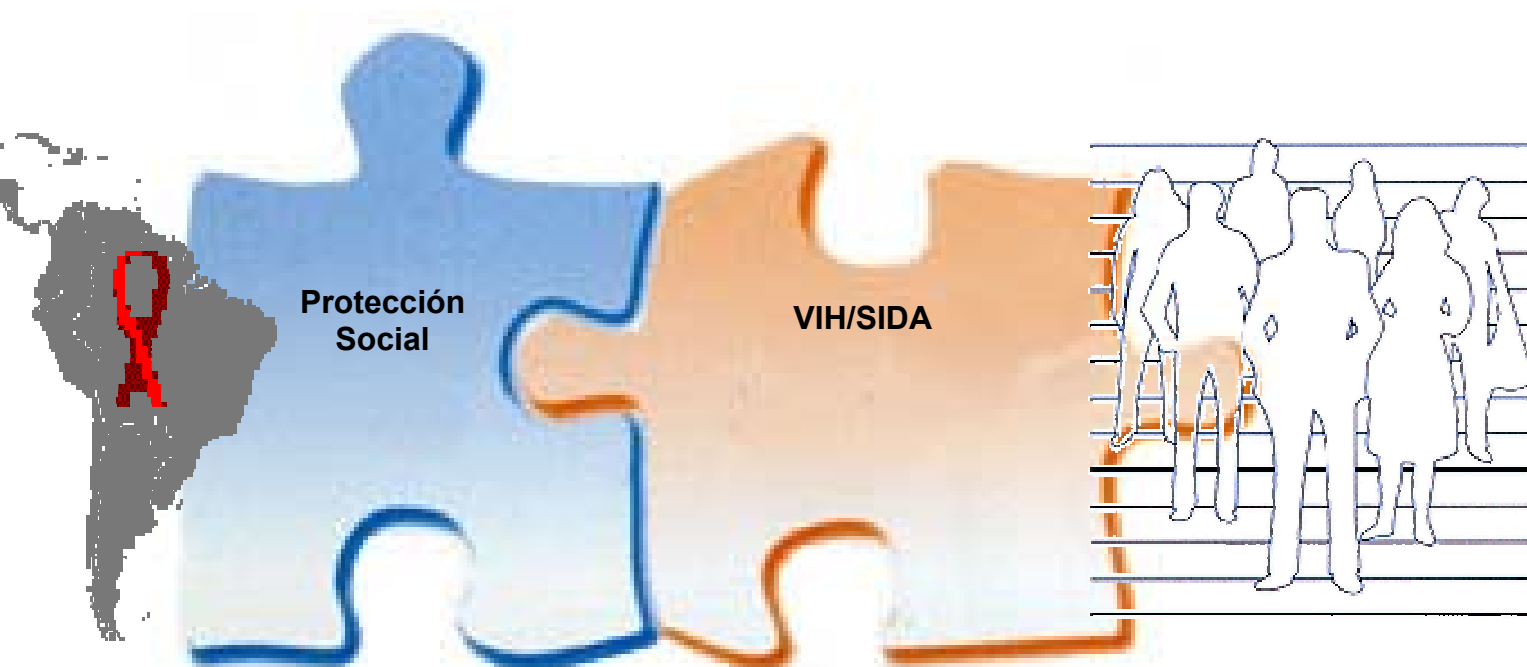


Red Sectorial de Salud y Protección Social de la GTZ
en América Latina y el Caribe
Organización Panamericana de Salud
Oficina Internacional del Trabajo
Ministerio de Salud de Brasil



Protección Social Universal y Respuesta Integral al VIH/SIDA

Actuales Desafíos y Perspectivas de los Sistemas de Salud en América Latina y el Caribe

Jens Holst (Editor)



Publicado por:

Deutsche Gesellschaft für
Technische Zusammenarbeit (GTZ) GmbH
División 43 - Salud, Educación, Seguridad Social
Red Sectorial de Salud y Protección Social en América Latina y el Caribe
Dag-Hammerskjöld-Weg 1-5
65760 Eschborn
Alemania
Internet: <http://www.gtz.de>

Por favor contactar a:

GTZ Área de Competencia „Seguridad Social“
Tel.: ++49 (0)6196-79-1263
Fax: ++49 (0)6196-79-80-1263
Mail: Nicola.Wiebe@gtz.de

Editor: Jens Holst

Diseño: version, Karl-Marx-Platz 3, 12043 Berlin, Alemania
Impreso en: ***

Distribución:

Deutsche Gesellschaft für
Technische Zusammenarbeit (GTZ) GmbH
División 43 - Salud, Educación, Seguridad Social
Red Sectorial de Salud y Protección Social en América Latina y el Caribe

Precio: € 5,-

Nota: El contenido de los aportes es de plena
responsabilidad de los autores

Septiembre de 2005

Lista de contenidos

1.	Prólogo.....	5
2.	Situación y Desafíos actuales	7
	2.1. Seguridad Social y Financiamiento de Salud en América Latina y el Caribe	7
	2.2. Protección Social y Financiamiento de Salud en América Latina y Caribe	8
	2.3. Diferentes respuestas al SIDA en América Latina y el Caribe: Respondiendo a la Declaración de Compromiso sobre VIH/SIDA - UNGASS	9
3.	Sistemas de Financiamiento de Salud y VIH/SIDA.....	10
	3.1. Sistema Único de Salud Brasileño	10
	3.2. Respuesta Nacional al VIH y SIDA en Brasil	11
	3.3. Organización de las Acciones Integradas de la Sociedad Civil	13
	3.4. Resultados alcanzados por las personas viviendo con VIH/SIDA en América Latina	14
	3.5. La iniciativa de la OMS/ONUSIDA: Tratar 3 millones para 2005	15
	3.6. Respuesta de la OPS al VIH/SIDA Iniciativa “Tres millones para 2005”	16
4.	Asignación de recursos nacionales al VIH/SIDA.....	17
	4.1. Servicio de Atención Especializado - SAE	17
	4.2. El uso de los argumentos económicos para asignar recursos para el SIDA en el Caribe: Los casos de Haití y Cuba	18
	4.3. El GFATM: ¿Ventana al Futuro de la Cooperación Internacional?	19
	4.4. Extensión de la Seguridad Social a los Excluidos y Pobres en Honduras	20
	4.5. Proyecto de extensión de la protección social en los países andinos	21
5.	Cooperación Técnica en América Latina y el Caribe	22
	5.1. El programa brasileño de Cooperación Internacional	22
	5.2. Programa de Cooperación Internacional entre Brasil y El Salvador	23
	5.3. Propuesta de la República Dominicana para la calidad de vida de las madres y los niños que viven con el VIH	24
	5.4. Programa Nacional de Control del SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual en Paraguay	25
	5.5. Acceso a medicamentos ARV en Colombia y Proyecto de Cooperación Internacional Colombia - Brasil	26
	5.6. Atención del VIH/SIDA en la Seguridad Social de Salud en Colombia	27
	5.7. VIH/SIDA y seguridad social en la cooperación alemana	28
6.	Resúmenes y Perspectivas para América Latina y el Caribe.....	29
	6.1. Entrenamiento de jóvenes locutores en el área de VIH/SIDA y prevención de drogas	29
	6.2. Grupo de Cooperación Técnica Horizontal en Latinoamérica y el Caribe	30
	6.3. Lucha contra el SIDA y Protección Social en América Latina y el Caribe	31
7.	Anexo.....	32

7.1. Autores	32
7.2. Programa del Taller	34
7.3. Participantes	39
7.4. Bibliografía	42
7.5. Publicaciones Periódicas	53
7.6. Websites	54
7.7. Organizadores	59
7.7.1. Ministerio de Salud: Programa Nacional del EST/SIDA	59
7.7.2. La iniciativa BACKUP GTZ	59
7.7.3. Oficina Internacional del Trabajo	60
7.7.4. Organización Panamericana de Salud	60
7.7.5. Red Sectorial GTZ de Salud y Protección Social en LAC	61
7.7.6. Área de Protección Social	61
7.7.7. Proyecto Sectorial “Seguros Sociales de salud”	62

1. Prólogo

Entre el 31 de mayo y el 4 de junio de 2004, se llevó a cabo la segunda conferencia organizada por la Cooperación Técnica Alemana (GTZ) sobre **Protección Social Universal y Respuesta Integral al VIH/ SIDA** en América Latina y el Caribe. Invitados por la GTZ, el Ministerio Brasileño de Salud, la Organización Internacional del Trabajo (OIT) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), 80 personas de 15 países latinoamericanos y caribeños participaron en el taller realizado durante una semana en la capital de Brasil que fue financiado fundamentalmente por la iniciativa Backup de la GTZ. El grupo de los participantes incluyó a colaboradores de ministerios de salud, representantes de la cooperación bilateral y multilateral y de la sociedad civil, incluyendo a las personas que viven con VIH/SIDA. La conferencia sirvió de plataforma para un intercambio intenso de experiencias y conocimientos, para un diálogo intersectorial, para promover el enfoque bifrontal e interdisciplinario de las dos áreas problemáticas centrales de los sistemas sanitarios y sociales de los países del subcontinente y para fomentar la cooperación sur-sur en la región.

La idea de organizar esta conferencia nació un año antes durante dos talleres realizados en la CEPAL en Santiago de Chile, donde los temas de la protección social y del VIH/SIDA se habían tratado de forma separada. La cooperación alemana dio un paso decisivo respondiendo a la creciente necesidad de enfocar los grandes desafíos de la política social de forma conjunta. El acceso universal, en particular de la población pobre y marginalizada, a los servicios de salud, el financiamiento solidario y un pooling adecuado de los riesgos representan también una condición imprescindible para la lucha contra la epidemia del VIH/SIDA. En la medida en que la cobertura de la población sea más amplia, se incrementarán las opciones en materia de medidas de prevención y diagnósticos y de oferta de tratamientos efectivos de la epidemia. Sistemas universales y amplios de protección social implican una canalización más eficiente de los fondos internacionales dirigidos al combate del VIH/SIDA. Realizando el segundo taller en Brasil, se valoraron los enfoques alentadores y los avances hechos por el mayor país latinoamericano tanto en el ámbito del financiamiento de salud como en la lucha contra la epidemia del VIH/SIDA.

Independientemente de las grandes diferencias que existen entre los distintos países, la región de América Latina y el Caribe se caracteriza por las diferencias socioeconómicas más acentuadas del mundo entero. Tanto es así que la desigualdad afecta el crecimiento económico de varios países, crecimiento que por otra parte, es un prerrequisito imprescindible para superar la extrema pobreza y para lograr los objetivos del milenio definidos por la ONU.¹ Una decidida política de redistribución y una mayor justicia social son imprescindibles para superar las grandes brechas sociales y la amplia exclusión social, fomentar la paz dentro de las sociedades y promover el desarrollo económico.

En América Latina y el Caribe, la epidemia del VIH/SIDA no ha presentado una evolución tan explosiva como la que ha sido registrada en África subsahariana, pero se ha desarrollado constantemente, con características específicas en las distintas subregiones. Sin embargo, más de dos millones de latinoamericanos y caribeños viven actualmente con el virus que mató a unas 100 mil personas sólo en el 2002, período en el cual se infectaron 200 mil personas. Al mismo tiempo, el acceso de las personas que viven con VIH/SIDA a los sistemas públicos de salud varía considerablemente de un país a otro, pero en general se observa una mayor exclusión de las capas sociales más carenciadas y de la población rural.

La disponibilidad del tratamiento antirretroviral, medida crucial para prolongar la sobrevivencia y mejorar la calidad de vida de los portadores del virus, varía mucho entre los diversos países. Hasta en los sistemas de protección social que otorgan una cobertura razonable, los servicios complejos y costosos no están cubiertos de forma satisfactoria, y las enfermedades “catastróficas” como el SIDA o el cáncer conducen frecuentemente al empobrecimiento de los afectados y sus familias. Independientemente de los sistemas de protección social existentes y de las diferencias que se observan en los países, el progreso social y económico depende fundamentalmente de la promo-

¹ ECLAC, IPEA, PNUD 2002, p. 13.

ción de la justicia dentro de la sociedad y de la implementación de sistemas solidarios y sostenibles de seguridad social.

La región latino-caribeña ofrece una serie de enfoques prometedores para implementar sistemas de financiamiento de salud de carácter universal y solidario y controlar de forma efectiva y participativa la epidemia del VIH/SIDA. Después de dos décadas de predominio de conceptos neoliberales de mercado, las reformas sanitarias en el subcontinente están retomando la tradición del estado de bienestar social, hecho que se concretiza tanto en la creación del Sistema Único de Salud en Brasil (SUS) como en los esfuerzos dirigidos a universalizar la cobertura de la protección social en Costa Rica y Bahamas, y de implementar mecanismos de redistribución social en Colombia y Chile. De la misma manera y estrechamente vinculado a los sistemas sociales existentes, América Latina y el Caribe aportan una rica experiencia en la lucha interdisciplinaria y multisectorial contra el SIDA, que abarca conceptos tan diversos como la producción nacional de medicamentos genéricos, el acceso gratuito o subvencionado al tratamiento antirretroviral, la superación de la discriminación y estigmatización de las personas que viven con VIH/SIDA y sus derechos sociales y humanos.

Las experiencias y los conocimientos acumulados en los países del subcontinente representan una base sólida y sostenible para la cooperación sur-sur en el área de la protección social y la lucha contra el VIH/SIDA. Merece mención especial el Programa de Cooperación Internacional (PCI) lanzado en el 2002 por el gobierno brasileño con el objetivo de transferir tecnología de asistencia y manejo clínico del VIH/SIDA. Dentro de su nueva concepción, la cooperación técnica alemana y europea está haciendo hincapié en el apoyo de la colaboración sur-sur mediante la utilización de las herramientas que ha elaborado durante sus actividades de desarrollo en las décadas pasadas. Al mismo tiempo, tomando como modelo los sistemas de seguridad social de Europa occidental que se destacan por su carácter universal, solidario, participativo y subsidiario, ofrece un amplio conocimiento y experiencia en el área de las reformas de salud y de protección social. De la misma manera, la política y las campañas desarrolladas en Europa para enfrentar la epidemia del SIDA pueden ser de gran utilidad para los países de la región latinoamericana y caribeña en su lucha contra el SIDA.

De acuerdo a la finalidad del taller, esta documentación persigue el objetivo de convertirse en un aporte relevante para la capacitación de todas las partes interesadas en lo que se refiere a los temas del financiamiento y de las reformas de salud así como los desafíos derivados de la lucha contra la epidemia del VIH/SIDA. Este documento recopila los resúmenes de todas las ponencias hechas durante la conferencia de Brasilia para intensificar el aprendizaje de lecciones y experiencias, el fomento de la gestión de conocimientos y el intercambio de experticia en el ámbito regional. Frente al paralelismo de los desafíos sociopolíticos y de los procesos reformadores en los distintos países en vías de desarrollo, la intensificación del intercambio de experiencias es un paso importante para superar el aislamiento que se observa y que impide que los unos aprendan de los otros sin reinventar la rueda.

Frente a las exigencias de un mayor intercambio de conocimientos y experticias, acompañado por una creciente presión financiera por parte de los gobiernos de los países donantes, la cooperación técnica europea y alemana va seguir firmemente en esta lógica. Los resultados y aportes de las conferencias regionales serán retomados en una conferencia internacional que la GTZ organizará en mayo de 2005 en Berlín, en colaboración con la Organización Internacional del Trabajo (OIT) y la Organización Mundial de la Salud (OMS), para promover la cooperación global en materia de la "Seguridad Social en Salud y la lucha contra VIH/SIDA, TB y Malaria". El debate sobre la protección social universal y solidaria y la lucha efectiva contra el VIH/SIDA deben intensificarse para ejercer presión sobre quienes toman las decisiones políticas y para luchar a favor de los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

Jens Holst

2. Situación y Desafíos actuales

2.1. Seguridad Social y Financiamiento de Salud en América Latina y el Caribe

Xenia Scheil-Adlung²

Una revisión de la actual reforma de la legislación en el área de salud en el mundo entero demuestra que el principal tema enfocado es cómo proporcionar un cuidado de salud adecuado a la mayor cantidad de personas a un costo razonable. En la mayoría de los países de América Latina y el Caribe la urgencia en la discusión sobre este tema ha surgido debido a la falta de acceso a los cuidados de salud para una vasta parte de la población, por la baja calidad de los servicios y la necesidad de prevenir el VIH/SIDA. La principal tarea para los años venideros será enfrentar las consecuencias sociales y económicas de enfermedades tales como el VIH/SIDA y el corte de los fuertes lazos entre salud pobre y pobreza. La extensión de la protección social en salud a los excluidos jugará un papel clave en este contexto, fortaleciendo el esquema de ejecución y el establecimiento de un mecanismo para un financiamiento sostenido para la salud.

Con su Campaña Global para Seguridad de Salud y Cobertura para Todos, la Oficina Internacional del Trabajo (OIT) ha desarrollado un marco de acción, cuyo objetivo es el acceso universal a los cuidados de salud y seguro de ingreso básico. Se trata de instrumentos principales que incluyen reforzar la cooperación técnica, desarrollar amplias asociaciones y conocimientos avanzados sobre las herramientas y buenas prácticas relacionadas con la extensión de protección social a los pobres. Un programa específico llevado a cabo bajo la responsabilidad de la Campaña Global de la OIT es la Iniciativa OIT/PAHO para la extensión de la cobertura del cuidado de la salud en América latina y el Caribe.

La Iniciativa proporciona un marco coherente de actividades apoyando a los países en planes de acción de desarrollo nacional para mejorar el acceso a los servicios de salud. El espectro de actividades va desde una asesoría segura de salud social y políticas públicas relacionadas con impuestos hasta enfoques basados en la comunidad, entrenamiento, monitoreo y evaluación. Dentro de la Iniciativa Conjunta de la ILO/PAHO, no se hacen sugerencias sobre mecanismos universales o estrategias presentadas como si fueran panaceas. Sin embargo, la OIT proporciona su experiencia sobre un amplio conjunto de medidas destinadas a compensar los problemas en la protección social en salud. Estas medidas podrían tener éxito, si se ajustaran a las prioridades y circunstancias específicas del país.

La Organización Internacional del Trabajo se concentra particularmente en la experiencia relativa a acciones orientadas hacia las políticas destinadas a cubrir a los pobres, especialmente a los trabajadores informales, en la protección social en salud. El enfoque sugerido está basado en los diseños de esquemas flexibles y adecuados a las necesidades, utilizando una combinación de riesgos y recursos en respuesta a las necesidades sociales y económicas y a las necesidades específicas del cuidado de la salud, por ejemplo, con relación al VIH/SIDA. La OIT también sugiere enfoques estratégicos tales como la construcción de un consenso entre los actores claves en los países y la creación de lazos con la comunidad internacional.

Estos enfoques buscan apoyar el desarrollo sostenido y contribuir a alcanzar las metas relacionadas con la salud presentes en los Objetivos de Desarrollo del Milenio, como por ejemplo, el combate al VIH/SIDA. Actividades nacionales para la Iniciativa Conjunta son complementadas por el apoyo regional incluyendo el establecimiento de un centro distribuidor y la movilización de recursos. La Iniciativa Conjunta es financiada por medio de la OIT, de la PAHO, donadores, agencias de cooperación y otros. Está abierta a nuevos socios que reconozcan la protección social en salud como un principio de desarrollo social y económicamente sostenido.

Websites: www.ilo.org, www.ilo.org/STEP/pub

² Organización Internacional del Trabajo, Ginebra, Suiza.

2.2. Protección Social y Financiamiento de Salud en América Latina y Caribe

Eduardo Levcovitz³

Protección social en salud se define como la garantía que la sociedad otorga, a través de los poderes públicos, para que un individuo o grupo de individuos pueda satisfacer sus necesidades y demandas de salud, teniendo acceso a los servicios de una manera adecuada y oportuna a través del sistema o de alguno de los subsistemas de salud existentes en el país, independientemente de su clase social, nivel de ingreso, inserción laboral, género, etnia o edad.

Históricamente, la protección social en los países industrializados se desarrolló a partir de la asistencia pública y la beneficencia destinada a los pobres e indigentes, pasando por los seguros sociales y/o el estado de bienestar social, hasta llegar a ser reconocida como un derecho ciudadano que incluye el acceso universal al sistema de salud y la utilización equitativa por toda la población, asegurando a los grupos sociales excluidos la oportunidad de recibir atención integral, sin que su capacidad de pago sea un factor restrictivo.

Hasta la segunda década del siglo XX predominaban las campañas sanitarias. En los años 20 a los años 40 se implementó el Seguro Social basado en el modelo creado por Bismarck y en las siguientes décadas se implementó el estado de bienestar de acuerdo con el modelo Beveridge. Durante los años 70-80, se dio prioridad a la atención primaria (Alma-Ata) y a la extensión de la cobertura de la salud, mientras que en los años 80-90 la reducción del gasto público en salud y la eficiencia económica en la gestión dominaron el debate.

En América Latina coexisten diferentes conceptos de protección social que se traducen en distintas formas institucionales y organizacionales de los sistemas de salud. El Servicio Nacional de Salud está basado en un concepto de protección social de igualdad de derechos y solidaridad y contempla una protección pública universal o institucional-redistributiva. El Seguro Social organiza la protección de forma colectiva a través de cotizaciones obligatorias de empleados y empleadores y está basado en los fundamentos de mérito/desempeño en el mercado de trabajo y vínculo con la pertenencia a una determinada categoría ocupacional, generando una forma específica de solidaridad. Y el modelo empresarial o residual otorga una protección individual de acuerdo con el perfil de riesgo y con relación directa entre prima-beneficio, abriendo espacios para múltiples gestores, aseguradores y proveedores.

A pesar de su gran influencia en el desarrollo del sector de salud en las Américas, ninguno de los modelos clásicos se ha implementado de forma exclusiva. En los países de la región predominan los sistemas segmentados caracterizados por la falta de coordinación interinstitucional y de integración operacional. La mayoría de los sistemas latinoamericanos evidencian una clara regresividad, inequidad e insuficiencia del financiamiento, así como un gerenciamiento débil y elevados costos de transacción debido al clientelismo, la corrupción, elevados gastos administrativos, ausencia de planificación y programación integradas, insuficientes capacidades de elaboración de contratos y mecanismos de pago.

En el 2002, la Conferencia Sanitaria Panamericana (OPS/OMS) identificó el desafío fundamental que enfrentan los sistemas de salud de los países de la región: "Garantizar a todos los ciudadanos la protección social universal en materia de salud, eliminando o reduciendo al máximo las desigualdades evitables en la cobertura, el acceso y la utilización de los servicios y asegurando que cada uno reciba atención según sus necesidades y contribuya al financiamiento del sistema según sus posibilidades". Además, ha definido como condiciones indispensables para la extensión de la protección social en salud: acceso a los servicios, dignidad en la atención, solidaridad en el financiamiento y la seguridad financiera del hogar.

Documentos y bibliografía sobre el tema en <http://www.lachsr.org/extension/esp/index.html>

³ Unidad de Políticas y Sistemas de Salud/SHD, OPS/OMS, Washington DC, EEUU

2.3. Diferentes respuestas al SIDA en América Latina y el Caribe: Respondiendo a la Declaración de Compromiso sobre VIH/SIDA - UNGASS

Telva Barros⁴

Los co-auspiciadores de la ONUSIDA trabajan en conjunto por medio de la Secretaría de la ONU-SIDA para expandir el alcance de sus acciones y formar asociaciones mancomunadas estratégicas con los gobiernos, organizaciones no gubernamentales (ONGs), red de personas viviendo con VIH/SIDA, medios de comunicación, organizaciones religiosas y otras agencias del Sistema ONU e intergubernamentales. La situación epidemiológica en América Latina y el Caribe y las tendencias de la epidemia en la región causan preocupación, actualmente hay 350.000 - 590.000 adultos y niños viviendo con VIH/SIDA en el Caribe y 1,3 – 1,9 millones en América Latina.

Aunque existan similitudes importantes y uniones culturales, económicas y políticas entre todos los países de las Américas y del Caribe, cuando el tema se refiere al VIH/SIDA, se trata de dos regiones diferentes. En América Latina, la epidemia afecta a las poblaciones más vulnerables, allí hay una fuerte tradición de los movimientos de la sociedad civil, múltiples plataformas subregionales y presencia de la Naciones Unidas en la mayoría de los países. Al mismo tiempo, se observa una fuerte oposición religiosa, prejuicio y discriminación contra poblaciones vulnerables y es necesario fortalecer el apoyo político. Por otro parte, en muchos países se observa una cobertura substancial de los ARV.

En el Caribe, la epidemia está más generalizada, pero la cobertura del tratamiento antiviral es muy limitada. El fuerte apoyo político de los altos niveles jerárquicos de gobierno en la mayoría de los países se presenta conjuntamente con una escasa tradición de activismo político en lo que atañe a cuestiones sociales. Existe una combinación de homofobia, prejuicios, discriminación contra homosexuales y personas viviendo con VIH/SIDA y una falta de privacidad, debido al pequeño tamaño de las islas. No hay representaciones de la ONU en todos los países, por esto CARICOM aparece como líder en lo que se refiere a respuestas al VIH/SIDA.

Con las nuevas tendencias se observan crecientes epidemias entre los jóvenes, especialmente entre 15 y 25 años, y una creciente disponibilidad de recursos para el SIDA. Se necesitan estrategias diferentes para América Latina y el Caribe porque, después de 20 años de epidemia hay una nueva real oportunidad de acelerar y expandir las respuestas al SIDA. Por eso, es necesario fortalecer las medidas de prevención y liderazgo para mejorar la gobernabilidad y el gerenciamiento, ofrecer y facilitar información sobre la forma en que los países están enfrentando la epidemia, construir mecanismos horizontales de cooperación y articulación política - GCTH, PANCAP, "7 Hermanas", fortalecer los lazos entre la sociedad civil regional y las ONGs que actúan en el ámbito nacional y monitorear y documentar los compromisos, metas y resultados.

Los grandes desafíos actuales con relación al SIDA son el refuerzo a los sistemas de asistencia y tratamiento y la ampliación de la investigación y el desarrollo. Parece ser imprescindible la movilización de recursos para desarrollar y aplicar estrategias especiales para regiones afectadas por conflictos, catástrofes naturales y enfrentar la situación de niños huérfanos. Paralelamente, en cooperación con la sociedad civil es fundamental trabajar a favor del respeto a los derechos humanos, la reducción de la vulnerabilidad y la disminución del impacto social y económico de la epidemia.

⁴ Oficina Nacional de ONUSIDA Brasil, Brasilia, Brasil.

3. Sistemas de Financiamiento de Salud y VIH/SIDA

3.1. Sistema Único de Salud Brasileño

Edmundo Gallo⁵

El Sistema Único de Salud -SUS- es uno de los mayores sistemas públicos de la salud del mundo y uno de los únicos en garantizar asistencia integral y gratuita a la totalidad de la población. Forman parte de dicho sistema los centros de salud, hospitales, laboratorios, hemocentros, además de fundaciones e institutos de investigación.

Por medio del SUS, todos los ciudadanos brasileños tienen derecho a consultas, exámenes, internaciones y tratamientos en las Unidades de Salud vinculadas al Sistema, sean públicas (de la esfera municipal, estadual y federal), o privadas contratadas por el gestor público de salud. Alrededor de 125 millones de brasileños (73% de la población) dependen exclusivamente de los servicios públicos de salud.

El SUS dispone de 63.650 unidades ambulatorias, que realizan un promedio de 153 millones de procedimientos/año, de 5.794 unidades hospitalarias, con un total de 441.045 camas, responsables de más de 900 mil internaciones al mes, dando un total de 11,7 millones de internados/año. Con relación a la municipalización, hay 23 municipios que aún no han sido habilitados, 586 en situación de gestión plena del sistema municipal y 4.952 en gestión plena de atención básica.

Como principios y directrices del Sistema Único de Salud podemos mencionar: la universalidad, la igualdad, la integralidad, la igualdad en el acceso y en la atención, el derecho a la información, la incorporación del modelo epidemiológico, la regionalización, la jerarquización, la resolución, la descentralización y el control social.

El SUS está destinado a todos los ciudadanos y es financiado con los recursos recaudados por los impuestos y contribuciones sociales pagados por la población en los niveles federal, estadual y municipal. Por lo tanto, el SUS es una responsabilidad financiera de los tres niveles de gobierno - federal, estadual y municipal.

La enmienda constitucional 29 asegura los recursos para la Salud por medio de la vinculación de presupuestos de las tres esferas de gobierno para el SUS, definiendo porcentajes mínimos de recursos, vinculados a la recaudación de impuestos y transferencias constitucionales, para las acciones y servicios de salud. El financiamiento es tripartito: el país añade un 5% más al Presupuesto de Salud (año base 1999) y posteriormente, el reajuste queda vinculado a la variación nominal del Producto Interno Bruto (PIB). En el 2000, los estados destinaron como mínimo un 7% de sus presupuestos en salud, creciendo año tras año hasta el 12% en el 2004. En el mismo año, los municipios destinaron como mínimo el 7% de sus presupuestos a la salud, creciendo año tras año hasta llegar al 15% en el 2004.

Entre los desafíos para la puesta en marcha de las Políticas de Salud se encuentran: la definición de la división de las responsabilidades entre los estados y municipios, la integración entre los sistemas municipales, la planificación y organización funcional del sistema, el financiamiento y criterios de destinación de recursos y la garantía de resolución y acceso a los servicios.

Los resultados alcanzados durante el funcionamiento del SUS son varios: fortalecimiento de la atención básica, ampliación del acceso de la población a la atención ambulatoria especializada y hospitalaria, el acceso de la población a los medicamentos e insumos estratégicos, atención a las necesidades de grupos estratégicos, reorganización de la red de servicios de atención a la salud en el SUS y combate a las epidemias y endemias.

⁵ DIPE/SE/Ministerio de Salud, Brasilia, Brasil.

3.2. Respuesta Nacional al VIH y SIDA en Brasil

Alexandre Grangeiro⁶

Brasil tiene 257.780 casos acumulados (2002) de SIDA, un número de portadores de VIH de 597.443 (2000), 138.507 muertes por SIDA acumuladas (1980-2001) y una mortalidad de 6,3/100.000 (2001). Actualmente se observa una mayor infección de la población heterosexual, la interiorización, la feminización y la pauperización de la epidemia.

Las principales características de la respuesta brasileña son la reacción gubernamental precoz a partir de 1983, una fuerte participación de la sociedad civil, la movilización multisectorial, el equilibrio entre prevención y tratamiento y la perspectiva de los derechos humanos en todas las estrategias y acciones. Para conseguir esto fue fundamental que la constitución brasileña definiera a la salud como un derecho del ciudadano y un deber del estado.

La política brasileña de promoción de la Salud y prevención incluye la política de derechos humanos de las personas viviendo con VIH y SIDA y de las poblaciones vulnerables, la implementación de grandes campañas nacionales con el empleo de los medios de comunicación, las acciones de prevención para poblaciones vulnerables y en general, el diagnóstico precoz de la infección por el VIH, el diagnóstico y el tratamiento de las enfermedades transmitidas sexualmente (ETS) y el apoyo a las Organizaciones de la Sociedad Civil (OSC).

Las intervenciones en las poblaciones vulnerables se reflejan en la reducción dramática de los índices de infección por el VIH. El programa de reducción de daños existe en cuatro estados y diez municipios. Los 125 proyectos en los estados, que atienden a 65.000 usuarios de drogas condujeron a una disminución significativa del comportamiento de compartir las agujas y jeringas. La distribución de preservativos femeninos incluyó a cuatro millones de mujeres en el 2003. Actualmente se discute la introducción de una producción local para reducir los costos. En las escuelas se realizan actividades de promoción y prevención comunes en la enseñanza básica y secundaria, el programa de salud y sexualidad incluye la distribución de preservativos.

El diagnóstico precoz del VIH representa una estrategia fundamental y está disponible en 1.145 unidades básicas de salud y 246 centros de pruebas y consejo del Sistema Único de Salud (SUS). Desde noviembre de 1996, una Ley Federal garantiza el acceso universal y gratuito a medicamentos antirretrovirales (ARV) de acuerdo con un consenso terapéutico nacional. Actualmente, 140.000 personas reciben un tratamiento de ARV y 480 unidades de dispensación realizan la logística de control y distribución de ARV, en 66 laboratorios se mide la carga viral, en 78 unidades se realiza el conteo de CD4+ y en 12 unidades, se hace el genotipo.

El éxito principal del acceso al tratamiento en Brasil es la reducción de los gastos con la salud en US\$ 2.2 mil millones.⁷ La adhesión llega al 75% (>95% en los últimos 3 años),⁸ y la resistencia al tratamiento es menor.⁹ La política brasileña de ARV condujo a una reducción de la mortalidad del 50% a 90.000 muertes evitadas, a la reducción de las internaciones en hospitales del 80% y a 358.000 internaciones evitadas. La prevención de la transmisión materno infantil incluye a 17.000 embarazadas VIH+ y hay un 40% en tratamiento.

⁶ Programa Nacional SIDA, Ministerio de Salud, Brasilia, Brasil.

⁷ Fuente: MS/PN-ETS-SIDA/SVS.

⁸ Fuente: FMS - DMP, 2003.

⁹ Fuente: Tanuri, Amilcar. Aids 2003, 17:1063-9.

Se aumentó la producción local de drogas ARV a precios reducidos. Actualmente, se realizan negociaciones para la reducción de precios. El artículo 6 de la Conferencia de Doha otorga el derecho a importar y exportar medicamentos genéricos y existe un decreto presidencial autorizando la importación.

3.3. Organización de las Acciones Integradas de la Sociedad Civil

José Marcos de Oliveira¹⁰

La búsqueda de acciones integradas en políticas públicas en Brasil, toma otro rumbo a partir del momento en que se instala la Epidemia SIDA y la Sociedad Civil Organizada comienza a reivindicar respuestas gubernamentales.

A partir de la promulgación de la última Constitución Federal y de la realización de la 8° Conferencia Nacional de Salud, realizada a fines de la década de los 80, la sociedad brasileña tiene a su disposición los instrumentos necesarios para exigir respuestas que conduzcan a Políticas Públicas que, de hecho, señalen que el Derecho a la Salud, debe ser garantizado mediante políticas sociales y económicas.

En este sentido, con la epidemia del SIDA en Brasil, algunos sectores de la sociedad civil comienzan toda una trayectoria en busca de respuestas concretas que garanticen a todos los ciudadanos afectados directa o indirectamente por el VIH/SIDA el acceso a todos los instrumentos y mecanismos de prevención y asistencia, ilustramos por ejemplo el Movimiento GAY de Brasil que fue el propulsor.

Sumados los diversos movimientos entonces caracterizados como Grupos de Riesgo articulan e inician las acciones integradas con importantes contrapartes, tales como las primeras ONG/SIDA y las Personas Viviendo con VIH/SIDA en un útil sistema de organización.

Después de ser definido por la Constitución Federal, en sus artículos 5°: “todos son iguales ante la ley, (sin distinción de cualquier naturaleza) siendo garantizada la inviolabilidad del derecho a la vida, a la libertad, a la igualdad, a la seguridad y a la propiedad; y el artículo 196°: “la salud es un derecho de todos y un deber del Estado, garantizada mediante políticas sociales y económicas cuyo objetivo sea la reducción del riesgo de enfermedad y de otras afecciones y al acceso universal e igualitario a las acciones y servicios para su promoción, protección y recuperación” por la Ley Orgánica de Salud 8080 y de la participación de la comunidad, Ley 8142 que llevaron a la movilización de la SCO.

En la historia de la lucha contra el SIDA, la Sociedad Civil Organizada supo combinar y señalar que el Control Social debería ser efectivo en la garantía del acceso Universal, Integral, Ecuánime y Resoluto de las acciones y servicios de la salud.

Estas acciones integradas apuntan hacia el 1° Programa de ETS/SIDA de Brasil, en el estado de São Paulo, la continuidad del ACTIVISMO y de la MILITANCIA de forma ORGANIZADA y después de haber transcurrido más de 20 años de la Epidemia del SIDA en Brasil se consiguieron grandes conquistas. Sin embargo, tenemos conciencia de que la lucha contra el SIDA no acabó. El reconocimiento mundial de las Políticas de Prevención y Asistencia a las ETS/SIDA de Brasil es el mejor indicador de la participación de la SCO. La SCO reconoce que tenemos que continuar luchando y buscando las contrapartes gubernamentales, las no-gubernamentales y las intersectoriales que se traducen en un gran desafío para el SUS - Sistema Único de Salud - en el desarrollo de las Políticas Públicas que no sólo estén dirigidas hacia el acceso de las acciones y servicios de salud, sino también hacia una red de protección y promoción social de respuesta al SIDA.

¹⁰ Foro de las ONG/SIDA del Estado de São Paulo

3.4. Resultados alcanzados por las personas viviendo con VIH/SIDA en América Latina

Estela Carrizo¹¹

La Red Latinoamericana de personas que viven con VIH/SIDA (REDLA+) tiene la misión de mejorar la calidad de vida de las personas viviendo con el virus en la Región, a través del activismo y empoderamiento que han conquistado durante el transcurso del tiempo. La red está integrada por una Secretaría, que funciona como órgano rector, un grupo de apoyo integrado por tres puntos focales de las 3 regiones (Cono Sur, Andina, Caribe), dos representantes ante la Red Global de Personas que viven con VIH/SIDA (GNP+) y dos puntos focales en 20 países. La agenda prioritaria abarca el acceso universal a tratamiento antirretroviral de calidad, una mayor participación de las personas que viven con VIH, los derechos humanos y la lucha contra el estigma y la discriminación.

Gracias al apoyo de GTZ, la Red cuenta con un espacio de trabajo con sede en Colombia y con la publicación de un boletín electrónico en el que se incluye información general sobre el Fondo Global y otros temas de interés. En este momento se han redactado y divulgado seis boletines. Además, se ha favorecido la realización de trípticos e información general sobre la REDLA+ tanto en inglés como en español, dando oportunidad a que la Red sea conocida, no sólo en países de habla hispana.

Miembros de REDLA+ y sus puntos focales tienen una participación importante en la iniciativa 3x5, y existe interés de impulsar la información al respecto. A través de su Secretariado y puntos focales, REDLA+ tiene una fuerte participación en esa iniciativa. El representante de la comunidad afectada ante el Fondo Mundial ha favorecido a la REDLA+ y a los/las integrantes de CCM en la comunicación directa sobre aspectos cruciales en los proyectos. Además, muchos de los puntos focales actuales de la REDLA+ forman parte de los CCM de sus países y/o dirigen proyectos financiados por el Fondo.

Sin haber actuado directamente en el seguimiento y evaluación de UNGASS, la Secretaría ha colaborado directamente con las redes responsables de esta tarea. En el mes de marzo del 2004, 11 puntos focales de RedLa+ se reunieron en Venezuela definiendo lineamientos de trabajo entre América Latina y el Caribe organizando las prioridades de la Región. Entre los resultados de importancia está la perspectiva regional en función de un beneficio real para todos y todas los/as participantes y se emitió un plan de trabajo.

Por primera vez se generó una planificación estratégica de las 7 Redes de LAC y se pusieron sobre la mesa las diferentes líneas de trabajo de cada una de ellas, se lograron acuerdos importantes y se acordó que, en lugar de las Siete Redes Hermanas, se llamen REDES LAC (ASICAL, LACASSO, ICW+, REDLART, REDLA+, REDTRABSEXLAC, MLCM+). Otro de los puntos importantes es el apoyo de las REDES LAC a REDLA+ en la realización del encuentro mundial de personas que viven con VIH/SIDA y de la *Home and Community Care Conference* teniendo como sede la ciudad de Lima en el año 2005.

Miembros de REDLA+ y puntos focales ocupan espacios políticos y sociales en la Cruz Roja, la OPS, directorios del FG, CCM, GT, CT y otras. Se buscan fondos para realizar el plan de trabajo de la red y continuar con las iniciativas en las que se está colaborando, tales como ITPS, TIDES, 3x5, Fondo Global. En el futuro RedLa+ buscará recursos para seguir desarrollando sus capacidades, difundir las buenas prácticas, incorporar el idioma inglés en el interior de la red y mantener una visión amplia y para colaborar con los Puntos Focales de cada país, para que los mismos tengan mayor protagonismo en la Región.

Sitio Web: www.redla.org

¹¹ Red Latinoamericana de Personas que viven con VIH/SIDA (RedLa+)

3.5. La iniciativa de la OMS/ONUSIDA: Tratar 3 millones para 2005

Peter Weis¹²

Actualmente 6 de los 40 millones de personas viviendo con VIH/SIDA en los países en desarrollo necesitan del Tratamiento Antirretroviral (TAR) pero sólo 400.000 tuvieron acceso a dicho tratamiento hacia fines de 2003. La falta de acceso al TAR lleva al menos 3 millones de muertes a cada año. Hasta ahora, el TAR ha sido el elemento más negligenciado de los programas VIH/SIDA en los países más seriamente afectados. Sin embargo, el costo de las drogas antirretrovirales y el diagnóstico del VIH han caído drásticamente durante los últimos años y la primera línea de TAR ahora está disponible por aproximadamente US\$ 300 por paciente-año. Además, existen cifras de diagnósticos simplificados y tratamientos que permiten la integración de TAR en los cuidados primarios de salud. La enorme brecha de la mortalidad entre los países desarrollados y aquellos en desarrollo, por lo tanto, ya no es más aceptable, por razones éticas y de salud pública.

Experiencias de Brasil, Uganda, Haití, Sudáfrica y otras muestran que la mejoría en la disponibilidad de TAR lleva rápidamente a un aumento en el número de personas que quieren saber su condición de VIH. La disponibilidad del tratamiento desmitifica el VIH y SIDA y retira el estigma de personas viviendo con VIH/SIDA. Los individuos en TAR también son menos contagiosos. El TAR y el cuidado contribuyen a la prevención del VIH y la prevención del VIH proporciona varios puntos de entrada para TAR.

En 2003, la OMS y la ONUSIDA lanzaron la iniciativa 3 millones para 2005, cuyo alcance es proporcionar TAR para tres millones de personas en los países en desarrollo hacia fines de 2005. Este es el primer paso hacia la meta última de acceso universal de TAR para todo aquel que la necesite. El "3por5" acelera los esfuerzos globales para reducir la brecha de tratamiento y amplía el tratamiento, cuidado y prevención en el contexto de respuestas nacionales de gran extensión al VIH/SIDA. El hecho de que VIH/SIDA pueda ser administrado como una enfermedad crónica en los países pobres, y que la prevención será más exitosa en presencia de un robusto tratamiento, los programas de cuidado representan un profundo cambio de paradigma. Para implementar "3por5", la OMS y la ONUSIDA proporcionaron un marco estratégico inicial, el cual se fundamenta en cinco pilares de acción:

- * Demostrar liderazgo global y crear trabajos en conjunto fuertes con muchas contrapartes del sector público y privado, incluyendo comunidades y redes de trabajo.
- * Proporcionar apoyo urgente y sostenido a los países.
- * Simplificar y uniformizar las herramientas para la entrega de Tratamiento Antirretroviral, incluyendo el examen rápido de VIH y el uso de drogas de combinación de dosis fijada (FDC en inglés).
- * Crear un nuevo servicio para asegurar la asistencia técnica apropiada a los países para un suministro seguro, confiable y efectivo de medicinas y diagnósticos (AMDS en inglés).
- * Identificar rápidamente, diseminar y aplicar nuevos conocimientos y estrategias bien sucedidas: Estudios de caso, Las Mejores Prácticas, Lecciones Aprendidas.

Los principales hitos para los indicadores de monitoreo global, en los niveles de ingreso, proceso, rendimiento y resultado total han sido definidos para Diciembre de 2005, es decir, 50 países han solicitado apoyo a la OMS para el "3por5", 60 países han establecido los objetivos para "3por5" y han desarrollado el plan nacional de implementación "3por5", 50 países han hecho uso de los servicios de proyectos AMDS y 50 países han implementado la capacitación usando certificados de competencia para proveedores de cuidados de salud apoyados por la OMS. 100.000 proveedores de salud y asistentes de tratamiento para la comunidad son entrenados para dar el tratamiento del TAR. 20.000 agencias de servicio que proporcionan el Examen y Conserjería y 100.000 suministran TAR.

¹² Departamento de VIH/SIDA, Organización Mundial para la Salud, Ginebra.

3.6. Respuesta de la OPS al VIH/SIDA Iniciativa “Tres millones para 2005”

Carol Vlassoff, Gina Tambini¹³

En América Latina y Caribe, el número acumulado de personas viviendo con VIH/SIDA entre 1980 y 2001 se ubicaba en casi dos millones.¹⁴ Analizando la situación, se pueden distinguir epidemias subregionales en las distintas zonas del subcontinente. Mientras que la transmisión es mayoritariamente heterosexual en el Caribe, en América Central se caracteriza de una expansión tanto hetero- como homosexual, y en el Cono Sur los usuarios de drogas intravenosas (UDI) desempeñan un papel importante.

Entre 1980 y 2001, unas 900.000 personas murieron por VIH/SIDA en América Latina y Caribe. Frente al alto número de víctimas fatales de la epidemia, es necesario aumentar el tratamiento antirretroviral (TAR) en la región. Para eso, se necesita una mayor participación de las personas que viven con el virus (PVVS), más recursos disponibles, una mejor coordinación entre los socios, un decidido compromiso político y negociaciones regionales de precios. El diario *Financial Times* reconoce que “los países en Latinoamérica han tomado una actitud firme frente a la industria farmacéutica en relación a las patentes de los tratamientos para el SIDA, que puede convertirse en un ejemplo para otras naciones en desarrollo.”¹⁵

La Iniciativa “3 millones para 2005” (3por5) de la OMS/OPS surgió como un compromiso de los Jefes de Estado de las Américas en la Declaración de Nuevo León firmada en enero de 2004 por los Jefes de Estado. Esta iniciativa que representa una buena oportunidad para fortalecer los sistemas y servicios de salud. Con ella, la OPS y sus asociados contribuirán a prolongar la supervivencia y restablecer la calidad de vida de las personas con VIH o con SIDA, avanzando hacia el objetivo último del acceso universal a los antirretrovirales para las personas necesitadas, como derecho humano, como medida efectiva de prevención y lucha contra la discriminación frente al VIH/SIDA.

“3por5” se dirige a un número estimado de 40 millones personas con VIH/SIDA en los países en desarrollo, de las cuales al menos 6 millones necesitan TAR. En las Américas, hay unas 3 millones de PVVS, y al menos 600.000 requieren de TAR. 380.000 de esas personas viven en América Latina y el Caribe, y a finales de 2003 sólo 210.000 de ellas estaba bajo TAR (cobertura antirretroviral 55%)¹⁶. Para 2005, se ha definido una meta de cobertura del 100%. Para lograr esta meta ambiciosa hace falta conseguir compromiso político y liderazgo, fortalecer los sistemas y servicios de salud, suministrar medicamentos de forma eficaz y fiable, interrelacionar las acciones de promoción y prevención de ITS y SIDA, difundir la información estratégica y diseminar las enseñanzas extraídas. Como logro ejemplar vale mencionar la respuesta de las Bahamas al VIH/SIDA que llevó a una reducción del 56,15% en las defunciones por SIDA (1997-2002) y del 89% en las defunciones por SIDA entre la población infantil (1994-2002). Al mismo tiempo, se logró reducir la transmisión vertical del 28% al 3% (2002), la incidencia de nuevos casos de VIH bajó al 24,4% entre 1997 y 2000 y hasta al 44,4% entre 1997 y 2002. La tasa de prevalencia de VIH entre los pacientes con ETS descendió en un 41% y entre las mujeres embarazadas en un 38%(1993-2002).¹⁷

Website: <http://www.paho.org/Spanish/AD/FCH/AI/3x5so.htm>

¹³ Área Salud Familiar y Comunitaria, OPS/OMS, Washington, EEUU.

¹⁴ Fuente: ONUSIDA 2002

¹⁵ Financial Times, Londres: FT.com, 25 de septiembre de 2003.

¹⁶ Fuente: UNAIDS/WHO/PAHO

¹⁷ Fuente: CAREC

4. Asignación de recursos nacionales al VIH/SIDA

4.1. Servicio de Atención Especializado - SAE

Dalcy Albuquerque¹⁸

El hospital-día “Unidad Mixta de Salud de la Cuadra 508 Sur” en el distrito federal de Brasilia ofrece un servicio de atención especializado (SAE) a los portadores de VIH y pacientes con SIDA. La atención y el tratamiento siguen una serie de estándares bien definidos de acuerdo con las líneas generales del SIDA. Es fundamental que el hospital coloca todo el equipo a disposición del paciente para ofrecer apoyo y aclarar dudas.

Cuando una persona se presenta al hospital-día se le solicita el examen de confirmación en caso de necesidad. Se abre una ficha, se hace consejería sobre su nueva situación, las medidas de prevención y se convoca a los(as) posibles parejas. Al mismo tiempo, se comienzan a evaluar las condiciones clínicas del paciente y llena la notificación y ficha epidemiológica. El diagnóstico clínico incluye también una evaluación en la tisiología y los exámenes complementares de rutina, tales como hemograma completo, urea, creatinina, perfil lipídico, glicosís, ácido úrico, sodio, potasio, cloro, calcio, ALT, AST, bilirrubina, amilasis fosfatasa, alcalina, proteínas totales y fracciones y las serologías de la toxoplasmosis, CMV, VDRL, hepatitis, un análisis de la orina y la parasitología de las heces. La tisiología que complementa el diagnóstico de entrada, incluso en el caso de las personas asintomáticas incluye un examen de rayos X de tórax, un PPD (mantoux), un BAAR y un cultivo de saliva.



En las agendas de consultas con el médico, el plazo depende de las condiciones del paciente. Una consulta con el médico especialista en la infección puede ser durante el mismo día o de acuerdo con la disponibilidad de la agenda, en todo caso depende del estado clínico del paciente. El médico especialista evalúa al paciente, prescribe un QP o tratamiento para infecciones oportunistas, solicita el conteo de las células CD4/CD8, la carga viral u otros exámenes, deriva al paciente a otros profesionales del equipo o especialistas y marca el día para la consulta.

El paciente puede dirigirse a otros profesionales del equipo en cualquier momento sin necesidad de un encaminamiento. En la nueva consulta con el médico especialista en infecciones, se vuelve a evaluar al paciente, se prescribe HAART de acuerdo con el consenso brasileño y se marca el día para una nueva consulta.

Cuando el paciente ya está dentro del hospital-día se marcarán nuevas consultas de acuerdo con las necesidades del paciente. En cualquier momento y situación, el paciente podrá recurrir a otros profesionales y servicios disponibles en el SAE que atiende también clínica médica, endocrinología, ginecología y obstetricia para personas no-portadoras de VIH. El SAE ofrece dermatología sanitaria (hanseniasis), dermatología para portadores de VIH, pediatría para niños portadores de VIH y expuestos como hijos de madres VIH positivo y un servicio de nutrición.

¹⁸ Secretaria de Estado de Salud del Distrito Federal, Brasilia/DF, Brasil.

4.2. El uso de los argumentos económicos para asignar recursos para el SIDA en el Caribe: Los casos de Haití y Cuba

Arachu Castro¹⁹

En el ámbito internacional, es atribuida una importancia desproporcionada a los argumentos económicos al establecer las prioridades en la lucha contra el SIDA. Un examen de los diferentes casos de las respuestas cubanas y haitianas al SIDA revela que los argumentos económicos tienden a dominar el discurso de salud pública por otras razones más que por la cantidad de recursos financieros que se necesitan para combatir el SIDA. Mientras Haití sufre la prevalencia más alta de VIH fuera de la región Sub-Sahariana africana y el SIDA se ha transformado en el principal asesino de los adultos-jóvenes, Cuba ha conseguido contener la epidemia y se enorgullece de tener la prevalencia más baja de VIH en las Américas y una de los más bajas del mundo. En Haití, la prevalencia adulta de VIH/SIDA excede el 6% mientras que en Cuba la prevalencia es de menos del 0,05 por ciento.

En Haití, una serie de obstáculos que impiden la liberación de los servicios públicos de salud pueden atribuirse no sólo a las condiciones locales sino al abuso y al mal uso de las herramientas costo-efectividad fuera de Haití y a los argumentos politizados dentro de la comunidad internacional sobre la asignación de recursos externos a los países empobrecidos. Al contrario, el caso cubano refleja políticas de salud auto-determinadas y prácticas de asignación de recursos que generalmente siguen y son modeladas por la epidemiología de la enfermedad. Mientras Cuba ha financiado y toma sus decisiones de políticas públicas en gran parte de forma independiente con relación a los donadores internacionales y a los debates internacionales sobre salud, los recursos de Haití para combatir el SIDA provienen de fuentes internacionales que son modeladas por el uso de herramientas económicas y vinculadas a prácticas de ayuda.

En defensa del uso de herramientas de decisión diseñadas para medir las intervenciones específicas, en vez de evaluaciones de la totalidad de un programa de salud, enfoques que se apoyan fuertemente en análisis económicos han reducido oportunamente los potenciales de inversiones en la prevención y cuidados del SIDA en Haití. Antes del 2003, los primeros desembolsos fueron hechos por el Fondo Global para el Combate al SIDA, Tuberculosis y Malaria. Casi la totalidad de la asistencia del SIDA para Haití y otros países ha consistido en el fomento de la educación y la distribución de preservativos para prevenir la transmisión del VIH.

Aunque el acceso amplio a los cuidados del SIDA tiene beneficios económicos y sociales, además de mejorar los resultados clínicos, pocos estudios han intentado ir más allá de la estrecha definición de resultados de salud para incluir los beneficios sociales derivados de las personas viviendo con SIDA con el tratamiento adecuado. Partiendo de la experiencia de un programa amplio de los cuidados del SIDA en el Haití rural y en Cuba, es claramente recomendable incluir las variables sociales en el análisis de las intervenciones en la salud para una mejoría efectiva de la condición global del SIDA y pedir una respuesta más adecuada a la pandemia a los países ricos y sus instituciones.

Para más lectura: Farmer, Paul; Castro, Arachu (2004). Pearls of the Antilles? Public Health in Haiti and Cuba. En: Castro, Arachu; Singer, Merrill (eds.) *Unhealthy Health Policy: A critical Anthropological Examination*. Walnut Creek, California, Altamira Press, pp. 3-28.

websites: www.pih.org, www.hms.harvard.edu/dsm,
<http://www.brighamwomens.org/socialmedicine/default.asp>.

¹⁹ Harvard Medical School Partners In Health, and Brigham and Women's Hospital. Boston, Massachusetts, U.S.A.

4.3. El GFATM: ¿Ventana al Futuro de la Cooperación Internacional?

Hernán Rosenberg²⁰

El GFATM es una indicación de las futuras orientaciones de la Cooperación Internacional. Se caracteriza por no ser un organismo del sistema ONU, sino una fundación, cuya Junta de Gobierno incluye a países en desarrollo e industrializados (por partes iguales), así como a representaciones de las ONG del norte y el sur, las fundaciones y el sector privado. Las personas viviendo con las enfermedades también están representadas. El Banco Mundial, la OMS y ONUSIDA son miembros con derecho a palabra, pero no a voto.

Las propuestas deben ser originadas por el mecanismo de coordinación de país (MCP), que reproduce a la junta en el sentido de que tanto el sector público como el privado deben ser miembros, lo que constituye un desafío ante la falta general de experiencia en materia de dicha colaboración. Estas propuestas son revisadas técnicamente por un panel independiente, que hace recomendaciones a la Junta después de una revisión de la integridad y elegibilidad por parte del Secretariado. En las primeras tres rondas, el panel ha recomendado entre el 40-50% de las propuestas presentadas. La Junta ha seguido hasta ahora sus recomendaciones.



El Fondo no tiene representación local, que es realizada por el Agente Local del Fondo (ALF). Debido al carácter virtual del MCP, se designa a un Beneficiario Principal quien funge como gerente del proyecto. Hasta ahora, US-\$ 260 y 593 millones fueron aprobados por dos y cinco años respectivamente en las tres primeras rondas para las Américas, y la OPS ha invertido más de 750 mil en apoyo directo.

El enfoque multisectorial recomendado por la OPS consiste en asesorar a los países sobre temas relativos al GFATM, apoyar al establecimiento y desarrollo de MCP, asesorar en materia de gobernanza e integración de los miembros de la sociedad civil, dar orientación sobre la gobernanza en el GFATM, apoyar solicitudes de MCP para CT o servicios de adquisiciones, la utilización eficiente de los fondos de subvención de GFATM y la formulación de propuestas. Además, incluye la incorporación de propuestas a los planes de salud, dentro de



Joint United Nations Programme on HIV/AIDS
UNAIDS
 UNICEF • UNDP • UNFPA • UNDCP
 ILO • UNESCO • WHO • WORLD BANK

una visión sistémica, la modernización o reprogramación de las propuestas aprobadas para cumplir con la iniciativa 3x5, el monitoreo y la evaluación, la coordinación con otros esfuerzos de la OPS u otros socios y la promoción así como el monitoreo de la adicionalidad de los subsidios GFATM.

Los principales desafíos regionales para el Futuro se presentan respecto de la gobernanza, la longevidad del Fondo, la sostenibilidad de los procesos y programas, la elegibilidad regional, la preparación de solicitudes de extensión, la ejecución de proyectos aprobados para interrumpir el círculo perverso, el redescubrimiento de los sistemas y la incorporación de temas que están fuera del sector de la salud, tales como la integración económica, las políticas de medicamento y otros asuntos.

Websites: <http://www.paho.org/English/HCP/gfatm.htm>; <http://www.globalfundatm.org/>;
<http://www.theglobalfund.org/es/about/fighting/default.asp>; <http://www.unaids.org/>; <http://www.undp.org>

²⁰ OPS-OMS Washington, EEUU.

4.4. Extensión de la Seguridad Social a los Excluidos y Pobres en Honduras

Sergio Velasco²¹

La Organización Internacional del Trabajo (OIT) persigue una política de promoción de oportunidades para hombres y mujeres con el objetivo de que obtengan un trabajo digno y productivo, en condiciones de libertad, equidad, seguridad y dignidad humana. Los cuatro objetivos estratégicos de la OIT son los siguientes: Promover los principios y derechos fundamentales en el trabajo, generar mayores oportunidades para que mujeres y hombres dispongan de ingresos y empleos decorosos, realzar el alcance y la eficacia de la protección social para todos y fortalecer el tripartismo y el diálogo social. En la protección social, los estados miembros de la OIT amplían el alcance y los instrumentos de los esquemas de seguridad social (incluyendo el sector informal y los pobres) para mejorar y diversificar los beneficios, fortalecer la administración como la gobernanza y desarrollar políticas destinadas a combatir los efectos adversos de la inseguridad económica y social.

Hasta la fecha, la OIT puede presentar experiencias piloto en tres países: Honduras, Malí y Sri Lanka. La iniciativa de extensión de la protección social a los pobres y los grupos excluidos está basada en el diálogo social tripartito y en los criterios de sostenibilidad. En Honduras, la ampliación de la cobertura horizontal parte de un nivel muy bajo: apenas el 15% de la población económicamente activa (PEA) y el 12% de la población total cuentan con la seguridad social, que se limita a 15 de los 298 municipios. En una dimensión vertical, la extensión de la protección social en el país centroamericano pasa por el nivel de las pensiones, la inclusión de los hijos y esposas de los trabajadores asegurados y la cobertura de los riesgos del trabajo y enfermedades profesionales.

El proyecto está integrado por distintas etapas, presentadas a continuación: misión preparatoria, integración del equipo de coordinación nacional, integración de la mesa de diálogo, desarrollo de talleres de capacitación, diagnóstico de la seguridad social e investigaciones complementarias, seminario nacional tripartito, diálogo para elaborar el Plan de Acción Nacional (PAN) y seguimiento.

Para la integración de la mesa de diálogo compuesta de forma tripartita con seis miembros de cada sector (empleadores, empleados y estado) se han definido determinados criterios de selección que incluyen la experiencia en seguridad social, la capacidad de tomar decisiones y la buena comunicación con las cúpulas de las organizaciones. La integración final de la mesa de diálogo incluye a miembros de la junta directiva del Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS), miembros y coordinador del Consejo Estatal Social, el Secretario de Trabajo y el presidente de la junta directiva del IHSS.

Los retos del proyecto de extensión de la cobertura de la protección social en Honduras son varios. En primer lugar, se trata de coordinar acciones y crear sinergias con otras iniciativas (Banco Mundial) y otras agencias bilaterales y multilaterales. Por otra parte, es necesario mantener la cohesión y la activa participación de la mesa de diálogo para aumentar la eficacia y conseguir la sostenibilidad. En términos más palpables para la población, se pretende lograr pensiones y niveles máximos de cotización dinámicos y mantener la vigencia del PAN, mediante su continua revisión y adecuación. Se requiere capacidad creativa para elaborar estrategias efectivas de extensión de cobertura por zona y capitalizar las lecciones aprendidas para replicar las prácticas exitosas en Honduras y en otros países.

www.ilo.org/socpol , www.ilo.org/STEP/publ, www.ilo.org/socfas

ILO/STEP, PAHO (1999). Overview of the exclusion of social protection in health in Latin America and the Caribbean. Geneva. (also available in Spanish)

²¹ Oficina Internacional de Trabajo, San José, Costa Rica.

4.5. Proyecto de extensión de la protección social en los países andinos

Fabio Durán²²

A pesar de la existencia de barreras estructurales que impedirían la universalización de los sistemas de seguridad social en salud en los Estados que integran la Comunidad Andina de Naciones, gran parte de la bajísima cobertura de la seguridad social está explicada por deficiencias de la configuración de los sistemas nacionales de protección social en salud, que afectan la estructura del financiamiento, la definición programática y la gestión. El financiamiento de salud está fragmentado, los roles institucionales no están claramente definidos, y en general, hay un problema de falta de definición institucional de funciones y programas. Al mismo tiempo, el gasto privado en salud de la región andina se ubica en niveles altos e inclusive se equipara al gasto público en el sector.

Por lo tanto, hay un considerable espacio para el desarrollo de iniciativas que conduzcan a un incremento sustancial de la cobertura de la protección social en salud. Sin embargo, cualquier solución que se plantee, requiere, en primera instancia, voluntad política y consensos y pactos sociales tendientes a una concertación para el diseño de políticas y acciones. En el marco de su estrategia basada en el concepto de trabajo decente, la OIT ha planteado cuatro objetivos estratégicos: promover los principios y derechos fundamentales en el trabajo; generar mayores oportunidades para mujeres y hombres, para que dispongan de ingresos y empleos decorosos; realzar el alcance y la eficacia de la protección social para todos; y fortalecer el tripartismo y el diálogo social.

El Proyecto para la extensión de la protección social en salud (EPSS) en la región andina, tiene como objetivo fundamental la creación de un marco político e institucional adecuado, para aumentar la cobertura de los sistemas formales de protección social en salud en los países de la Región Andina, fortaleciendo los actuales esquemas de protección y desarrollando nuevos mecanismos e instrumentos de protección. El proyecto busca elevar el perfil de la extensión de la protección social, fortalecer el tripartismo y el diálogo social, desarrollar una masa crítica nacional y regional que genere apoyo técnico y político para la extensión de la protección social en salud.

En el marco de estos objetivos, algunas acciones estratégicas se relacionan con el financiamiento de investigaciones y diagnósticos específicos sobre protección social en salud, y en general, con la generación de información para brindar exposición pública al problema de la brecha de la cobertura. Se pretende formar cuadros técnicos y políticos con conocimientos especializados en temas relacionados y socializar los resultados de experiencias internacionales, entre grupos técnicos y políticos encargados de tomar decisiones relativas a programas y políticas de salud. Más allá de fortalecer las instancias formales encargadas de diseñar y desarrollar políticas de protección social, se van a incentivar procesos de diálogo y la creación de espacios de debate tanto en el ámbito nacional como internacional y subregional sobre este tema. El proyecto de la OIT apoyará iniciativas nacionales y locales, de carácter innovador en lo que se refiere a la implementación de mecanismos e instrumentos de protección social, tales como microseguros de salud dirigidos a grupos excluidos. Mediante el desarrollo de actividades de dicha naturaleza, se generan el diálogo social, el conocimiento científico-técnico y el apoyo político, elementos imprescindibles para impulsar el progreso sostenido de los sistemas de protección social en salud en la región andina.

²² Organización Internacional del Trabajo-OIT, Tegucigalpa, Honduras.

5. Cooperación Técnica en América Latina y el Caribe

5.1. El programa brasileño de Cooperación Internacional

Mauro Teixeira²³

Paralelamente con el creciente reconocimiento de que el Programa Brasileño de Enfermedades Transmitidas Sexualmente (ETS) y SIDA que se viene observando en el ámbito internacional, la demanda de cooperación técnica, científica y tecnológica en VIH/SIDA ha ido aumentando durante los últimos años. Actualmente Brasil tiene un amplio programa de cooperación internacional que involucra a más de 40 países de los distintos continentes, una sólida asociación mancomunada con organismos y agencias internacionales, y contempla las más distintas áreas de conocimiento, tales como: prevención, asistencia y tratamiento, vigilancia epidemiológica, ETS, derechos humanos y articulación entre Gobierno y organizaciones de la sociedad civil. Brasil se ha puesto a disposición de los países interesados para la transferencia de diferentes tecnologías, incluyendo la producción de medicamentos antirretrovirales genéricos.

En ese mismo sentido, Brasil lanzó, en el 2002, el Programa Brasileño de Cooperación Internacional para Otros Países en Desarrollo (PCI), cuyo objetivo es transferir tecnología de asistencia y manejo clínico del VIH/SIDA, capaz de garantizar el desarrollo de programas y servicios mejor estructurados y adaptados a la realidad local. Fue incluida en este programa la oferta de 100 tratamientos, con posibilidades de ampliación, usándose los medicamentos antirretrovirales producidos por laboratorios estatales del país. Hasta el momento fueron contemplados por el PCI los siguientes países: El Salvador, República Dominicana, Colombia, Bolivia y Paraguay, en América Latina y el Caribe; y Mozambique, Namibia, Kenia, Burundi y Burquina Faso. Se están efectuando tratados para la inclusión de otros países africanos de idioma portugués, tales como Angola, Cabo Verde y San Tomé y Príncipe, con la posibilidad de incluir también a Guinea-Bissau.

A pesar de todavía se está en una fase inicial, ya es posible afirmar que este programa ha tenido éxito, en la medida en que viene posibilitando que los países con poca y ninguna experiencia con el tratamiento usando antirretrovirales, cuenten con profesionales de salud capacitados, y con los insumos disponibles para el inicio inmediato de los tratamientos, lo que crea una capacidad local de recursos humanos y permite dando inicio a un proceso que se espera que sea ampliado y fortalecido con el tiempo hasta alcanzar su sostenibilidad.

Brasil ha participado activamente en iniciativas en el ámbito global para aumentar el acceso al tratamiento de antirretrovirales y otros insumos de salud, y mejorar la respuesta al VIH/SIDA en distintos países. De esa forma, Brasil representó a América Latina y el Caribe ante el Fondo Global de Lucha contra el SIDA, Tuberculosis y Malaria. De la misma forma, Brasil adhirió activamente a la Iniciativa "3por5", lanzada en el 2003 por la Organización Mundial de la Salud - OMS, que planteó la meta de llegar a 3 millones de tratamientos con antirretrovirales en todo el mundo antes de fines del 2005. Con este objetivo, está siendo estructurado en el país un banco de consultores para apoyar la iniciativa, y ya se han realizado algunas asesorías en este campo, principalmente en los países de América Latina y del Caribe.

También en ese sentido, Brasil está al frente de un proyecto de América Latina y del Caribe para la estructuración de una Red Regional de Asistencia Técnica que, además de proporcionar asesoría a los distintos países en el campo de las iniciativas "3por5" y Fondo Global, promoverá la cooperación entre los países de la región por medio de un levantamiento de las necesidades y potencialidades de prestación de asistencia técnica, y del establecimiento de un intenso intercambio de experiencias intrarregionales.

²³ Programa Nacional /SIDA, Ministerio de Salud, Brasilia, Brasil.

5.2. Programa de Cooperación Internacional entre Brasil y El Salvador

Rodrigo Simán Siri²⁴

El programa de cooperación internacional para acciones de prevención y control del VIH/SIDA para otros países en desarrollo (PCI) se estableció entre el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de El Salvador (MSPAS) y el Ministerio de Salud de Brasil. El costo total del programa de cooperación es de US \$ 124,200.00, y los organismos e instituciones cooperantes aportan otros US \$ 33,172.00.

El PCI persigue el objetivo general de transferir tecnología en materia de asistencia y manejo clínico de pacientes con SIDA y promover el acceso a medicamentos antirretrovirales (ARV) de origen brasileño y suministrar tratamiento ARV a 100 pacientes por año. Se espera capacitar a técnicos en el área de atención clínica a pacientes con SIDA y en sus interfaces de vigilancia, prevención, gestión y otros. Por otra parte, a través del programa de cooperación internacional se van a fortalecer los programas locales y se dará apoyo a la mejoría de centros de referencia para atención de personas viviendo con VIH/SIDA dentro de una perspectiva de sostenibilidad de las acciones.

En lo que atañe a la prevalencia del VIH en América Central, el número acumulado de portadores del virus entre 1998 y 2002 se estima en 203.000 personas, y al mismo tiempo hay 37.415 casos notificados de SIDA. El VIH está entre las 10 principales causas de muerte en tres de los siete países de la región.²⁵

En El Salvador, entre 1984 y 2003 se ha detectado un total de 12.629 casos de SIDA y portadores del VIH. El número de personas con tratamiento antirretroviral a nivel del país llega a un total de 1.074 portadores del virus, repartidos casi igualmente entre el ministerio de salud (524) y el Instituto Salvadoreño del Seguro Social (550).

Los criterios de selección de pacientes dentro del PCI son los siguientes: pacientes vírgenes de ARV, pacientes sintomáticos (criterio CDC modificado RJ/CARACAS), pacientes asintomáticos con CD4 < o igual a 200 cel/ml y pacientes sintomáticos con CD4 < 350 y con CV >100,000 copias. No serán tratados los pacientes con CD4 >o igual a 350 cel/ml.

En noviembre del 2002 el gobierno de Brasil apoyó el proyecto. En mayo del 2003 se realizó la primera visita del consultor brasileño al país y en octubre del mismo año, ocho técnicos y un miembro de la sociedad civil (PVVS) participaron en una capacitación en São Paulo. En abril del 2004 el primer lote de medicamentos ARV de producción brasileña entró en El Salvador y en mayo se inició la distribución de medicamentos y el inicio de las terapias antirretrovirales.

Hasta este momento se pueden destacar una serie de logros conseguidos a través del PCI entre Brasil y El Salvador. En primer lugar, comenzó la introducción de medicamentos genéricos al país y se redujeron sustancialmente los costos de atención. Además, se capacitó a un equipo multidisciplinario del principal hospital nacional del país y del mayor hospital periférico fuera de la capital. En términos generales, el programa de cooperación permite destinar más fondos para la promoción y prevención de la epidemia durante el año en curso.

Website: www.mspas.gob.sv

²⁴ Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

²⁵ Fuente: Vigilancia Centinela Nacional de VIH, estudio especial. Estudio Multicéntrico 2002.

5.3. Propuesta de la República Dominicana para la calidad de vida de las madres y los niños que viven con el VIH

Sofia Khouri²⁶

La República Dominicana es el segundo país del Caribe en lo que se refiere a la tasa de infección de VIH/SIDA estimada en un 2,4% de la población adulta. La principal vía de transmisión, en casos reportados, es la sexual (76% heterosexuales); afectando a la población de 15 a 44 años (79.8%). De éstos, el 13.1% tienen entre 15 a 24 años; la relación hombre-mujer es de 1.7:1, el 4% acumulado en el año 1999 eran hijo/as de madres VIH+.

En el año 2000, se asumió como política nacional la prevención de la infección madre-niño desarrollándose el Programa Nacional de Reducción de la Transmisión Vertical (PNRTV) aplicándose las siguientes estrategias: detección precoz del VIH mediante prueba de Elisa anti VIH, consejería pre-post-prueba, cesárea, administración de Nevirapine y leche alternativa para el bebé durante los primeros 6 meses de vida o leche materna exclusiva.

Durante el año 2003 fueron atendidas en diferentes hospitales del país 1,170 embarazadas VIH+, de las cuales 615 (52.56%) recibieron antirretrovirales, y 677 bebés (57.86%). El esquema no contempla continuar con ARV para la madre y el bebé VIH+. En el año 2002, el Gobierno de Brasil inicia su apoyo a América Latina y la República Dominicana presentando el proyecto *Por la Calidad de Vida de las Madres y los Niños que Viven con el VIH*. Fue aprobada la donación de antirretrovirales durante un año a 280 mujeres VIH+ que hayan dado a luz dentro del Programa, así como a sus hijos infectados con el VIH+ que califiquen clínicamente hasta que comience la entrega oficial realizada por los proyectos financiados por el Banco Mundial y el Fondo Global.

El objetivo del proyecto fue mejorar la oferta de servicios ofrecidos a personas viviendo con el VIH, dándose prioridad a la embarazada y a su bebé infectado con el VIH. La población cubierta está integrada por 280 Madres VIH+ y los niño/as que resulten sero-positivos y cumplan con los criterios de inclusión en el tratamiento con ARV. La experiencia mencionada anteriormente, acontece dentro del marco del PNRTV. Asumir el ARV de por vida para las embarazadas VIH+ y para los bebés infectados es un reto que ha requerido estrategias especiales.

Entre otros, era necesario dedicar fondos y aprobar proyectos orientados a desarrollar la atención integral y el seguimiento con financiamiento del Gobierno Central (préstamo Banco Mundial), el Fondo Global, la Fundación Clinton y el proyecto Conecta/FHI de USAID. El Gobierno asumió Unidades de Atención Básicas (UAB) en hospitales y centros, Unidad Coordinadora de Atención Integral SESPAS/ DIGECITSS (UCAI), fortalecimiento de la Unidad de Atención Integral del Centro Sanitario (UCAI – CSSD), nombramiento de un equipo multidisciplinario para todos los proyectos destinados a dar atención integral a PVVS y Unidades de Consejería pre-post-prueba. Esto incluye capacitaciones dentro y fuera del país del personal de los servicios, la aplicación de Estrategia Comunitaria y el recibimiento de la primera partida de los MARV donado por el Gobierno de Brasil, enviados a finales del mes de marzo del 2004 y recibidos el 31 de mayo del 2004.

El presupuesto global es de US \$ 3, 669, 493.00, la donación MARV del gobierno brasileño de US \$ 77, 393. 60. La primera partida recibida hasta la fecha llega a US \$ 19, 348. 40, la contrapartida del Gobierno Dominicano es de US \$ 3, 592, 100. 00 que se dedican a infraestructura, salarios y pruebas de laboratorio).

Páginas web: info@digecitss.org.do, planificacion@digecitss.org.do.

²⁶ Dirección General de Control de las ITS/VIH/SIDA, República Dominicana.

5.4. Programa Nacional de Control del SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual en Paraguay

María Cabello²⁷

El programa nacional de control del SIDA (PRONASIDA) e infecciones de transmisión sexual (ITS) en Paraguay tiene el objetivo general de profundizar la respuesta nacional a la Epidemia del VIH/SIDA de forma intersectorial, participativa y descentralizada. En términos más específicos, pretende disminuir la incidencia de la epidemia del VIH/SIDA/ITS y promover el mejoramiento de la calidad de vida de las personas viviendo con VIH/SIDA (PVVS).

Sus metas son la reducción de las actuales brechas en el suministro de la terapia antirretroviral, buscando obtener y sustentar el acceso universal a la terapia en todo el país. Con este objetivo, se busca la consolidación de las alianzas entre los sectores público y privado, las ONGs y las PVVS, favoreciendo los planteamientos de colaboración. PRONASIDA se dedica también a la ampliación de las actividades de prevención y al incremento del grado de conciencia sobre la problemática del VIH/SIDA en el ámbito nacional.

El objetivo general del proyecto de cooperación internacional (PCI) del gobierno brasileño es la transferencia de tecnología en materia de asistencia y manejo clínico de pacientes infectados por el VIH y afectados por el SIDA y la promoción del acceso a medicamentos antirretrovirales (ARV). Más específicamente, el PCI pretende otorgar tratamiento anual con medicamentos ARV de origen brasileño a 100 pacientes en el Paraguay. Para eso, serán capacitados técnicos en el área de asistencia clínica a pacientes así como en vigilancia, prevención, gestión y otros aspectos relacionados con la atención integral de las PVVS. Además, está previsto el fortalecimiento de los programas locales y centros de referencia para asistencia a PVVS, en una perspectiva de sostenibilidad de las acciones. También se analizarán las condiciones para la producción de antirretrovirales genéricos en el país.

El PCI ha definido varios resultados que deben ser logrados durante la fase de implementación del mismo. En la dimensión asistencial, se formarán equipos técnicos capacitados en asistencia clínica a pacientes y en logística de ARV. Representantes de la sociedad civil capacitados en el apoyo biopsicosocial y la adherencia al ARV son fundamentales para garantizar la sostenibilidad del programa. El intercambio continuo de experiencias en las modalidades asistenciales y la organización de programas de SIDA/ITS y la promoción de la abogacía para el acceso ampliado a terapia ARV van a complementar la estrategia del PCI en el Paraguay.

Como requisito previo imprescindible para posibilitar el tratamiento ARV universal se inició una revisión de la legislación vigente en materia de drogas genéricas, incluidos los ARV genéricos dentro del cuadro básico de medicamentos del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPyBS), con un estudio de costos de inversiones para la elaboración de genéricos.

Como actividades que acompañan el PCI vale mencionar el inicio del proyecto “3por5” de la Organización Panamericana de Salud (OPS) y la implementación de las estructuras nacionales del Fondo Global para la Lucha contra SIDA, Tuberculosis y Malaria (FGSTM). Tanto la reducción de los costos nacionales de medicamentos ARV en un 40% como la creación de un banco de medicamentos entre las organizaciones no-gubernamentales (ONG) y gubernamentales (OG) están facilitando la atención ofrecida a las PVVS en Paraguay.

²⁷ PRONASIDA-ITS, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), Asunción, Paraguay.

5.5. Acceso a medicamentos ARV en Colombia y Proyecto de Cooperación Internacional Colombia - Brasil

Ricardo Luque Núñez²⁸

En Colombia los medicamentos están garantizados por el sistema de aseguramiento y por ese motivo no existe un sistema centralizado de compras. En la actualidad se encuentran contemplados nueve de un total de quince medicamentos disponibles en el mercado. La competencia de adquirir medicamentos para la población pobre no asegurada corresponde a las Direcciones Departamentales de Salud que actúan como aseguradoras cuya red prestadora son las Empresas Sociales del Estado. Existen, con esta finalidad, recursos de subsidio a la oferta que en la actualidad son insuficientes para garantizar el acceso universal.

La política del Estado en lo que se refiere al manejo de los/las portadores del VIH/SIDA busca garantizar la atención integral con acceso universal a medicamentos de calidad y bajo costo. El Fondo de Medicamentos busca obtener los mejores precios del mercado a través de adquisiciones en grandes volúmenes para las Direcciones Territoriales de Salud, quienes se hacen cargo de las personas sin seguro. Por otra parte, el gobierno impulsa iniciativas de negociaciones conjuntas con el fin de obtener los precios más favorables. Sin embargo, en los ARV se gastan US\$ 20.294.143 por año para atender a aproximadamente 9.000 pacientes que representan un 60-75% de las personas que lo necesitan.

En este marco se desarrolla el Proyecto de Cooperación Internacional con el Gobierno de Brasil para asistencia técnica en el manejo de medicamentos genéricos de calidad, que incluye la donación de medicamentos a 100 pacientes durante 1 año. Este proyecto define claramente los criterios de inclusión para el protocolo de seguimiento. Recibirán la terapia pacientes mayores de 14 años sin acceso al tratamiento y que lo reciben por primera vez. No se incluyen mujeres embarazadas, por estar cubiertas por otro proyecto, excepto si se embarazan durante el tratamiento. Igualmente, es importante que los pacientes tengan algunas condiciones mínimas que favorezcan la adherencia. El servicio deberá realizar la búsqueda activa de los faltantes. Se incluirán pacientes con SIDA que deberán tener un cuadro de infección oportunista y/o cáncer estables y pacientes con CD4 < 350 células/ml y /o Carga Viral > 100.000 copias/ml.

Los medicamentos suministrados por el Gobierno Brasileiro básicamente corresponden a los genéricos producidos directamente por Brasil. Se acordaron esquemas básicos de tratamiento se establecieron lo siguiente:

- Esquema 1: Pacientes con CD4 < 350 células/ml : AZT + 3TC + NVP.
- Esquema 2: Pacientes Sintomáticos. Independiente de CD4: AZT + 3TC + IDV (sin Ritonavir)*
- En casos de Toxicidad se estableció cambiar NVP por IDV o viceversa e igualmente cambiar AZT por d4T por anemia, pudiendo retornar al esquema original.

Los Hospitales a cargo de los pacientes se comprometen a realizar Carga viral y CD4: más los exámenes de control al año de seguimiento y los exámenes de bioquímica según criterio médico. Para la realización de este proyecto, el Gobierno brasileiro aportó US\$ 84.200 y el gobierno colombiano una contrapartida de US\$ 8.500 que sumados a los aportes de un Organismo Cooperante (GTZ) representan total de US\$ 118.044 en su primera fase de implementación.

²⁸ Ministerio de la Protección Social (MPS) Bogotá, Colombia.

5.6. Atención del VIH/SIDA en la Seguridad Social de Salud en Colombia

Guillermo Córdoba, Ricardo Luque²⁹

Desde su implantación en 1995, el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) en Colombia cubre la atención de la infección por VIH y al SIDA y el plan de beneficios o Plan Obligatorio de Salud (POS), que considera dicha atención dentro del paquete de tratamientos de alto costo. En 1997 se incluyó la cobertura de los medicamentos antirretrovirales en ambos regímenes, y a partir del 2004 también la carga viral para VIH en el Régimen Contributivo. Para neutralizar la selección adversa el usuario debe tener una antigüedad de hasta cien semanas de cotización en el Régimen Contributivo. En el Régimen Subsidiado no hay períodos de carencia.

Las previsiones originales para el sistema no se han cumplido en lo que se refiere a la cobertura universal poblacional y a la unificación de planes de beneficios. Más de la mitad de la población continua siendo atendida por medio de subsidios a la oferta o debe cubrir los costos con sus propios medios.

El POS en ambos regímenes del SGSSS cubre atención ambulatoria, hospitalización, medicamentos y servicios de complementación diagnóstica y terapéutica. Sin embargo, en el Régimen Contributivo, el plan tiene servicios sin cobertura tales como algunos exámenes de laboratorio de tecnología de última generación y desarrollo, ciertos medicamentos ARV para terapias de rescate y servicios en caso de falta de antigüedad en el sistema. En el Régimen Subsidiado, el POS tiene mayores restricciones pues no incluye servicios para el diagnóstico inicial (el usuario sólo es cubierto después de que se confirme el diagnóstico), ni la determinación de carga viral o pruebas de genotipificación viral y medicamentos que no estén incluidos en el manual de terapéutica del sistema.

En casos excepcionales los usuarios de ambos regímenes tiene acceso a medicamentos no incluidos en el POS, siempre que el caso sea debidamente sustentado ante un Comité que autoriza la dispensación si considera necesario y las entidades de aseguramiento pueden recobrar los costos excedentes al Fondo de Solidaridad y Garantía del sistema.

Por lo anterior y con recursos de subsidios a la oferta, el Estado debe ocuparse de la población pobre que no ha podido ser afiliada al Régimen Subsidiado, de los afiliados al Régimen Subsidiado y al Régimen Contributivo que requieran pruebas no cubiertas en el POS o que no posean la suficiente antigüedad y que no puedan cubrir los costos respectivos forma parcial o total.

En el Sistema de Riesgos Profesionales no hay restricción en la cobertura de servicios para atención de accidentes u afecciones de origen ocupacional. En el Plan de Atención Básica, los municipios deben realizar acciones gratuitas de ámbito colectivo para Promoción de salud y Prevención de la enfermedad con recursos propios específicos.

Para la población víctima del desplazamiento forzado y no cubierta por un seguro o previsión social, el sistema asigna competencias y recursos propios para atención de los problemas de salud prevalentes incluyendo la infección por VIH y el SIDA.

²⁹ Ministerio de la Protección Social (MPS), Bogotá, Colombia.

5.7. VIH/SIDA y seguridad social en la cooperación alemana

Manuel Mancheno³⁰/Nicola Wiebe³¹

El Ministerio Alemán de Cooperación Económica y Desarrollo (BMZ) apoya a los países en desarrollo en la lucha contra el VIH/SIDA enfocando el control de las causas primarias, político-económicas, sanitarias y socio-culturales de expansión de la epidemia, implementando estrategias que se centran en la lucha contra la pobreza, el fortalecimiento del sistema de salud, la promoción de cambios de conductas, la protección social de la ciudadanía y la solidaridad con los grupos vulnerables.

La GTZ integra el tema VIH/SIDA a través de la concertación con organismos de cooperación internacional o bilateral. En esta lógica apoya la cooperación sur-sur en la lucha contra el VIH/SIDA. Las acciones estratégicas de GTZ abarcan la implementación de una política de VIH/SIDA para personal enviado y nacional³² y la introducción del enfoque multisectorial en los proyectos GTZ y en los diferentes sectores de los países contraparte para crear responsabilidad compartida y ser más efectivos en reducir la vulnerabilidad individual y colectiva. El proyecto sectorial "*Lucha contra el VIH/SIDA en los Países en Desarrollo*", refleja el compromiso decidido de la GTZ en la lucha contra la epidemia, y la iniciativa *Backup* de la GTZ que otorga apoyo técnico para facilitar el acceso a los fondos internacionales del área (Fondo Global, Banco Mundial, etc.).

Otra área de cooperación de la GTZ es la implementación y reforma de mecanismos de financiamiento de salud para posibilitar el acceso universal y equitativo a la atención de salud, condición fundamental en la definición de los modos de prevención y tratamiento del VIH/SIDA. Merece mención especial el apoyo del consorcio de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Oficina Internacional del Trabajo (OIT) y GTZ en la implementación de un seguro social de salud en Kenia que permite el uso sustentable de los fondos de organismos internacionales para la lucha contra el SIDA. En América Latina, la GTZ apoya al gobierno chileno en sus esfuerzos de mejorar el acceso de la población indígena a los servicios de salud y, sobre todo, a introducir mecanismos financieros que permitan el acceso más equitativo a una serie de prestaciones garantizadas.

La GTZ está intensificando sus esfuerzos para contribuir a la gestión de conocimientos y fomentar el intercambio sur-sur. Ofrece la metodología InfoSure que permite apoyar el diseño de seguros de salud, analizar las características claves de un seguro de salud y descubrir enfoques innovadores y deficiencias estructurales. Al mismo tiempo, otorga espacios de intercambio de experiencias a través de una plataforma de internet y talleres de capacitación. En cooperación con la OIT y la OMS, en mayo de 2005 organizará una conferencia internacional en Berlín para promover la cooperación global respecto de la "Seguridad Social en Salud y la lucha contra HIV/SIDA, TB y Malaria".³³

³⁰ Proyecto Salud Sexual y Reproductiva, San Salvador, El Salvador.

³¹ Área de competencia "Protección social", Sede central GTZ, Eschborn, Alemania.

³² En América Latina, se han generado metodologías innovadoras para información, comunicación y educación al personal: el CD interactivo (Perú, Brasil), el recorrido participativo (El Salvador) etc..

³³ Websites: www.gtz.de/aids, www.gtz.de/backup-initiative/, www.ortoedu.com/rsslac/, www.gruposaludgtz.org, www.infosure.org, www.gtz.de/health-insurance, <http://www.gtz.de/themen/social-development/english/social-security.htm>

6. Resúmenes y Perspectivas para América Latina y el Caribe

6.1. Entrenamiento de jóvenes locutores en el área de VIH/SIDA y prevención de drogas

Claudia Herlt³⁴

Casi al mismo tiempo en que se realizaba la Conferencia EDUCASIDA en São Paulo, un CD-ROM fue lanzado en la Conferencia de Brasilia sobre un taller de entrenamiento para locutores jóvenes en el área de VIH/SIDA y prevención de drogas. La ONUSIDA, UNFPA y GTZ presentaron conjuntamente el CD-ROM.

En noviembre de 2003 un taller de tres días para 35 jóvenes locutores de radio de diferentes partes de Brasil fue llevado a cabo en Salvador, en el nordeste del estado de Bahía. El taller se enfocó en la educación por los pares. La educación por los pares se basa en el principio de que a las personas les gusta más escuchar información si ésta viene de alguien con quien se identifican y respetan. Por lo tanto, ONUSIDA en conjunto con otras agencias en Brasil, entre ellas, UNFPA, además de la GTZ, el Programa Nacional de ETS/SIDA, y la Secretaría Nacional de Drogas utilizó este concepto para fortalecer la comunicación y movilizar a la juventud para prevenir el abuso de drogas y VIH/SIDA. Expertos discutieron los lazos entre uso de drogas y VIH/SIDA, y asuntos como estigmatización, género y comportamientos de riesgo. Durante el taller, los participantes produjeron cinco programas de medios de comunicación para la radio, incluyendo anuncios de radios, noticias, debates y radio-novelas.



Luciano Milhoem, un consultor en comunicación de la ONUSIDA-Brasil resumió la idea del taller: “ La radio es un medio que llega a todos los brasileños, especialmente a la gente joven, no importa su clase social. Estamos tratando de usar la radio como compañera estratégica para combatir el VIH/SIDA y el abuso de drogas”.

El taller interactivo ayudó a los jóvenes locutores a lidiar con más confianza con el abuso de drogas y VIH/SIDA en su trabajo. Además del activo trabajo, se les proporcionó información, folletos conteniendo hechos que ayudan a incluir estos temas con confianza en sus programas de radio.

Concentrarse en la gente joven es muy importante: el 12% de los casos de SIDA en Brasil está entre 13 y 24 años. El uso de drogas inyectables contabilizó el 21% de los casos de SIDA de Brasil entre 1980-2002. El CD-ROM puede ser usado para diseminar la experiencia en todas las partes del mundo. El éxito se ha reflejado en la gran demanda. El CD-ROM ha sido traducido al inglés y fue presentado en la Conferencia Internacional del SIDA, en Bangkok, en julio de 2004.

Websites: www.unaids.org, www.gtz.de/aids,

Grupo Temático sobre el SIDA en Brasil: PAHO/WHO; ILO; UNDP; UNESCO; UNFPA; UNICEF; UNODOC; Banco Mundial; Ministerio de Salud, Ministerio de Relaciones Exteriores; Ministerio de Educación, Secretaría Nacional Anti-Drogas; FAO; UNIFEM; ECLAC; GTZ; DFID; USAID, Comité Internacional de la Cruz Roja; Consejo Nacional de Trabajadores para la Prevención del VIH/SIDA; Representantes de la Sociedad Civil.

³⁴ Coordinadora del Proyecto de Salud del GTZ Brasil, Brasilia, Brasil

6.2. Grupo de Cooperación Técnica Horizontal en Latinoamérica y el Caribe

Mauro Teixeira³⁵

El Grupo de Cooperación Técnica Horizontal (GCTH) nació en 1995, ante el descontento de los países de la región con los modelos verticales de cooperación adoptados por organismos internacionales y por los llamados “países desarrollados”, que ofrecían paquetes cerrados de cooperación dibujados desde sus oficinas centrales. Teniendo como base el lema “Nadie es tan pobre que no tenga nada que dar, ni tan rico que no tenga nada que recibir”, el GCTH propone una nueva forma de hacer la cooperación sur-sur, con basis en el respecto mutuo y en la transferencia recíproca de conocimientos y tecnologías entre los países de la Región. Participan del Grupo los siguientes países: Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Haití, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, Uruguay y Venezuela.

El GCTH constituye una referencia regional de articulación en instancias internacionales, como la UNGASS, articula procesos de negociación de precios para medicamentos antirretrovirales, permite elegir a representantes de los países ante el Fondo Global (FGATM) y mantiene alianzas estratégicas con 7 redes comunitarias de la región (ASICAL, ICW, LACCASO, MCM+, REDLA+, RELARD y REDTRABSEX). El evento bianual conjunto del GCTH con las redes y agencias es reconocido como el encuentro regional en VIH/SIDA y convoca a sociedades científicas regionales y universidades.

Los países de América Latina y del Caribe han tenido, de una forma general, éxito en sus postulaciones ante el Fondo Global por una serie de condiciones preexistentes: las redes de cooperación entre programas gubernamentales de SIDA y de la sociedad civil, los procesos de planificación estratégica, los estudios de cuentas nacionales, que desde 1999 ha permitido identificar y cuantificar las brechas, facilitando la formulación de proyectos focalizados en los temas deficitarios.

Una de las iniciativas desarrolladas por el GCTH es la Red de Asistencia de América Latina y del Caribe. Participan de la iniciativa ONUSIDA y otros organismos internacionales que contribuyen financieramente y con consultores. El objetivo de la red es promover la sostenibilidad de proyectos y programas destinados a fortalecer las respuestas nacionales al VIH/SIDA en América Latina y en el Caribe. Los países y las Redes Comunitarias se comprometen a indicar consultores nacionales, comunicar las demandas de asistencia técnica, dar apoyo a las misiones de asistencia técnica, identificar necesidades y desarrollar acciones por medio de la metodología de gestión del conocimiento

La Red pretende mejorar el intercambio de informaciones y experiencias, la divulgación de buenas prácticas para la prevención, promoción de derechos humanos y el diagnóstico y tratamiento del VIH/SIDA y fortalecer la capacitación de recursos humanos. En la primera fase se estudian las necesidades en los países de poca estructura aprobados por el FGATM, se presta la asistencia técnica de emergencia y se da soporte a los países en la elaboración de propuestas para el FGATM y de la iniciativa “3 em 5” de la OMS. En la segunda fase, se aplica una auto-evaluación para conocer las necesidades en otras áreas técnicas, se organizan talleres de gestión del conocimiento, se crea un espacio para el intercambio de informaciones y experiencias y se desarrollan proyectos y actividades de asistencia técnica entre los países de la región.

³⁵ Asesor Especial del Departamento de VIH/SIDA de la OMS, Ginebra, Suiza.

6.3. Lucha contra el SIDA y Protección Social en América Latina y el Caribe

Paulo Teixeira³⁶

La protección social es un concepto creado frente a la necesidad de asegurar condiciones esenciales para el bienestar de la sociedad, en áreas estratégicas como salud, educación, cultura, habitación, saneamiento, ocio etc. en un contexto social donde el poder adquisitivo no es igualitario. En un escenario donde el poder de compra es desigual y para muchos inexistente, el gran desafío es reducir las distancias sociales. Esta lógica representa un poderoso mecanismo de redistribución de ingresos y reducción de los conflictos sociales en los países capitalistas, desarrollo mejor implementado en los países europeos.

En América Latina, entretanto, la política de protección social no se ha desarrollado en plenitud. A pesar de las limitaciones, este concepto se refleja en las constituciones y políticas nacionales de la región. Esta tendencia fue desafiada por la lógica capitalista neoliberal, donde los intereses de mercado tienen un papel determinante en la política social. El acceso a la salud es uno de los componentes más visibles y determinantes de este debate, y las respuestas nacionales frente a la epidemia de VIH/SIDA dan un testimonio de este proceso.

La epidemia del VIH/SIDA ha contribuido a la comprensión, la revisión y el perfeccionamiento de las políticas públicas de salud. Por sus características, la epidemia y la presión que existe para encontrar respuestas adecuadas y rápidas por parte de la sociedad, han colocado bajo observación repetidas veces las políticas y estrategias neoliberales privatizadoras. El SIDA fue incluido en el ámbito de la salud pública y debería ser objeto de vigilancia y prevención, pero no de atención médica. Esta discusión supuestamente conceptual conlleva el tema de la responsabilidad de financiar las acciones de salud.

Hasta los años 80, los sistemas previsionales proveían atención médica al sector formal, el estado se limitaba a ofrecer acciones de salud pública y gran parte de la población no tenía acceso garantizado a la atención médica. El surgimiento de la epidemia del SIDA destacó los conflictos relacionados con la carencia de atención médica, principalmente en lo que atañe a los servicios hospitalarios y al tratamiento antirretroviral, así como la falta de acciones de prevención. El tratamiento antirretroviral está limitado al 50% o al 60% de los pacientes necesitados, y esta parcela corresponde mayoritariamente al sector formal.

Los mayores progresos ocurrieron cuando el campo de discusión salió del financiamiento de la salud, yendo hacia el área de los derechos humanos, lo que hizo entrar al poder judicial como nuevo actor. El combate a la epidemia del SIDA trajo un nuevo elemento de carácter eminentemente político, y hoy existe un consenso en nuestra región de que el acceso al tratamiento antirretroviral debe tener carácter universal. Los beneficios del tratamiento deberán alimentar el proceso de elaboración y adopción de políticas públicas en materia de salud. La adhesión necesaria sólo puede ser obtenida cuando el acceso a los medicamentos y a los exámenes de laboratorio sean universales y gratuitos.

La protección social es una cuestión de abordaje político y no gerencial o financiero, y las políticas solamente serán efectivas cuando tengan en cuenta el referencial de los derechos humanos. El acceso al tratamiento antirretroviral es universal en Brasil y también en Argentina, Costa Rica y Uruguay, donde las responsabilidades se dividen entre el sector público previsional y privado. Si la lógica del derecho, y no la económica, se hubiera adoptado hace mucho tiempo, el número de tres millones de personas que mueren a causa del SIDA cada año en los países en vías de desarrollo ciertamente se habría reducido substancialmente.

EL discurso completo está disponible en: www.

³⁶ Asesor Especial del Departamento de VIH/SIDA de la OMS, Ginebra, Suiza

7. Anexo

7.1. Autores

María Águeda Cabello, Programa Nacional de Control del SIDA (PRONASIDA) e Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPBS), Av. Venezuela c/ Florida, Asunción, Paraguay, Tel.: +595-(0)21-298700, Fax: +595-(0)21-204604, e-mail: pronasidait@highway.com.py.

Dalcy Albuquerque Filho, Núcleo de Promoção e Assistência a Saúde UMS/HRAS, Secretaria de Estado de Saúde do DF, Brasília/DF, Brasil, 70351-580, Tel/Fax +55- (0)61 4457555, unimista508.sul@bol.com.br.

Telva Barros, UNAIDS National Country Officer Brasil, SCN Q 2, Bl. A., Ed. Corporate Financial Center, 6º andar, 70.712-900 Brasília D.F. Tel.: +55-61-329 2106 - 2109, e-mail: telva@undp.org.br.

Estela Carrizo, Red Latinoamericana de Personas que viven con VIH/SIDA (RedLa+), Saavedra 3485, Mar de Plata, 7600 Buenos Aires, Argentina, Tel./Fax: +54-(0)223-4756600, e-mail: info@redmdq-vih.com.ar.

Dr. Arachu Castro, Harvard Medical School and Partners in Health, 641 Huntington Avenue, Boston, MA 02115, United States, e-mail: Arachu_Castro@hms.harvard.edu.

Guillermo Córdoba, Ministerio de la Protección Social (MPS), Carrera 13 No. 32-76, Bogotá, Colombia, Tel.: +53-3365066 Ext. 1240 a 1260. Fax: 3360182, e-mail: gcordova@minproteccionsocial.gov.co.

Fabio Durán, Oficina Internacional del Trabajo-OIT, Barrio Córdoba, de la Clínica Carlos Durán 400E, Edificio SEGESA, esquina. San José, Costa Rica, Tel. +506-2263653, e-mail: fduran@infogest-sa.com, fduran@racsa.co.cr.

Edmundo Gallo, Diretoria de Investimentos e Projetos Estratégicos, Secretaria Executiva, Ministério da Saúde, Esplanada dos Ministérios, Bl. G Ed. Sede sala 318, Brasília DF, Brasil, Tel.: +55-61-315-2359, Fax: +55-61-321-4396, e-mail: edmundo.gallo@saude.gov.br

Alexandre Grangeiro, Programa Nacional de DST/AIDS, Ministério de Saúde, SEPN Quadra 511, Bloco C, 2º andar, Avenida W3 Norte, Brasília, Brasil, Tel.: +55-61-4488001 – 06, Fax: +55-61-4488224, 4488184, e-mail: grangeiro@aims.gov.br

Claudia Herlt, Coordinadora Projetos de Saude, GTZ Brasil, SCN Q 01, Bloco C, Ed. Brasilia Trade Center - Sala 1501, 70.710-902 Brasilia, D.F., Brasil, Tel.: +55-(0)61-3262170, Fax +55-(0)61-3289149, e-mail: cherlt@web.de.

Jens Holst, Proyecto Sectorial „Seguros Sociales de Salud“, Heimstraße 3, D-10965 Berlín, Tel.: +49-(0)30-69599350, Fax: +49-(0)30-6811036, e-mail: jensholst@aol.com.

Sofía Khouri Zouain de Pérez, Encargada del Departamento de Planificación, Dirección General de Control de las ITS/VIH/SIDA (DIGECITSS), Ave. John F. Kennedy esq. Ave. Ortega y Gasset, Plaza Metropolitana, 3ª planta, apto. 305, Apartado postal # 2484, Tels.: +809-4727580, 2279264, Fax: +809-4728355 Santo Domingo, República Dominicana, e-mail: sofiakhouri@hotmail.com

Eduardo Levcovitz, Unidad de Políticas y Sistemas de Salud/SHD, OPS/OMS, 525 23rd St. N.W., Washington, D.C. 20037, EEUU, Tel.: +1-202-9743649, Fax: +1-202-9743612, e-mail: levcovie@paho.org

Manuel Mancheno Noguera, Proyecto Salud Sexual y Reproductiva, c/o Agencia de la GTZ en San Salvador, Apartado Postal 755; Boulevard del Hipódromo 576, Colonia San Benito, San Salvador, El Salvador, Tel.: +503-263-8142, -8143, Fax: +503-263-8150, 265-7568, e-mail: Manuel.Mancheno@gtz.de.

Ricardo Luque Núñez, Ministerio de la Protección Social (MPS), Carrera 13 No. 32–76, Bogotá, Colombia, Tel: 336-5066, Extensión 1424, Fax: 336-0182, e-mail: rluque@minproteccionsocial.gov.co.

José Marcos de Oliveira, Fórum das ONG/AIDS do Estado de São Paulo, Av. São Joãa 324, 7º Andar, Sala 701, CEP: 01036 000, São Paulo, Brasil, Tel.: +55-(0)11-33340704, Fax: +55-(0)11-33311284, e-mail: forumaidsssp@uol.com.br, forumongsp@uol.com.br.

Hernán Rosenberg, Unidad de los Apoyos a los Proyectos, DPM/PSS, 525 23rd St. N.W., Washington, D.C. 20037, EEUU, Tel.: +1-202-974-3195, Fax: +1-202-974-3641, e-mail: rosenbeh@paho.org.

Xenia Scheil-Adlong, International Labour Organisation (ILO)/Oficina Internacional del Trabajo (OIT), 4, route des Morillons, CH – 1211 Geneva, Tel.: + 41-(0)22-7996612, Fax: + 41-(0)22-7997962, e-mail: scheil@ilo.org.

Rodrigo Simán Siri, Programa Nacional de ITS/VIH/SIDA, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Calle Arce, Numero 827, San Salvador, El Salvador, Tel.: (503) 221-0790, Fax: (503) 221-0790, e-mail: rsiman@msp.gov.sv

Tambini, Gina, Área Salud Familiar y Comunitaria, OPS/OMS, 525 23rd St. N.W., Washington, D.C. 20037, EEUU, Tel.: +1-202-974-3247, Fax: +1-202-974-3635, e-mail: tambini@paho.org.

Mauro Teixeira, Programa Nacional DST/AIDS, Cooperacao Externa, COOPEX; W3, Norte, SEPN 511, BI C, 70.750-920 Brasília D.F., Tel.: +55-61-448 8126, e-mail: maurot@ids.gov.br

Paulo Teixeira, Departamento de VIH/SIDA, World Health Organization, 20, Av. Appia, CH-1211 Geneva 27, mail: pteixeira@ids.gov.br.

Sergio Velasco, Oficina Internacional del Trabajo, Ofiplaza del Este, Ed. B, IIIº piso, Barrio Betana, Montes de Oca; Apdo. 10170-1000, San José, Costa Rica, Tel.: +506-2078726, Fax: +506-2242678, e-mail: velasco@ilo.org.

Peter Weis, Department of HIV/AIDS, World Health Organization, 20, Av. Appia, CH-1211 Geneva 27, Tel.: +41-(0)22-7912865, Fax: +41-(0)22-7914834, e-mail: weisp@who.int.

Nicola Wiebe, Área de competencia "Protección social", GTZ - Sede central, Postfach 5180, D-65726 Eschborn, Alemania, Tel.: +49-(0)6196-79-1263, Fax: +49-(0)6196-79-80 1263, e-mail: Nicola.Wiebe@gtz.de.

7.2. Programa del Taller

Actuales Desafíos y Perspectivas de los Sistemas de Salud en América Latina y en el Caribe

Protección Social Universal y Respuesta Integral al VIH/SIDA

31.05.- 04.06.2004, Brasilia, Brasil

Organizado por:

- GTZ - Red Sectorial de Salud y Protección Social de la en América Latina y el Caribe
- Organización Panamericana de Salud / Organización Mundial de la Salud
- Organización Internacional del Trabajo

Con el apoyo de:

- el Ministerio de Salud de Brasil/ Programa Nacional de VIH/ SIDA de Brasil

Financiado por:

- el Gobierno Alemán a través de la Iniciativa BACKUP, Cooperación Alemana (GTZ)- Eschborn, Alemania

Lunes 31.05.04

Tema del día: **Situación y Desafíos Actuales**

Mañana

8:00 a.m. Inscripción

9:00 – 9:30 a.m. Apertura Oficial

Dr. Alexandre Grangeiro, Director del Programa Nacional de IST / SIDA Brasil

Dr. Uwe Kästner, Embajador de Alemania en Brasil

Embajador Lauro Barbosa Moreira, Director General de la Agencia Brasileña de Cooperación, ABC/MRE

Dr. Eduardo Levkovitz, Jefe de la Unidad: Políticas y Sistemas de Salud, OPS, Washington

Xenia Scheil-Adlung, Señor Health Specialist, OIT Ginebra

Dra. Telva Barros, Country Programme Adviser, UNAIDS, Brasil

Dr. Mário Antonio Alvarenga Horta Barbosa, Secretario Adjunto de Salud DF

Dra. Beatriz Cunha, OIT

Doris Thureau, Directora de la GTZ em Brasil

9:30 – 11:00 a.m. 1. Protección Social y financiamiento de salud en los diferentes sistemas de salud en América Latina y el Caribe.

Dr. Eduino Levkovitz, OPS

Xenia Scheil-Adlung, OIT

11:00– 11:30 a.m. Refrigerio

11:30-12:30 a.m. 2. Diferentes respuestas al SIDA en América Latina y el Caribe

Dra. Telva Barros, ONUSIDA Brasil

12:30 – 2.00 p.m. Almuerzo

Tarde

- 2:00 – 3:45 p.m. 3. Presentación de los Programas Nacionales de VIH / SIDA de El Salvador, República Dominicana, Paraguay y Colombia
Dr Rodrigo Siman Siri, El Salvador
Dra Sofia Khouri, República Dominicana
Dra Agueda Cabello, Paraguay
Dr Ricardo Luque Nuñez, Colombia
- 3:45 – 4:00 p.m. Refrigerio
- 4:00 – 6:00 p.m. Excursión a terreno: Programa Nacional IST / SIDA e Paseo por la ciudad
- 7:30 p.m. Recepción en la Embajada de la República Federal de Alemania
-

Martes 01.06.04

Tema del día: **Sistemas de Financiamiento de Salud y VIH/SIDA**

Mañana

- 9:00 – 10:00 a.m. 1. Sistema Único de Salud, SUS, Brasil: Lecciones aprendidas
Dr. Edmundo Gallo, Director de Inversiones y Proyectos Estratégicos, Ministerio de Salud, Brasil
- 10:00 – 11:00 a.m. 2. Programa Nacional de IST / SIDA de Brasil, incluyendo sus efectos económicos y la producción nacional de ARV
Dr. Alexandre Grangeiro, Director del Programa Nacional de IST / SIDA Brasil
Refrigerio
- 11:00 – 11:20 a.m.
- 11:20 – 12:30 a.m. 3. Organización de Acciones Integradas de la Sociedad Civil
José Marcos de Oliveira, Fórum ONGs /SIDA de São Paulo
4. Acceso a la atención integral
Renee Estela Carrizo, Redla+, Argentina
- 12:30 – 2:00 p.m. Almuerzo
- Tarde
- 2:00 – 3:00 p.m. 5. Iniciativa "3 en 5" – OPS y OMS
Dr. Peter Weis, OMS
Dra. Gina Tambini, Gerente del Área de Salud Familiar y Comunitaria, OPS, Washington
- 3:00 – 3:30 p.m. Refrigerio

3:30 – 5:00 p.m.	Trabajo en grupos: Objetivo: Intercambio y discusión de las lecciones aprendidas para su aplicación futura. 1. ¿Qué modelo de financiamiento garantiza el mejor acceso a medidas de prevención y terapia del VIH/ SIDA? a) en países de economía emergente b) en países de bajo ingreso 2. ¿Cómo incluir el VIH/ SIDA al portafolio de prestaciones, garantizando además la participación comunitaria? a) en países de economía emergente b) en países de bajo ingreso 3. ¿Qué mecanismos financieros incentivan el trabajo preventivo? ¿Cual es el mejor acceso a medidas de prevención y terapia del VIH/ SIDA? a) en países de economía emergente b) en países de bajo ingreso
5:00 – 6:00 p.m.	Plenaria
8:00 p.m.	Restaurante Oca da Tribo

Miércoles 02.06.04

Tema del día:	Asignación de recursos nacionales al VIH / SIDA
Mañana	
8:30– 9:00 a.m.	Dr. Dalcy de O. Albuquerque Filho, Director Unidade Mista de Saúde Regional Sul, Brasília, DF
9:00- 12:30 a.m.	Excursión a terreno: Hospital Dia Taguatinga INEC – Instituto Ejército de Cristo
12:30 – 2.00 p.m.	Almuerzo
Tarde	
2:00 – 3:30 p.m.	1. Estudios de mecanismos de asignación de recursos en 5 países Dra. Arachu Castro, Harvard School of Medicine Dr. Hernán Rosenberg, OPS, Washington
3:30 – 4:00 p.m.	Refrigerio
4:00 – 6:00 p.m.	2. Extensión de la protección social en salud a los pobres y a los excluidos en Honduras Dr. Sergio Velasco, OIT Costa Rica
	3. Actividades de la OIT hacia la extensión de la protección social en salud en América Latina Dr. Fabio Durán, OIT Costa Rica
6:00 p.m.	Reunión Interna GTZ

Jueves 03.06.04

Tema del día:	Mecanismos de Cooperación Técnica en América Latina y el Caribe
Mañana	
9:00- 9:45	1. Presentación del Programa de Cooperación Internacional (PCI): Criterios y requi-

	sitos en los países contrapartes Dr. Mauro Teixeira, Programa Nacional ITS / SIDA de Brasil
9:45 – 10:30	2. Experiencias prácticas en un país contraparte del PCI Dr. Rodrigo Simán Siri, Director del Programa Nacional de IST, VIH y SIDA, El Salvador Dra. Sofia Khouri, DIGECITSS, Secretaría de Salud Pública – República Dominicana Dr. Agueda Cabello, Coordinadora del Programa IST /SIDA, Paraguay Dr. Ricardo Duque Núñez, Coordinador del Grupo Funcional de SIDA, Colombia
10:30 – 11:00	Refrigerio
11:00 – 11:45	3. Presentación de la Cooperación Alemana en VIH/Sida y Protección Social
11:45 – 12:30	Dr. Manuel Mancheno, El Salvador, Nicola Wiebe, Eschborn (GTZ) Discusión: Intercambio de ideas sobre el Programa de Cooperación Internacional (PCI/GTZ)
12:30 – 2.00 p.m.	Almuerzo
	Tarde
2:00- 5:30 p.m.	4. Panel/Debate: El Papel de la Cooperación Bilateral y Multilateral en el Desarrollo de la Cooperación Sur-Sur: Participantes: Dra. Regine Meyer, Red Sectorial de Salud y Protección Social de la GTZ en América Latina y Caribe Rainer Willingshofer, Consejero para Asuntos de Cooperación para el Desarrollo, Embajada Alemana Elke Urbanovicus Constanti, Cooperación Bilateral con Alemania, Agencia Brasileña de Cooperación, ABC/MRE Manuel de Araujo Amorim, ABC/MRE Dra. Verônica Machado, Programa Nacional de IST / SIDA, Brasil Dr. Horacio Toro Ocampo, Representante OPS/OMS en Brasil Dr. Peter Weis, Depto VIH / SIDA, OMS, Ginebra Ana Lucia Schettini Elahel, Unidad de Políticas Públicas Sectoriales, PNUD, representando la UNAIDS, Brasil Dra. Xenia Sheil-Adlung, Senior Health Specialist, OIT Ginebra Dra. Tania Patriota, Representante del UNFPA en Brasil Dr. Bo Sundstrom, Representante del DfID en Brasil Otilia Gabriela Silva Leite, Representando ONGs
8:00 p.m.	Restaurante Porteira Grill

Viernes 04.06.04

Tema del día:	Resúmenes de la Conferencia y Perspectivas para América Latina y el Caribe
Mañana	
8:30 – 9:00	Lanzamiento del CD-ROM "Workshop Capacitación de Jóvenes Locutores de Radio" UNAIDS/UNFPA/GTZ Dra. Claudia Herlt, GTZ, Brasil Tânia Dutra, GTZ, Grupo Mídia e Comunicação UNAIDS, Brasil Dra. Tânia Patriota, Representante del UNFPA en Brasil

- 9:00- 9:15 1. Perspectivas para el futuro por parte de las ONGs
Renee Estela Carrizo, Redla+, Argentina
- 9:15 – 10:15 2. Perspectiva regional hacia la epidemia del VIH/SIDA hacia el futuro
Grupo de Cooperación Técnica Horizontal en VIH/SIDA (GCTH)
Dr. Mauro Teixeira, Programa Nacional de SIDA, Brasil
- 10:15 – 10:30 Refrigerio
- 10:30 – 12:30 3. Cierre temático:
Los desafíos en la lucha contra el VIH/SIDA como parte de la protección universal
en América Latina
Dr. Paulo Teixeira, OMS

Evaluación de la Conferencia

Cierre

Dr. Alexandre Grangeiro, Director del Programa Nacional de IST / SIDA Brasil

Dr. Horacio Toro Ocampo, Representante OPS/OMS en Brasil

Dra. Xenia Sheil-Adlung, Senior Health Specialist, OIT Ginebra

Dra Regine Meyer, Red Sectorial de Salud y Protección Social de la GTZ en América Latina y Caribe

7.3. Participantes

Participante	Instituição	Pais	e-mail	Homepage da Instituição
Dr. Dalcy de O. Albuquerque Filho	Hosp. Dia	BR	unimista508.sul@Bol.com.br	
José Maurício Araujo	RPN+ MG	BR	redejose@yahoo.com.br	
Dra. Lorena Barberia	Harvard	US	barberia@fas.harvard.edu	
Emb. Lauro Barbosa Moreira	ABC		lmoreira@mre.gov.br	
Dr. William Brady	CDC-GAP	BR	brady@aids.gov.br	www.aids.gov.br
Dra. Maria Águeda Cabello	PRONASIDA-ITS	PY	pronasidait@hiqhwav.com.py	
Rose Marie Caetano	moderadora	BR	rosemarie@aids.gov.br	
Sra. Julia Margarita Campos G.	Red Sida Peru	PE	jmcampos@terra.com.pe; redsidaperu@infonegocio.com.pe	
Renée Estela Carrizo	REDLA+	AR	redmdq@uolsinectis.com.ar	
Dr. Neil Edwin Castellanos Tobar	C.Coord/GTZ/PNUD	SV	neilcastell@yahoo.com	
Dra. Arachu Castro	Harvard	US	Arachu_Castro@hms.harvard.edu	www.pih.org
Marcilio Cavalcanti Lima	RELARD	BR	marcilio@hotmail.com; associa-caousuariospe@seliga.org.br; diretoria@relard.net	www.relard.net
Sra. Ana Lúcia Coelho Palfinger	GTZ - Organização	BR	gast4.gtz-brasilien@gtz.de	
Juan Carlos de la Concepción R.	LACCASO		juancarlos@abiaids.org.br	
Dra. Tânia Cooper Patriota	UNFPA	BR	tania@undo.org.br	
Naiara Costa	UNAIDS	BR	naiara@undp.org.br	
Maria Beatriz Cunha	OIT	BR	cunha@bra.oitbrasil.org.br	
Dr. Alejandro Vladimir Díaz Sorto	GTZ/SSR	SV	vladimirdiaz@intercom.com.sv	
Dr. Guillermo Diller	GTZ	PE	gdiller@minsa.gob.pe	
Dr. Fábio Durán	OIT	CR	fduran@sanigest.com	
Edward Leonard Emmanuel	CARICOM	LC	eemmanuel@caricom.org	
Bettina Fairman		BR	bettina.fairman@reed.edu	
Dr. Antônio Carlos Feuz	Prog. DST AIDS SP	BR	anita@medprev.epm.br	
Hans-Jürgen Fiege	moderador	BR	hjfiege@uol.com.br	
Luis Aguiar de França		BR		
Dr. Edmundo Gallo	Min. Saúde	BR	edmundo.gallo@saude.gov.br	
Dr. Guillermo Galván Orlich	MSPAS	SV	ggalvan@mspas.gob.sv	
Beatriz Gil Sanchez	UNIFEM	BR	beagils@yahoo.es	

Dr. Alexandre Grangeiro	PN AIDS	BR	grangeiro@aims.gov.br	
Dirceu Greco	UFMG	BR	areco@medicina.ufma.br	
Dra. Evi-Komelia Gruber	GTZ	PY	evi.qruher@qtz.de	
Luisa Guimarães	Naes/Sas/MS	BR	luisa@saude.gov.br; luisa.guimaraes@solar.com.br	www.saude.gov.br
Michael Hagen	CIM	CL	mhagen@fonasa.gov.cl	
Dra. Claudia Herlt	GTZ	BR	cherlt@web.de	
Dr. Jens Holst	GTZ	D	JensHolst@aol.com	www.gtz.de/health-insurance; www.infosure.org
Dr. Gottfried Huss	GTZ	SV	gottfried.huss@gtz.de	www.ortoedu.com/rsslac; www.gruposaludgtz.org
Dra. Heather Johnson	CARICOM	GY	hjohnson@caricom.org	www.caricom.org
Dra. Sofia Khouri	DIGECITSS	DO	sofiakhouri@hotmail.com	direccion@digecitss.gov.do
Dr. Walter Orlando Lara Amaya	C.Coord/GTZ/ PNUD	SV	walterlara@yahoo.com	
Dr. Osvaldo Legon	UNICEF	PA	olegon@unicef.org	
Dr. Eduardo Levkovits	PAHO	US	levcovie@paho.org	
Dr. Ricardo Luque Nuñez	MPS	CO	rluque@minproteccion-social.gov.co	www.minproteccion-social.gov.co
Paulo Lyra	OPAS	US	lvrapaul@paho.org	
Dra. Verónica Machado	PN DST/AIDS	BR	veronicaf@aims.gov.br	
Ivia Maksud	ABIA		maksud@alternex.com.br	
Adriana Marcolini	AGENCIAIDS	BR	drimarco@terra.com.br	www.agenciaaids.com.br
Dr. Manuel Mancheno	GTZ	SV	mmancheno@intercom.com.sv	www.gruposaludgtz.org
Antônio Luiz Martins dos Reis	ASICAL	BR	tonidavid@avalon.sul.com.br	www.asical.org.br; www.abglt.org.br
Alexandre Meyer Alves de Lima	RPN+ RJ	BR	rnpnucleorj@veloxmail.com.br	
Dra. Regine Meyer	GTZ	D	Regine.Meyer@gtz.de	www.gtz.de
Luciano Milhomen	UNAIDS	BR	luciano@undp.org.br	
Dra. Sara Esther Moraga	SILAIS	NI	espinoza@netport.com.ni; sara.moraga@hotmail.com	
Sr. José Marcos de Oliveira	Fórum SP	BR	forumongsp@uol.com.br; rpsorocaba@hotmail.com	
Dra. Francisca Perez Perez	C.nac. Prev. SIDA	CU	francis_riqo@yahoo.es	
André Gustavo Perdigão Barros	UNIFEM	BR	aperdigao@undp.org.br	
Hernán Rosenberg	OPAS	CL	rosenbeh@paho.org	
Dra Telva Sarros	UNAIDS		telva@undp.org.br	
Dra. Xenia Scheil-Adlung	OIT	CH	scheil@ilo.org	www.ilo.org

Ana Lúcia Schettini ElaheI	PNUD/UNAID S		ana.schettini@undp.org.br	www.pnud.org.br
Otilia Gabriela Silva Leite	DAVIDA	BR	davida@davida.org.br	
Dr. Rodrigo Simán Siri	MSPAS	SV	rsiman@mspas.gob.sv	
José Luis Solórzano	MSPAS	SV	jsolorzano@mspas.gob.sv	
Alderaci de Souza Sena	INEC	BR		
Annegret Spelleken	GTZ	DO	iuventud.sida@internet.net.do	
Karla Fernández Skeff	DfID	BR	K-Skeff@DFID.gov.UK.	www.dfid.gov.uk
Dr. Julio Manuel Suárez	OMS	BR	suarezj@bra.ops-oms.org	
Dr. Bo Sundstrom	DFID	BR	B-Sundstrom@dfid.gov.uk	
Dra Gina Tambini	OPAS			
Roseli Tardelli	AGENCIAAIDS	BR	roseli@agenciaaids.com.br	www.agenciaaids.com.br
Dr. Mauro Teixeira	PN AIDS		maurot@aids.gov.br	www.aids.gov.br
Dr. Paulo Teixeira	OMS		teixeirap@who.int	
Francisca Tendrio de Souza	INEC	BR		
Dr. Horacio Toro Ocampo	OPAS	BR	htoro@bra.ops-oms.org	www.opas.org.br
Elke Urbanovicus Constanti	ABC	BR	elke@abc.mre.gov.br	
Dr. Sérgio Velasco	OIT	CR	velasco@ilo.orq	
Dr. Peter Weis	WHO	CH	weisp@who.int	www.who.int/hiv
Sra. Nicola Wiebe	GTZ	D	nicola.wiebe@gtz.de	www.gtz.de

7.4. Bibliografía

- Abrantes, Raquel; Almeida, Célia (2002). *Ambito y Papel de los Especialistas en los Sistemas de Salud: Los Casos de Brasil y México*. Working Paper Nr. 299, Kellogg Institute for International Studies, University of Notre Dame. Notre Dame, Indiana.
- Acosta, Olga Lucía; Ramírez, Juan Carlos (2004). *Las redes de protección social*. Serie Financiamiento del Desarrollo CEPAL/GTZ N° 141. Santiago (<http://www.eclac.cl/publicaciones/Comercio/7/LCL2067P/lcl1784e.pdf>).
- Aedo, Cristián; Larrañaga, Osvaldo (Hrsg.) (1994). *Social Service Delivery Systems: The Chilean Experience*. Aedo, Cristián; Larrañaga, Osvaldo (Hrsg.) (1994). *Social Service Delivery Systems: An Agenda for Reform*. Interamerikanische Entwicklungsbank, Washington D.C.
- Aedo, Cristián (1997). *La competencia manejada y reformas para el sector salud en Chile*. Serie Financiamiento del Desarrollo GTZ/CEPAL N° 50. Santiago.
- Ainsworth, Martha; Fransen, Lieve; Over, Mead (1998). *Confronting AIDS. Evidence from the developing world*. Bruselas/Bélgica (http://www.iaen.org/limelette/pdfs/confront_aids_all.pdf).
- Alderman, Harold (2003). *Subsidies as a Social Safety Net: Effectiveness and Challenges*. World Bank Institute, Social Safety Net Primer Series (www.worldbank.org/wbi/socialsafetynets/courses/dc2002/readings/subsidies.pdf).
- Almeida, Célia (2002). *Reforma de sistemas de servicios de salud y equidad en América Latina y el Caribe: algunas lecciones de los años 80 y 90*. Cuadernos de Saúde Pública, Vol. 18, 4, Rio de Janeiro, S. 905-925.
- Almeida, Célia (2002). *Equidade e reforma sectorial na América Latina: um debate necessário*. Cuadernos de Saúde Pública, Vol. 18, Suplemento: Saúde e Desigualdade: Instituições Políticas Públicas no Século XXI, Rio de Janeiro, S. 23-36.
- Arhin-Tenkorang, Dyna (2000). *Mobilizing Resources for Health: The Case of User Fees Revisited*. CMH Working Paper Series, Document No. 3, Paper 6. Washington DC (http://www.cmhealth.org/docs/wg3_paper1.pdf).
- Arteaga, Oscar; Astorga, Ignacio; Pinto, Ana María (2002). *Desigualdades en la provisión de asistencia médica en el sector público de salud en Chile*. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 18 (4), S. 1053-1066.
- Arteaga, Oscar; Thollaug, Susan; Nogueira, Ana Cristina; Darras, Christian (2002). *Información para la equidad en salud en Chile*. Pan Am J Publ H 11 (5/6), S. 374-385.
- Baeza, Cristián; Copetta, Claudia (2000). *Análisis Conceptual de la Necesidad y Factibilidad de introducir Mecanismos de Ajuste de Riesgo en el Contexto de la Portabilidad de los Subsidios Públicos en el Sistema de Seguros de Salud en Chile*. Serie de documentos para el diálogo de salud. CLAISS, Documento No. 2. Santiago.
- Banco Interamericano de Desarrollo (2004). *Reformas y Equidad Social en América Latina y el Caribe: Memorias de la Primera Fase del Foro de Equidad Social*. (<http://www.iadb.org/sds/doc/librosef.pdf>).
- Bärnighausen, Till; Sauerborn, Rainer (2002). *One hundred and eighteen years of the German health insurance system: are there any lessons for middle- and low-income countries?* Soc Sc & Med 54 (12), S. 1559-1597.
- Barnett, T; Whiteside, A. (2000). *Guidelines for studies of the social and economic impact of HIV/AIDS*. UNAIDS, Geneva, Suiza.
- Barnett, T.s Whiteside, A.; Desmond, C. (2000). *The social and economic impacts of HIV/AIDS in poor countries: A review of studies and lessons*. UNAIDS, Geneva.
- Barrientos, Armando; Lloyd-Sherlock, Peter (2000). *Reforming Health Insurance in Argentina and Chile*. H Pol & Plan 15 (4), S. 417-423 (<http://heapol.oupjournals.org/cgi/reprint/15/4/417.pdf>).

- Bautista, Sergio Antonio; Dmytraczenko, Tania; Kombe, Gilbert, Bertozzi, Stefano (2003). Costing of HIV/AIDS Treatment in Mexico. Partners for Health Reformplus, Bethesda, (http://www.dec.org/pdf_docs/PNACU808.pdf).
- Beeharry, Girindre; Schwab, Nicole; Akhavan, Dariush; Hernández, Rosalinda; Paredes, Carla (2002). Optimizing the Allocation of Resources among HIV Prevention Interventions in Honduras. (http://www.iaen.org/files.cgi/13256_Honduras_ABC_Model.pdf).
- Bennett, Sarah; Creese, Andrew; Monasch, Roeland (1998). Health insurance schemes for people outside formal sector employment. WHO, Current Concerns, ARA Paper No. 16, Genf.
- Bennett, Sarah; Gilson, Lucy (2001). Health financing: Designing and implementing pro-poor policies. DFID Health Systems Resource Centre, London.
- Bitrán, Ricardo; Almarza, Francisco Xavier (1997). Las Instituciones de Salud Previsional (ISA-PRES) en Chile. Serie Financiamiento del Desarrollo GTZ/CEPAL, N° 56. Santiago.
- Bitrán, Ricardo; Muñoz, Juan; Aguad, Paulina; Navarrete, Mario; Ubilla, Gloria (2000). Equity in the Financing of Social Security for Health in Chile. Health Policy 50 (3), S. 171-196.
- Bitrán, Ricardo; Giedion, Ursula (2003). Waivers and Exemptions für Health Services in Developing Countries. Worldbank – Social Safety Net Primer Series, Washington.
- Bonilla, A.; Querenghi, G. (2000). Protección social - guía de formación. OIT, Ginebra, Lima (CD Rom).
- Bossert, Thomas (2000). La Descentralización de los Sistemas de Salud en Latinoamérica: Un Estudio comparativo de Chile, Colombia y Bolivia. Boston.
- Briggs, Jane (2000). The Economic Consequences of Inadequate Prescribing on Health Care Users and Providers: A Case Study in San Cristóbal, Mexico. Liverpool School of Tropical Medicine, Liverpool.
- Busse, Reinhard; Schlette, Sophia (Hrsg.): Health Policy Developments. International Trends and Analyses. Issue 1/2003. Gütersloh, Bertelsmann Foundation Publishers 2003 (http://www.healthpolicymonitor.org/Downloads/health_policy_dev_1_03.pdf).
- Carciofi, Ricardo (Kordinator); Cetrángulo, Oscar; Larrañaga, Osvaldo (1996). Desafíos de la Descentralización, Educación y Salud en Argentina y Chile. CEPAL. Santiago.
- Cassier, Maurice; Correa, Marilena (2003). Patents, Innovation and Public Health: Brazilian Public-Sector Laboratories' Experience in Copying AIDS Drugs. International AIDS Economics Network (IAEN). Economics of AIDS and Access to HIV/AIDS Care in Developing Countries, Issues and Challenges, Parte 1, Cap. 3, pp. 89-107 (<http://www.iaen.org/papers/anrs.php>).
- Castañeda, Tarcisio (1992). Combating Poverty. Innovative Social Reforms in Chile during the 1980s, San Francisco.
- Castaño, Ramón Abel; Arbelaez, José; Giedion, Ursula; Morales, Luis Gonzalo (2001). Evolución de la equidad en el sistema colombiano de salud. Serie Financiamiento del Desarrollo GTZ/CEPAL N° 108. Santiago.
- Castro, Arachu; Farmer, Paul; Yong, Jim; Levcovitz, Eduardo; López-Acuña, Daniel; Mukherjee, Joia; Schroeder, Patricia; Yen, Edwina (2003). Scaling Up Health Systems to Respond to the Challenge of HIV/AIDS in Latin America and the Caribbean. LACHSR/LACRSS, Special Edition No. 8, Washington D.C./USA . (<http://www.gcth-sida.org/pdf/scaling.pdf>).
- Chaabane, M. (2002). Towards the universalization of social security: The experience of Tunisia. ESS N° 4, iv. In: ILO (2002). Social Security Policy and Development Branch. Geneva. ISBN 92-2-113067-3 (Also available in French).
- Cooperación Técnica Alemana (GTZ) (2001). Responding to HIV/AIDS in the developing world. The GTZ contribution: 15 years of experience – an overview. Eschborn. (www.gtz.de/aids/download/15JahreAIDSArbeit.pdf).
- Cooperación Técnica Alemana (GTZ) (2003). VIH/SIDA y el sector salud. Lima, Perú. (<http://193.97.170.92/aids/download/SIDA%20salud.pdf>).

- Cooperación Técnica Alemana (GTZ) (2003). VIH/SIDA y desarrollo rural. Eschborn (<http://193.97.170.92/aids/download/SIDA%20rural.pdf>).
- Cooperación Técnica Alemana (GTZ) (2003). VIH/SIDA en el mundo laboral 2003, Eschborn, (<http://193.97.170.92/aids/download/SIDA%20laboral.pdf>).
- Cooperación Técnica Alemana (GTZ) (2003). VIH/SIDA impacto social y económico 2003, Lima, (<http://193.97.170.92/aids/download/SIDA%20impacto.pdf>).
- Cooperación Técnica Alemana (GTZ) (2003). VIH/SIDA y la educación 2003, Eschborn, (<http://193.97.170.92/aids/download/SIDA%20educacion.pdf>).
- Cooperación Técnica Alemana (GTZ) (2003). VIH/SIDA y el agua 2003, Lima, (<http://193.97.170.92/aids/download/SIDA%20agua.pdf>).
- Cooperación Técnica Alemana (GTZ) (2003). VIH/SIDA democracia y gobernabilidad 2003, Lima, (<http://193.97.170.92/aids/download/SIDA%20democracia.pdf>).
- Cooperación Técnica Alemana (GTZ) (2003). "Mainstreaming" una manera de expandir la respuesta multisectorial Multisectorialidad en VIH/SIDA. Lima/Eschborn (www.gtz.de/aids/download/maistreaming.pdf).
- Cooperación Técnica Alemana (GTZ) (2004). Social Health Insurance – Systems of solidarity. Experiences from German development cooperation. Bonn/Eschborn.
- Coudouel, A.; Ezemenari, K.; Grosh, M.; Sherburne-Benz, L. (2000). Protección Social. Banco Mundial, Washington D.C. (www.worldbank.org/poverty/spanish/strategies/srcbook/prot1101.pdf).
- Creese, Andrew (1991). User Charges for Health Care: a Review of Recent Experience. H Pol & Plan 6 (4), S. 309-319.
- Creese, Andrew; Kutzin, Joseph (1995). Lessons from cost recovery in health. WHO/SHS/NHP Forum on Health Sector Reform (Discussion Paper No.2). Genf. (http://mosquito.who.int/docs/hs95_5.htm).
- Creese, Andrew (1997). User fees: They don't reduce costs, and they increase inequity. (Editorial). BMJ 315, S. 202-203 (26. Juli).
- Cruz-Saco, M.A. (2002). Labour markets and social security coverage: The Latin American experience. ESS N° 2, v. In: ILO (2002). Social Security Policy and Development Branch. Geneva. ISBN 92-2-112947-0.
- Dávila, Enrique; Guijarro, Maite (2000). Evolución y reforma del sistema de salud en México. Serie Financiamiento del Desarrollo GTZ/CEPAL N° 91. Santiago.
- de Flood, Cristina (2000). Gasto en financiamiento de la salud en Argentina. Titelman, Uthoff (Hrsg.) 2000, Bd. I, S. 105-189.
- Deveraux, P.; Choi, Peter; Laccetti, Christina; Weaver, Bruce; Schünemann, Holger; Haines, Ted; Lavis, John; Grant, Byron; Haslam, David; Bhandari, Mohit; Sullivan, Terence; Cook, Deborah; Walter, Stephen; Meade, Maureen; Khan, Humaira; Bhatnagar, Neera; Guyatt, Gordon (2002). A systematic review and meta-analysis of studies comparing mortality rates of private for-profit and private not-for-profit hospitals. CMAJ 166 (11), S. 1399-1406.
- Devereux, Stephen (2002). Social protection for the poor: lessons from recent international experience. Institute of Development Studies Paper 142. Brighton.
- David Dickinson (2003). Medium-Sized Companies, Many Stakeholders: The Sociology, Psychology and Political Economy of HIV/AIDS Responses in Three Manufacturing Companies. University of the Witwatersrand, Sudafrica (www.alp.org.za/resctr/other/misc/20040712_Dickinson2.doc).
- Dixon, Anna; Mossialos, Elias (2001). Funding Health Care in Europe: Recent Experiences. Health Care UK, King's Fund.
- Dixon, Anna; Mossialos, Elias (2002). Health Care Systems in eight countries: trends and challenges. The European Observatory on Health Care Systems. London. ISBN 0 7530 1548 X (http://www.hm-treasury.gov.uk/media/70855/observatory_report.pdf).
- Doorslaer, Eddy van; Wagstaff Adam (1992). Equity in the Delivery of Health Care: Some International Comparisons. J of Health Economics 11, S. 389-411.

- Dumoulin, Jérôme; Flori, Yves-Antoine; Vinard, Philippe; Borel, Thomas (2003). World Market Strategies for Drugs to Fight Aids. International AIDS Economics Network (IAEN). Economics of AIDS and Access to HIV/AIDS Care in Developing Countries, Issues and Challenges, Parte 2, Cap. 1, pp. 213-244 (<http://www.iaen.org/papers/anrs.php>).
- Economic Commission for Latin America and the Caribbean/Instituto de Pesquisa Aplicada/United Nations Development Program (ECLAC/IPEA/UNDP) (2002). Meeting the Millennium Poverty Reduction Targets in Latin America and the Caribbean. Santiago (<http://www.undp.org/rblac/documents/poverty/mdg/MDGs-libro70.pdf>).
- Escobar, María Luisa; Panapoulou, Panagioté (2000). Health Issues: Old Age and Catastrophic Costs in Chile. Technical Document. Worldbank, Washington D.C.
- Essex, Max; Mboup, Souleymane; Kanki, Phyllis J.; Marlink, Richard G.; Tlou, Sheila D. (Eds.) (2002) AIDS in Africa., New York, Raven Press, ISBN: 0-306-46699-6
- Estache, Antonio (2003). On Latin America's Infrastructure Privatisation and its Distributional Effects. World Bank/ECARES –Universidad Libre de Bruselas, Washington/Bruselas (http://www.worldbank.org/wbi/regulation-f/pdfs/lac_infra_priv.pdf).
- Evans, Robert G.; Barer, Morris; Stoddart, Greg (1993). The truth about user fees. Policy Options 14 (8), S. 4-9.
- Ezemenari, Kene; Chaudhury, Nazmul; Owens, Janet (2002). Gender and Risk in the Design of Social Protection Interventions. World Bank Institute, Social Safety Net Primer Series, Washington D.C. (www.worldbank.org/wbi/socialsafetynets/courses/dc2002/readings/gender.pdf)
- Fall, C. (2002). Extending Health Insurance in Senegal: Options for statutory schemes and mutual organisations. ESS N° 9, vii. Geneva. In: ILO (2002). Social Security Policy and Development Branch) ISBN 92-2-113142-4. (Also available in French).
- Feachem, Richard (2002). Presentation to the XIV International AIDS Conference Barcelona 9.7.2004 (<http://www.paho.org/English/HCP/gfatm-speech.pdf>).
- Federal Ministry for Economic Cooperation and Development (2001). Poverty Reduction – a Global Responsibility. Program of Action 2015. The German Governments Contribution towards Halving Extreme Poverty Worldwide. BMZ-Materialien No. 108, Bonn/Germany.
- Ferreira, O. (2003). Extending social security: Challenges for Cape Verde. ESS N° 15, v. In: ILO (2003). Social Security Policy and Development Branch v. Geneva. ISBN 92-2-113430-X (Also available in Portuguese: Extensão da segurança social: Desafios para Cabo Verde)
- Figueras, Josep; Musgrove, Phillip; Carrin, Guy; Durán, Alejandro (2002). Retos para los Sistemas Sanitarios de Latinoamérica: ¿qué puede aprenderse de la experiencia europea? Revista Gaceta Sanitaria; 16 (1), S. 5-17.
- Fleury, Sonia, (2001). Dual, Universal or Plural? Health Care Models and Issues in Latin America: Chile, Brazil and Colombia. Health Services in Latin America and Asia (2001). Carlos Gerardo Molina, José Nuñez del Arco (Eds.). Inter-American Development Bank. Washington D.C..
- Freedberg, Kenneth; Yazdanpanah, Yazdan (2003). Cost-effectiveness of HIV Therapies in Resource-Poor Countries. International AIDS Economics Network (IAEN). Economics of AIDS and Access to HIV/AIDS Care in Developing Countries, Issues and Challenges, Parte 2, Cap. 1, p. 267-291 (<http://www.iaen.org/papers/anrs.php>).
- Freire, Sandra (2003). HIV/AIDS Affected Households: Status and Temporal Impacts. International AIDS Economics Network (IAEN). Economics of AIDS and Access to HIV/AIDS Care in Developing Countries, Issues and Challenges, Parte 2, Cap. 1, p. 365-381 (<http://www.iaen.org/papers/anrs.php>).
- Frenk, Julio (Hrsg.) (1997). Observatorio de la Salud. Necesidades, servicios, políticas. Fundación Mexicana para la Salud (Mexikanische Stiftung für Gesundheit). Mexiko D.F.
- Frenk, Julio; Londoño, Juan-Luis (1997): Structured Pluralism: Towards an Innovative Model for Health System Reform in Latin America. Health Policy 41 (1), S. 1-36.
- Galvão, Jane (2002) Access to antiretroviral drugs in Brazil. The Lancet 360, pp. 1862–1865.

- Galvão, Jane (2002) A Política brasileira de distribuição e produção de medicamentos anti-retrovirais: privilégio ou um direito? *Cadernos de Saúde Pública* 18, pp. 213–219. Rio de Janeiro.
- García Abreu, Anabela; Nogueira, Isabel; Cowgill, Karen (2003). HIV/AIDS in Latin American Countries. The Challenges Ahead. World Bank, Washington D.C.
([http://wbi018.worldbank.org/LAC/lacinfoclient.nsf/8d6661f6799ea8a48525673900537f95/9f0b1312e8a00fa385256de1005402f0/\\$FILE/AIDS%20in%20LAC%20exec%20summary.pdf](http://wbi018.worldbank.org/LAC/lacinfoclient.nsf/8d6661f6799ea8a48525673900537f95/9f0b1312e8a00fa385256de1005402f0/$FILE/AIDS%20in%20LAC%20exec%20summary.pdf)).
- General Board of Global Ministries (1999). Campaña Mundial contra el SIDA 2000. New York (<http://gbgm-umc.org/programs/wad99/indexs.stm>).
- General Board of Global Ministries (2000). Campaña Mundial contra el SIDA 2000. New York (<http://gbgm-umc.org/programs/wad00/indexs.stm>).
- Gbossa, G.L.; Gauthé B. (2003). Social protection and crises in the Congo: from humanitarian aid to sustainable development. ESS N° 12. ILO (2003). Social Protection Sector. Geneva. ISBN 92-2-113190-4. (Also available in French).
- Gilson, Lucy; Russell, Stephen; Buse, Kent (1995). The Political Economy of User Fees with Targeting: Developing Equitable Health Financing Policy. *J Int Dev* 7 (3), S. 369-401.
- Görger, Regina (2001). Cost effective and easy to handle methods for program design and evaluation in sexual and reproductive health programs for youths
(<http://193.97.170.92/aids/deutsch/detail.asp?id=19666>).
- González, Marino (2001). Reformas del sistema de salud en Venezuela (1987-1999): Balance y perspectivas. Serie Financiamiento del Desarrollo GTZ/CEPAL N° 111. Santiago.
- González-Block, Miguel; Frenk, Julio; Lockett, Lejeune; Chapula, César; de Icaza, Estéban; Martínez, Adolfo (1997). Experiencias de reforma de salud en el mundo. Frenk 1997, S. 285-306.
- González-Block, Miguel (1997). Comparative Research and Analysis Methods for Shared Learning from Health System Reforms. *Health Policy* 42 (3), S. 187-209.
- Gruskin Sofia, Tarantola Daniel (2002). HIV/AIDS and Human Rights: Current Thinking and Approaches. Oxford (<http://hivinsite.ucsf.edu/InSite.jsp?page=kb-08-01-07>)
- Gruskin Sofia, Tarantola Daniel (2001). HIV/AIDS, Health and Human Rights. HIV/AIDS Prevention and Care Programs in Resource-Constrained Settings: A Handbook for the Design and Management of Programs, eds. P Lamptey, H Gayle, P Mane (Family Health International).
(<http://www.fhi.org/NR/rdonlyres/ecjm5cqtXnsV5q2wmp32isic7he55zk3jynjcu7jq7y5aqxc7hu454e4hg5t3vn4pj2bfvicaea4ac/HIVAIDSPreventionCare.pdf>).
- Guimarães, Luisa (2001). Modalidades de descentralización en el sector salud y sus contribuciones en la equidad: Elementos fundamentales para la formulación de un marco normativo. Serie Informes Técnicos N° 76, OPS. Washington.
- Henry J. Kaiser Foundation (). Global Funding for AIDS in Resource Poor Settings.
(www.iaen.org/papers/index.php?search=1&view=search&open=economics+of+AIDS+and+Access+to+HIV%2FAIDS+Care+in+Developing+Countries%2C+Issues+and+Challenges&submit=go&connection=any&offset=30).
- Holst, Jens (2004). La protección social en Paraguay. Condiciones, problemas, desafíos y perspectivas de los sistemas de previsión. Secretaría Técnica de Planificación (Planungsministerium)/GTZ-Projekt PLANDES (Planung Nachhaltige Entwicklung). Asunción/Paraguay
(<http://www.gtz.de/health-insurance/download/proteccion-socia-paraguay.pdf>).
- Holst, Jens (2004). Esquemas de financiamiento de salud en el Paraguay. Proyecto PLANDES. Asunción (<http://www.gtz.de/health-insurance/download/esquemas-salud-paraguay.pdf>).
- Holst, Jens; Laaser, Ulrich; Hohmann, Jürgen (2004). Chilean health insurance system: a source of inequity and selective social insecurity. *Journal of Public Health* 12, 4, 271-282, Springer-Verlag Heidelberg. (<http://dx.doi.org/10.1007/s10389-004-0026-5>)
- Holst, Jens; Wiebe, Nicola (Eds.) (2004). Universalidad con solidaridad: Protección social y financiamiento de salud en América Latina. San Salvador/Frankfurt, ISBN 3-88864-996-x.

- ILO (1992). Social security: a workers' education guide. Geneva. ISBN 92-2-108004-8. (Also available in French, Spanish, Thai and Turkish).
- ILO (1998). Planning, Development and Standard Branch: The trainers guide. In: Social Security Serie No. 6. Geneva. ISBN 92-2-110739-6 (forthcoming).
- ILO (1998). Planning, Development and Standard Branch: Social security financing. In: Social Security Serie No 3.. Geneva. ISBN 92-2-110736-1. (Also available in Spanish, Portuguese distributed by Ministério do Trabalho e da Solidariedade, Departamento de Cooperação, Rua Castilho 24, P/1250-069 Lisbon).
- ILO (1998). Planning, Development and Standard Branch: Administration of social security. In: Social Security Serie No. 2. Geneva. ISBN 92-2-110735-3.
- ILO (1998). Planning, Development and Standard Branch: Social Security principles. In: Social Security Serie No. 1. Geneva. ISBN 92-2-110734-5. (Also available in Spanish, Portuguese distributed by Ministério do Trabalho e da Solidariedade, Departamento de Cooperação, Rua Castilho 24, P/1250-069 Lisbon).
- ILO (1999). Planning, Development and Standard Branch: Social health insurance. Social Security Serie No. 5, VI. Geneva. ISBN 92-2-110738-8.
- ILO (1999). Financial, Actuarial and Statistical Branch: The ILO social budget model, a technical guide. In: ILO/FACTS, version 8/1999. Geneva. ISBN 92-2-111778-2.
- ILO (2000). Financial, Actuarial and Statistical Branch: Social security data required for the valuation of a national social security system - old age and survivors pensions, sickness and maternity benefits, work injury benefits, health care benefits, unemployment benefits. Geneva. ISBN 92-2-111994-7.
- ILO (2003). Tripartite Interregional Meeting on Best Practices in HIV/AIDS Workplace Policies and Programmes. Consensus Statement. Geneva.
(<http://www.ilo.org/public/english/protection/trav/aids/publ/consensusstatement.pdf>).
- ILO (2004). HIV/AIDS and work: global estimates, impact and response. Geneva
(<http://www.ilo.org/public/english/protection/trav/aids/publ/research/index.htm>).
- ILO/AIDS (2002). Contributing to the fight against HIV/AIDS within the informal economy: The existing and potential role of decentralized systems of social protection. Working Paper. International Labour Office, Geneva. ISBN 92-2-113250-1
(<http://www.ilo.org/dyn/dwresources/docs/408/F1875143579/AIDS%20and%20IE%2060p1.pdf>).
- ILO/STEP, ILO/SEED (2001). Mutual health organizations and micro-entrepreneurs' associations. Geneva. ISBN 92-2-112398-7. (Forthcoming in Spanish).
- ILO/STEP (2001). Towards decent work: Social protection in health for all workers and their families. Geneva. ISBN 92-2-312491-3 (Also available in Spanish).
- ILO/STEP/CONDIT (2003). Extending maternity protection to women in the informal economy. An overview of community-based health-financing schemes. Geneva. ISBN 92-2-1136655-5.
- ILO/STEP, PAHO (1999). Overview of the exclusion of social protection in health in Latin America and the Caribbean. Geneva. (Also available in Spanish).
- ILO/STEP, PAHO (1999). Synthesis of case studies of micro insurance and other forms of extending social protection in health in Latin America and the Caribbean. Geneva. (Also available in Spanish).
- Izazola, José Antonio (2003). De Incidencia Política en VIH/SIDA - Hombres Gay y otros HSH. ASICAL, La Paz/Bolivia (http://www.policyproject.com/pubs/manuals/GUIA_HSHps.pdf)
- Jütting, J. (2002). Public-private Partnerships in the Health Sector: Experiences from developing countries ESS N° 10, v. In: ILO (2002). Social Security Policy and Development Branch. Geneva. ISBN 92-2-113151-3.
- Normand, C.; Weber A. (1994). Social health insurance: A guidebook for planning. WHO-SHS/NHP/94.3. WHO/ILO, Geneva.

- Kessides, Ioannis (2004). *Reforming Infrastructure. Privatization, Regulation, and Competition*. Washington D.C. (http://econ.worldbank.org/files/36237_complete.pdf).
- Kifmann, Mathias (1998). Private Health Insurance in Chile: Basic or complementary insurance for outpatient services? *International Social Security Revue*, Vol. 51, 1/98, 137-152.
- Kröger, Axel; Hernández, Juan (2003). Health services analysis as a tool for evidence-based policy decisions: the case of the Ministry of Health and Social Security in Mexico. *Trop Med & Int H* 8, 12, S. 1157-1164.
- Kwon, S. (2002). Achieving health insurance for all: Lessons from the Republic of Korea. ESS N° 1, iv. ILO (2002). *Social Security Policy and Development Branch*. Geneva. ISBN 92-2-112795-8.
- Leppo, Kimmo (2001). *Strengthening Capacities in Policy Development and Strategic Management in Health Systems*. WHO, Ginebra.
- Labra, Eliana (2002). La reivindicación neoliberal de la inequidad en Chile. El caso de la salud. *Cuadernos de Saúde Pública* Vol 18, 4, Rio de Janeiro, S. 1041-1052.
- Lamprey, Peter; Gayle, Helene (Eds.) (2002). *HIV/AIDS prevention and care in resource-constrained settings: a handbook for the design and management of programs*. Family Health International, Arlington.
- Larrañaga, Osvaldo (1997). *Eficiencia y Equidad en el sistema de salud chileno*. Serie Financiamiento del Desarrollo GTZ/CEPAL N° 49. Santiago.
- Latin American and Caribbean (LAC) Regional Meeting to Review Country Experiences with the Global Fund against AIDS, Tuberculosis and Malaria (GFATM), Summary Meeting Report. Rio de Janeiro, 5–6 June 2002 Rio 5.-6. June of 2001 (<http://www.paho.org/English/HCP/rio-report.pdf>).
- Lu, Yichen; Essex, Max (Eds.) (2004). *AIDS in Asia*. Springer, New York. ISBN: 0-306-48536-2
- Lucchini, Stéphane ; Cisse, Boubou; Duran, Ségolène; Cenival, Marie de; Comiti, Caroline; Gaudry, Marion; Moatti, Jean-Paul (2003). Decrease in Prices of Antiretroviral Drugs for Developing Countries: from Political "Philanthropy" to Regulated Markets? *International AIDS Economics Network (IAEN). Economics of AIDS and Access to HIV/AIDS Care in Developing Countries, Issues and Challenges, Parte 2, Cap. 1, pp. 169-211* (<http://www.iaen.org/papers/anrs.php>).
- Lisa Luger (1998). HIV/AIDS prevention and 'class' and socio-economic related factors of risk of HIV infection. *Arbeitsgruppe Public Health, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung*, P98-204, ISSN-0948-048X. Berlín (<http://skylla.wz-berlin.de/pdf/1998/p98-204.pdf>).
- Mann, Jonathan; Tarantola, Daniel (1996). *AIDS in the World II*. (<http://193.97.170.92/aids/deutsch/detail.asp?id=19536>).
- Marques, Rosa Maria (1999). *O financiamento do sistema público de saúde brasileiro*. Serie Financiamiento del Desarrollo GTZ/CEPAL N° 82. Santiago.
- Ernest Massiah: Resource Needs for HIV/AIDS in Latin America and the Caribbean get by e-mail (139 KB PDF) April 25, 2003 (http://www.iaen.org/files.cgi/10188_Ernest--Resource_Needs_for_HIV-_LAC.pdf)
- McGreevey, William; Alkenbrack, Sarah; Stover John (2003). *Construction Workplace Interventions for Prevention, Care, Support and Treatment of HIV/AIDS*. *International AIDS Economics Network (IAEN). Economics of AIDS and Access to HIV/AIDS Care in Developing Countries, Issues and Challenges, Parte 2, Cap. 1, pp. 347-363* (<http://www.iaen.org/papers/anrs.php>).
- Ministério de Saúde (2002). *Novos Desafios da Prevenção da Epidemia pelo HIV/AIDS junto aos Homens que Fazem Sexo com Homens*. Programa de Cooperação Técnica Brasil-França – Seminário Anual Rio de Janeiro, Dezembro 2001. Série Anais N° 4, Brasília DF.
- Ministerio de Salud (2002). *Fortalecimiento de la prevención y control del SIDA y la tuberculosis en el Perú*, Propuesta presentada al Fondo Mundial de lucha contra el VIH/SIDA, TB y Malaria. Lima.
- Morales, Cristián; Cid, Camilo; Souteyrand, Yves (2003). *Expanding Access to Antiretroviral Therapies in Chile: Economic and Financial Issues for Patients and the Health System*. *International AIDS Economics Network (IAEN) (2003). Economics of AIDS and Access to HIV/AIDS Care*

in Developing Countries, Issues and Challenges, Parte 2, Cap. 9, S. 435-457
(<http://www.iaen.org/papers/anrs.php>).

Mosquera, Mario; Zapata, Yolanda; Lee, Kelley; Arango, Carlos, Varela, Alejandro (2001). Strengthening user participation through health sector reform in Colombia: a study of institutional change and social representation. *H Pol & Plan* 16 (Suppl. 2), S. 52-60.

Mossialos, Elias; Dixon, Anna; Figueras, Josep et al. (Hrsg.) (2002). Funding health care: options for Europe. European Observatory on Health Care Systems. Buckingham, Open University Press.

Murray, Christopher; Evans, David (2003). Health Systems Performance Assessment. Debates, Methods and Empiricism. WHO, Genf. ISBN 92 4 156245 5
(<http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9241562455.pdf>).

Oliveira-Cruz, Valéria; Kowalski, John; McPake, Barbara (2004). Viewpoint: The Brazilian HIV/AIDS 'success story' – can others do it? *Tropical Medicine and International Health* 9 (2), pp. 292–297.

Organización Internacional del Trabajo (2004). HI/AIDS and work: global estimates, impact and response. Ginebra. ISBN 92-2-115824-1.

Organización Mundial de la Salud (2001). Macroeconomía y Salud: Invertir en Salud en pro del Desarrollo Económico. Informe de la Comisión sobre Macroeconomía y Salud. Ginebra.

Organización Mundial de la Salud (2003). Estrategia Mundial del Sector sanitario para el VIH/SIDA 2003-2007. Un marco para las alianzas y la acción. OMS, Departamento de VIH/SIDA, Salud de la Familia y la Comunidad. Ginebra (http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB111/seb111r4.pdf).

Organización Mundial de la Salud (2004). Informe sobre la salud en el mundo 2004. Cambiemos el rumbo de la historia. Ginebra (<http://www.who.int/whr/2004/download/es/>)

Organización Panamericana de Salud/Panamerican Health Organisation (2004). Archives of Equity, Health & Human Development. (<http://listserv.paho.org/Archives/equidad.html>).

Organización Panamericana de Salud/Panamerican Health Organisation (2000). Report PAHO/WHO: HIV and AIDS in Americas: an epidemic with many faces. Latin American and Caribbean Epidemiological Network/Monitoring the AIDS Pandemic Network, Foro 2000, Latin America and the Caribbean STD/AIDS. Rio de Janeiro/Brasil.
(http://www.paho.org/English/HCP/HCA/Report_Foro_200_HIV-%20AIDS.pdf).

Panamerican Health Organisation (PAHO)/ Swedish International Development Cooperation Agency (SIDA) (2004). Exclusion in Health in Latin America and the Caribbean. Series No.1, Extension of Social Protection in Health (http://www.lachsr.org/extension/pdf/exttps_lac_eng.pdf).

OECD (2004). Aid to Combat HIV/AIDS Increases. Paris.
(http://www.oecd.org/document/33/0,2340,en_2649_201185_32554657_1_1_1_1,00.html).

OECD, Development Assistance Committee (2004). Analysis of aid in support of HIV/AIDS control, 2000-2002. Paris. (<http://www.oecd.org/dataoecd/57/60/32159448.pdf>).

OECD/WHO (Organisation for Economic Co-operation and Development/World Health Organisation) (2003). Development Assistance Committee - Guidelines and Reference Series: Poverty and Health. Paris. ISBN: 92 4 156236 6 (WHO), 92 6 410018 8 (OECD)
(<http://www.oecd.org/dataoecd/58/14/16073254.pdf>).

OIT (2003). Manual ILO Aplicación de las recomendaciones prácticas de la OIT sobre el VIH/SIDA y el mundo del trabajo. Ginebra. ISBN 92-2-313462-5 ().

OIT (2003). Reunión Tripartita Interregional sobre las Prácticas Óptimas más y Enseñanzas Extraídas de las Políticas los Programas Relativos al VIH/SIDA en el Lugar de Trabajo: Ginebra, 15 al 17 de diciembre de 2003, Declaración de Consensus
(<http://www.ilo.org/public/english/protection/trav/aids/publ/consensoesp.pdf>).

OIT/OPS (2004). Documento Conceptual de la Iniciativa OIT-OPS para la Extensión de la Protección Social en Salud. Ginebra/Washington.

Orsi, Fabienne; Hasenclever, Lia; Fialho, Beatriz; Tigre, Paulo; Coriat, Benjamin (2003). Intellectual Property Rights, Anti-AIDS Policy and Generic Drugs: Lessons from the Brazilian Public Health Program. International AIDS Economics Network (IAEN). Economics of AIDS and Access to

HIV/AIDS Care in Developing Countries, Issues and Challenges, Parte 1, Cap. 4, p. 109-135 (<http://www.iaen.org/papers/anrs.php>).

Palomino, J.F. (2003). Social programmes, food security and poverty in Peru. ESS N° 14, vi. In: ILO (2003). Social Security Policy and Development Branch. Geneva. ISBN 92-2-113434-2. (Also available in Spanish).

Parker, Warren; Kistner, Ulrike; Gelb, Stephen; Kelly, Kevin; O'Donovan, Michael; Stuart, Diane; van Niekerk, Annelie (2004). Bibliography: Economic Impacts of HIV/AIDS and its impact on governance in South Africa. Joint Centre for Political and Economic Studies, Washington D.C. (http://www.jointcenter.org/international/hiv-aids/Bibliography_excel.htm).

Pawson, Ray (2004). Assessing the quality of evidence in evidence-based policy: why, how and when? ESRC Research Methods Programme, Working Paper No 1. Leeds/Manchester (<http://www.ccsr.ac.uk/methods/publications/Pawson.pdf>).

PNUD (2003). Informe sobre Desarrollo Humano 2003. Los Objetivos de Desarrollo del Milenio: un pacto entre las naciones para eliminar la pobreza. New York (http://hdr.undp.org/reports/global/2003/espanol/pdf/hdr03_sp_complete.pdf).

Pollack, Molly (2002). Equidad de género en el sistema de salud chileno. Serie Financiamiento del Desarrollo GTZ/CEPAL N° 123. Santiago (<http://www.eclac.cl/publicaciones/Comercio/7/LCL2067P/lcl2067e.pdf>).

Preker, Alexander; Carrin, Guy; Dror, David; Jacab, Melitta; Hsiao, William; Arhin-Tenkorang, Dyna (2002). Effectiveness of community health financing in meeting the costs of illness. Bulletin of the World Health Organisation 80, S. 143-150 (<http://www.scielosp.org/pdf/bwho/v80n2/a10v80n2.pdf>).

Preker, Alexander; Carrin, Guy; Dror, David; Jakab, Melita; Hsiao, William; Arhin-Tenkorang, Dyna (2002). Effectiveness of Community Health Financing in Meeting the Cost of Illness. Bulletin of the World Health Organization 80, 2, pp. 143-150. WHO, Geneva (<http://www.scielosp.org/pdf/bwho/v80n2/a10v80n2.pdf>).

Red SIDA Perú (2003). Para conocer e informar. Manual sobre VIH/SIDA para periodistas. 3ra. Edición, Lima.

Restrepo, M. (1996). Ley 100 (1993). Nueva Ley de Seguridad Social y Pensiones. Avance Informativo, LEGIS, Bogotá.

Reynaud, E. (2002). The extension of social security coverage: The approach of the International Labour Office. ESS N° 3, iv. In: ILO (2002). Social Security Policy and Development Branch. Geneva. ISBN 92-2-113071-1. (Also available in French and in Spanish).

Rodríguez, Jorge; Tokman, Marcelo (2000). Resultados y rendimientos del gasto en el sector público de salud en Chile 1990-1999. Serie Financiamiento del Desarrollo N° 106. CEPAL, Santiago.

Rosenberg, Hernán; Andersson, Bernt (2000). Repensar la protección social en salud en América Latina y el Caribe. Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health 8, 1/2, pp. 118-125 (www.paho.org/spanish/dbi/es/ARTI--Rosenberg.pdf).

Sabates-Wheeler, R.; Kabeer, N. (2003). Gender equality and the extension of social protection. ESS N° 16, v. ILO (2003). Social Security Policy and Development Branch. Geneva. ISBN 92-2-113746-5.

Santos B.; Beck E.J.; Peixoto M.F. (1994). Survival and medical intervention in Southern Brazilian AIDS patients. International Journal of STD and AIDS 5, July/August 1994, 279-283

Schuftan, Claudio (2004). Health and Human Rights Readers. CEHAT (Centre for Enquiry into Health and Allied Themes), Mumbai, India (<http://www.afonets.org/files/health-human-rights-readers.pdf>).

Schuftan, Claudio (2001). Foreign Aid: Giving Conditionalities A Good Name. Hanoi, Vietnam. (<http://www.afonets.org/files/foreign-aid.doc>).

Sojo, Ana (2000). Reformas de gestión en salud en América Latina: los cuasimercados de Colombia, Argentina, Chile y Costa Rica. Serie Políticas Sociales 39, CEPAL, Santiago.

- Standing, Guy (2002). La Globalización: Las Ocho Crisis de la Protección Social. (http://videos.cep.cl/sw2002/Informe_Principal/SW2002_Standing_Informe.doc).
- Steinwachs, L. (2002). Extending Health Protection in Tanzania: Networking between health financing mechanisms. ESS N° 7, vii. In: ILO (2002). Social Security Policy and Development Branch. Geneva. ISBN 92-2-113186-X.
- Subbarao, K. (2001). Systemic Shocks and Social Protection. Role and Effectiveness of Public Works Programs. World Bank, Africa Region Human Development Working Paper Series (www.worldbank.org/wbi/socialsafetynets/courses/dc2002/readings/subbawork.pdf).
- Tamblyn, Robyn; Laprise, Rejean; Hanley, James; Abrahamowicz, Michael; Scott, Susan; Mayo, Nancy; Hurley, Jerry; Grad, Roland; Latimer, Eric; Perreault, Robert; McLeod, Peter; Huang, Allen; Larochelle, Pierre; Mallet, Louise (2001). Adverse Events Associated with Prescription Drug Cost-Sharing Among Poor and Elderly Persons. JAMA 285 (4), S. 421-429.
- Tarantola, Daniel; Gruskin, Sofia (1998). Children Confronting HIV/AIDS: Charting the Confluence of Rights and Health. Health and Human Rights 3, 1, 60-86.
- Teixeira, Paulo, Vitoria, Marco Antônio, Barreira, D; Dhalia, C; Castilho, E. (2001). AIDS epidemic in Brazil: present situation, national response and future trends. Actualizaciones en SIDA. Vol. 9, Suppl. No. 1. July Special Issue for the 1st IAS Conference on HIV Pathogenesis and Treatment, pp. 1-9.
- Teixeira, Paulo; Vitória, Marco Antônio; Barcarolo, Jhoney (2003). The Brazilian Experience in Providing Universal Access to Antiretroviral Therapy. International AIDS Economics Network (IAEN). Economics of AIDS and Access to HIV/AIDS Care in Developing Countries, Issues and Challenges, Cap. 2, p. 69-88 (<http://www.iaen.org/papers/anrs.php>).
- Hoehl, Ellen F. M. (2003). TRIPS, Pharmaceutical Patents and Access to Essential Medicines: Seattle, Doha and Beyond. International AIDS Economics Network (IAEN). Economics of AIDS and Access to HIV/AIDS Care in Developing Countries, Issues and Challenges, Parte 1, Cap. 1, p. 39-67 (<http://www.iaen.org/papers/anrs.php>).
- Terris, Milton (2000). Epidemiology and Health Policy in the Americas: Meeting the Neoliberal Challenge. Journal of Public Health Policy 19, 1, S. 15-24.
- Titelman, Daniel (2000). Reformas al Financiamiento del Sistema de Salud en Chile. Serie Financiamiento del Desarrollo N° 104. CEPAL, Santiago.
- Titelman, Daniel; Uthoff, Andras; Jiménez, Luis Felipe (2000). Hacia una nueva seguridad social en el siglo XXI: sin solidaridad en el financiamiento no habrá universalidad. Rev Panam Salud Pública 8 (1/2), S. 112-117. Washington.
- Titelman, Daniel; Uthoff, Andras (Hrsg.) (2000). Ensayos sobre el financiamiento de la seguridad social en salud. Los casos de: Estados Unidos – Canadá – Argentina – Chile – Colombia. Band I und II. CEPAL, Santiago. ISBN 956-289-016-3.
- UNAIDS (2003). AIDS epidemic update. Geneva. (www.unaids.org/html/pub/publications/irc-pub06/jc943-epiupdate2003_sp.pdf).
- UNAIDS (2003). AIDS report 2004 on the Global AIDS Epidemic. Geneva (http://www.unaids.org/bangkok2004/GAR2004_pdf_sp/UNAIDSGlobalReport2004_sp.pdf).
- UNAIDS (2003). Informe sobre la epidemia mundial del SIDA 2004. Cuarto Informe Mundial. Ginebra, ISBN 92 9173 357 1 (<http://www.unaids.org/bangkok2004/report.html>).
- UNAIDS (2003). Una respuesta conjunta al VIH/SIDA. Ginebra (<http://www.unaids.org/NetTools/Misc/DocInfo.aspx?href=http%3A%2F%2Fgva%2Ddoc%2Dowl%2FWEBcontent%2FDocuments%2Fpub%2FPublications%2FIRC%2Dpub05%2FJC1018%2DJointResp%5Fs%2Epdf>).
- UNAIDS/WHO (2003). Situación de la epidemia de SIDA. Ginebra. ISBN 92 9173 306 7 (www.unaids.org/NetTools/Misc/DocInfo.aspx?href=http%3A%2F%2Fgva%2Ddoc%2Dowl%2FWEBcontent%2FDocuments%2Fpub%2FPublications%2FIRC%2Dpub05%2FJC1018%2DJointResp%5Fs%2Epdf).

[tent%2FDocuments%2Fpub%2FPublications%2FIRC%2Dpub06%2FJC943%2DEpiUpdate2003%5Fsp%2Epdf](#)).

USAID (2000). Handbook of Indicators for HIV/AIDS/STI Programs. Washington D.C. (http://www.dec.org/pdf_docs/PNACK416.pdf)

USAID (2002). USAID's Expanded Response to HIV/AIDS. Washington D.C. (http://www.usaid.gov/our_work/global_health/aids/Publications/docs/expandedresponse.pdf)

Uthoff, Andras; Titelman, Daniel; Jiménez, Luis Felipe (2000). Universalidad, solidaridad y responsabilidades fiscales en las reformas a la seguridad social en América Latina. Ibero-Amerikanisches Archiv. Zeitschrift für Sozialwissenschaften 26 (3-4), pp. 329-354. Berlin.

Vaitsman, Jeni (2002). Desigualdades sociais e duas formas de particularismo na sociedade brasileira. Cuadernos de Saúde Pública, Vol. 18, Suplemento "Saúde e Desigualdade: Instituições e Políticas Públicas no Século XXI, Rio de Janeiro, S. 37-46.

Valenzuela, Rubi (1998). An Overview of the Private Health System in Chile. Superintendencia de ISAPRES. Santiago.

van Ginneken W. (2003). Extending social security: policies for developing countries. ESS N° 13, iv. In: ILO (2003). Social Security Policy and Development Branch. Geneva. ISBN 92_2_113487-3.

Vargas, Ingrid; Vázquez, María Luisa; Jané, Elisabet (202). Equidad y reformas de los sistemas de salud en Latinoamérica. Cuadernos de Saúde Pública Vol 18, 4, Rio de Janeiro, pp. 927-937.

Velázquez, Germán; Madrid, Yvette; Quick, Jonathan (1999). Reforma Sanitaria y Financiación de los Medicamentos. Serie Economía de la Salud y Medicamentos N° 6, WHO-Programa Medicamentos Esenciales y Política Farmacéutica. WHO/DAP/98.3.

Velásquez Pinto, M. (2003). The Bono Solidario in Ecuador: An exercise in targeting. ESS N° 17, iv. In: ILO (2003). Social Security Policy and Development Branch. Geneva. ISBN 92-2-113436-9. (Also available in Spanish).

Wagstaff, Adam (2001). Measuring Equity in Health Care Financing: Reflections on and Alternatives to the World Health Organisation's Fairness of Financing Index. Development Research Group and Human Development Network, Weltbank, Washington D.C..

Wagstaff, Adam (2002). Poverty and Health Sector Inequalities. WHO Theme Papers Policy and Practice. Bulletin of the World Health Organisation 80, S. 97-105.

Wainer, Uri (1997). Hacia una mayor Equidad en la Salud: El caso de las ISAPRES. Serie Financiamiento del Desarrollo GTZ/CEPAL, N° 54, Santiago.

Waitzkin, Howard; Iriart, Celia; Estrada, Alfredo; Lamadrid, Silvia (2001). Social medicine in Latin America: productivity and dangers facing the major national. Lancet 358, 315-23.

Waitzkin, Howard (2003). Report of the WHO Commission on Macroeconomics and health: a summary and critique. Lancet 361, S. 523-526.

Whitehead, Margaret; Dahlgren, Göran; Evans, Timothy (2001). Equity and health sector reforms: can low-income countries escape the medical poverty trap? Lancet 358, S. 833-836.

Witter, Sophie (2002). Health Financing in Developing and Transitional Countries. Briefing Paper for OXFAM, University of York, York (<http://www.york.ac.uk/inst/che/oxfam.pdf>).

World Bank (). Social Protection Sector Strategy: From Safety Net to Springboard. Social Protection Sector Strategy. Washington D.C. (www.worldbank.org/wbi/socialsafetynets/courses/dc2002/readings.html).

World Health Organisation (2004). The World Health Report 2004. Changing History. Geneva (www.who.int/whr/2004/download/en/).

7.5. Publicaciones Periódicas

Actualizaciones en SIDA. Fundación Huesped, Buenos Aires, Argentina.

<http://www.huesped.org.ar/huespedweb/>.

Alliance for Health Policy and Systems Research Newsletter WHO, Geneva, Suiza.

(<http://www.alliance-hpsr.org/newsletter/>)

Equidad - Banco Interamericano de Desarrollo (BID). Washington/EEUU.

www.iadb.org/sds/doc/POVVol3N1S.pdf.

Boletim ENSP – Informativo Bimestral da Escola Nacional de Saúde Pública. Rio de Janeiro.

<http://www.ensp.fiocruz.br/boletins.html>.

Boletim Eletrónico epidemiológico. Brasília/Brasil. www.funasa.br.

Boletín Quincenal PHR Plus. Lima, Perú. www.phrplus.org/Pubs/.

Boletín Red SIDA Perú. Lima/Perú. www.redsidaperu.org

Boletín sobre la Erradicación de la pobreza. New York/EEUU. www.un.org/esa/socdev/poverty/.

Boletín Trimestral de VIH/SIDA y Jóvenes de Latinoamérica y el Caribe. Washington D.C., EEUU.

<http://www.paho.org/spanish/ad/fch/ca/adolnewsletters.htm>.

Cartillas de PHR (Partnership for Health Reform). Bethesda/USA. <http://www.PHRProject.com>

Contribuciones a la Economía. Málaga/España. ISSN 1696-8360. <http://www.eumde.net/ce/>

El Pulso – Periódico para el Sector Salud. Medellín/Colombia. <http://www.periodicoelpulso.com>.

E+Z (Entwicklung und Zusammenarbeit (English edition), InWEnt.

Bonn/Alemania. <http://www.inwent.org/E+Z/index-eng.html>.

ILOAIDS. Ginebra/Suiza. www.ilo.org/public/english/protection/trav/aids/publ/index.htm.

Info COOPEX - Informativo da Assessoria de Cooperação Externa do Programa Brasileiro de DST e AIDS. Brasília/Brasil.

International AIDS Economics Network Newsletter. www.iaen.org/news/

International Journal for Equity in Health. Baltimore. <http://www.equityhealthj.com>

Journal of Health & Population in Developing Countries. Kerala/India. <http://www.jhpdc.unc.edu/>.

Newsletter del Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklungshilfe

(BMZ). Bonn/Alemania. BMZ Newsletter: <http://www.bmz.de/presse/newsletter/>

Nueva Sociedad (ILDIS/FES). Caracas/Venezuela. <http://www.nuevasoc.org.ve/home>

Revista Panamericana de Salud Pública/Pan American Journal of Public Health.

<http://publications.paho.org/english/descriptions.cfm?CFID=1298148&CFTOKEN=14926353>;
www.ingentaselect.com

Observatorio de la Economía Latinoamericana, ISSN 1696-8352.

<http://www.eumed.net/cursecon/ecolat/>


WHO Bulletin. <http://www.who.int/bulletin/en/> oder [/es/](http://www.who.int/bulletin/es/); mail: bulletin@who.int.

7.6. Websites

Nombre	Site	Correo electrónico
Aegis, An AIDS History	www.aegis.com/topics/timeline/default.asp	
Afro-Nets (African Networks for Health Research and Development)	www.afronets.org	info@afronets.org
Agência Nacional de Saúde Suplementária	www.ans.gov.br	
Agência Nacional de Vigilância Sanitária	www.ans.gov.br	
AIDS Education & Research Trust (Avert)	http://www.avert.org/aidslatina/america.htm	
AIDS Memorial Quilt History	www.aidsquilt.com	
Alliance for Health Policy and Systems Research	http://www.alliance-hpsr.org	alliancehpsr@who.int
American Foundation for AIDS Research (amfAR)	www.amfar.org	
Amigos contra el SIDA (Industria Farmacéutica)	www.aids-sida.org	amigos@prodigy.net.mx
Anglo American Group	www.angloamerican.co.uk	
Asociación Internacional de la Seguridad Social (AISS)	www.issa.int/span/homef.htm	Issa@ilo.org
Associação de usuários de álcool e outras drogas de Pernambuco	www.seliga.org.br	associacaousuarios@seliga.org
Bertelsmann-Foundation - International Network Health Policy & Reform	http://www.healthpolicymonitor.org	So-phia.schlette@bertelsmann.de
Boletín OMS	http://www.who.int/bulletin/es/	bulletin@who.int
Campaign for Access to Essentials Medicines	www.accessmed-msf.org	msf-bogota-press@barcelona.msf.org ; daniel_berman@geneva.msf.org
Centro de Estudos de Cultura Contemporânea (Cedec)	www.cedec.org.br	cedec@cedec.org.br
Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social (CIESS)	www.facmed.unam.mx/ciess	ciess@servidor.unam.mx
Centro Latinoamericano de Economía Humana	www.claeh.org.uy	
Civitas (Institute for the Study of Civil Society)	www.civitas.org.uk	david.green@civil-society.org.uk
Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL)	www.eclac.cl	
Conselho Nacional de Saúde	conselho.saude.gov.br	

Cooperación Técnica Alemana (GTZ)	www.gtz.de ; www.gtz.de/aids	Regine.Meyer@gtz.de Michael.Adelhardt@gtz.de
Conselho Nacional de Secretários Estatais de Saúde	www.conass.saude.gov.br	
Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde	www.conasems.com.br	
Departamento de Informática do SUS	www.datasus.gov.br	
Department for International Development (DFID)	www.dfid.uk	
Development Gateway Foundation	www.developmentgateway.org/	info@developmentgateway.org
Universidad de Málaga/Grupo de Investigación (SEJ-309)	www.eumed.net	coll@uma.es
Enciclopedia Multimedia y Biblioteca Virtual de Economía EMVI	www.eumed.net/cursecon/	
Forum das ONG/AIDS do Estado de São Paulo	www.formaidssp.org.br	forumaidssp@uol.com.br
Forum One Communications	http://forumone.com	
Fundação Nacional de Saúde	www.funasa.gov.br	
Fundación Huesped	http://www.huesped.org.ar	fhuesped@huesped.org.ar ; info@huesped.org.ar
Fundación Oswaldo Cruz	www.fiocruz.br	calmeida@ensp.fiocruz.br
Grupo de Apoio à Prevenção Aids Rua Floriano Peixoto (GAPA-RP)	www.gaparp.org.br	gaparp@gaparp.org.br
General Board of Global Ministries: The HIV/AIDS Ministries Network	http://gbgm-umc.org/health/aids/	aidsmin@gbgm-umc.org
Global Fund for to Fight AIDS, Tuberculosis, and Malaria	www.globalfundatm.org ; www.theglobalfund.org	
Global Health Council	www.globalhealth.org	
Global Unions HIV/AIDS campaign	http://www.global-unions.org	http://www.global-unions.org/hiv-aids , hiv-aids@icftu.org
Global Health Resources	www.globalhealthresources.com	mcare@mccl.com
Global Health Network	http://www.pitt.edu/HOME/GHNet/GHNet.html	
Harvard School of Public Health	http://www.hsph.harvard.edu/	
Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística	www.ibge.gov.br	
Instituto Exército de Cristo; Casa de Apóio	www.inec-aids.org.br	casadeapoio@inec-aids.org.br ; inec@inec-aids.org.br ; nica2001@terra.com.br
Interamerican Development Bank	www.iadb.org	
International AIDS Society	www.ias.se	

Organización Internacional de Empleadores/ International Organisation of Employers	http://www.ioe-emp.org	ioe@ioe-emp.org
International Labour Office (Publicaciones)	www.ilo.org/socpol , www.ilo.org/STEP/publ , www.ilo.org/socfas ; www.ilo.org/public/english/protection/trav/aids/index.htm	
Confederación Internacional de Organizaciones Sindicales Libres/International Confederation of Free Trade Unions International Society for Equity in Health (ISEqH)	http://www.icftu.org	pbakvis@earthlink.net ; icftu.ge@geneva.icftu.org
InWEnt	www.inwent.org	Health@inwent.org ; aerzteprogramm@inwent.org
International AIDS Economic Network	www.iaen.org	info@iaen.org
International Labour Office	www.ilo.org ; www.ilo.org/socpol ; www.ilo.org/STEP/pub ; http://www.ilo.org/public/english/protection/trav/aids/	
Instituto Latinoamericano de Desarrollo (ILD)	www.ild.org.pe	postmaster@ild.org.pe
Instituto Latinoamericano de Investigaciones Sociales en el Ecuador/Fundación Friedrich Ebert)	www.ildis.org.ec	lldis1@ildis.org.ec
The Johns Hopkins AIDS service	www.hopkins-aids.edu	
Joint Centre for Political and Economic Studies	www.jointcenter.org/international/hiv-aids/Bibliography_excel.htm	
Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS)	www.unaids.org	
Kaiser Family Foundation	http://www.kff.org/hivaids/	
Médicos sin Fronteras/Médecins sans Frontières	www.msf.org	
Ministerio de Protección Social Colombia	www.minproteccionsocial.gov.co	
Ministério de Saúde do Brasil	www.saude.gov.br	
Panamerican Health Organisation	www.paho.org	
Partners for Health Sector Reform (PHRPlus)	http://www.phrplus.org/pluspubs-lac.html	mdehabich@phrplus.org.pe , mjumpa@phrplus.org.pe
Organización Panamericana de Salud	http://www.paho.org/adolescencia	singlets@paho.org
Policy Project	http://www.policyproject.com	f.young@tfqi.com ; v.dayaratna@tfqi.com

Proyecto Supra-Regional "Juventud y SIDA en Latino-América y el Caribe"		Juventud.sida@internet.net.do
Programa Brasileiro de DST e AIDS, Assessoria de Cooperação Externa	www.aids.gov.br	
Programa Nacional de IST/VIH/SIDA, Ministerio de Salud y Asistencia Social El Salvador	www.mspas.gob.sv	rsiman@mspas.gob.sv
The  network	www.qu4rad.net	
Red SIDA Perú	www.redsidaperu.org	
Rede Latino-Americana de redução de danos	www.relard.net	
Red Latinoamericana de personas viviendo con VIH/SIDA REDLA+	www.redla.org	info@redla.org redmdq@uolsinectis.com.ar
Red Iberoamericana de Mercadotecnia en Salud	www.rims.org.mx	catorse@yahoo.com
Red Epidemiológica de VIH/SIDA/ITS para América Latina y el Caribe	www.hiv-lac-epinet.org , http://www.vih-alc-epired.org , www.hiv-lac-epinet.org	cuchipal@paho.org
Red Sectorial GTZ Salud y Protección Social en América Latina	www.ortoedu.com/rsslac/ www.gruposaludgtz.org	Guillermo.Diller@gtz.de ; Regine.Meyer@gtz.de
Red de Investigación en Sistemas y Servicios de Salud en el Cono Sur	www.ensp.fiocruz.br/parcerias/redsald	redsalud@procc.fiocruz.br
Red SIDA Perú	www.redsidaperu.org	redsidaperu@infonegocio.com.pe
Regional AIDS Training Network	http://www.ratn.org	ratn@ratn.org
Salud Reproductiva El Salvador		salrepgtz@intercom.com.sv
Southern African Regional Network on Equity in Health	http://www.equinet.org.zw	
Sumeria - The Immune System	http://www.sumeria.net/aids.htm	
The Body	http://www.thebody.com/	
Treatment Action Campaign (TAC)	www.tac.org.za	
United Nations Special Session on HIV/AIDS (UNGASS),	www.un.org/ga/aids/conference.html	
UNFPA, Global Youth Partners	www.unfpa.org/adolescents/	globalyouthpartners@unfpa.org
UNAIDS Reference Group on Economics	http://ciss.insp.mx/urges/	
UNICEF	www.unicef.org/spanish/aids/	

U.K. Health Equity Network	http://www.ukhen.org.uk	
United States Agency for International Development (USAID)	http://www.usaid.gov ; http://www.usaid.gov/our_work/global_health/aids/	
World Bank	http://www1.worldbank.org/hiv_aids/ ; http://www.worldbank.org/wbp/health/data/guide/guide.htm#projects	
World Economic Forum's Global Health Initiative	http://www.weforum.org	
WHO Bulletin	www.who.int/bulletin/en/	bulletin@who.int
World Vision International	http://www.wvi.org/wvi/aids/latin%20america_aids.htm ; http://www.visionmundial.org/	
YOUANDAIDS –The HIV/AIDS Portal for Asia Pacific	http://www.youandaids.org/	

7.7. Organizadores

7.7.1. Ministerio de Salud: Programa Nacional del EST/SIDA

Hoy el SIDA es visto como una de las epidemias más devastadoras de la historia de la humanidad. A cada día 14.000 personas contraen el virus y alrededor de 80.000 mueren por causa de la enfermedad. Cerca de 40 millones de personas contrajeron el VIH y más de 20.000 millones murieron durante los 20 años de la epidemia. Menos de 500.000 mil personas tienen acceso a los medicamentos antirretrovirales.



El Programa Brasileño de ETS/SIDA demuestra que esta realidad puede ser amenizada dando la debida prioridad en su tratamiento, y adoptando estrategias adecuadas, saliendo de un plano de discriminador para otro de responsabilidad, respeto a los derechos humanos y seriedad en el trato de las cuestiones relacionadas a las políticas públicas.

La continuidad de las acciones en VIH/SIDA a través de los años y de los cambios políticos vino a dar una fuerte consistencia a los distintos proyectos y acciones estratégicas del Programa Nacional. Debe agregarse a esto su multisectorialidad, compuesta por las instancias gubernamentales, las Organizaciones de Sociedad Civil y Agencias Internacionales.

El abordaje del Programa Brasileño de ETS y SIDA relaciona tres premisas básicas presentes desde su inicio: la garantía de asistencia integral a la salud de calidad, con acceso universal y gratuito al tratamiento antirretroviral y demás insumos de salud; acciones de prevención centradas en el uso consistente de preservativo y perspectiva de derechos humanos en todas las estrategias y acciones del Programa.

El Programa Brasileño de ETS y SIDA viene teniendo un creciente reconocimiento en nivel internacional, aumentando la demanda por cooperación científica y tecnológica en VIH/SIDA y otras ETS. Actualmente Brasil tiene un amplio programa de cooperación internacional que engloba más de 40 países, una sólida sociedad con organismos internacionales, y contempla distintas áreas como prevención, asistencia y tratamiento, vigilancia epidemiológica, ETS, derechos humanos y articulación política. Brasil se ha colocado a disposición de los países interesados para transferencia de tecnología en diferentes esferas, incluyendo la producción de medicamentos antirretrovirales genéricos.

7.7.2. La iniciativa BACKUP GTZ

Con el propósito de apoyar a los países para que tengan acceso a los fondos asignados a través de iniciativas y programas internacionales, como el Fondo Global para la lucha contra el SIDA, la tuberculosis y la malaria (GFATM), en 2003 la GTZ fundó la iniciativa BACKUP.

BACKUP Initiative
Building Alliances – Creating Knowledge – Updating Partners
in the fight against HIV/AIDS, TB and Malaria

La comunidad internacional creó el GFATM con el propósito de atraer y distribuir recursos adicionales para la prevención y el tratamiento del VIH/SIDA, la tuberculosis y la malaria; promover un trabajo conjunto entre gobiernos, sociedad civil, sector privado y comunidades afectadas e implementar los proyectos en estrecha colaboración con organismos de la cooperación internacional. En esta lógica, la iniciativa BACKUP apoya el fortalecimiento de capacidades para la formulación de la propuesta de países, su implementación y particularmente en el ámbito de seguimiento y evaluación. Algunos países de América Latina y el Caribe están utilizando los fondos y el soporte ofrecidos por esta iniciativa de la GTZ, para asesorías técnicas y actividades de fortalecimiento de las capacidades que mejoran las perspectivas de aprobación de las propuestas presentadas ante el GFATM y el aprovechamiento progresivo de las oportunidades que les brinda el Fondo u otras iniciativas similares.

Son beneficiarias de la iniciativa BACKUP todas las instituciones u organizaciones gubernamentales, no gubernamentales, de formación y del sector privado que sean partes interesadas en el proceso GFATM (y otras iniciativas globales de la lucha contra el VIH/SIDA, la tuberculosis y la malaria).

Por favor póngase en contacto con la agencia local de la GTZ y/o con los asesores técnicos de la GTZ para obtener asesoría, aclaración e información acerca del proceso de solicitud.

7.7.3. Oficina Internacional del Trabajo

La Organización Internacional del Trabajo (OIT) es la agencia especializada de la ONU que busca la promoción de la justicia social, e internacionalmente reconocida por los derechos humanos y los de trabajo. Fue fundada en 1919 y es la única de que sobrevive de la principal creación del Tratado de Versailles, la cual condujo a la liga de las naciones y se convirtió en la primera agencia especializada de la ONU en 1946. Dentro del sistema de la ONU, la OIT tiene la única estructura tripartita con trabajadores y empleadores participando como contrapartes iguales con gobiernos en el trabajo de sus órganos gubernamentales.



La OIT tiene cuatro objetivos estratégicos principales: (i) promover y ejecutar padrones y principios fundamentales a derechos en trabajo.;(ii) crear mayores oportunidades para mujeres y hombres para asegurar un empleo decente; (iii) ampliar la cobertura y efectividad de la protección social para todos y (iv) fortalecer el tripartismo y el dialogo social.

El trabajo llevado a cabo por la OIT consiste en la elaboración de políticas internacionales y programas cuyos objetivos son la promoción de los derechos humanos fundamentales, mejorar las condiciones de vida y de trabajo y aumentar las posibilidades de empleo. La OIT también formula los estándares internacionales de trabajo que se espera que dirijan las acciones nacionales y que cuya aplicación sea controlada por un sistema único de su tipo.

Asimismo, la organización implementa un vasto programa de cooperación técnica internacional y asistencia que es formada y ejecutada a través de las contrapartes con sus componentes para ayudar a los países a aplicar las políticas que la OIT aboga.

Aun cuando la protección social en salud es un derecho humano y una herramienta para reducir la pobreza, sólo un pequeño número de personas de todo el mundo tiene acceso a una adecuado cuidado de salud. En este contexto, la Política de Seguridad Social y la Oficina de Desarrollo de la OIT ha lanzado la campaña *Campaña Global de Seguridad Social Para Todos*. La campaña tiene por objetivo extender la protección social a los excluidos. Sus actividades se concentran en mejorar la ejecución de los esquemas existentes y desarrollar nuevos enfoques tales como micro-seguros para la cobertura de cuidados de salud.

7.7.4. Organización Panamericana de Salud

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) es la Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Es el organismo regional especializado en salud del Sistema de las Naciones Unidas y del Sistema Interamericano. Lleva 100 años de experiencia dedicados a mejorar la salud y las condiciones de vida de los pueblos de las Américas. Su misión esencial es cooperar técnicamente con los Gobiernos Miembros y estimular la cooperación entre ellos para que la población de las Américas alcance la Salud para Todos y por Todos. La OPS lleva a cabo esa misión en colaboración con los ministerios de salud, otros organismos gubernamentales e internacionales, organizaciones no gubernamentales, universidades, organismos de la protección social, grupos comunitarios y muchos otros.



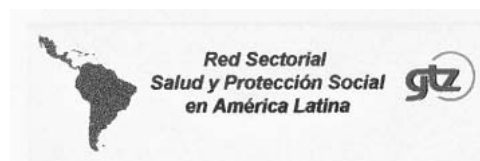
La OPS promueve la estrategia de atención primaria de la salud para de extender los servicios de salud a la comunidad y aumentar la eficiencia en el uso de los escasos recursos. Colabora con los países en la lucha contra enfermedades como el cólera, el dengue, la tuberculosis y la epidemia del VIH/SIDA. Presta cooperación técnica que incluye actividades educativas y de apoyo a la comunicación social, promueve el trabajo con organizaciones no gubernamentales y respalda los programas de prevención. La OPS difunde información científica y técnica mediante sus progra-

mas de publicaciones, una red de bibliotecas académicas, centros de documentación y bibliotecas locales.

La Organización ejecuta proyectos para otros organismos de las Naciones Unidas, organizaciones internacionales tales como el Banco Mundial y el Banco Interamericano de Desarrollo, organismos oficiales de cooperación para el desarrollo de diversos gobiernos, y fundaciones filantrópicas. La OPS orienta sus actividades hacia los grupos más vulnerables, incluidos las madres y los niños, los trabajadores, los pobres, los ancianos, los refugiados y los desplazados. Sus actividades enfocan los temas relacionados con la equidad para quienes carecen de recursos para acceder a la atención de salud.

7.7.5. Red Sectorial GTZ de Salud y Protección Social en LAC

La Red Sectorial de Salud es una parte importante de las divisiones sectoriales de la GTZ, cuyo propósito es contribuir a la gestión del conocimiento y al aseguramiento de la calidad en América Latina y el Caribe, respecto del tema de Salud y Protección Social. La red quiere contribuir al desarrollo sustentable de los países y mejorar las condiciones de vida de la población, en especial de los pobres y marginados. En el área social, hay muchas oportunidades de actuar para aliviar la pobreza:



La red pretende facilitar el intercambio regional de experiencias entre los expertos en el extranjero que prestan asesoría en áreas idénticas, similares o complementarias y el Departamento de Planificación y Desarrollo; registrar y evaluar experiencias específicas de proyectos y enfoques en materia de concepción, de manera sistemática y por temas y convocar, durante el año, a los asesores de la central, los expertos enviados, los técnicos, contrapartes y aliados de otros organismos a encuentros subregionales anuales y en áreas específicas. Además, fomenta la discusión y difusión de una política empresarial uniforme en el sector respectivo (incluyendo los temas transectoriales de género, SIDA, pobreza y otros, y de experiencias intersectoriales y conocimientos internacionales. Observa cómo se modifica la demanda de servicios técnicos en una región e identifica los conocimientos necesarios para atender dichos cambios.

Hay temas primordiales en que la GTZ pudo acumular experiencia y competencia en los últimos años: VIH/SIDA, apoyo al GFATM, salud sexual y reproductiva, reforma de salud, descentralización, servicios, protección social en salud, gerencia de calidad, juventud, rehabilitación de discapacitados, gestión de recursos físicos (mantenimiento hospitalario), salud mental, violencia y trauma. Estas áreas temáticas de la Red Sectorial de Salud en América Latina y El Caribe y las descripciones y productos de los proyectos en América Latina y el Caribe, materiales y documentos de encuentros se pueden encontrar y estudiar más a profundidad en la página web: www.ortoedu.com/rsslac.

7.7.6. Área de Protección Social

Durante su vida, todos los seres humanos enfrentan riesgos que pueden significar cambios fundamentales de sus condiciones de vida sociales y económicas. Más de la mitad de la población mundial carece de todo tipo de aseguramiento frente a los respectivos siniestros. La inexistencia de protección social puede traer consecuencias catastróficas las cuales afectan de forma particular a los pobres.

Pero también las personas que viven en condiciones financieras estables corren el riesgo de empobrecer si carecen de una adecuada protección contra esta clase de riesgos. Muchas veces, los sistemas de seguridad social están vinculados al trabajo formal. Sin embargo, la mayoría de las personas que viven en países en vías de desarrollo no están trabajando en el sector formal de la economía y, por lo tanto, no tienen acceso a los esquemas de aseguramiento. Es por eso que apoyamos, más allá de la implementación y reforma de los sistemas existentes, los enfoques in-

novadores que surgen en los distintos países con la finalidad de permitir el acceso a los grupos de la población tradicionalmente excluidos.

El principal objetivo del proyecto suprarregional de la GTZ "Elaboración e implementación de sistemas de seguros sociales de salud en los países en vías desarrollo y en transición" es investigar y respaldar el desarrollo y la introducción de sistemas económica y socialmente bien equilibrados para financiar los servicios de salud en los países en vías de desarrollo y en transición.

7.7.7. Proyecto Sectorial "Seguros Sociales de salud"

El proyecto suprarregional de la GTZ "Elaboración e implementación de seguros sociales de salud en los países en vías de desarrollo" apoya a los países contrapartes de África, Asia, América Latina y Europa del Este en sus esfuerzos de establecer y estructurar mecanismos solidarios de financiamiento de los servicios de salud. Se pone énfasis en mejorar las capacidades de los dirigentes y decisores en el área de los seguros sociales de salud. El proyecto forma parte del departamento de la GTZ para la "Protección social sustentable" que, a su vez, pertenece a la división "Salud, educación y protección social". Cooperera estrechamente con otras divisiones y departamentos de la GTZ, así como con otras organizaciones de desarrollo y cooperación alemanas e internacionales, principalmente con la Asociación Federal de Cajas Locales de Salud (AOK, la organización central de los seguros estatutarios de Alemania), y con su filial consultora AOK-Consult SA.



El equipo del proyecto sectorial de la GTZ tiene como objetivo conseguir que los países en transición y en vías de desarrollo introduzcan sistemas de aseguramiento de salud basados en la solidaridad a fin de facilitar el acceso a una adecuada atención de salud, especialmente a las personas más marginalizadas del sector informal tanto en las zonas rurales como en las urbanas. Debido a sus bajos ingresos, sus condiciones de vida y a los factores ambientales, son los grupos expuestos a mayores riesgos de enfermedad y pobreza. . En términos de política de desarrollo, el objetivo es asegurar la más amplia provisión de servicios de salud posible. Dichos servicios deben ser accesibles para todos los sectores de la población, tener una calidad aceptable, y ser financieramente asequibles teniendo en cuenta los condicionantes locales existentes.



Deutsche Gesellschaft für
Technische Zusammenarbeit (GTZ) GmbH

Dag-Hammarskjöld-Weg 1-5
Postfach 51 80
65726 Eschborn

Telefon: ++49 (0) 6196 79-0
Telefax: ++49 (0) 6196 79-11 15
Internet: <http://www.gtz.de>

