004, se destinaron recursos hacia otras entidades dentro de la Secretaría de Salud. Tal es el caso de algunos institutos nacionales

[12] Estos son, por un lado, los principales institutos de seguridad social, es decir, el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE). Por otro lado, el CENSIDA en el ámbito federal y las secretarías de salud estatales a través de los COESIDAS.

[13] Esos documentos principalmente son: el Presupuesto de Egresos de la Federación y la Cuenta de la Hacienda Pública Federal.

de investigación, algunos hospitales federales y de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud (CNPSS). El análisis de los fondos destinados tanto a CENSIDA como a los mencionados institutos, hospitales y CNPSS será abordado en la sección 4.1.

2. Con respecto a los recursos de las 32 secretarías de salud estatales, hubo estimaciones del gasto que estas secretarías habrían destinado al VIH/SIDA. Sin embargo, el último año en el que esta información estuvo disponible fue 2002. De entonces a la fecha, no hay un cálculo público oficial respecto a lo que los programas estatales destinan al VIH/SIDA. Esto constituye un problema serio, debido al papel que les corresponde en la instrumentación del Programa de Acción.

3. De los recursos correspondientes a la seguridad social, destaca que el IMSS no desagrega en su presupuesto lo que destina a atender diversos padecimientos, incluido el VIH/SIDA. No obstante, se pueden encontrar estimaciones del gasto que representan algunas enfermedades para este instituto a través del informe que al final del año presenta al Congreso de la Unión.[14] De los años reportados por el IMSS, resalta 2004, en donde hay un notable descenso a menos de 20 por ciento del gasto ejercido el año anterior. Para 2005, sin embargo, la tendencia se recupera. Una explicación puede ser que en 2004 no se incluyeron los gastos farmacológicos, mismos que sí están incluidos al año siguiente. Recordemos que, de cualquier forma, estas cifras son estimaciones del gasto que ese instituto destina al VIH/SIDA.

4. En el caso del ISSSTE, la información de los recursos que destina al VIH no se publica de manera regular, ni en el presupuesto, ni en un informe de actividades. De hecho, los datos de la tabla corresponden a la respuesta a solicitudes de información respecto al presupuesto destinado por ese instituto para el VIH/SIDA. Los recursos a los que se refirió el ISSSTE fueron aquellos que destinó en tratamientos para pacientes con VIH/SIDA —sin tomar en cuenta gastos hospitalarios. Por lo tanto, la respuesta del ISSSTE tampoco es comparable con el cálculo presentado por el IMSS.

[14] De acuerdo al artículo 273 de la Ley del Seguro Social.

Tabla 2
Gasto en VIH/SIDA de las instituciones públicas de salud
(pesos constantes de 2006)

	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Población Abierta						
CENSIDA (Federal) /1	101,916,596	88,402,296	485,256,198	378,524,249	259,363,447	557,005,979
Programas Estatales /2	249,813,458	322,037,284	NI	NI	NI	NI
Hospitales, Institutos y CNPSS /3	NI	NI	NI	72,830,174	379,596,798	288,068,066
Seguridad Social						
IMSS /4	913,663,970	1,444,134,060	1,227,046,379	238,337,149	1,433,228,530	NI
ISSSTE /5	145,354,923	146,399,248	155,363,053	NI	NI	NI

NI: No hay información disponible en los documentos públicos.
Fuente: elaboración propia con datos de:
/1 Presupuesto de Egresos de la Federación de 2001 a 2006.
/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 Estas entidades son federales y están dentro del presupuesto de la Secretaría de Salud. Datos del Presupuesto de Egresos de la Federación de 2004 a 2006.
/4 Informe del Instituto Mexicano del Seguro Social al Congreso de la Unión 2002 a 2006.
/5 Respuesta a petición de información formulada al Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE).

Es importante mencionar que las cifras de la tabla 2 no se pueden sumar, debido a la naturaleza distinta y características particulares de cada fuente: estimaciones, presupuestos aprobados y gastos en medicamentos. Sin embargo, de dicha información se desprenden claramente tendencias positivas e incrementales de gasto. Hay que destacar que el grueso del aumento de recursos a lo largo de los últimos años para el programa nacional se debe a la adquisición de tratamientos antirretrovirales. Los fondos para este rubro se concentran, principalmente, en el programa federal —y desde 2004, en la CNPSS. De la tabla se desprenden también varias interrogantes.

En primer lugar, las cifras proporcionadas por CENSIDA respecto a los montos ejercidos por los programas estatales son superiores a lo que se podría esperar. No obstante, a partir de 2003 no existe información por

parte de CENSIDA que dé continuidad al cálculo de lo que las entidades federativas asignan a la prevención y atención del VIH. Por lo tanto, resulta imposible corroborar la tendencia positiva de asignación de recursos o realizar cualquier otro análisis. Siendo CENSIDA la instancia principal para definir y supervisar la política pública de prevención y atención del VIH a nivel nacional —por medio de la integración de un Programa de Acción nacional—, esta información debería constituir una parte esencial de la rendición de cuentas en la materia. Esto no implica que CENSIDA sea responsable de las acciones estatales; sin embargo, como organismo federal debe ofrecer un panorama integral de los esfuerzos realizados en todos los niveles y en todas las instancias operativas apropiadas.

Con respecto a los recursos que el IMSS le destina a la epidemia, vale la pena mencionar que, ante la petición expresa en 2003 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, incluido el VIH/SIDA.[15] En este caso, la ausencia de información que identifique el gasto para VIH/SIDA es alarmante dado 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 estima el costo de atender y medicar a las personas que viven con VIH.

En resumen, parece haber muy poca claridad en aspectos centrales del gasto estatal y de instituciones de seguridad social. 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. Si bien distintas instancias, en distintos niveles de gobierno, parecen no tener la misma responsabilidad de presentar información y rendir cuentas, la epidemia del VIH/SIDA es un problema *nacional*, atendido por una política pública *nacional*. En este sentido, tener una visión integral al respecto debe ser prioritario. Esta es una de las deudas que hereda el nuevo gobierno.

Otro aspecto que se desprende del mosaico de recursos analizado es su distribución entre población abierta y población derechohabiente. Las cifras reflejan la fragmentación en la lucha contra el VIH/SIDA y permiten

[15] Respuesta a petición de información al Instituto Mexicano del Seguro Social, del 30 de julio de 2003, con número de folio 0064100033503. Disponible en www.sisi.org.mx

inferir algunas de las desigualdades que subyacen al sistema de salud mexicano. Por ejemplo, de acuerdo a los datos de la tabla 2, en 2001 y 2002, la seguridad social contó con tres veces más recursos para la atención de las personas que viven con VIH/SIDA que los sistemas de salud para población abierta. Sin embargo, de las 105,170 personas con SIDA que se tenían registradas al 30 de junio de 2006, 59,054 son atendidas por la Secretaría de Salud (56.2 por ciento).[16] Esto quiere decir que un monto menor de recursos es destinado a más personas —las que son atendidas por los sistemas abiertos de salud. A pesar de esto, vale la pena destacar que la brecha entre los montos totales se está cerrando, gracias al aumento de recursos de la Secretaría y la CNPSS.

En balance, hay varios pendientes que deben ser retomados por la siguiente administración con respecto al presupuesto para la prevención y atención del VIH/SIDA:

1. Es indispensable tener un panorama completo de los recursos presupuestarios que se destinan a la epidemia asignados a las distintas instituciones involucradas. Este panorama debe incluir a las secretarías estatales de salud, así como a las instituciones de seguridad social. Independientemente de que cada una de ellas opere en su propia esfera de acción o de manera autónoma, la dinámica de la epidemia no respeta esas distinciones.

2. Es prioritario ofrecer un esquema de atención integral a toda la población, independientemente de su pertenencia a uno u otro sistema de cobertura. Este esquema debe estar financiado proporcionalmente. Habrá que darle seguimiento a los recursos del SPSS para corroborar que la brecha que hoy existe se cierre.

4.1. El presupuesto de CENSIDA: insuficiencias vs. ampliaciones

El presupuesto de CENSIDA ha ido en constante aumento, con la excepción de 2005. A partir de ese año, empiezan a aparecer recursos dentro del esquema de protección social en salud, conocido como Seguro Popular. La tabla siguiente detalla esta información.

[16] Registro Nacional de Casos de SIDA, casos de SIDA por institución notificante.

Tabla 3
Presupuesto aprobado para VIH/SIDA en diversas instituciones pertenecientes a la Secretaría de Salud
(pesos constantes de 2006)

	2004	2005	2006
CENSIDA	378,524,249	259,363,447	557,005,979
Hospitales, Institutos y Direcciones	72,830,174	69,243,086	114,939,800
Comisión Nacional de Protección Social en Salud CNPSS (Seguro Popular)	No tuvo	310,353,712	173,128,266
Total	**451,354,423**	**638,960,245**	**845,074,045**

Fuente: Elaboración propia con datos del Presupuesto de Egresos de la Federación de 2004 a 2006.

Lo que esta nueva información deja ver, a primera vista, es que dentro del presupuesto de la Secretaría de Salud los recursos etiquetados se han incrementado sustancialmente en los últimos tres años. Sin embargo, hay una serie de aspectos puntuales que la información agregada no detalla.

El incremento de recursos específicos para CENSIDA ha sido resultado de las negociaciones de organizaciones de la sociedad civil involucradas en el tema. Se ha vuelto costumbre que cuando la propuesta del Presupuesto de Egresos de la Federación (PEF) para el ejercicio fiscal siguiente llega a la Cámara de Diputados, el renglón de gasto asignado a la prevención y atención del VIH/SIDA cuente con menos recursos de los necesarios. En 2004, por ejemplo, la propuesta del PEF para la epidemia se limitaba a 57 millones (pesos de 2006), cantidad a todas luces insuficientes para otorgar el tratamiento necesario a las personas que viven con VIH/SIDA. La Cámara de Diputados se encargó de que el recurso total etiquetado para la epidemia fuera casi ocho veces mayor.

En 2005 la historia fue similar: la propuesta del PEF llegó por 372 millones (pesos de 2006) —cantidad que seguía siendo insuficiente para cubrir 100 por ciento la demanda identificada de ARV—, y fue incrementada a 638 millones por la Cámara de Diputados. Esta vez la mayor parte de los recursos adicionales no se asignaron al CENSIDA, sino al Seguro Popular, como se aprecia en la tabla 3.

Si bien el papel de la Cámara de Diputados ha sido fundamental para asegurar que la Secretaría de Salud cuente con los recursos necesarios para atender a todas las personas que viven con VIH/SIDA, la falta de una asignación de origen que responda cabalmente a las necesidades que plantea la epidemia es alarmante y tiene que ser remediada. Esto es así porque las ampliaciones que autoriza la Cámara de Diputados no se toman en cuenta para establecer los techos presupuestarios del año fiscal siguiente. Consecuentemente, el presupuesto para VIH por parte de la Secretaría de Salud no crece con base en el gasto real que se ejerce el año anterior —dejando la insuficiencia presupuestaria como una tarea que año con año se tiene que pelear en el Congreso. Agregar los recursos necesarios para atender la epidemia al presupuesto de origen, es decir, a la propuesta que el Ejecutivo envía al Congreso, es una tarea pendiente.

4.2. El presupuesto etiquetado para VIH/SIDA en hospitales e institutos

A partir de 2004, los datos presupuestarios disponibles de manera pública para la atención del VIH/SIDA no sólo se refieren a CENSIDA, sino también a instituciones dentro de la Secretaría de Salud que cuentan con recursos etiquetados para la epidemia.

Los recursos asignados a Hospitales e Institutos Nacionales de la Secretaría de Salud (ver tabla 4) presentan una serie de inconsistencias que deben ser atendidas para asegurar que estos recursos beneficien a pacientes con VIH/SIDA:

1. Durante 2005, la Secretaría de Salud asignó a hospitales e institutos de salud recursos que habían sido aprobados por la Cámara de Diputados para gastarse en acciones relacionadas con la prevención y atención del VIH/SIDA. Estas asignaciones tuvieron, en varios casos, la lógica de compensar las reducciones realizadas por la misma Cámara de Diputados en otras áreas del gasto de la Secretaría.[17] Al tratarse de instituciones descentralizadas, la

[17] En diferentes respuestas a solicitudes de información, la Dirección General de Programación Operación y Presupuesto (DGPOP) de la Secretaría de Salud menciona que "en el Decreto del Presupuesto de Egresos de la Federación (PEF) 2005, a la Secretaría de Salud se le asignó en Ramo 12, un presupuesto que asciende a 34,024.4 mdp, producto de una reasignación neta de 4,568.2 mdp, en relación al Proyecto de Presupuesto […] Esta reasignación neta es resultado de una ampliación de 5,477.5 mdp y de una reducción de 909.3 mdp. La ampliación de 5,477.5 mdp, constituyen recursos etiquetados con un destino de gasto específico determinado por la H.

Secretaría "no tiene competencia para definir reglas, rubros, renglones y actividades, ni para informar sobre el ejercicio de esos recursos.[18] Es decir, no puede asegurar que se usen para VIH/SIDA".[19]

2. A través de las respuestas obtenidas después de formular más de 200 peticiones de información a las distintas entidades, se supo que algunas instituciones a las que les fueron asignados recursos para VIH/SIDA en 2005 transfirieron sus recursos a rubros como Servicios Generales. Tal fue el caso del Hospital Juárez de México,[20] el Hospital General Dr. Manuel Gea González[21] y el Instituto Nacional de Perinatología.[22] De acuerdo al análisis de las respuestas de dichas entidades, se pudo concluir que estos recursos no fueron gastados para prevenir o atender el VIH/SIDA, sino para pagar servicios bancarios, servicios de mantenimiento, de limpieza o vigilancia. Si bien esto no es ilegal —dado que los hospitales e institutos realizaron los trámites pertinentes para hacer los cambios de recursos de un capítulo a otro en tiempo y forma— sí plantea un problema grave en materia de rendición de cuentas. "El ejercicio de los recursos se registra como gasto en VIH/SIDA, aún cuando se hayan gastado en artículos de limpieza o en otras partidas"[23].

Cámara de Diputados […] De la reducción por 909.3 mdp […] no se hacen explícitos los criterios utilizados para llegar a la determinación de ese monto, ni el tipo de gasto que se deberá afectar, por lo que la propia Secretaría determinó los conceptos de gasto y/o unidades responsables a las cuales aplicar esta reducción. […] Después de un análisis muy detallado se tomó la decisión de […] reasignar recursos en aquellas unidades que en su programa anual de trabajo solicitó recursos en este rubro o que dentro de sus funciones se les pudiera asignar recursos que la H. Cámara de Diputados etiquetó, sin embargo estos recursos no están restringidos, por lo que se pueden transferir en los programas que las unidades requieran." Oficios de la Secretaría de Salud entregados como respuesta a las solicitudes de información con folio: 0001200044605, 0001200044705, 0001200044805, 0001200044905, 0001200045005, 0001200045105, 0001200045305 y 0001200045405. Las respuestas a dichas solicitudes pueden ser consultadas en www.sisi.org.mx

[18] Respuestas "no es de competencia de la unidad de enlace" de la Secretaría de Salud a las solicitudes de información con número de folio 0001200076705, 0001200076805, 0001200077005, 0001200077105, 0001200077205, 0001200077305, 0001200077705, 0001200077805, 0001200084305, 0001200084405, 0001200084505, 0001200084605, 0001200084705, 0001200084805, 0001200084905, 0001200085005, 0001200085105 y 0001200085205.

[19] A. Athié, "Transparencia y rendición de cuentas en el presupuesto para VIH/SIDA en México". Documento de trabajo, México, Fundar, 2006.

[20] Respuesta de la Secretaría de Salud a la solicitud de información con número de folio 0001200076905

[21] Respuesta del Hospital a las solicitudes de información con número de folio 1219500002705, 1219500003605, 1219500003705, 1219500003805, 1219500003905 y 1219500004005.

[22] Respuesta del Instituto a las solicitudes de información con número de folio 1225000001705, 1225000001905 y 1225000002805.

[23] A. Athié, *op. cit.*

Es importante mencionar que, a manera de respuesta ante este problema, la Dirección General de Programación, Operación y Presupuesto de la Secretaría de Salud puso especial énfasis en medidas que aseguraran no caer en prácticas similares durante 2006. Específicamente, se hizo un esfuerzo consciente por evitar que los recursos etiquetados para VIH/SIDA por la Cámara de Diputados sufrieran cualquier reclasificación que se prestara a la modificación de su destino final, caso por caso.[24] Una vez más, fueron la voluntad y el compromiso de funcionarios individuales los que permitieron atender el problema, sin que fuera resuelto de origen, de manera institucional.

Tabla 4
Presupuesto aprobado para VIH/SIDA en Hospitales, Institutos y Direcciones pertenecientes a la Secretaría de Salud
(pesos constantes de 2006)

	2004	2005	2006
Hospital Juárez de México	14,050,138	13,435,226	-
Hospital General Dr. Manuel Gea González	6,459,439	6,200,873	9,000,000
Hospital General de México	6,833,323	6,200,873	6,000,000
Hospital Infantil de México Federico Gómez	6,194,603	-	-
Instituto Nacional de Cancerología	-	11,368,268	49,500,000
Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez	4,768,124	12,401,747	-
Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias	6,459,439	-	38,439,800
Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán	6,432,525	-	6,000,000
Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez	6,459,439	13,435,226	-
Instituto Nacional de Perinatología	-	6,200,873	6,000,000
Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud	14,096,571	-	-
Dirección General para la Descentralización Hospitalaria	1,076,573	-	-
Total	**72,830,174**	**69,243,086**	**114,939,800**

Fuente: Elaboración propia con datos del Presupuesto de Egresos de la Federación de 2004 a 2006.

[24] Tema discutido en reunión con el Mtro. Fernando Chacón, Director General de Programación, Operación y Presupuesto de la Secretaría de Salud, el 28 de marzo del 2006.

3. De acuerdo al detalle de la tabla 4, en 2005 no se le otorgaron recursos etiquetados para VIH/SIDA al Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER, ver cuadro 1), ni al Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición (Nutrición), aún cuando estas dos instituciones cuentan con centros de atención e investigación especializados y reconocidos en el tema del VIH/SIDA. Sin embargo, se otorgaron 13 millones de pesos al Hospital Juárez y 6 millones al Instituto Nacional de Perinatología, siendo que no cuentan con servicios especializados en la materia. En el PEF 2006 se lograron destinar recursos para el INER y Nutrición, pero de nueva cuenta se asignan recursos a Perinatología y al Gea González, dos de las tres instituciones que no habían gastado los recursos para VIH/SIDA en la atención de la epidemia. En resumen, los criterios para asignar recursos etiquetados para la epidemia a los distintos hospitales e institutos no han quedado claros.

Cuadro 1

Caso: el INER y el VIH/SIDA

En el INER, el SIDA es la principal causa de mortalidad hospitalaria en personas de 18 a 45 años de edad. Desde 1998 desplazó del segundo lugar de causas de mortalidad hospitalaria a la neumonía y a las enfermedades pulmonares obstructivas. Sin variaciones mayores, se ha mantenido como una de las cinco primeras causas de mortalidad general de los pacientes hospitalizados. 85 por ciento de las muertes de pacientes con SIDA del INER ocurre en personas entre los 15 y los 44 años de edad.

Para hacer frente a los retos de la epidemia, el INER formó el Servicio de Infectología para Pacientes Inmunocomprometidos (SIPI), que comprende un grupo de clínicos dedicados a la atención directa de los pacientes, y un grupo de investigación clínica y básica. El grupo de investigación conforma el Centro de Investigaciones en Enfermedades Infecciosas (CIENI).

Para el presupuesto de 2006, la Cámara de Diputados asignó 31.5 millones adicionales al INER para la atención del VIH/SIDA, los cuales fueron indispensables para surtir de reactivos y medicamentos al CIENI, así como

para la adquisición de equipo nuevo y para programar la ampliación de servicios de atención a los pacientes. Queda como pendiente la asignación de nuevos recursos adicionales para 2007, con el fin de remodelar un área de hospitalización y asegurar los estándares necesarios para el tratamiento de pacientes inmuno-comprometidos. Este tipo de acondicionamiento es fundamental para reducir la mortalidad de los pacientes con VIH/SIDA.

(G. Reyes Terán, "Magnitud del problema SIDA en el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias: implicaciones de la atención clínica y la investigación clínica y básica", Revista del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, vol. 14, núm.1, México, ene./mar. 2001. Disponible en línea: http://www.hiv-iner.com/index.htm [consultado en octubre 2006]).

Por último, hay que resaltar el papel que desempeñó la Cámara de Diputados. En 2006 incrementó sustancialmente los recursos etiquetados para VIH del INER y de Cancerología, fundamentalmente gracias a las gestiones de organizaciones y grupos de pacientes, quienes expusieron las carencias y problemas que enfrentan. Sin embargo, e igual que con los recursos adicionales para CENSIDA, estas ampliaciones no se incorporan a la definición del techo presupuestal del año fiscal siguiente. Por lo tanto, también requerirán esfuerzos sostenidos para asegurar su impacto sostenido en la reducción de la mortalidad por VIH en las instituciones referidas.

4.3. La prevención crece por primera vez en 2006

Ante el panorama y las características de la epidemia de VIH/SIDA en México que, como se mencionó anteriormente, se concentra en la transmisión sexual, es importante notar que para el presupuesto de CENSIDA para 2006 hubo un incremento sin precedentes en el renglón de prevención (específicamente para prevenir la transmisión sexual de la epidemia). Nuevamente, este incremento se debió al trabajo conjunto de diversas organizaciones que acudieron con las y los legisladores, quienes fueron sensibles a los argumentos de la necesidad de aumentar recursos para la prevención sexual. Es así que, en términos reales, de 2005 a 2006 se incrementó en 1,496 por ciento el gasto en prevención. Con relación al total de presupuesto, la prevención pasó de cerca de 4 por ciento en 2005, a cerca de 30 por ciento en 2006.

Tabla 5
Presupuesto aprobado para CENSIDA en distintas funciones
(pesos constantes de 2006)

	2002	2003	2004	2005	2006
Prevención	13,877,159	11,455,271	10,476,496	9,919,052	158,365,778
Tratamiento con ARV	49,045,253	430,315,734	323,348,749	207,022,170	359,954,680
Costos administrativos y capacitación de personal	17,904,947	19,183,444	21,521,294	16,259,197	19,558,321
Atención	7,574,936	24,301,749	23,177,709	26,163,028	19,127,200
Total	**88,402,296**	**485,256,198**	**378,524,249**	**259,363,447**	**557,005,979**

Fuente: Elaboración propia con datos del Presupuesto de Egresos de la Federación de 2002 a 2006.

De los recursos adicionales con los que contó CENSIDA para prevención en 2006, aproximadamente una tercera parte se destinó a financiar 113 proyectos de prevención por parte de organizaciones de la sociedad civil; otra tercera parte se utilizó para campañas de medios y, por último, una tercera parte más se reservó a la compra de condones masculinos.[25] Un remanente fue utilizado para la compra de Unidades Móviles para los Estados. Así, se está en proceso de inaugurar 29 Centros Ambulatorios de Prevención, Atención en SIDA e ITS (CAPASITS), cuyo objetivo es disminuir los índices de saturación y costos de operación en hospitales.[26]

Estas acciones son fundamentales, sobre todo si se toma en cuenta que la prevención estaba totalmente descuidada. Sin embargo, para que rinda frutos, la inversión en estas actividades debe ser sostenida y profundizarse con el paso del tiempo. México enfrentará problemas serios respecto a la epidemia si no se redoblan los esfuerzos en materia de prevención y se traducen en acciones adecuadas y eficaces. Por lo tanto, es trascendental que los recursos sigan fluyendo hacia este renglón, con el objetivo de fortalecer un enfoque integral de salud pública con respecto a la epidemia del VIH/SIDA.

[25] Datos provenientes de entrevista con el Dr. Jorge Saavedra, Director de CENSIDA, el día 22 de septiembre de 2006.
[26] De acuerdo al documento de la Secretaría de Salud "Unidades de Especialidades Médicas", de septiembre de 2006.

5. Conclusiones

Durante seis años de aplicación del programa de Acción para la Prevención del VIH/SIDA e ITS ciertamente se lograron avances. En términos presupuestarios, la mayor parte de ellos ocurrieron por la presión de diversas organizaciones de activistas, especialmente respecto a la demanda de acceso universal a los medicamentos antirretrovirales a través del incremento de recursos para este propósito. El gobierno federal tuvo sus aciertos al garantizar la suficiencia de recursos para medicamentos a través de un fondo en el naciente Sistema de Protección Social en Salud.

Sin embargo, hay otros aspectos que lograron avances mínimos, como la cooperación entre las distintas dependencias del gobierno federal, esencialmente las secretarías de Educación, del Trabajo, el IMSS y el ISSSTE, en la lucha contra el SIDA. Asimismo falta, sin lugar a dudas, un fuerte compromiso de parte de las secretarías de salud estatales y sus correspondientes gobiernos ejecutivos para darle prioridad a la prevención del VIH/SIDA.

En materia de rendición de cuentas, es primordial que sea posible darle seguimiento al gasto de las dependencias involucradas en la atención de personas que viven con VIH/SIDA. Es alarmante el vacío que hoy en día existe respecto a la información de los recursos del ISSSTE destinados a la epidemia, y la imposibilidad de comparar el gasto total en este renglón entre distintas instituciones. Invitamos a que la transparencia y la rendición de cuentas sea un elemento fundamental de la agenda de pendientes del siguiente gobierno en este sector.

Esto aplica también para los recursos etiquetados para VIH/SIDA —y para los criterios que deben normar esta asignación—, así como para posibles recursos adicionales, en institutos y hospitales federales. Es una ventaja enorme que hoy en día se cuente con un procedimiento establecido y reglamentado para requerir información pública a estas instituciones. Sin embargo, tener que recurrir a solicitudes de información para conocer en detalle lo que debieran ser aspectos integrales de una política pública comprehensiva, constituye un problema. En este renglón, será necesario dejar muy claros los criterios epidemiológicos que sustentan la entrega de recursos destinados a pacientes de hospitales e institutos de la Secretaría de Salud federal.

Debido al rezago en materia de prevención, es necesario generar la información necesaria para tener argumentos sólidos del impacto y la prioridad en materia de prevención sexual. Fue un avance que en 2006, por primera vez, se destinara un monto importante a las actividades de prevención. Es un deber del gobierno entrante sostener estas actividades e integrar en el presupuesto de origen fondos para desarrollar y evaluar el impacto de acciones de prevención. Debe quedar claro que la prevención es ineludible, si el gobierno de México buscar ser capaz de ofrecer la atención requerida. De lo contrario, la epidemia crecerá hasta alcanzar niveles inmanejables. A su vez, para que la prevención tenga el impacto deseado es necesario que cuente con un flujo estable de recursos, que permita planear y evaluar a fondo los esfuerzos en la materia.

En este sentido, también es fundamental que la Secretaría de Hacienda reconozca las exigencias presupuestarias de una epidemia que no se detiene. Los montos necesarios para proveer de antirretrovirales a quienes los requieren y de ofrecer la atención hospitalaria adecuada para las personas que viven con VIH/SIDA, no puede ser tema de debate año tras año. Por más que haya sido la Cámara de Diputados quien ha respondido de manera comprometida y eficaz a los reclamos y necesidades de las personas que viven con VIH/SIDA, tiene que quedar claro que ese gasto es inamovible, prioritario, y que debe ser garantizado en el PEF. Esto aplica no sólo para el caso de CENSIDA y el Seguro Popular, sino también para los hospitales que tienen un papel probado e indiscutible en la atención de quienes viven con el virus.

Por último, debido al impacto que tendrá el Seguro Popular en el sistema de salud, será necesaria una mayor claridad en el detalle del destino de los recursos destinados al VIH/SIDA y su correcta aplicación. El sexenio que acaba fue una muestra de que los recursos de salud pueden ser incrementados. Esto es, de hecho, lo que logró —y para lo que se diseñó— el Seguro Popular. Así, con el cambio del gobierno federal y el Congreso, resulta imprescindible establecer nuevos canales de diálogo e interlocución, que permitan asignar, año con año, recursos para la prevención y la atención de la epidemia —manteniendo como piso mínimo los recursos obtenidos en 2006, además de tener en cuenta que los costos de los antirretrovirales seguirán aumentando.