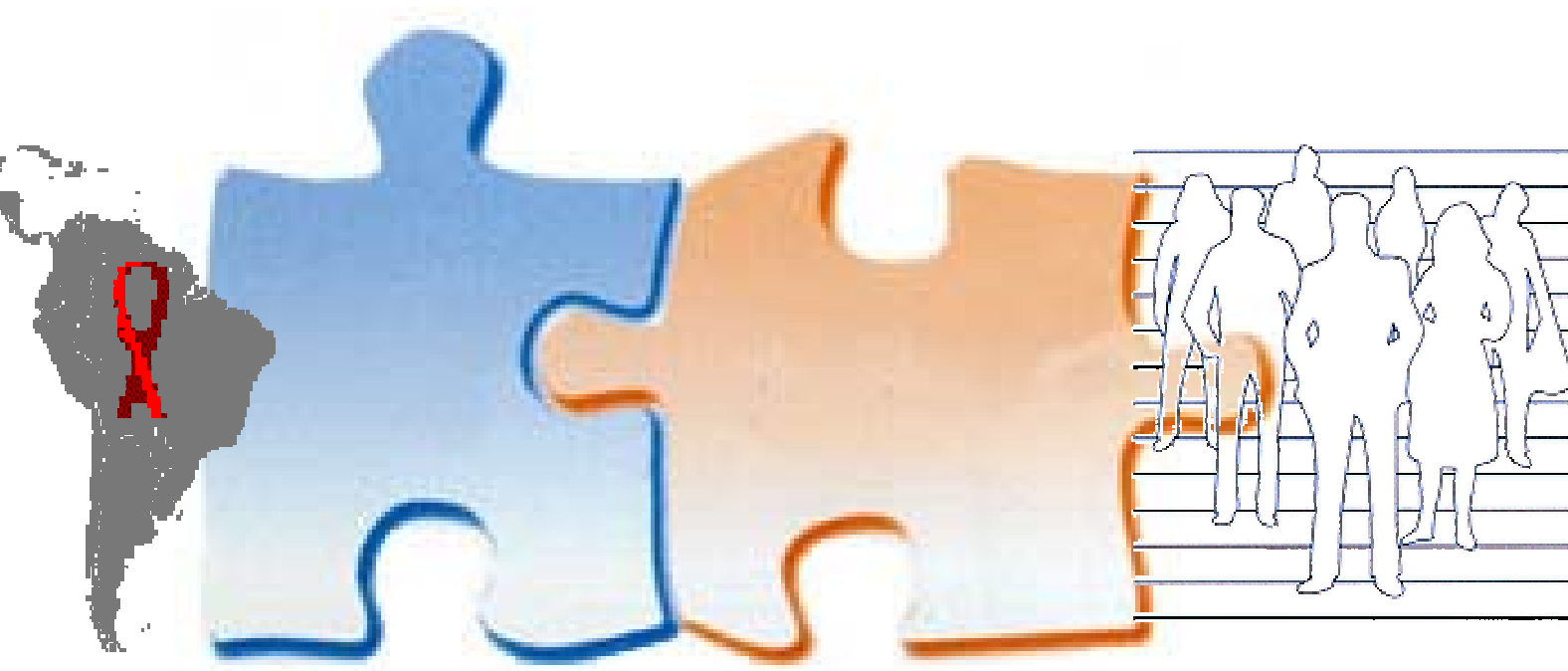


Rede Setorial de Saúde e Proteção Social da GTZ
na América Latina e no Caribe
Organização Pan-americana da Saúde
Organização Internacional do Trabalho
Ministério da Saúde do Brasil



Proteção Social Universal e Resposta Integral ao HIV/AIDS

**Atuais Desafios e Perspectivas dos Sistemas de
Saúde na América Latina e no Caribe**

Jens Holst (Organizador)



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
Alemanha
Internet: <http://www.gtz.de>

Por favor contatar:

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

Editor: Jens Holst
Desenho: versão, Karl-Marx-Platz 3, 12043 Berlin, Alemanha
Impresso em: ***

Distribuição:
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

Preço: € 5,-

Nota: O conteúdo dos artigos é de plena responsabilidade dos autores

Setembro de 2005

Conteúdo

1.	Prólogo	6
2.	Situação e Desafios Atuais	8
2.1.	Seguro Social e Financiamento para a Saúde na América Latina e no Caribe	8
2.2.	Proteção Social e Financiamento da Saúde na América Latina e no Caribe	9
2.3.	Diferentes respostas à AIDS na América Latina e Caribe: Respondendo à Declaração de Compromisso sobre HIV/Aids – UNGASS	10
3.	Sistemas de Financiamento de Salud y VIH/SIDA	11
3.1.	Sistema Único de Saúde Brasileiro	11
3.2.	Resposta Nacional ao HIV e AIDS no Brasil	12
3.3.	Organización de Ações Integradas da Sociedade Civil	13
3.4.	Resultados alcançados pelas pessoas vivendo com HIV/AIDS na América Latina	14
3.5.	A Iniciativa “3 em 5” da OMS/UNAIDS: Tratando 3 Milhões até 2005	15
3.6.	Resposta da OPAS ao HIV/AIDS Iniciativa “três milhões para 2005”	16
4.	Alocação de recursos nacionais ao HIV/AIDS	17
4.1.	Serviço de Atendimento Especializado – SAE	17
4.2.	O Uso de Argumentos Econômicos para Alocar Recursos para a AIDS no Caribe: Os Casos do Haiti e de Cuba	18
4.3.	O FGATM: Janela para o Futuro da Cooperação Internacional?	19
4.4.	Extensão da Previdência Social aos excluídos e Pobres em Honduras	20
4.5.	Projeto extensão da proteção social nos países andinos	21
5.	Cooperación Técnica en América Latina y el Caribe	22
5.1.	O Programa brasileiro de Cooperação Internacional	22
5.2.	Programa de Cooperação Internacional entre o Brasil e El Salvador	23
5.3.	Proposta da República Dominicana pela qualidade de vida das mães e das crianças que vivem com o HIV	24
5.4.	Programa Nacional de Controle da AIDS e Doenças Sexualmente Transmissíveis no Paraguai	25
5.5.	Acesso a medicamentos ARV na Colômbia e Projeto de Cooperação Internacional Colômbia - Brasil	26
5.6.	Atenção do HIV/AIDS na Previdência Social de Saúde na Colômbia	27
5.7.	HIV/AIDS e previdência social na cooperação alemã	28

6.	Resumos e Perspectivas para América Latina e o Caribe	29
6.1.	Treinando radialistas jovens na área de HIV/AIDS e de prevenção do uso de drogas	29
6.2.	Grupo de Cooperação Técnica Horizontal na América Latina e no Caribe	30
6.3.	Luta contra a AIDS e Proteção Social na América Latina e no Caribe	31
7.	Anexo	32
7.1.	Autores	32
7.2.	Programa do Seminário	34
7.3.	Participantes	39
7.4.	Bibliografia	42
7.5.	Periódicos	54
7.6.	Páginas na Internet	55
7.7.	Organizadores	60
7.7.1	A iniciativa BACKUP GTZ	60
7.7.2	Ministério de Saúde: Programa Nacional de DST e aids	60
7.7.3.	Organização Internacional do Trabalho	61
7.7.4.	Organização Pan-americana da Saúde	61
7.7.5.	Rede Setorial GTZ de Saúde e Proteção Social em LAC	62
7.7.6.	Área de Proteção Social	62
7.7.7.	Projeto Setorial “Seguros Sociais de Saúde”	63

1. Prólogo

Entre os dias 31 de maio e 4 de junho de 2004, foi realizada a segunda conferencia organizada pela Cooperação Técnica Alemã (GTZ) sobre **Proteção Social Universal e Resposta Integral ao HIV/ AIDS** na América Latina e no Caribe. Convidados pela GTZ, o Ministério Brasileiro da Saúde, a Organização Internacional do Trabalho (OIT) e a Organização Pan-americana da Saúde (OPAS), 80 pessoas de 15 países latino-americanos e caribenhos participaram do workshop realizado durante uma semana na capital do Brasil e financiado fundamentalmente pela iniciativa Backup da GTZ. O grupo dos participantes incluiu colaboradores de ministérios de saúde, representantes da cooperação bilateral e multilateral e da sociedade civil, incluindo as pessoas vivendo com HIV/AIDS. A conferencia serviu como plataforma para uma intensa troca de experiências e conhecimentos, para um diálogo intersetorial, para promover o enfoque bifrontal e interdisciplinar das duas centrais áreas problemáticas dos sistemas sanitários e sociais dos países do subcontinente e para fomentar a cooperação sul-sul na região.

A idéia de organizar essa conferencia nasceu um ano antes, durante dois workshops realizados na CEPAL em Santiago do Chile, em que os temas da proteção social e do HIV/AIDS haviam sido abordados separadamente. A cooperação alemã deu um passo decisivo, respondendo à crescente necessidade de focar, de forma conjunta, os grandes desafios da política social. O acesso universal, em particular da população pobre e marginalizada, aos serviços de saúde e ao financiamento solidário e a um pooling adequado dos riscos representam também condição imprescindível para a luta contra a epidemia do HIV/AIDS. À medida que a cobertura da população possa ser mais ampla, incrementam-se as opções de oferta de medidas de prevenção e diagnósticos e de tratamentos efetivos da epidemia. Sistemas universais e amplos de proteção social implicam uma canalização mais eficiente dos fundos internacionais direcionados ao combate do HIV/AIDS. Realizando o segundo workshop no Brasil, foram avaliados os enfoques alentadores e os avanços feitos pelo maior país latino-americano, tanto no âmbito do financiamento da saúde, quanto na luta contra a epidemia do HIV/AIDS.

Independente das grandes diferenças que existem entre os diferentes países, a América Latina e o Caribe é a região que se caracteriza pelas diferenças socioeconômicas mais acentuadas do mundo inteiro. Tanto é assim que a desigualdade afeta o crescimento econômico de vários países, o que, por sua vez, é um pré-requisito imprescindível para superar a extrema pobreza e cumprir com os objetivos do milênio definidos pela ONU.¹ Uma decidida política de redistribuição e uma maior justiça social são imprescindíveis para superar as grandes brechas sociais e a ampla exclusão social, fomentar a paz no interior das sociedades e promover o desenvolvimento econômico.

Na América Latina e no Caribe a epidemia do HIV/AIDS não apresentou uma evolução tão explosiva quanto na África subsahariana, embora tenha se desenvolvido constantemente, com características específicas nas distintas sub-regiões. Mais de dois milhões de latino-americanos e caribenhos vivem atualmente com o vírus, que matou aproximadamente 100 mil pessoas infectadas em 2002, período no qual foram infectadas 200 mil pessoas. Ao mesmo tempo, o acesso das pessoas vivendo com HIV/AIDS aos sistemas públicos de saúde varia consideravelmente de um país a outro, observando-se, em geral, uma maior exclusão dos setores sociais mais carentes e da população rural.

A disponibilidade do tratamento anti-retroviral, medida crucial para prolongar a sobrevivência e melhorar a qualidade de vida dos portadores do vírus, varia muito de um país a outro. Até nos sistemas de proteção social que outorgam uma cobertura razoável, os serviços complexos e custosos não estão cobertos de forma satisfatória, e as doenças “catastróficas” como a AIDS e o câncer levam freqüentemente ao empobrecimento dos doentes e suas famílias. Independente dos sistemas de proteção social existentes e das diferenças observadas nos países, o progresso social e econômico depende fundamentalmente da promoção da justiça dentro da sociedade e da implementação de sistemas solidários e sustentáveis de previdência social.

¹ ECLAC, IPEA, PNUD 2002, p. 13.

A região latino-americana e caribenha oferece uma série de abordagens prometedoras para implementar sistemas de financiamento de saúde de caráter universal e solidário e controlar de forma efetiva e participativa a epidemia do HIV/AIDS. Após duas décadas de predomínio de conceitos neoliberais de mercado, as reformas sanitárias no subcontinente estão retomando a tradição do estado de bem-estar social, fato que se evidencia tanto na criação do Sistema Único de Saúde no Brasil (SUS) quanto nos esforços de universalizar a cobertura da proteção social na Costa Rica e nas Bahamas, e de implementar mecanismos de redistribuição social na Colômbia e no Chile. Da mesma maneira e estreitamente vinculado aos sistemas sociais existentes, América Latina e o Caribe contribuem com uma rica experiência na luta interdisciplinar e multissetorial contra a AIDS que inclui conceitos tão diversos quanto a produção nacional de medicamentos genéricos, o acesso gratuito ou subvencionado ao tratamento anti-retroviral, a superação da discriminação e a estigmatização das pessoas vivendo com HIV/AIDS e seus direitos sociais e humanos.

As experiências e os conhecimentos acumulados nos países do subcontinente representam uma base sólida e sustentável para a cooperação sul-sul na área da proteção social e na luta contra o HIV/AIDS. Merece menção especial o Programa de Cooperação Internacional (PCI) lançado em 2002 pelo governo brasileiro com o objetivo de transferir tecnologia de assistência e manejo clínico do HIV/AIDS. Dentro da sua nova concepção, a cooperação técnica alemã e europeia está dando maior ênfase ao apoio à colaboração sul-sul por meio das ferramentas que foram elaboradas ao longo de suas atividades de desenvolvimento nas décadas passadas. Ao mesmo tempo, com base nos sistemas de previdência social da Europa Ocidental, que se destacam por seu caráter universal, solidário, participativo e subsidiário, oferece um amplo conhecimento e experiência na área das reformas de saúde e de proteção social. Da mesma forma, a política e as campanhas desenvolvidas na Europa para fazer frente à epidemia de AIDS podem ser de grande utilidade para os países da região latino-americana e caribenha na sua luta contra a AIDS.

Segundo a finalidade do workshop, essa documentação tem o objetivo de tornar-se uma contribuição relevante para a capacitação de todas as partes interessadas sobre os temas do financiamento e das reformas da saúde, assim como os desafios derivados da luta contra a epidemia do HIV/AIDS. Este documento reúne os resumos de todas as apresentações feitas durante a Conferência de Brasília para intensificar a aprendizagem de lições e experiências, a promoção da gestão de conhecimentos e o intercâmbio de conhecimentos no âmbito regional. Diante do paralelismo dos desafios sócio-políticos e dos processos reformadores nos diferentes países em desenvolvimento, a intensificação do intercâmbio de experiências é um passo importante para superar o isolamento observado que impede que uns apreendam com os outros sem reinventar a roda.

Diante da exigência de um maior intercâmbio de conhecimentos e experiências, junto com uma crescente pressão financeira por parte dos governos dos países doadores, a cooperação técnica europeia e alemã continuará firmemente nessa lógica. Os resultados e contribuições das conferências regionais serão retomados numa conferência internacional que a GTZ organizará em dezembro de 2005, em Berlin, em colaboração com a Organização Internacional do Trabalho (OIT) e a Organização Mundial da Saúde (OMS), para promover a cooperação global em matéria de "Previdência Social na Saúde e na Luta contra o HIV/AIDS, Tuberculose e Malária". O debate sobre a proteção social universal e solidária e a luta efetiva contra o HIV/AIDS deve intensificar-se para exercer pressão sobre os tomadores de decisões e sobre os políticos, e lutar a favor dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio.

Jens Holst

2. Situação e Desafios Atuais

2.1. Seguro Social e Financiamento para a Saúde na América Latina e no Caribe

Xenia Scheil -Adlung²

Uma revisão da reforma da legislação, que está em curso na área da saúde em todo o mundo, mostra que a questão principal a ser considerada é como fornecer assistência adequada à saúde para o maior número de pessoas possível, por um custo razoável. Na maioria dos países da América Latina e do Caribe, a urgência em se abordar essa questão é levantada devido a carência de acesso à assistência em saúde por uma grande parcela da população, à baixa qualidade dos serviços e à necessidade de prevenir o HIV e a AIDS. Uma das principais tarefas para os próximos anos será desafiar as conseqüências sociais e econômicas de doenças, como HIV/AIDS, e romper o forte elo que une uma saúde ruim à pobreza. Expandir a proteção social à saúde para os excluídos, fortalecendo os esquemas de desempenho e estabelecendo mecanismos para o financiamento sustentável da saúde, será de importância fundamental nesse contexto.

Com a sua Campanha Global de Seguridade Social e Cobertura para Todos, a Organização Internacional do Trabalho - OIT, desenvolveu uma série de ações que têm como objetivo o acesso universal à assistência à saúde e garantia da renda mínima. Os principais instrumentos incluem o reforço da cooperação técnica, o desenvolvimento de parcerias amplas e avanços do conhecimento sobre instrumentos e boas práticas, relacionadas com a expansão da proteção social aos mais pobres. Um programa específico, conduzido no âmbito nas campanhas globais de parceria, é a Iniciativa OIT/OPAS para ampliação da cobertura da assistência à saúde na América Latina e no Caribe.

A Iniciativa fornece um sistema coerente de atividades, apoiando planos de ação nacionais de países em desenvolvimento, com o intuito de melhorar o acesso aos serviços de saúde. As atividades vão desde o aconselhamento sobre seguro de saúde social até políticas financiadas com os impostos tanto para abordagens baseadas em comunidades quanto para o treinamento, monitoramento e avaliação. No âmbito da parceria da Iniciativa OIT/OPAS, nenhuma sugestão é feita no sentido de estimular mecanismos universais ou estratégias que ofereçam panacéias. Entretanto, a OIT oferece experiência, num amplo espectro de medidas, para melhorar os problemas relacionados à proteção social da saúde. As medidas poderiam ser bem sucedidas se fossem ajustadas para as prioridades e circunstâncias de países específicos.

A Organização Internacional do Trabalho tem como foco principal a experiência com ações orientadas por uma política de cobertura para os pobres, especialmente para trabalhadores do setor informal da economia, na proteção social à saúde. A abordagem sugerida é baseada em planos flexíveis e adequados para cada realidade, combinando riscos e fundos em resposta a necessidades sociais e econômicas especialmente na área de saúde, considerando-se, por exemplo, o HIV e a AIDS. A OIT também sugere abordagens estratégicas, tais como: a construção de consensos entre os principais participantes nos países e na criação de elos com a comunidade internacional.

Essas abordagens buscam apoiar o desenvolvimento sustentável e contribuir para o cumprimento das “*Metas de Desenvolvimento do Milênio*” relacionadas à saúde, por exemplo, as relacionadas ao combate ao HIV e à AIDS. As atividades nacionais da Parceria da Iniciativa são complementadas pelo apoio regional, incluindo o estabelecimento de uma ‘clearinghouse’ (centro de orientação para informação) e mobilização de recursos. A Parceria da Iniciativa é financiada pela OIT e OPAS, doadores, agências de cooperação e outros. Ela é aberta a novas parcerias, reconhecendo a proteção social da saúde como fundamento para o desenvolvimento social e econômico sustentáveis.

Páginas da Internet: www.ilo.org, www.ilo.org/socpol, www.ilo.org/STEP/pub

² Organização Internacional do Trabalho, Genebra, Suíça.

2.2. Proteção Social e Financiamento da Saúde na América Latina e no Caribe

Eduardo Levcovitz³

Proteção social em saúde define-se como a garantia que a sociedade outorga, por meio dos poderes públicos, para que um indivíduo ou grupo de indivíduos possa satisfazer suas necessidades e demandas em matéria de saúde, tendo acesso aos serviços de uma maneira adequada e oportuna por meio do sistema ou de algum dos subsistemas de saúde existentes no país, independentemente de sua classe social, nível de renda, inserção no mercado de trabalho, gênero, etnia ou idade.

Historicamente, a proteção social nos países industrializados se desenvolveu a partir da assistência pública e da caridade para os pobres e indigentes, passando pelos seguros sociais e/ou o estado de bem-estar, até ser reconhecida como um direito do cidadão que inclui o acesso universal ao sistema de saúde e a utilização eqüitativa por toda a população, garantindo que os grupos sociais excluídos tenham a oportunidade de receber atenção integral, sem que sua capacidade de pagamento seja um fator restritivo.

No século XX, até os anos 20 predominavam as campanhas sanitárias, nos anos 20-40 foi implementado o Seguro Social tipo Bismarck e, nas décadas seguintes, o estado de bem-estar tipo Beveridge. Durante os anos 70-80, enfatizou-se o atendimento primário (Alma-Ata) e a extensão de cobertura, enquanto nos anos 80-90, a redução do gasto público em saúde e a eficiência econômica na gestão dominaram o debate.

Na América Latina coexistem diferentes conceitos de proteção social que se traduzem em diferentes formas institucionais e organizacionais dos sistemas de saúde. O Serviço Nacional de Saúde baseia-se em um conceito de proteção social, de igualdade de direitos e solidariedade e contempla uma proteção pública universal e institucional-redistributiva. O Seguro Social organiza a proteção de forma coletiva por meio de contribuições obrigatórias de empregados e empregadores e está baseado nos fundamentos de merecimento/desempenho no mercado de trabalho e o vínculo com a qualidade de membro de uma categoria ocupacional, gerando uma forma específica de solidariedade. O modelo empresarial ou residual outorga uma proteção individual, de acordo com o perfil de risco e com uma relação direta entre prêmio e benefícios, abrindo espaços para múltiplos gestores, seguradores e provedores.

Apesar de sua grande influência no desenvolvimento do setor da saúde nas Américas, nenhum dos modelos clássicos foi implementado de forma exclusiva. Nos países da região predominam os sistemas segmentados caracterizados pela falta de coordenação interinstitucional e de integração operacional. A maioria dos sistemas latino-americanos evidencia uma clara regressão, falta de eqüidade e insuficiência no financiamento, bem como uma gestão precária e elevados custos de transação, devido ao clientelismo, à corrupção, aos altos gastos administrativos, à ausência de planificação e programação integradas, à insuficiente capacidade de elaboração de contratos e mecanismos de pagamento.

Em 2002, a Conferência Sanitária Panamericana (OPAS/OMS) identificou o desafio fundamental que enfrentam os sistemas de saúde dos países da região: "Garantir a todos os cidadãos a proteção social universal em matéria de saúde, eliminando ou reduzindo ao máximo as desigualdades evitáveis na cobertura, o acesso e a utilização dos serviços e garantindo que todas as pessoas recebam atendimento segundo suas necessidades e contribuam para o financiamento do sistema segundo suas possibilidades". Além disso, definiu como condições indispensáveis para a extensão da proteção social em saúde: o acesso aos serviços, a dignidade no atendimento, a solidariedade no financiamento e a segurança financeira do lar.

Documentos e bibliografia sobre o tema em <http://www.lachsr.org/extension/esp/index.html>

³ Unidade de Políticas e Sistemas de Saúde/SHD, OPAS/OMS, Washington DC, EEUU

2.3. Diferentes respostas à AIDS na América Latina e Caribe: Respondendo à Declaração de Compromisso sobre HIV/Aids – UNGASS

Telva Barros⁴

Os Co-sponsors do UNAIDS trabalham em conjunto por meio do Secretariado do UNAIDS para expandir o alcance de suas ações e formar parcerias estratégicas com governos, ONG, redes de pessoas vivendo com HIV/aids, mídia, corporações, organizações religiosas e outras agências do Sistema ONU e inter-governamentais. A situação epidemiológica na América Latina e no Caribe e as tendências da epidemia na região são preocupantes. Atualmente há 350.000 – 590.000 adultos e crianças vivendo com HIV/aids no Caribe e 1,3 – 1,9 milhões na América Latina.

Mesmo que existam similaridades importantes e ligações culturais, econômicas e políticas entre todos os países das Américas e do Caribe, quando o tema é o HIV/aids, trata-se de duas regiões diferentes. Na América Latina, a epidemia atinge as populações mais vulneráveis, com uma forte tradição dos movimentos da sociedade civil, múltiplas plataformas sub-regionais e a presença das Nações Unidas na maioria dos países. Ao mesmo tempo, observa-se uma forte oposição religiosa, preconceito e discriminação contra populações vulneráveis e existe a necessidade de fortalecer o apoio político. Por outro lado, em muitos países se observa uma cobertura substancial dos medicamentos ARV.

No Caribe, embora a epidemia esteja mais generalizada, a cobertura do tratamento antiviral é ainda muito limitada. O forte apoio político do alto escalão de Governo na maioria dos países se combina com a pouca tradição de ativismo político com relação a questões sociais. Existe uma combinação de homofobia, preconceitos, discriminação a homossexuais e pessoas vivendo com HIV/aids e uma falta de privacidade, devido ao tamanho pequeno das ilhas. Não há representações da ONU em todos os países, por isso CARICOM aparece como líder na resposta ao HIV/aids.

Como tendências novas se observam crescentes epidemias entre os jovens, especialmente entre 15 e 25 anos, e uma crescente disponibilidade de recursos para a aids. Estratégias diferentes são necessárias para a América Latina e para o Caribe tendo em vista que após 20 anos de epidemia há uma nova e real oportunidade de acelerar e expandir as respostas à aids. Faz-se necessário fortalecer as medidas de prevenção e a liderança para melhorar a governança e o gerenciamento, oferecer e facilitar informação sobre como os países estão respondendo à epidemia, construir mecanismos horizontais de coopeção e articulação política – GC-TH, PANCAP, “7 Irmãs”, fortalecer os laços entre a sociedade civil regional e as ONG’s que atuam em nível nacional e monitorar e documentar os compromissos, metas e resultados.

Os grandes desafios atuais enquanto à aids são o reforço aos sistemas de assistência e tratamento e a ampliação da pesquisa e desenvolvimento Parece ser imprescindível mobilizar recursos para desenvolver e aplicar estratégias especiais para as regiões afetadas por conflitos e catástrofes naturais e enfrentar a situação das crianças órfãs. Paralelamente, em cooperação com a sociedade civil, é fundamental trabalhar em favor do respeito aos direitos humanos, a redução da vulnerabilidade e a diminuição do impacto social e econômico da epidemia.

⁴ UNAIDS National Country Officer Brasil, Brasília, Brasil.

3. Sistemas de Financiamento de Salud y VIH/SIDA

3.1. Sistema Único de Saúde Brasileiro

Edmundo Gallo⁵

O Sistema Único de Saúde – SUS é um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo e um dos únicos a garantir assistência integral e gratuita para a totalidade da população. Dele fazem parte os centros e postos de saúde, hospitais, laboratórios, hemocentros, além de fundações e institutos de pesquisa.

Por meio do SUS, todos os cidadãos brasileiros têm direito a consultas, exames, internações e tratamentos nas Unidades de Saúde vinculadas ao Sistema, sejam públicas (da esfera municipal, estadual e federal), ou privadas, contratadas pelo gestor público de saúde. Cerca de 125 milhões de brasileiros (73% da população) dependem exclusivamente dos serviços públicos de saúde.

O SUS dispõe de 63.650 unidades ambulatoriais, que realizam em média 153 milhões de procedimentos/ano, de 5.794 unidades hospitalares, com um total de 441.045 leitos, responsáveis por mais de 900 mil internações por mês, perfazendo um total de 11,7 milhões de internações/ano. Enquanto à municipalização, 23 municípios ainda não habilitados, 586 em gestão plena do sistema municipal y 4.952 em gestão plena da atenção básica.

Como princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde podemos citar: a universalidade, a equidade, a integralidade, a igualdade no acesso e na atenção, o direito a informação, a incorporação do modelo epidemiológico, a regionalização, a hierarquização, a resolubilidade, a descentralização, e o controle social.

O SUS é destinado a todos os cidadãos. É financiado com recursos arrecadados por impostos e contribuições sociais pagos pela população, nos níveis federal, estadual e municipal. Portanto, o SUS é uma responsabilidade financeira dos três níveis de governo – federal, estadual e municipal.

A Emenda Constitucional 29 assegura recursos para a Saúde por meio da vinculação de receitas das três esferas de governo para o SUS, definindo percentuais mínimos de recursos, vinculados à arrecadação de impostos e às transferências constitucionais, para as ações e serviços de saúde. O financiamento é tripartito: A União agrega 5% a mais ao Orçamento da Saúde (ano-base 1999) e, posteriormente, o reajuste fica atrelado à variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB). Em 2000, os estados destinam um mínimo de 7% dos seus orçamentos com saúde, crescendo ano a ano até 12% até 2004. No mesmo ano, os municípios destinam o mínimo de 7% dos seus orçamentos com saúde, crescendo ano a ano até 15% até 2004.

Entre os desafios para o estabelecimento das Políticas de Saúde temos: a definição da divisão de responsabilidades entre estados e municípios, a integração entre sistemas municipais, o planejamento e organização funcional do sistema, o financiamento e critérios de alocação de recursos e a garantia de resolatividade e acesso aos serviços.

Os resultados alcançados durante o funcionamento do SUS são vários: Fortalecimento da atenção básica, ampliação do acesso da população à atenção ambulatorial especializada e hospitalar e do acesso da população aos medicamentos e insumos estratégicos, atendimento às necessidades de grupos estratégicos, reorganização da rede de serviços de atenção à saúde no SUS e combate às epidemias e endemias

⁵ DIPE/SE/ Ministério da Saúde, Brasília, Brasil.

3.2. Resposta Nacional ao HIV e AIDS no Brasil

Alexandre Grangeiro⁶

O Brasil tem 257.780 casos acumulados (2002) da aids, um número de portadores do HIV de 597.443 (2000), 138.507 mortes por aids acumuladas (1980-2001) e uma mortalidade de 6,3/100.000 (2001). Atualmente observa-se uma maior infecção da população heterossexual, uma interiorização, a feminilização e a pauperização da epidemia.

As principais características da resposta brasileira são a reação governamental precoce a partir de 1983, uma forte participação da sociedade civil, a mobilização multissetorial, o equilíbrio entre prevenção e tratamento e a perspectiva de direitos humanos em todas as estratégias e ações. Para conseguir isso foi fundamental que a Constituição brasileira estabelece a saúde como direito do cidadão e dever do Estado.

A política brasileira de promoção da Saúde e prevenção compreende a promoção de direitos humanos das pessoas vivendo com HIV e aids e das populações vulneráveis, a implementação de grandes campanhas nacionais com utilização da mídia, ações de prevenção para as populações vulneráveis e para a população em geral, o diagnóstico precoce da infecção pelo HIV, o diagnóstico e tratamento de doenças sexualmente transmissíveis (DST) e o apoio às Organizações da Sociedade Civil (OSC).

As intervenções nas populações vulneráveis refletem-se na redução dramática das taxas de infecção pelo HIV. O programa de redução de danos existe em quatro estados e dez municípios. 125 projetos nos estados com 65.000 usuários de drogas conduziram a um declínio significativo do compartilhamento de agulhas e seringas. A distribuição de preservativos femininos apanhou quatro milhões de mulheres em 2003, atualmente se discute a introdução da produção local para reduzir os custos. Nas escolas se realizam atividades de promoção e prevenção comuns no ensino básico e secundário, o programa de saúde e sexualidade inclui a distribuição de preservativos.

O diagnóstico precoce do HIV representa uma estratégia fundamental e está disponível em 1.145 unidades básicas de saúde e 246 centros de testagem e aconselhamento do Sistema Único de Saúde (SUS). Desde novembro de 1996, uma Lei Federal garante o acesso universal e gratuito a medicamentos anti-retrovirais (ARV) de acordo a um consenso terapêutico nacional. Atualmente 140.000 pessoas recebem terapia ARV, 480 unidades de dispensação realizam a logística de controle e distribuição de medicamentos, em 66 laboratórios se faz a carga viral, em 78 contagem de CD4+ e em 12 a genotipagem.

O sucesso central do acesso a tratamento no Brasil é uma redução dos gastos com saúde em US\$ 2,2 bilhões.⁷ A adesão alcança 75% (> 95% nos últimos 3 anos),⁸ e a resistência ao tratamento é menor.⁹ A política brasileira de ARV conduziu a uma redução da mortalidade de 50%, a 90,000 mortes evitadas, à redução das internações hospitalares de 80% e a 358,000 internações evitadas. A prevenção da transmissão materno-infantil inclui 17,000 grávidas HIV+, sendo que 40% recebem tratamento.

Aumentou-se a produção local de medicamentos ARV a preços reduzidos, atualmente realizam-se negociações para redução de preços, o artigo 6 da Conferência de Doha da direito a importar e exportar genéricos e existe um decreto presidencial autorizando importação.

⁶ Programa Nacional AIDS, Ministério de Saúde, Brasília.

⁷ Fonte: MS/PN-DST-AIDS/SVS

⁸ Fonte: FMS - DMP, 2003)

⁹ Fonte: Tanuri, Amilcar, Aids 2003, 17: 1063-9

3.3. Organização de Ações Integradas da Sociedade Civil

José Marcos de Oliveira¹⁰

A busca de ações integradas em políticas públicas no Brasil, toma um outro rumo a partir do momento que se instala a Epidemia de AIDS e a Sociedade Civil Organizada começa a reivindicar respostas governamentais.

Com a Constituição Federal e com a realização da 8º Conferencia Nacional de Saúde no final da década de 80, a sociedade brasileira tem a sua disposição os instrumentais necessários para cobrar respostas que enveredassem para Políticas Públicas que de fato apontassem que o Direito a Saúde deverá ser garantido mediante políticas sociais e econômicas.

Neste sentido, com a epidemia de AIDS no Brasil, partes da sociedade civil iniciam toda uma trajetória em busca de respostas concretas que garantam a todos os cidadãos atingidos diretamente e/ou indiretamente pelo HIV/AIDS o acesso a todos os instrumentos e mecanismos de prevenção e assistência, ilustramos então o Movimento GAY do Brasil que foi o propulsor.

Somados os diversos movimentos então caracterizados como Grupo de Risco articulam e iniciam as ações integradas com importantes parceiros como as primeiras ONG/AIDS e as Pessoas Vivendo com HIV/AIDS em um profícuo sistema de organização.

Uma vez pautados pela Constituição Federal nos seu Art. 5º *“todos são iguais perante a lei, (sem distinção de qualquer natureza), sendo garantida a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade; e Artº 196 “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”* pela Lei orgânica da saúde – Lei 8080 - e da participação da comunidade - Lei 8142 - que levaram à mobilização da SCO.

Na historia de luta contra a AIDS a Sociedade Civil Organizada soube orquestrar e apontar que o Controle Social tinha que ser efetivado na garantia do acesso Universal, Integral, Equânime e Resolutivo das ações e serviços de saúde.

Essas ações integradas apontaram para 1º Programa em DST/AIDS do Brasil no estado de São Paulo; a continuidade do ativismo e da militancia de forma organizada e após decorridos mais de 20 anos de Epidemia de AIDS no Brasil aparecem grandes conquistas. Porém temos a consciência de que a luta contra a AIDS não acabou, o reconhecimento mundial das políticas de prevenção e assistência às DST/AIDS do Brasil é o melhor indicador da participação da SCO. A SCO aponta que ainda temos que lutar e buscar as parcerias governamentais, não governamentais e intersetoriais que se traduz em um grande desafio para o SUS -Sistema Único de Saúde no desenvolvimento das Políticas Públicas que não só apontem ao acesso às ações e serviços de saúde, mas também a uma rede de proteção e promoção social em resposta á AIDS.

¹⁰ Fórum das ONG/AIDS do Estado de São Paulo.

3.4. Resultados alcançados pelas pessoas vivendo com HIV/AIDS na América Latina

Estela Carrizo¹¹

A Rede latino-americana de pessoas que vivem com HIV/AIDS (REDLA+) tem a missão de melhorar a qualidade de vida das pessoas vivendo com o vírus na Região, por meio do ativismo e do empoderamento conquistado ao longo do tempo. A rede é composta por uma Secretaria, que funciona como órgão diretor, um grupo de apoio formado pelos três pontos focais das 3 regiões (Cone Sul, Andina, Caribe), os dois representantes perante a Rede Global de Pessoas que vivem com HIV/AIDS (GNP+) e dois pontos focais em 20 países. A agenda prioritária abrange o acesso universal ao tratamento anti-retroviral de qualidade, o maior envolvimento das pessoas que vivem com HIV, os direitos humanos e a luta contra o estigma e a discriminação.

Graças ao apoio de GTZ, a Rede conta com um espaço de trabalho com sede na Colômbia e a publicação de um boletim eletrônico onde estão incluídas informações gerais sobre o Fundo Global e outros temas de interesse. Até este momento foram redigidos e divulgados seis boletins. Além disso, tem-se favorecido a realização de trípticos e informações gerais sobre a REDLA+, tanto em inglês quanto em espanhol, dando oportunidade para que a Rede seja conhecida não apenas em países hispano-falantes.

Os membros da REDLA+ e seus pontos focais têm um envolvimento importante na iniciativa 3x5, e há interesse em impulsionar a informação sobre esse tema. Por meio de seu Secretariado e seus pontos focais, a REDLA+ tem uma forte participação nessa iniciativa. O representante da comunidade afetada perante o Fundo Mundial favoreceu a REDLA+ e os integrantes do CCM na comunicação direta sobre aspectos cruciais nos projetos. Além disso, muitos dos pontos focais atuais da REDLA+ fazem parte dos CCM de seus países e/ou dirigem projetos financiados pelo Fundo.

Sem ter atuado diretamente no acompanhamento e avaliação de UNGASS, a Secretaria colaborou diretamente com as redes responsáveis por essa tarefa. No mês de março de 2004, 11 pontos focais da REDLA+ se reuniram na Venezuela para definir diretrizes de trabalho entre a América Latina e o Caribe, organizando as prioridades da Região. Entre os resultados mais importantes está a perspectiva regional em função de um benefício real para todos e todas os/as participantes e se elaborou um plano de trabalho.

Pela primeira vez foi gerado um planejamento estratégico das 7 Redes da LAC e foram colocadas na mesa as diferentes linhas de trabalho de cada uma delas, alcançaram-se acordos importantes e foi acordado que as Sete Redes Irmãs passem a ser denominadas REDES LAC (ASICAL, LACASSO, ICW+, REDLART, REDLA+, REDTRABSEXLAC, MLCM+). Outro dos pontos importantes é o apoio das REDES LAC à REDLA+ na realização do mundial de pessoas que vivem com HIV/AIDS e da *Home and Community Care Conference*, sediada em Lima no ano 2005.

Membros da REDLA+ e pontos focais ocupam espaços políticos e sociais na Cruz Vermelha, na OPAS, no Board do FG, CCM, GT, CT e outras. Procura-se obter fundos para realizar o plano de trabalho da rede e continuar com as iniciativas realizadas em colaboração como ITPS, TIDES, 3x5, Fundo Global. A futura REDLA+ busca recursos para continuar desenvolvendo suas capacidades, difundindo as boas práticas, incorporando o idioma inglês no interior da rede e mantendo uma visão ampla e colaborando com os pontos focais de cada país, para que esses tenham maior protagonismo na Região.

Sítio Web: www.redla.org

¹¹ Rede Latinoamericana de Pessoas vivendo com HIV/AIDS (RedLa+)

3.5. A Iniciativa “3 em 5” da OMS/UNAIDS: Tratando 3 Milhões até 2005

Peter Weis¹²

Atualmente, 6 milhões em cada 40 milhões de pessoas vivendo com HIV/AIDS (*People Living with HIV/AIDS* – PLHA) nos países em desenvolvimento precisam de terapia anti-retroviral (TAR), mas apenas 400.000 tiveram acesso a TAR até o final de 2003. A falta de acesso a TAR ocasiona pelo menos 3 milhões de mortes a cada ano. Até o momento, a TAR tem sido o elemento mais negligenciado nos programas de HIV/AIDS nos países mais seriamente afetados. Entretanto, o custo dos medicamentos anti-retrovirais e do diagnóstico do HIV caiu dramaticamente nos últimos anos e os medicamentos de primeira linha estão, atualmente, disponíveis por aproximadamente 300 dólares americanos por paciente por ano. Além disso, existem diagnósticos simplificados e algoritmos que permitem a integração da TAR na assistência básica à saúde. A lacuna enorme na mortalidade causada pela AIDS entre países desenvolvidos e em desenvolvimento não é mais, portanto, aceitável, por razões éticas e de saúde pública.

As experiências do Brasil, Uganda, Haiti, África do Sul e outros países, mostram que a ampliação na disponibilização da TAR produz um aumento rápido no número de pessoas desejando saber a sua condição em relação ao HIV. A disponibilidade da TAR desmistifica o HIV e a AIDS e elimina o estigma das pessoas vivendo com HIV/AIDS. Indivíduos em uso de TAR também transmitem menos o vírus. A TAR e a assistência contribuem para a prevenção do HIV que fornece vários pontos de entrada para a TAR.

Em 2003, a OMS e o UNAIDS lançaram a Iniciativa "3 em 5", com o objetivo de fornecer TAR para 3 milhões de pessoas de países em desenvolvimento até o final de 2005. Esse é o primeiro passo para a meta principal, que é o acesso universal a TAR para todos que necessitem de tratamento. No contexto de respostas nacionais mais abrangentes ao HIV e à AIDS, a Iniciativa "3 em 5" acelera os esforços mundiais para reduzir a lacuna no tratamento e a ampliação no acesso ao tratamento, à assistência e à prevenção. A possibilidade de que a AIDS possa ser manejada como uma doença crônica nos países pobres e de que a prevenção seja mais bem sucedida com o uso de um tratamento robusto e de programas de assistência, representa uma mudança profunda de paradigma. Para implementar o "3 em 5", a OMS e o UNAIDS fornecem um plano estratégico inicial, que está baseado em cinco pilares de ação:

- Demonstrar liderança mundial e criar parcerias fortes com muitos parceiros do setor público e privado, incluindo comunidades e redes de cooperação;
- Fornecer apoio imediato e continuado aos países;
- Simplificar e padronizar os meios de distribuição da terapia anti-retroviral, incluindo algoritmos para testes rápidos e o uso de combinações de drogas com doses fixas;
- Criar um novo serviço para garantir assistência técnica apropriada, para que os países tenham um fornecimento de medicamentos e testes de diagnóstico efetivos e confiáveis;
- Identificar rapidamente, difundir e aplicar novos conhecimentos e estratégias bem sucedidas: estudos de caso, boas práticas, lições aprendidas.

Para dezembro de 2005 foram definidos os pontos fundamentais para monitoramento mundial dos indicadores nos níveis de investimento, processo, resultado e produto. Por exemplo: 50 países solicitaram da OMS apoio para o "3 em 5"; 60 países estabeleceram metas para o "3 em 5" e desenvolveram um plano nacional de implementação do Programa; 50 países fizeram uso dos serviços do projeto de suprimento adequado de medicamentos e testes de diagnóstico; e 50 países introduziram treinamento, usando o certificado de competência para provedores de assistência em saúde fornecido pela OMS. 100.000 provedores de assistência em saúde e fornecedores de tratamento para a comunidade estão treinados para distribuir a TAR. 20.000 distribuidores do serviço fornecem Aconselhamento e Testagem do HIV, 10.000 fornecem a TAR.

¹² Departamento de HIV/AIDS, Organização Mundial da Saúde, Genebra.

3.6. Resposta da OPAS ao HIV/AIDS Iniciativa “três milhões para 2005”

Carol Vlassoff, Gina Tambini¹³

Na América Latina e Caribe, o número acumulado de pessoas vivendo com HIV/AIDS entre 1980 e 2001 é de quase dois milhões.¹⁴ Analisando a situação, podemos distinguir epidemias sub-regionais nas diversas zonas do subcontinente. Enquanto a transmissão é majoritariamente heterossexual no Caribe, na América Central se caracteriza por uma expansão tanto hétero quanto homossexual, e no Cone Sul os usuários de drogas intravenosas (UDI) desempenham um papel importante.

Entre 1980 e 2001, cerca de 900.000 pessoas morreram por HIV/AIDS na América Latina e no Caribe. Diante do alto número de vítimas fatais da epidemia, é necessário aumentar o tratamento anti-retroviral (TAR) na região. Para tanto, é necessária uma maior participação das pessoas que vivem com o vírus (PVVS), disponibilizar mais recursos, uma melhor coordenação entre os parceiros, um decidido compromisso político e negociações regionais de preços. O jornal *Financial Times* reconhece que “os países na América Latina têm adotado uma atitude firme diante da indústria farmacêutica em relação às patentes dos tratamentos para a AIDS, que pode tornar-se um exemplo para outras nações em desenvolvimento.”¹⁵

A Iniciativa “3 milhões para 2005” (3em5) da OMS/OPAS surgiu como um compromisso dos Chefes de Estado das Américas na Declaração de Nuevo Leon, assinada em janeiro de 2004 pelos Chefes de Estado. Esta iniciativa representa uma boa oportunidade para fortalecer os sistemas e serviços de saúde. Com ela, a OPAS e seus parceiros contribuirão para prolongar a sobrevivência e restabelecer a qualidade de vida das pessoas com HIV ou com AIDS, avançando em direção do objetivo último do acesso universal aos anti-retrovirais para as pessoas carentes, que são os direitos humanos, como medida efetiva de prevenção e luta contra a discriminação frente ao HIV/AIDS.

O “3em5” destina-se a um número estimado de 40 milhões de pessoas com HIV/AIDS nos países em desenvolvimento, das quais pelo menos 6 milhões necessitam de TAR. Nas Américas, há em torno de 3 milhões de PVVS, e pelo menos 600.000 requerem TAR. 380.000 dessas pessoas vivem na América Latina e no Caribe, e no final de 2003 apenas 210.000 delas estavam sob TAR (cobertura anti-retroviral de 55%)¹⁶. Para 2005, foi definida uma meta de cobertura de 100%. Para alcançar essa meta ambiciosa é preciso obter compromisso político e liderança, fortalecer os sistemas e serviços de saúde, fornecer medicamentos de forma eficaz e confiável, inter-relacionar as ações de promoção e prevenção de DST e AIDS, difundir a informação estratégica e disseminar os ensinamentos extraídos.

Como sucesso exemplar cabe mencionar a resposta das Bahamas ao HIV/AIDS que levou a uma redução de 56,15% nos óbitos em decorrência da AIDS (1997-2002) e de 89% nos óbitos provocados por AIDS entre a população infantil (1994-2002). Ao mesmo tempo, foi possível reduzir a transmissão vertical de 28% para 3% (2002), a incidência de novos casos de HIV caiu para 24,4% entre 1997 e 2000 e até para 44,4% entre 1997 e 2002. A taxa de prevalência de HIV entre os pacientes com DST caiu para 41% e entre as mulheres grávidas, para 38%(1993-2002).¹⁷

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

¹³ Área Saúde Familiar e Comunitaria, OPAS/OMS, Washington, EEUU.

¹⁴ Fuente: ONUAIDS 2002

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

¹⁶ Fuente: UNAIDS/WHO/PAHO

¹⁷ Fuente: CAREC

4. Alocação de recursos nacionais ao HIV/AIDS

4.1. Serviço de Atendimento Especializado – SAE

Dalcy Albuquerque¹⁸

O hospital dia “Unidade Mista de Saúde da 508 Sul” no Distrito Federal de Brasília oferece um serviço de atendimento especializado (SAE) aos portadores do VIH e pacientes de AIDS. A atenção e o tratamento seguem uma série de padrões bem definidos de acordo aos lineamentos gerais da aids. É fundamental que o hospital coloca toda a equipe à disposição do paciente para apoio e dúvidas.

Quando uma pessoa se apresenta no hospital dia, é solicitado o teste confirmatório em caso de necessidade. É aberto um prontuário e realizado o aconselhamento acerca da sua nova situação. São adotadas medidas de prevenção e convocados os possíveis parceiros. Ao mesmo tempo é realizada a avaliação das condições clínicas do paciente e preenchida a notificação e a ficha epidemiológica. O diagnóstico clínico abarca também uma avaliação na tisiologia e os exames complementares de rotina, como hemograma completo, uréia, creatinina, perfil lipídico, glicose, ácido úrico, sódio, potássio, cloro, cálcio, ALT, AST, bilirrubinas, amilase, fosfatase, alcalina, proteínas totais e frações e as sorologias da toxoplasmose, CMV, VDRL, hepatite, exames de urina e parasitologia de fezes. A tisiologia que complementa o diagnóstico de entrada mesmo em caso das pessoas assintomáticas, compreende raio X de tórax, PPD (mantoux), um BAAR e cultura de escarro.

Na agenda das consultas para o médico o prazo depende das condições do paciente. Uma consulta com o médico infectologista pode ocorrer no mesmo dia ou de acordo com a disponibilidade da agenda, em todo caso depende do estado clínico do paciente. O médico especialista avalia o paciente, prescreve QP ou tratamento para infecções oportunistas, solicita contagem das células CD4/CD8, carga viral ou outros exames, encaminha a outros profissionais da equipe ou especialistas e agenda a próxima consulta.

O paciente pode procurar outros profissionais da equipe em qualquer momento sem necessidade de encaminhamento. Na nova consulta o infectologista reavalia o paciente, prescreve HAART de acordo com o consenso brasileiro e agenda nova consulta.

Quando o paciente está inserido no hospital dia, novas consultas serão agendadas de acordo com as necessidades do paciente. Em qualquer momento e situação, o paciente poderá recorrer aos outros profissionais e serviços disponíveis no SAE que atende também clínica médica, endocrinologia, ginecologia e obstetrícia para pessoas não portadoras do HIV. O SAE oferece dermatologia sanitária (Hanseníase), dermatologia para portadores do HIV, pediatria para crianças portadoras do HIV e expostas como filhas de mães HIV positivas e um serviço de nutricionista.



¹⁸ Secretaria de Estado de Saúde do DF, Brasília/DF, Brasil.

4.2. O Uso de Argumentos Econômicos para Alocar Recursos para a AIDS no Caribe: Os Casos do Haiti e de Cuba

Arachu Castro¹⁹

Em um nível internacional, há um aumento desproporcional do peso dado aos argumentos econômicos para o estabelecimento de prioridades na luta contra a AIDS. Um exame dos casos, significativamente diferentes, da resposta cubana e haitiana para a AIDS revela que os argumentos econômicos tendem a dominar o discurso da saúde pública por razões outras, que não a quantidade de recursos financeiros necessários na luta contra a AIDS. Enquanto o Haiti possui a maior prevalência do HIV fora da África Sub-Sahariana e a AIDS se tornou a principal causa de morte de adultos jovens, Cuba conseguiu conter a epidemia e ostenta a menor prevalência de HIV nas Américas e uma das mais baixas no mundo. No Haiti, a prevalência de HIV/AIDS excede 6 por cento, enquanto em Cuba a prevalência é inferior a 0,05 por cento.

No Haiti uma série de obstáculos que impedem o fornecimento de serviços de saúde pública podem ser atribuídos não apenas às condições locais, mas também ao abuso e ao uso inadequado das ferramentas de custo-benefício fora do Haiti, além dos argumentos politizados da comunidade internacional, no que diz respeito à alocação de recursos externos para países pobres. Ao contrário, o caso cubano reflete políticas de saúde autodefinidas e práticas de alocação de recursos que geralmente são elaboradas conforme o curso da epidemiologia da doença. Enquanto Cuba tem financiado e tomado decisões, relacionadas às políticas públicas, com grande independência dos provedores internacionais e dos debates internacionais sobre saúde, os recursos no Haiti para combater a AIDS vêm de fontes internacionais, cujos critérios são definidos por ferramentas econômicas e por práticas inflexíveis de ajuda financeira.

Defendendo o uso de ferramentas de decisão elaboradas para medir intervenções específicas, e não para avaliações abrangentes de todo o programa de saúde, as abordagens que se baseiam consideravelmente na análise econômica têm limitado investimentos potenciais para a prevenção e para a assistência à AIDS no Haiti. Até os primeiros desembolsos serem feitos pelo Fundo Global de Luta contra a AIDS, Tuberculose e Malária, em 2003, a quase totalidade da assistência à AIDS para o Haiti e para outros países fortemente afetados, consistia na divulgação de informação e distribuição de preservativos para prevenir a transmissão do HIV.

Embora o acesso mais abrangente à assistência à AIDS tenha benefícios econômicos e sociais, além de melhores resultados clínicos, poucos estudos têm buscado ir além da definição estreita de resultados em saúde que incluem os benefícios sociais oriundos do fornecimento de tratamento adequado às pessoas vivendo com HIV/AIDS. Com base na experiência de um programa abrangente de assistência à AIDS, em áreas rurais do Haiti e de Cuba, recomenda-se fortemente que: as variáveis sociais sejam incluídas nessa análise de intervenções em saúde, para que seja possível uma melhoria efetiva da situação mundial atual em relação à AIDS e uma resposta mais adequada para a pandemia por parte dos países ricos e suas instituições.

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

Páginas da Internet: www.pih.org, www.hms.harvard.edu/dsm, <http://www.brighamandwomens.org/socialmedicine/default.asp>

¹⁹ Parceiros em Saúde da Escola de Medicina de Harvard e Brigham and Women's Hospital. Boston, Massachusetts, EUA.

4.3. O FGATM: Janela para o Futuro da Cooperação Internacional?

Hernán Rosenberg²⁰

O FGATM é uma indicação das futuras orientações da Cooperação Internacional. Caracteriza-se por não ser um organismo do sistema ONU, mas uma fundação, cuja Junta de Governo inclui países em desenvolvimento e industrializados (em partes iguais), assim como as representações das ONG do norte e do sul, as fundações e o setor privado. As pessoas vivendo com as doenças também estão representadas. O Banco Mundial, a OMS e UNAIDS são membros com direito a voz, mas não a voto.

As propostas devem ser originadas pelo mecanismo de coordenação de país (MCP), o que representa a junta no sentido de que tanto o setor público quanto o privado devem ser membros, o que constitui um desafio diante da falta geral de experiência nessa colaboração. Essas propostas são revisadas tecnicamente por um painel independente que faz recomendações à Junta após uma revisão de integridade e elegibilidade por parte do Secretariado. Nas primeiras três rodadas o painel recomendou 40 a 50% das propostas apresentadas. Até agora, a Junta tem observado suas recomendações.



O Fundo não tem reapresentação local, que é feita pelo Agente Local do Fundo (ALF). Em razão do caráter virtual do MCP, é designado um Beneficiário Principal que desempenha funções de gerente do projeto. Até agora, US\$ 260 e 593 milhões foram aprovados por dois e cinco anos, respectivamente, nas três primeiras rodadas para as Américas e a OPAS investiu mais de 750 mil em apoio direto.



O enfoque multissetorial recomendado pela OPAS consiste em assessorar os países sobre assuntos do FGATM, apoiar o estabelecimento e desenvolvimento de MCP, assessorar na governança e integração dos membros da sociedade civil, dar orientação sobre governança no FGATM, apoiar solicitações de MCP para CT os serviços de aquisições, a utilização eficiente dos fundos de subvenção de FGATM e a formulação de propostas. Além disso, abrange a incorporação das propostas dos planos de saúde numa visão sistêmica, a modernização ou reprogramação das propostas aprovadas para cumprir com a iniciativa 3x5, o monitoramento e a avaliação, a coordenação com outros esforços da OPAS ou outros parceiros e a promoção, bem como o monitoramento da adicionalidade dos subsídios do FGATM.



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

Os principais desafios regionais para o futuro surgem no que diz respeito à governança, à longevidade do Fundo, a sustentabilidade dos processos e programas, à elegibilidade regional, à preparação de solicitações de extensão, à execução de projetos aprovados para cortar o círculo vicioso, à redescoberta dos sistemas e à incorporação das questões fora do setor de saúde, tais como a integração econômica, as políticas de medicamento e outros.

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 OPAS-OMS Washington, EEUU.

4.4. Extensão da Previdência Social aos excluídos e Pobres em Honduras

Sergio Velasco²¹

A Organização Internacional do Trabalho (OIT) busca uma política de promoção das oportunidades para homens e mulheres com o objetivo de que obtenham um trabalho digno e produtivo em condições de liberdade, equidade, segurança e dignidade humana. Os quatro objetivos estratégicos da OIT são os seguintes: promover os princípios e direitos fundamentais no trabalho; gerar maiores oportunidades para que mulheres e homens disponham de renda e empregos decorosos; realçar o escopo e a eficácia da proteção social para todos; e fortalecer o tripartismo e o diálogo social. Na proteção social, os estados membros da OIT ampliam o alcance e os instrumentos dos esquemas de previdência social (incluindo o setor informal e os pobres) para melhorar e diversificar os benefícios, fortalecer a administração, assim como a governança, e desenvolver políticas para combater os efeitos adversos da insegurança econômica e social.

Até a presente data, a OIT pode apresentar experiências piloto em três países: Honduras, Mali e Sri Lanka. A iniciativa de extensão da proteção social para os pobres e os grupos excluídos está baseada no diálogo social tripartite e nos critérios de sustentabilidade. Em Honduras, a ampliação da cobertura horizontal começa num nível muito baixo: apenas 15% da população economicamente ativa (PEA) e 12% da população total contam com previdência social, a qual está limitada a 15 dos 298 municípios. Em uma dimensão vertical, a extensão da proteção social no país centro-americano passa pelo nível das pensões, a inclusão dos filhos e esposas dos trabalhadores assegurados e a cobertura dos riscos do trabalho e doenças profissionais.

O projeto compõe-se de diferentes etapas, que são as seguintes: missão preparatória, integração da equipe de coordenação nacional, integração da mesa de diálogo, desenvolvimento de oficinas de capacitação, diagnóstico da previdência social e investigações complementares, seminário nacional tripartite, diálogo para elaborar o plano de Ação Nacional (PAN) e acompanhamento.

Para a integração da mesa de diálogo, composta de forma tripartite por seis membros de cada setor (empregadores, empregados e estado), foram definidos determinados critérios de seleção que incluem a experiência em previdência social, a capacidade para tomada de decisões e a boa comunicação com as cúpulas das organizações. A integração final da mesa de diálogo engloba os membros da junta diretora do Instituto Hondurenho de Previdência Social (IHSS), membros e o coordenador do Conselho Estatal Social, o secretario do trabalho e o presidente da junta diretora do IHSS.

Os desafios do projeto de extensão da cobertura da proteção social em Honduras são vários. Em primeiro plano, trata-se de coordenar ações e criar sinergias com outras iniciativas (Banco Mundial) e outras agências bi e multilaterais. Por outra parte, é preciso manter a coesão e a ativa participação da mesa de diálogo para aumentar a eficácia e conseguir a sustentabilidade. Em termos mais palpáveis para a população, pretende-se alcançar pensões e tetos de cotização dinâmicos e manter a vigência do PAN, mediante sua continua revisão e adequação. Requer-se capacidade criativa para elaborar estratégias efetivas de extensão da cobertura por zona e capitalizar as lições aprendidas para replicar as práticas bem-sucedidas em Honduras e outros 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 Organização Internacional do Trabalho, San José, Costa Rica.

4.5. Projeto extensão da proteção social nos países andinos

Fabio Durán²²

Apesar da existência de barreiras estruturais que impediriam a universalização dos sistemas de previdência social em saúde nos estados que integram a Comunidade Andina de Nações, grande parte da baixíssima cobertura da previdência social explica-se pelas deficiências na configuração dos sistemas nacionais de proteção social em saúde, que afetam a estrutura do financiamento, a definição programática e a gestão. O financiamento de saúde está fragmentado, os papéis institucionais não estão claramente definidos, e, geralmente, há um problema de traslape institucional de funções e programas. Ao mesmo tempo, o gasto privado em saúde na região andina encontra-se em níveis altos e até se iguala ao gasto público no setor.

Portanto, há um considerável espaço para o desenvolvimento de iniciativas que conduzam a um incremento substancial na cobertura da proteção social em saúde. Porém, qualquer solução sugerida requer, em primeira instância, vontade política e consensos e pactos sociais tendentes a uma conciliação para o desenho de políticas e ações. No marco de sua estratégia baseada no conceito de trabalho decente, a OIT colocou quatro objetivos estratégicos: promover os princípios e direitos fundamentais no trabalho; gerar maiores oportunidades para mulheres e homens para que disponham de renda e emprego decorosos; realçar o alcance e a eficácia da proteção social para todos; e fortalecer o tripartismo e o diálogo social.

O Projeto para a extensão da proteção social em saúde (EPSS) na região andina, tem como objetivo fundamental a criação de um marco político e institucional adequado para aumentar a cobertura dos sistemas formais de proteção social em saúde nos países da Região Andina fortalecendo os atuais esquemas de proteção e desenvolvendo novos mecanismos e instrumentos de proteção. O projeto procura elevar o perfil da extensão da proteção social, fortalecer o tripartismo e o diálogo social, desenvolver uma massa crítica nacional e regional que gere apoio técnico e político para a extensão da proteção social em saúde.

No marco desses objetivos, algumas ações estratégicas se relacionam com o financiamento de investigações e diagnósticos específicos sobre proteção social em saúde, e em geral, a geração de informação para propiciar exposição pública ao problema da brecha na cobertura. Pretende-se formar quadros técnicos e políticos com conhecimento especializado em temas relacionados e socializar os resultados de experiências internacionais, entre grupos técnicos e políticos tomadores de decisões relativas a programas e políticas de saúde. Além de fortalecer as instâncias formais encarregadas de desenhar e desenvolver políticas de proteção social, será incentivado o processo de diálogo e serão criados espaços de debate, tanto em nível nacional quanto internacional e sub-regional, no que diz respeito a essa temática. O projeto da OIT apoiará iniciativas nacionais e locais, de caráter inovador, no que diz respeito à implementação de mecanismos e instrumentos de proteção social, tais como micro-seguros de saúde dirigidos a grupos excluídos. Mediante o desenvolvimento de atividades de tal natureza, é gerado o diálogo social, o conhecimento científico-técnico e o apoio político, elementos imprescindíveis para impulsionar o progresso sustentado dos sistemas de proteção social em saúde na região andina.

²² Organização Internacional do Trabalho-OIT, Tegucigalpa, Honduras.

5. Cooperación Técnica en América Latina y el Caribe

5.1. O Programa brasileiro de Cooperação Internacional

Mauro Teixeira²³

Paralelamente ao crescente reconhecimento que o Programa Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) e Aids vem tendo em nível internacional, a demanda por cooperação técnica, científica e tecnológica em HIV/aids e outras DST tem aumentado nos últimos anos. Atualmente o Brasil tem um amplo programa de cooperação internacional, que envolve mais de 40 países dos distintos continentes, uma sólida parceria com organismos e agências internacionais, contemplando as mais distintas áreas do conhecimento relacionados ao HIV/Aids, tais como: prevenção, assistência e tratamento, vigilância epidemiológica, DST, direitos humanos e articulação entre o Governo e organizações da sociedade civil. O Brasil tem-se colocado à disposição dos países interessados para transferência de diferentes tecnologias, incluindo a produção de medicamentos anti-retrovirais genéricos.

Nesse mesmo sentido, o Brasil lançou, em 2002, o Programa Brasileiro de Cooperação Internacional para Outros Países em Desenvolvimento (PCI), que visa a transferir tecnologia de assistência e manejo clínico do HIV/Aids, capaz de garantir o desenvolvimento de programas e serviços mais bem estruturados e adaptados à realidade local. Foi incluído neste programa a oferta de 100 tratamentos, com possibilidade de ampliação, utilizando-se os medicamentos anti-retrovirais produzidos pelos laboratórios estatais do país. Até o momento foram contemplados pelo PCI os seguintes países: El Salvador, República Dominicana, Colômbia, Bolívia e Paraguai, na América Latina e Caribe; e Moçambique, Namíbia, Quênia, Burundi e Burkina Faso. Estão sendo feitas tratativas para a inclusão de outros países africanos de língua portuguesa, como Angola, Cabo Verde e São Tomé e Príncipe, com possibilidade de abarcar também Guiné-Bissau.

Apesar de estar ainda em um momento inicial, já é possível afirmar que esse programa tem sido bem sucedido, na medida em que vem possibilitando aos países com pouca ou nenhuma experiência com tratamento utilizando anti-retrovirais, ter profissionais de saúde capacitados, com os insumos disponíveis para o início imediato dos tratamentos, o que cria capacidade local de recursos humanos e permite dar início a um processo em que se espera seja ampliado e fortalecido com o tempo até atingir a sustentabilidade.

Da mesma forma, o Brasil tem participado ativamente de iniciativas em âmbito global para aumentar o acesso ao tratamento anti-retrovirais e outros insumos de saúde, e melhorar a resposta ao HIV/Aids em distintos países. O País representou a América Latina e o Caribe junto ao Fundo Global de Luta contra a Aids Tuberculose e Malária. Da mesma forma, o Brasil aderiu pro-ativamente à iniciativa "3 by 5", lançada em 2003 pela Organização Mundial de Saúde - OMS, que colocou como meta chegar a 3 milhões de tratamentos com anti-retrovirais em todo o mundo até o final de 2005. Para tanto, está sendo estruturado no País um banco de consultores para apoiar a iniciativa, sendo que já se realizaram algumas assessorias neste âmbito, principalmente em países da América Latina e do Caribe.

Também nesse sentido, o Brasil está a frente de um projeto da América Latina e do Caribe para estruturação de uma Rede Regional de Assistência Técnica, que, ademais de fornecer assessoria aos distintos países no âmbito das iniciativas "3 em 5" e Fundo Global", irá promover a cooperação entre os países da região por meios de um levantamento das necessidades e potencialidades de prestação de assistência técnica, e do estabelecimento de um intenso intercâmbio de experiências intra-regionais.

²³ Programa Nacional DST/AIDS, Ministério de Saúde, Brasília, Brasil.

5.2. Programa de Cooperação Internacional entre o Brasil e El Salvador

Rodrigo Simán Siri²⁴

O programa de cooperação internacional para ações de prevenção e controle do HIV/AIDS para outros países em desenvolvimento (PCI) foi estabelecido entre o Ministério da Saúde Pública e assistência Social de El Salvador (MSPBS) e o Ministério da Saúde do Brasil. O custo total do programa de cooperação é de US \$ 124.200,00, e os organismos e instituições cooperantes proporcionam outros US \$ 33.172,00.

O PCI tem como objetivo geral transferir tecnologia em assistência e manejo clínico de pacientes com AIDS e promover o acesso a medicamentos anti-retrovirais (ARV) de origem brasileira visando a prover tratamento ARV para 100 pacientes por ano. Pretende-se capacitar técnicos na área de atenção clínica a pacientes com AIDS em suas interfaces de vigilância, prevenção, gestão e outros. Por outra parte, por meio do programa de cooperação internacional serão fortalecidos os programas locais e apoio à melhoria de centros de referencia para atenção de pessoas vivendo com HIV/AIDS, numa perspectiva de sustentabilidade das ações.

No que diz respeito à prevalência do HIV na América Central, estima-se que o número acumulado de portadores do vírus, entre 1998 e 2002, seja de 203.000 pessoas, e ao mesmo tempo há 37.415 casos notificados de AIDS. O HIV está entre as 10 principais causas de morte em três dos sete países da região.²⁵

Em El Salvador, entre 1984 e 2003, foi detectado um total de 12.629 casos de AIDS e portadores do HIV. O número de pessoas que recebem tratamento anti-retroviral no país é de 1.074 portadores do vírus, distribuídos quase igualmente entre o ministério de saúde (524) e o Instituto Salvadorenho de Seguro Social (550).

Os critérios de seleção de pacientes dentro do PCI são os seguintes: pacientes virgens de ARV, pacientes sintomáticos (critério CDC modificado RJ/CARACAS), pacientes assintomáticos com CD4 < ou igual a 200 cel/ml e pacientes sintomáticos com CD4 < 350 e com CV >100,000 copias. Não serão tratados os pacientes com CD4 > ou igual a 350 cel/ml.

Em novembro de 2002 foi aprovado o projeto pelo Governo do Brasil. E em maio de 2003 aconteceu a primeira visita do consultor brasileiro a El Salvador e em outubro do mesmo ano oito técnicos e um membro da sociedade civil (PVVS) participaram de uma capacitação em São Paulo. Em abril de 2004, o primeiro lote de medicamentos ARV de produção brasileira entrou em El Salvador e em maio iniciaram-se a distribuição de medicamentos e as terapias anti-retrovirais.

Até a presente data, podemos destacar uma serie de conquistas conseguidas por meio do PCI entre Brasil e El Salvador. Em primeiro lugar, começou-se a introduzir medicamentos genéricos no país e reduziram-se substancialmente os custos da atenção. Além disso, foi capacitada uma equipe multidisciplinar do principal hospital nacional do país e do maior hospital periférico fora da capital. Em termos gerais, o programa de cooperação permite destinar mais fundos para a promoção e prevenção da epidemia durante o ano em curso.

Website: www.mspas.gob.sv

²⁴ Ministerio de Saúde Pública e Asistencia Social.

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

5.3. Proposta da República Dominicana pela qualidade de vida das mães e das crianças que vivem com o HIV

Sofia Khouri²⁶

A República Dominicana é o segundo maior país do Caribe em taxa de infecção pelo HIV/AIDS, estimada em 2,4% da população adulta. A principal via de transmissão, em casos reportados, é a sexual (76% heterossexuais); afetando à população de 15 a 44 anos (79,8%), desses 13,1% estão entre 15 e 24 anos; relação homem-mulher de 1,7:1, 4% acumulado em 1999 eram filho/as de mães HIV+.

No ano 2000, foi assumida como política nacional a prevenção da transmissão materno-infantil, por meio do Programa Nacional de Redução da transmissão Vertical (PNRTV), em que foram utilizadas as seguintes estratégias: detecção precoce do HIV mediante teste de Elisa anti-HIV, aconselhamento pré e pós-teste, cesárea, administração de Nevirapina e leite materno para o bebê durante os primeiros 6 meses de vida de leite materno exclusivo.

Durante o ano 2003 foram atendidas, em diferentes hospitais do país, 1.170 grávidas HIV+, das quais 615 (52,56%) receberam anti-retrovirais, e 677 bebês (57,86%). O esquema não contempla a continuação com ARV para a mãe e o bebê HIV+. No ano 2002, o Governo do Brasil inicia seu apoio à América Latina e à República Dominicana, submetendo o projeto *Pela Qualidade de Vida das Mães e as Crianças que vivem com o HIV*. O propósito do projeto foi melhorar a oferta de serviços a pessoas vivendo com o HIV, priorizando as mulheres grávidas e seus bebês infectados com o HIV. A população coberta compõe-se de 280 Mães HIV+ e os meninos/as soropositivos que cumpram os critérios de inclusão. A experiência apresentada está inserida no PNRTV, cujo desafio de assumir do ARV de forma vitalícia às grávidas HIV+ e aos bebês infectados tem requerido estratégias especiais.

Entre outros, é necessário dedicar fundos e aprovar projetos para desenvolver a atenção integral e o acompanhamento com financiamento do Governo Central (empréstimo do Banco Mundial), o Fundo Global, a Fundação Clinton e o projeto Conecta/FHI de USAID. O Governo assumiu Unidades de Atenção Básica (UAB) em hospitais e centros, Unidade Coordenadora da Atenção Integral SESPAS/ DIGECDSTS (UCAI), fortalecimento da Unidade de Atenção Integral do Centro Sanitário (UCAI – CSSD), nomeação de uma equipe multidisciplinar para todos os projetos dirigidos à atenção integral PVVS e Unidades de Aconselhamento pré e pós-teste. Isso engloba capacitações, dentro e fora do país, do pessoal dos serviços, a aplicação de Estratégia Comunitária e o recebimento da primeira parcela dos medicamentos ARV doados pelo Governo do Brasil, enviados no final do mês de março 04 e recebidos em 31 de maio 04.

O orçamento global é de US \$ 3.669.493,00, a doação de ARV do governo brasileiro de US \$ 77.393,60. A primeira parcela recebida até a data chega a US\$ 19.348,40, a contrapartida do Governo Dominicano, e de US\$ 3.592.100,00 correspondendo á infra-estrutura, salários e testes de laboratório.

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

²⁶ Direção General de Controle das DST/HIV/AIDS, República Dominicana.

5.4. Programa Nacional de Controle da AIDS e Doenças Sexualmente Transmissíveis no Paraguai

María Cabello²⁷

O programa nacional de controle da AIDS (PRONAAIDS) e doenças sexualmente transmissíveis (DST), no Paraguai, tem como objetivo geral aprofundar a resposta nacional para a Epidemia do HIV/AIDS de forma intersetorial, participativa e descentralizada. Em termos mais específicos, pretende diminuir a incidência da epidemia de HIV/AIDS/DST e promover a melhoria da qualidade de vida das pessoas vivendo com HIV/AIDS (PVVS).

Suas metas são a redução das atuais lacunas no fornecimento da terapia anti-retroviral, buscando obter e sustentar o acesso universal à terapia em todo o país. Desta maneira, procura-se a consolidação das alianças entre os setores público e privado, as ONG e as PVVS, favorecendo as possibilidades de colaboração. O PRONAAIDS está encarregado também da ampliação das atividades de prevenção e do incremento do nível de consciência sobre a problemática do HIV/AIDS no âmbito nacional.

O projeto de cooperação internacional (PCI) do governo brasileiro tem como objetivo geral a transferência de tecnologia em assistência e manejo clínico de pacientes infectados pelo HIV e afetados pela AIDS e a promoção do acesso a medicamentos anti-retrovirais (ARV). Mais especificamente, o PCI pretende outorgar o tratamento anual com medicamentos ARV de origem brasileira a 100 pacientes no Paraguai. Para tanto, serão capacitados técnicos na área de assistência clínica a pacientes, assim como em vigilância, prevenção, gestão e outros aspectos relacionados ao atendimento integral das PVVS. Além disso, está previsto o fortalecimento dos programas locais e centros de referência para assistência a PVVS, numa perspectiva de sustentabilidade das ações. Também serão analisadas as condições para a produção de anti-retrovirais genéricos no país.

O PCI definiu vários resultados a serem alcançados durante a fase de implementação do Programa. Na dimensão assistencial, serão formadas equipes técnicas capacitadas na assistência clínica a pacientes e em logística de ARV. Representantes da sociedade civil, capacitados no apoio bio-psico-social e na adesão aos ARV são considerados elementos fundamentais para garantir a sustentabilidade do programa. O intercâmbio contínuo de experiências nas modalidades assistenciais e a organização de programas de AIDS/DST e a promoção da reivindicação do acesso ampliado à terapia ARV complementarão a estratégia do PCI no Paraguai.

Como pré-requisito imprescindível para possibilitar o tratamento ARV universal foi iniciada uma revisão da legislação vigente em matéria de medicamentos genéricos, incluídos os ARV genéricos dentro do quadro básico de medicamentos do Ministério da Saúde Pública e Bem-estar Social (MSP e BS), com um estudo de custos de investimentos para a elaboração de genéricos.

Como atividades que acompanham o PCI cabe mencionar o início do projeto “3 por 5” da Organização Pan-americana da Saúde (OPAS) e a implementação das estruturas nacionais do Fundo Global de Luta contra a AIDS, Tuberculose e Malária (FGSTM). Tanto a redução dos custos nacionais de medicamentos ARV em 40%, quanto a criação de um banco de medicamentos entre as organizações não-governamentais (ONG) e governamentais (OG) estão facilitando a atenção das PVVS no Paraguai.

²⁷ PRONAAIDS-DST, Ministerio de Saúde Pública e Asistencia Social (MSPAS), Asunción, Paraguai.

5.5. Acesso a medicamentos ARV na Colômbia e Projeto de Cooperação Internacional Colômbia - Brasil

Ricardo Luque Núñez²⁸

Na Colômbia os medicamentos estão assegurados pelo sistema de seguros e por isso não existe um sistema centralizado de compras. Hoje, são contemplados nove de um total de quinze medicamentos disponíveis no mercado. A competência para adquirir medicamentos para a população pobre não assegurada corresponde às Direções Departamentais de Saúde, que atuam como seguradoras cuja rede prestadora são as Empresas Sociais do Estado. Existem, para esse fim, recursos de subsídio à oferta que na atualidade são insuficientes para garantir o acesso universal.

A política do estado, no que diz respeito ao manejo para portadores do HIV/AIDS, assinala a garantia ao atendimento integral, com acesso universal a medicamentos de qualidade e de baixo custo. O Fundo de Medicamentos procura obter os melhores preços do mercado, por meio de aquisições no atacado para as Direções Territoriais de Saúde, que estão encarregadas das pessoas sem convênios. Por outro lado, o governo impulsiona as iniciativas de negociações conjuntas que visem obter os preços mais favoráveis. Porém, nos ARV se gastam US\$ 20.294.143 por ano, para cobrir a aproximadamente 9.000 pacientes, que representam 60-75% das pessoas que deles necessitam.

Neste marco desenvolve-se o Projeto de Cooperação Internacional com o Governo do Brasil para assistência técnica no manejo de medicamentos genéricos de qualidade, que inclui a doação de medicamentos para 100 pacientes durante 1 ano. Este projeto define claramente os critérios de inclusão para o protocolo de acompanhamento. Receberão a terapia pacientes virgens de tratamento com mais de 14 anos, sem acesso ao tratamento. Não estão incluídas mulheres grávidas, por estarem cobertas por outro projeto, exceto se engravidassem durante o tratamento. Igualmente, é importante que os pacientes tenham umas condições mínimas que favoreçam a adesão. O serviço deverá realizar busca ativa dos faltantes. Serão incluídos pacientes com AIDS que deverão ter o quadro de infecção oportunista e/ou câncer estáveis e pacientes com CD4 < 350 células/ml e /ou carga viral > 100.000 cópias/ml.

Os medicamentos fornecidos pelo Governo Brasileiro, basicamente, correspondem aos genéricos produzidos diretamente pelo Brasil. Foram acordados esquemas básicos de tratamento assim definidos:

- Esquema 1: Pacientes com CD4 < 350 células/ml : AZT + 3TC + NVP.
- Esquema 2: Pacientes Sintomáticos. Independente de CD4: AZT + 3TC + IDV (sem Ritonavir)*
- em casos de Toxicidade ficou estabelecida a troca de NVP por IDV ou vice-versa e igualmente trocar AZT por d4T por anemia, podendo retornar ao esquema original.

Os Hospitais encarregados pelos pacientes se comprometem a realizar carga viral e CD4, além dos exames de controle anual de acompanhamento e os exames de bioquímica, de acordo com critérios médicos. Para a realização desse projeto, o Governo brasileiro contribuiu com US\$ 84.200 e o governo colombiano uma contrapartida de US\$ 8.500, que somados às contribuições de um Organismo Cooperante (GTZ) representam um total de US\$ 118.044, na sua primeira fase de implementação.

²⁸ Ministerio da Proteção Social (MPS) Bogotá, Colômbia.

5.6. Atenção do HIV/AIDS na Previdência Social de Saúde na Colômbia

Guillermo Córdoba, Ricardo Luque²⁹

Desde sua implantação em 1995, o Sistema Geral de Previdência Social em Saúde (SGSSS) na Colômbia cobre o atendimento de pessoas com HIV e AIDS e o plano de benefícios ou Plano Obrigatório de Saúde (POS) considera esse atendimento dentro do pacote de tratamentos de alto custo. Em 1997 incluiu-se a cobertura dos medicamentos anti-retrovirais em ambos os regimes, e a partir de 2004, também a carga viral para HIV sob o Regime Contributivo. Para neutralizar a seleção adversa, o usuário deve ter uma antigüidade de até cem semanas de cotização no regime Contributivo. No regime Subsidiado não há períodos de carência.

As previsões originais para o sistema não foram cumpridas no que diz respeito à cobertura universal populacional e a unificação de planos de benefícios. Mais da metade da população continua atendida por meio de subsídios à oferta ou deve cobrir os custos com seus próprios meios.

O POS em ambos regimes do SGSSS cobre atenção ambulatorial, hospitalização, medicamentos e serviços de complementação diagnóstica e terapêutica. No entanto, no regime Contributivo, o plano tem serviços sem cobertura tais como alguns exames de laboratório de tecnologia de última geração e desenvolvimento, certos medicamentos ARV para terapias de resgate e serviços em caso de não cumprimento da carência no sistema. No regime Subsidiado, o POS tem maiores restrições, pois não inclui serviços para o diagnóstico inicial (o usuário apenas é coberto a partir da confirmação do diagnóstico), nem a determinação de carga viral ou testes de genotipificação viral e medicamentos não incluídos no manual de terapêutica do sistema.

Em casos excepcionais, os usuários de ambos os regimes têm acesso a medicamentos não incluídos no POS, sempre que o caso seja devidamente apresentado junto a um Comitê que autoriza a dispensação, se considerar necessário, e as entidades de seguro podem recobrar os custos excedentes ao Fundo de Solidariedade e Garantia do sistema.

Em razão do acima exposto, e com recursos de subsídios à oferta, o Estado deve ocupar-se da população pobre, que não tem condições de se afiliar ao regime Subsidiado, dos afiliados ao regime Subsidiado e ao regime Contributivo que requeiram testes não cobertos no POS ou que não possuam a suficiente antigüidade e que não possam cobrir os custos respectivos forma parcial ou total.

No Sistema de Riscos Profissionais não há restrição na cobertura de serviços para atenção de acidentes ou doenças de origem ocupacional. No plano de Atenção Básica, os municípios devem realizar ações gratuitas de âmbito coletivo para Promoção de saúde e Prevenção da doença com recursos próprios específicos.

Para a população vítima do deslocamento forçado e não coberta por um seguro ou previsão social, o sistema aloca competências e recursos próprios para atenção dos problemas de saúde prevalentes incluindo a infecção pelo HIV e a AIDS.

²⁹ Ministerio da Proteção Social (MPS), Bogotá, Colômbia.

5.7. HIV/AIDS e previdência social na cooperação alemã

Manuel Mancheno³⁰/Nicola Wiebe³¹

O Ministério Alemão de Cooperação Econômica e Desenvolvimento (BMZ) apóia os países em vias de desenvolvimento na luta contra o HIV/AIDS, enfocando o controle das causas primárias, político-econômicas, sanitárias e sócio-culturais da expansão da epidemia, implementando estratégias centradas na luta contra a pobreza, no fortalecimento do sistema de saúde, na promoção de mudanças de condutas, na proteção social da cidadania e na solidariedade com os grupos vulneráveis.

A GTZ integra o tema HIV/AIDS por meio da concertação com organismos de cooperação internacional ou bilateral. Nessa lógica, apóia a cooperação sul-sul na luta contra o HIV/AIDS. As ações estratégicas da GTZ incluem a implementação de uma política de HIV/AIDS para o pessoal enviado e nacional³² e a introdução do enfoque multissetorial nos projetos GTZ e nos diferentes setores dos países contraparte para criar responsabilidade compartilhada e ser mais efetivos na redução da vulnerabilidade individual e coletiva. O projeto setorial “*Luta contra o HIV/AIDS nos Países em Desenvolvimento*”,³³ reflete o compromisso decidido da GTZ na luta contra a epidemia, e a iniciativa *Backup* da GTZ que outorga apoio técnico para facilitar o acesso aos fundos internacionais da área (Fundo Global, Banco Mundial, etc.).³⁴

Outra área de cooperação da GTZ é a implementação e reforma de mecanismos de financiamento de saúde para possibilitar o acesso universal e equitativo à atenção à saúde, condição fundamental na definição dos meios de prevenção e tratamento do HIV/AIDS. Merece menção especial o apoio do consorcio da Organização Mundial da Saúde (OMS), a Organização Internacional do Trabalho (OIT) e a GTZ na implementação de um seguro social de saúde no Quênia que permite o uso sustentável dos fundos de organismos internacionais para a luta contra a AIDS. Na América Latina, a GTZ apóia ao governo chileno em seus esforços para melhorar o acesso da população indígena aos serviços de saúde e, especialmente, a introduzir mecanismos financeiros que permitam o acesso mais equitativo a uma serie de prestações garantidas.

A GTZ está intensificando seus esforços para contribuir com a gestão de conhecimentos e promover o intercâmbio sul-sul. Oferece a metodologia InfoSure, que permite apoiar o desenho de seguros de saúde, analisar as características chaves de um seguro de saúde e descobrir enfoques inovadores e deficiências estruturais. Ao mesmo tempo, outorga espaços de intercâmbio de experiências por meio de uma plataforma de internet e workshops de capacitação. Em cooperação com a OIT e a OMS, em dezembro de 2005 organizará uma conferencia internacional em Berlin, para promover a cooperação global a respeito da “Previdência Social em Saúde e a luta contra o HIV/AIDS, Tuberculose e Malária”.

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

³⁰ Projeto Saúde Sexual e Reproductiva, San Salvador, El Salvador.

³¹ Área de competencia “Proteção social”, Sede central GTZ, Eschborn, Alemanha.

³² Na América Latina, foram geradas metodologias inovadoras para informação, comunicação e educação do pessoal: o CD interactivo (Perú, Brasil), o recorrido participativo (El Salvador) etc..

³³ Este projeto oferece apoio para a contratação externa de consultorias, a sistematização de boas práticas e o suporte técnico para aproximações inovadoras, a gestão do conhecimento, a geração da sustentabilidade e o posicionamiento internacional do tema HIV/AIDS.

³⁴ Apóia a implementação, fortalecendo a coordenação local, a participação de sociedad civil, a inclusão de políticas de HIV/AIDS, os direitos humanos, a solidariedade com grupos vulneráveis e aspectos relevantes da proteção social.

6. Resumos e Perspectivas para América Latina e o Caribe

6.1. Treinando radialistas jovens na área de HIV/AIDS e de prevenção do uso de drogas

Claudia Herlt³⁵

Quase que concomitante ao acontecimento da renomada Conferência EDUCAIDS em São Paulo, na Conferência em Brasília foi lançado um CD-Rom sobre uma oficina de treinamento de radialistas jovens na área de HIV/AIDS e de prevenção do uso de drogas. O UNAIDS, a UNFPA e a GTZ apresentaram o CD-Rom conjuntamente.

Em novembro de 2003, uma oficina de trabalho de 3 dias, para 35 radialistas jovens de diferentes partes do Brasil aconteceu em Salvador, Bahia. A oficina teve como foco a educação de pares. A educação de pares (*peer education*) está baseada no princípio de que as pessoas assimilam melhor a informação se ela for divulgada por pessoas com as quais elas se identificam e respeitam. Portanto, o UNAIDS, juntamente com outras agências das Nações Unidas, UNFPA, GTZ, Programa Nacional de DST /AIDS e a Secretaria Nacional Antidrogas, usou esse conceito para fortalecer a comunicação e mobilizar os jovens para a prevenção do uso abusivo de drogas e do HIV/AIDS. Os especialistas discutiram os elos entre os usuários de drogas e o HIV/AIDS, além de questões como a estigmatização, gênero e comportamento de risco. Durante a oficina, os participantes produziram cinco programas de mídia para serem transmitidos por rádio, incluindo esquetes de rádio, programas de notícias, debates e novelas.

Luciano Milhomem, um consultor da área de comunicação do UNAIDS/Brasil, resumiu a idéia da oficina: "o rádio é um meio de comunicação que atinge todos os brasileiros, principalmente as pessoas jovens, não importando o seu status social. Nós estamos tentando usar o rádio como um parceiro estratégico na luta contra o HIV/AIDS e o uso abusivo de drogas".

A oficina interativa ajudou os radialistas jovens a lidar, no seu trabalho, de maneira mais confiante com os temas do uso abusivo de drogas e do HIV/AIDS. Além do trabalho ativo realizado, eles receberam informação, livretos e folhetos que auxiliam na inclusão desses temas nos programas de rádio com mais segurança.

Concentrar a atenção em pessoas jovens é muito importante. 12% dos casos de AIDS no Brasil acontecem em indivíduos entre 13 e 24 anos. Os usuários de drogas injetáveis corresponderam a 21% dos casos de AIDS entre 1980 e 2002. O CD-Rom usado para divulgar informação importante em todas as partes do país, é um sucesso refletido na grande demanda gerada. O CD foi traduzido para o inglês e foi apresentado na Conferência Internacional de AIDS em Bangkok, em julho de 2004.

Páginas da Internet: www.unaids.org; www.gtz.de/aids

Grupo Temático da UNAIDS no Brasil: PAHO/OMS; OIT; UNESCO; UNFPA; UNICEF; UNODC; Banco Mundial; Ministério da Saúde; Ministério das Relações Exteriores; Ministério da Educação; Secretaria Nacional de Combate às Drogas; FAO; UNIFEM; ECLAC; GTZ; DFID; USAID; Comitê Internacional da Cruz Vermelha; Conselho Nacional dos Empregadores para a Prevenção do HIV e da AIDS; Representantes da Sociedade Civil.

³⁵ Coordenadora do Projeto Saúde do GTZ Brasil, Brasília.

6.2. Grupo de Cooperação Técnica Horizontal na América Latina e no Caribe

Mauro Teixeira³⁶

O Grupo de Cooperação Técnica Horizontal da América Latina e do Caribe em HIV/Aids (GCTH) nasceu em 1995 ante o descontentamento dos países da região com o modelos verticais de cooperação adotados pelos organismos internacionais e pelos países chamados “desenvolvidos”, que ofereciam “pacotes” fechados de cooperação, desenhados desde os seus escritórios centrais. Tendo como base o lema “Ninguém é tão pobre que não tenha nada para dar, nem tão rico que não tenha nada que receber”, o GCTH vem propor uma nova forma de fazer cooperação sul-sul, com base no respeito mútuo e na transferência recíproca de conhecimentos e tecnologias entre os países da Região. Participam do Grupo: Argentina, Bolívia, Brasil, Chile, Colômbia, Costa Rica, Cuba, Equador, El Salvador, Guatemala, Haiti, Honduras, México, Nicarágua, Panamá, Paraguai, Peru, República Dominicana, Uruguai e Venezuela.

O GCTH constitui uma referência regional como instância de articulação em instâncias internacionais, como a UNGASS, articula processos de negociação de preços para medicamentos anti-retrovirais, permite eleger representantes dos países perante o Fundo Global (FGATM) e mantém alianças estratégicas com 7 redes comunitárias da região (ASICAL, ICW, LACCASO, MCM+, REDLA+, RELARD e REDTRABSEX). O evento bi-anual conjunto do GCTH com as redes e agências, o Fórum Latino-Americano e Caribenho em HIV/aids, é reconhecido como o encontro regional de maior relevância sobre HIV/AIDS e convoca as sociedades científicas regionais e universidades.

Os países da América Latina e do Caribe têm sido, de uma forma geral, bem sucedidos nas suas propostas junto ao Fundo Global em função de uma serie de condições preexistentes: as redes de cooperação entre programas governamentais de AIDS e da sociedade civil, os processos de planificação estratégica, os estudos de contas nacionais, que desde 1999 têm permitido identificar e quantificar as lacunas, facilitando a formulação de pr+objetos focalizados nos temas deficitários.

Uma das iniciativas em curso do GCTH em conjunto com as Redes Comunitárias é a Rede de Cooperação Técnica da América Latina e do Caribe. Participam o UNAIDS e outros organismos internacionais que contribuem financeiramente e com consultores. O objetivo da Rede é promover a sustentabilidade de projetos e programas destinados a fortalecer as respostas nacionais ao HIV/AIDS na América Latina e no Caribe. Os países e as Redes comunitárias comprometem-se a indicar consultores nacionais, comunicar as demandas por assistência técnica, dar apoio às missões de assistência técnica, identificar necessidades e desenvolver ações por meio da metodologia de gestão do conhecimento

A Rede pretende melhorar o intercâmbio de informações e experiências, a divulgação de boas práticas para a prevenção, a promoção de direitos humanos, o diagnóstico e tratamento do HIV/AIDS e fortalecer a capacitação de recursos humanos. Na primeira fase estudam-se as necessidades dos países com pouca estrutura, com projetos aprovados pelo FGATM. Será prestada assistência técnica de emergência e fornecido apoio aos países na elaboração de propostas para o FGATM e da iniciativa “3 por 5” da OMS. Na segunda fase, será realizada uma auto-avaliação para levantar as necessidades em outras áreas técnicas, serão organizadas oficinas de gestão do conhecimento, e criados espaços para a troca de informações e experiências, bem como serão desenvolvidos projetos e atividades de assistência técnica entre os países da região.

³⁶ Assessor Especial do Departamento de HIV/AIDS da OMS, Geneva, Suíça.

6.3. Luta contra a AIDS e Proteção Social na América Latina e no Caribe

Paulo Teixeira³⁷

A proteção social é um conceito criado diante da necessidade de assegurar condições essenciais para o bem-estar da sociedade, em áreas estratégicas como saúde, educação, cultura, habitação, saneamento, lazer etc. Em um contexto social onde o poder aquisitivo não é igualitário e em que o poder de compra é desigual e, para muitos, inexistente, o grande desafio é reduzir as distâncias sociais. Esta lógica representa um poderoso mecanismo de redistribuição de renda e redução dos conflitos sociais nos países capitalistas, desenvolvimento implementado mais nos países europeus.

Na América Latina, entretanto, a política de proteção social não se desenvolveu em plenitude. Apesar das limitações, este conceito se reflete nas constituições e políticas nacionais da região. Essa tendência foi desafiada pela lógica capitalista neoliberal, onde os interesses de mercado desempenham um papel determinante na política social. O acesso à saúde é um dos componentes mais visíveis e determinantes deste debate, e as respostas nacionais diante da epidemia de HIV/AIDS oferecem um testemunho desse processo.

A epidemia do HIV/AIDS vem contribuindo para a compreensão, a revisão e o aperfeiçoamento das políticas públicas de saúde. Por suas características, a epidemia e a pressão existente para encontrar respostas adequadas e rápidas por parte da sociedade, colocaram sob observação repetidas vezes as políticas e estratégias neoliberais de privatização. A AIDS foi incluída no âmbito da saúde pública e deveria ser objeto de vigilância e prevenção, mas não de assistência médica. Esta discussão supostamente conceitual inclui a questão da responsabilidade de financiar as ações de saúde.

Até os anos 80, os sistemas de previdência social forneciam serviços de assistência médica ao setor formal, o Estado se limitava a oferecer ações de saúde pública e grande parte da população não tinha acesso garantido a assistência médica. A aparição da epidemia da AIDS destacou os conflitos relacionados com a carência de assistência médica, principalmente dos serviços hospitalares e o tratamento anti-retroviral, assim como a falta de ações de prevenção. O tratamento anti-retroviral está limitado a 50% ou 60% dos pacientes necessitados, e essa parcela corresponde majoritariamente ao setor formal.

Os maiores progressos aconteceram quando o campo de discussão saiu do financiamento da saúde e focalizou a área dos direitos humanos, fazendo com que o poder judicial surgisse como novo ator. O combate à epidemia da AIDS contribuiu com um novo elemento de caráter eminentemente político, e hoje existe, na nossa região, o consenso de que o acesso ao tratamento anti-retroviral deve ter caráter universal. Os benefícios do tratamento deverão alimentar o processo de elaboração e adoção de políticas públicas em saúde. A adesão necessária só poderá ser alcançada quando o acesso aos medicamentos e aos testes de laboratório seja universal e gratuito.

A proteção social é uma questão de abordagem política e não gerencial ou financeira, e as políticas só serão efetivas quando levem em consideração o referencial dos direitos humanos. O acesso ao tratamento anti-retroviral é universal no Brasil e também na Argentina, Costa Rica e Uruguai, onde as responsabilidades são compartilhadas pelo setor público previdenciário e privado. Se a lógica do direito, e não da economia, tivesse sido adotada há muito tempo, o número de três milhões de pessoas que morrem em decorrência da AIDS a cada ano nos países em vias de desenvolvimento certamente ter-se-ia reduzido substancialmente.

O discurso completo está disponível em: www.

³⁷ Assessor Especial do Departamento de HIV/AIDS da OMS, Geneva, Suíça

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: pronasidaits@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@minproteccion-social.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, Coordenadora 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@mspas.gob.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@aims.gov.br

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

Atuais Desafios e Perspectivas dos Sistemas de Saúde na América Latina e no Caribe

Proteção Social Universal e Resposta Integral ao HIV/AIDS

31.05.- 04.06.2004, Brasília, Brasil

Organizado por:

- GTZ - Rede Setorial de Saúde e Proteção Social da América Latina e no Caribe
- Organização Pan-americana da Saúde / Organização Mundial da Saúde
- Organização Internacional do Trabalho

Com o apoio de:

- Ministério de Saúde do Brasil/ Programa Nacional de HIV/ AIDS do Brasil

Financiado por:

- Governo Alemão por meio da Iniciativa BACKUP, Cooperação Alemanha (GTZ)- Eschborn, Alemanha

Segunda-feira 31.05.04

Tema do dia: **Situação e desafios atuais**

Manhã

8:00 Inscrição

9:00 – 9:30 Abertura Oficial

Dr. Alexandre Grangeiro, Diretor do Programa Nacional de DST / AIDS Brasil

Dr. Uwe Kästner, Embaixador da Alemanha no Brasil

Embaixador Lauro Barbosa Moreira, diretor General da Agencia Brasileira de Cooperação, ABC/MRE

Dr. Eduardo Levkovitz, Chefe da Unidade: Políticas e Sistemas de Saúde, OPAS, Washington

Xenia Sheil-Adlung, Senior Health Specialist, OIT Genebra

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

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

Dra. Beatriz Cunha, OIT

Doris Thureau, Diretora da GTZ no Brasil

9:30 – 11:00 1. Proteção Social e financiamento da saúde nos diferentes sistemas de saúde na América Latina e no Caribe.

Dr. Eduardo Levkovitz, OPAS

Xenia Scheil-Adlung, OIT

11:00– 11:30	Coffee-break
11:30-12:30	2. Diferentes respostas para a AIDS na América Latina e no Caribe Dra. Telva Barros, ONUAIDS Brasil
12:30 – 14.00	Almoço
Tarde	
14:00 – 15:45	3. Apresentação dos Programas Nacionais de HIV / AIDS de El Salvador, República Dominicana, Paraguai e Colômbia Dr Rodrigo Siman Siri, El Salvador Dra Sofia Khouri, República Dominicana Dra Agueda Cabello, Paraguai Dr Ricardo Luque Nuñez, Colômbia
15:45 – 16:00	Coffee-break
16:00 – 18:00	Excursão de campo: Programa Nacional DST / AIDS e Tour pela cidade
19:30	Recepção na Embaixada da República Federal de Alemanha

Terça-feira 01.06.04

Tema do dia: **Sistemas de Financiamento da Saúde e HIV/AIDS**

Manhã

9:00 – 10:00	1. Sistema Único de Saúde, SUS, Brasil: Lições aprendidas Dr. Edmundo Gallo, Diretor de Investimentos e Projetos Estratégicos, Ministério de Saúde, Brasil
10:00 – 11:00	2. Programa Nacional de DST / AIDS do Brasil, incluindo seus efeitos econômicos e a produção nacional de ARV Dr. Alexandre Grangeiro, Diretor do Programa Nacional de DST / AIDS Brasil
11:00 – 11:20	Coffee-break
11:20 – 12:30	3. Organização de Ações Integradas da Sociedade Civil José Marcos de Oliveira, Fórum ONGs /AIDS de São Paulo 4. Acesso ao atendimento integral Renee Estela Carrizo, Redla+, Argentina
12:30 – 14:00	Almoço
Tarde	
14:00 – 15:00	5. Iniciativa "3 em 5" – OPAS e OMS Dr. Peter Weis, OMS Dra. Gina Tambini, Gerente da Área de Saúde Familiar e Comunitária, OPAS, Washington
15:00 – 15:30	Coffee-break

15:30 – 17:00	<p>Trabalho em grupos:</p> <p>Objetivo: Intercâmbio e discussão das lições aprendidas para sua aplicação futura.</p> <p>1. Qual é o modelo de financiamento que garante o melhor acesso a medidas de prevenção e terapia do HIV/ AIDS?</p> <p>a) em países de economia emergente</p> <p>b) em países de baixa renda</p> <p>2. Como incluir o HIV/ AIDS no conjunto de prestações de serviços, garantindo também a participação comunitária?</p> <p>a) em países de economia emergente</p> <p>b) em países de baixa renda</p> <p>3. Quais são os mecanismos financeiros que incentivam o trabalho preventivo? Qual é o melhor acesso a medidas de prevenção e terapia do HIV/ AIDS?</p> <p>a) em países de economia emergente</p> <p>b) em países de baixa renda</p> <p>Plenário</p>
17:00 – 18:00	
20:00	Restaurante Oca da Tribo
<hr/>	
	<i>Quarta-feira 02.06.04</i>
Tema do dia:	Alocação de recursos nacionais para HIV / AIDS
Manhã	
8:30– 9:00	Dr. Dalcy de O. Albuquerque Filho, Diretor Unidade Mista de Saúde Regional Sul, Brasília, DF
9:00- 12:30	<p>Excursão de campo:</p> <p>Hospital Dia Taguatinga</p> <p>INEC – Instituto Exército de Cristo</p>
12:30 – 14.00	Almoço
Tarde	
14:00 – 15:30	<p>1. Estudos de mecanismos de alocação de recursos em 5 países</p> <p>Dra. Arachu Castro, Harvard School of Medicine</p> <p>Dr. Hernán Rosenberg, OPAS, Washington</p>
15:30 – 16:00	Coffee-break
16:00 – 18:00	<p>2. Extensão da proteção social em saúde aos pobres e aos excluídos em Honduras</p> <p>Dr. Sergio Velasco, OIT Costa Rica</p> <p>3. Atividades da OIT que visam a extensão da proteção social em saúde na América Latina</p> <p>Dr. Fabio Durán, OIT Costa Rica</p>
18:00	Reunião Interna GTZ
<hr/>	
	<i>Quinta-feira 03.06.04</i>
Tema do dia:	Mecanismos de Cooperação Técnica na América Latina e no Caribe

Manhã

- 9:00- 9:45 1. Apresentação do Programa de Cooperação Internacional (PCI): Critérios e requisitos nos países contrapartes
Dr. Mauro Teixeira, Programa Nacional DST / AIDS do Brasil
- 9:45 – 10.30 2. Experiências práticas em um país contraparte do PCI
Dr. Rodrigo Simán Siri, Diretor do Programa Nacional de DST, HIV e AIDS, El Salvador
Dra. Sofia Khouri, DIGECDSTS, Secretária de Saúde Pública – República Dominicana
Dr. Agueda Cabello, Coordenadora do Programa DST /AIDS, Paraguai
Dr. Ricardo Duque Núñez, Coordenador do Grupo Funcional de AIDS, Colômbia
- 10:30 – 11:00 Coffee-break
- 11:00 – 11:45 3. Apresentação da Cooperação Alemã em HIV/AIDS e Proteção Social
- 11:45 – 12:30 Dr. Manuel Mancheno, El Salvador, Nicola Wiebe, Eschborn (GTZ)
Discussão: Intercâmbio de idéias sobre o Programa de Cooperação Internacional (PCI/GTZ)
- 12:30 – 14.00 Almoço
- Tarde
- 14:00- 17:30 4. Painel/Debate:
O Papel da Cooperação Bilateral e Multilateral no Desenvolvimento da Cooperação Sul-Sul:
Participantes:
Dra. Regine Meyer, Rede Setorial de Saúde e Proteção Social da GTZ na América Latina e no Caribe
Rainer Willingshofer, Conselheiro para Assuntos de Cooperação para o Desenvolvimento, Embaixada Alemã
Elke Urbanovicus Constanti, Cooperação Bilateral com Alemanha, Agencia Brasileira de Cooperação, ABC/MRE
Manuel de Araujo Amorim, ABC/MRE
Dra. Verônica Machado, Programa Nacional de DST / AIDS, Brasil
Dr. Horacio Toro Ocampo, Representante OPAS/OMS em Brasil
Dr. Peter Weis, Depto HIV / AIDS, OMS, Genebra
Ana Lucia Schettini Elahel, Unidad de Políticas Públicas Setoriais, PNUD, representando a UNAIDS, Brasil
Dra. Xenia Sheil-Adlung, Senior Health Specialist, OIT Genebra
Dra. Tania Patriota, Representante do UNFPA em Brasil
Dr. Bo Sundstrom, Representante do DfID em Brasil
Otilia Gabriela Silva Leite, Representando ONGs
- 20:00 Restaurante Porteira Grill

Sexta-feira 04.06.04

Tema do dia: **Resumos da Conferência e Perspectivas para a América Latina e o Caribe**

Manhã

8:30 – 9:00 Lançamento do CD-ROM "Workshop Capacitação de Jovens Locutores de Rádio"

UNAIDS/UNFPA/GTZ

Dra. Claudia Herlt, GTZ, Brasil

Tânia Dutra, GTZ, Grupo Mídia e Comunicação UNAIDS, Brasil

Dra. Tânia Patriota, Representante do UNFPA em Brasil

- 9:00- 9:15 1. Perspectivas para o futuro por parte das ONGs
Renee Estela Carrizo, REDa+, Argentina
- 9:15 – 10:15 2. Perspectiva regional da epidemia do HIV/AIDS para o futuro
Grupo de Cooperação Técnica Horizontal em HIV/AIDS (GCTH)
Dr. Mauro Teixeira, Programa Nacional de AIDS, Brasil
- 10:15 – 10:30 Coffee-break
- 10:30 – 12:30 3. Encerramento temático:
Os desafios na luta contra o HIV/AIDS como parte da proteção universal na América Latina
Dr. Paulo Teixeira, OMS

Avaliação da Conferência

Cierre

Dr. Alexandre Grangeiro, Director do Programa Nacional de DST / AIDS Brasil

Dr. Horacio Toro Ocampo, Representante OPAS/OMS em Brasil

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

Dra Regine Meyer, Rede Setorial de Saúde e Proteção Social da GTZ na América Latina e no 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	pronasidaits@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.orp
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	eemanuel@caricom.org	
Bettina Fairman		BR	bettina.fairman@reed.edu	
Dr. António 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@aids.gov.br	
Dirceu Greco	UFMG	BR	areco@medicina.ufma.br	
Dra. Evi-Komelia Gruber	GTZ	PY	evi.gruber@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@aids.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; rpnsorocaba@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 Elahel	PNUD/UNAIDS		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.org	
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.; 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 (ISAPRES) 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 (Koordinator); 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; Laccehti, 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; Noguer, Isabel; Cowgill, Karen (2003). HIV/AIDS in Latin American Countries. The Challenges Ahead. World Bank, Washington D.C. ([http://wbi0018.worldbank.org/LAC/lacinfoclient.nsf/8d6661f6799ea8a48525673900537f95/9f0b1312e8a00fa385256de1005402f0/\\$FILE/AIDS%20in%20LAC%20exec%20summary.pdf](http://wbi0018.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.
- Görgen, 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/ecim5cqtXnsV5q2wmp32isic7he55zk3jynjcu7jq7y5agxc7hu454e4hq5t3vn4pj2bfvicaea4ac/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&conjunction=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 America 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 Review*, 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/extps_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; Jacob, 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; Jakob, 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.afronets.org/files/health-human-rights-readers.pdf>).
- Schuftan, Claudio (2001). *Foreign Aid: Giving Conditionalities A Good Name*. Hanoi, Vietnam. (<http://www.afronets.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](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; Dhalla, 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>).
- Ho, 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.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%5Fsp%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%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 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 (2002). 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, World Bank, 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. Periódicos

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., E-

EUU. <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. Páginas na Internet

Nome	Página	Correio eletrônico
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	Sophia.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-bogotapress@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 (CI-ESS)	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	forumaidsssp@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@ocol.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 Estadística	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/	http://www.ioe-emp.org	ioe@ioe-emp.org
International Organisation of Employers		
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	http://www.icftu.org	pbakvis@earthlink.net ; icftu.ge@geneva.icftu.org
International Society for Equity in Health (ISEqH)	http://www.iseqh.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	ildis1@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 Re-	http://www.phrplus.org/pluspu	mdehabich@phrplus.org.pe ,

form (PHRPlus)	bs-lac.html	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, Assesoria 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 Qu4RaD 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/redsalud	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	www.un.org/ga/aids/conference.html	

on HIV/AIDS (UNGASS),		
UNFPA, Global Youth Partners	www.unfpa.org/adolescents/	globalyouthpartners@unfpa.org
UNAIDS Reference Group on Economics	http://ciss.insp.mx/urqe/	
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 A iniciativa BACKUP GTZ

Com o propósito de apoiar os países para que tenham acesso aos fundos alocados por meio de iniciativas e programas internacionais, tais como o Fundo Global para a luta contra a AIDS, a tuberculose e a malária (GFATM), em 2003, a GTZ criou a iniciativa BACKUP.



A comunidade internacional criou o GFATM com o propósito de obter e distribuir recursos adicionais para a prevenção e o tratamento do HIV/AIDS, a tuberculose e a malária; promover um trabalho conjunto entre governos, sociedade civil, setor privado e comunidades afetadas e implementar os projetos em estreita colaboração com organismos da cooperação internacional. Nessa lógica, a iniciativa BACKUP apóia o fortalecimento de capacidades para a formulação da proposta de países, e sua implementação, particularmente no âmbito de acompanhamento e avaliação. Alguns países de América Latina e o Caribe estão utilizando os fundos e o suporte oferecidos por essa iniciativa da GTZ, para assessorias técnicas e atividades de fortalecimento das capacidades que melhoram as perspectivas de aprovação das propostas apresentadas ante o GFATM e o aproveitamento progressivo das oportunidades que lhes oferece o Fundo ou outras iniciativas similares.

São beneficiárias da iniciativa BACKUP todas as instituições ou organizações governamentais, não governamentais, de formação e do setor privado que sejam partes interessadas no processo GFATM (e outras iniciativas globais da luta contra o HIV/AIDS, a tuberculose e a malária).

Por favor entre em contacto com a agencia local da GTZ e/ou com os assessores técnicos da GTZ para obter assessoria, esclarecimentos e informação sobre o processo de solicitação.

7.7.2 Ministério de Saúde: Programa Nacional de DST e aids

A aids é tida hoje como uma das mais devastadoras epidemias da história da humanidade. A cada dia 14.000 pessoas contraem o vírus e cerca de 8.000 morrem por causa da doença. Cerca de 40 milhões de pessoas contraíram o HIV e mais de 20 milhões morreram durante os 20 anos da epidemia. Menos de 500 mil pessoas têm acesso aos medicamentos anti-retrovirais.



O Programa Brasileiro de DST e Aids, vem demonstrar que esta realidade pode ser amenizada dando a devida prioridade no seu enfrentamento, e adota estratégias adequadas, saindo de um plano discriminador para uma ótica da responsabilidade, respeito aos direitos humanos e seriedade no trato das questões relacionadas às políticas públicas.

A continuidade das ações em HIV/aids através dos anos e das mudanças políticas, veio a dar uma forte consistência aos distintos projetos e ações estratégicos do Programa Nacional. A isso agrega-se a sua multissetorialidade, conformada pelas instâncias governamentais, as Organizações da Sociedade Civil e as Agências Internacionais.

A abordagem do Programa Brasileiro de DST e Aids relaciona-se a três premissas básicas presentes desde o seu início: a garantia de assistência integral à saúde de qualidade, com acesso universal e gratuito ao tratamento anti-retroviral e demais insumos de saúde; ações de prevenção centradas no uso consistente do preservativo e perspectiva de direitos humanos em todas as estratégias e ações do Programa.

O Programa Brasileiro de DST e Aids vem tendo crescente reconhecimento em nível internacional, aumentando a demanda por cooperação científica e tecnológica em HIV/aids e outras DST. Atualmente o Brasil tem um amplo programa de cooperação internacional, que envolve mais de 40 países, uma sólida parceria com organismos internacionais, e contempla distintas

áreas como prevenção, assistência e tratamento, vigilância epidemiológica, DST, direitos humanos e articulação política. O Brasil tem-se colocado à disposição dos países interessados para transferência de tecnologia em diferentes esferas, incluindo a produção de medicamentos anti-retrovirais genéricos.

7.7.3. Organização Internacional do Trabalho

A Organização Internacional do Trabalho – OIT - é a agência especializada das Nações Unidas que busca a promoção da justiça social e dos direitos humanos e do trabalho reconhecidos internacionalmente. Ela foi fundada em 1919 e é a única criação principal do Tratado de Versalhes que ainda sobrevive. O Tratado serviu de base para a Liga das Nações e a OIT se tornou a primeira agência especializada das Nações Unidas em 1946. Dentro do sistema das Nações Unidas, a OIT tem uma estrutura tripartite única, com trabalhadores e empregadores, participando como parceiros dos governos no gerenciamento de seus órgãos.



A OIT tem quatro objetivos principais estratégicos: (i) promover e compreender padrões, princípios e direitos fundamentais no trabalho; (ii) criar mais oportunidades para mulheres e homens obterem empregos seguros e decentes; (iii) ampliar a cobertura e a efetividade da proteção social para todos e; (iv) fortalecer o tripartismo e o diálogo social.

O trabalho que a OIT realiza consiste na elaboração de políticas e programas internacionais que promovam os direitos humanos fundamentais, melhorando as condições de vida e de trabalho e ampliando as possibilidades de emprego. A OIT também formula padrões internacionais relacionados ao trabalho que, espera-se, direcionem as ações nacionais e tenha sua aplicação controlada por um sistema único dessa natureza.

Além disso, a OIT implementa um programa amplo de cooperação e assistência técnica internacional, que é constituído e concretizado por meio de parcerias com os seus constituintes, para ajudar os países a aplicar as políticas que a Organização defende.

Embora a proteção social da saúde seja um direito humano e um instrumento para reduzir a pobreza, apenas poucas pessoas em todo o mundo tem acesso à assistência à saúde adequada. Nesse contexto, a Divisão de Desenvolvimento e de Política de Segurança Social da OIT lançou a *Campanha Mundial de Segurança Social para Todos*. A Campanha tem como objetivo levar a proteção social aos excluídos. Suas atividades têm como foco a melhoria do desempenho dos esquemas já existentes e o desenvolvimento de novas abordagens, tais como o "micro-seguro" para a cobertura da assistência à saúde.

7.7.4. Organização Pan-americana da Saúde

A Organização Pan-americana da Saúde (OPAS) é o Escritório Regional para as Américas da Organização Mundial da Saúde (OMS). É o organismo regional especializado em saúde do Sistema das Nações Unidas e do Sistema Interamericano. Conta com 100 anos de experiência dedicados a melhorar a saúde e as condições de vida dos povos das Américas. Sua missão essencial é cooperar tecnicamente com os Governos Membros e estimular a cooperação entre eles para que a população das Américas alcance a Saúde para Todos e por Todos. A OPAS realiza essa missão em colaboração com os ministérios de saúde, outros organismos governamentais e internacionais, organizações não governamentais, universidades, organismos da proteção social, grupos comunitários e muitos outros.



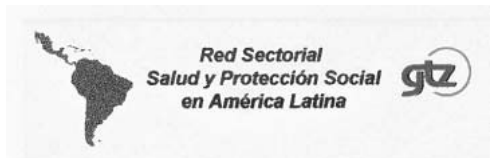
A OPAS promove a estratégia de atenção primária da saúde para estender os serviços de saúde à comunidade e aumentar a eficiência no uso dos escassos recursos. Colabora com os países na luta contra doenças tais como cólera, dengue, tuberculose e a epidemia do HIV/AIDS. Presta cooperação técnica que inclui atividades educativas e de apoio à

comunicação social, promove o trabalho com organizações não governamentais e apóia os programas de prevenção. A OPAS divulga informação científica e técnica mediante seus programas de publicações, uma rede de bibliotecas acadêmicas, centros de documentação e bibliotecas locais.

A Organização executa projetos para outros organismos das Nações Unidas, organizações internacionais tais como o Banco Mundial e o Banco Interamericano de Desenvolvimento, organismos oficiais de cooperação para o desenvolvimento de diversos governos, e fundações filantrópicas. A OPAS orienta suas atividades para os grupos mais vulneráveis, ali incluídos as mães e as crianças, os trabalhadores, os pobres, os idosos, os refugiados e aqueles que foram objeto de deslocamentos. Suas atividades focalizam os temas relacionados com a equidade para as populações que não têm recursos para ter acesso ao atendimento de saúde.

7.7.5. Rede Setorial GTZ de Saúde e Proteção Social em LAC

A Rede Setorial de Saúde é uma parte importante das divisões setoriais da GTZ, cujo objetivo é contribuir para a gestão do conhecimento e a garantia de qualidade na América Latina e no Caribe, no que diz respeito à questão da Saúde e Proteção Social. A rede pretende contribuir para o desenvolvimento sustentável dos países e melhorar as condições de vida da população, em especial dos pobres e marginados. Na área social, são muitas as oportunidades de agir para aliviar a pobreza:



A rede pretende facilitar o intercâmbio regional de experiências entre os especialistas no exterior que prestam assessoria em áreas idênticas, similares ou complementares e o Departamento de Planificação e Desenvolvimento; registrar e avaliar experiências específicas de projetos e abordagens em matéria de concepção, de maneira sistemática e por temas e convocar, durante o ano, os assessores da central, os especialistas enviados, os técnicos, contrapartes e aliados de outros organismos para participar de encontros sub-regionais anuais em áreas específicas. Além disso, promove a discussão e difusão de uma política empresarial uniforme no setor respectivo (incluindo os temas trans-setoriais de gênero, AIDS, pobreza e outros, e de experiências intersetoriais e conhecimentos internacionais). Observa a forma em que se modifica a demanda de serviços técnicos numa região e identifica os conhecimentos necessários para atender tais mudanças.

Há temas primordiais em que a GTZ acumulou experiência e competência nos últimos anos: HIV/AIDS, apoio ao GFATM, saúde sexual e reprodutiva, reforma da saúde, descentralização, serviços, proteção social em saúde, gerencia de qualidade, juventude, reabilitação de portadores de necessidades especiais, gestão de recursos físicos (manutenção hospitalar), saúde mental, violência e trauma. Essas áreas temáticas da Rede Setorial de Saúde na América Latina e no Caribe e as descrições e produtos dos projetos na América Latina e no Caribe, materiais e documentos de encontros podem ser localizados e estudados em maior profundidade na página web: www.ortoedu.com/rsslac.

7.7.6. Área de Proteção Social

Durante sua vida, todos os seres humanos enfrentam riscos que podem significar mudanças fundamentais das suas condições de vida sociais e econômicas. Mais da metade da população mundial carece de todo tipo de proteção diante das respectivas catástrofes. A inexistência de proteção social pode trazer conseqüências catastróficas que afetam, particularmente, aos pobres.

Por outro lado, também as pessoas que vivem em condições financeiras estáveis correm o risco de empobrecer, se não têm uma adequada proteção contra esse tipo de riscos. Muitas vezes, os sistemas de previdência social estão vinculados ao trabalho formal. No entanto, a maioria das pessoas que vivem em países em desenvolvimento não estão trabalhando no setor formal da economia e, por tanto, não têm acesso aos esquemas de segurança. É por isso que

apoiamos, além da implementação e reforma dos sistemas existentes, os enfoques inovadores que surgem nos diferentes países, que tenham a finalidade de permitir o acesso aos grupos da população tradicionalmente excluídos.

O principal objetivo do projeto supra-regional da GTZ "Elaboração e implementação de sistemas de seguros sociais de saúde nos países em desenvolvimento e em transição" é investigar e respaldar o desenvolvimento e a introdução de sistemas, econômica e socialmente bem equilibrados, para financiar os serviços de saúde nos países em desenvolvimento e em transição.

7.7.7. Projeto Setorial “Seguros Sociais de Saúde”

O projeto supra-regional da GTZ “Elaboração e implementação de seguros sociais de saúde nos países em desenvolvimento” apóia os países parceiros da África, Ásia, América Latina e Europa do Leste em seus esforços para estabelecer e estruturar mecanismos solidários de financiamento dos serviços de saúde. Enfatiza-se a melhoria das capacidades dos dirigentes e tomadores de decisão na área dos seguros sociais de saúde. O projeto forma parte do departamento da GTZ para a “Proteção social sustentável” que, em seu turno, pertence à divisão “Saúde, educação e proteção social”. Cooperar estreitamente com outras divisões e departamentos da GTZ, assim como com outras organizações de desenvolvimento e cooperação alemãs e internacionais, principalmente com a Associação Federal de Caixas Locais de Saúde (AOK, a organização central dos seguros estatutários da Alemanha), e com sua consultora filial AOK-Consult SA.



A equipe do projeto setorial da GTZ tem como objetivo conseguir que os países em transição e em desenvolvimento introduzam sistemas de seguro de saúde, baseados na solidariedade, para poder facilitar o acesso a uma adequada atenção à saúde, especialmente às pessoas mais marginalizadas do setor informal, tanto nas zonas rurais quanto nas urbanas. Devido a sua baixa renda, suas condições de vida e aos fatores ambientais, são os grupos expostos a maiores riscos de doença e pobreza. Em termos de política de desenvolvimento, o objetivo é assegurar a mais ampla provisão de serviços de saúde possível. Ditos serviços devem ser acessíveis para todos os setores da população, ter uma qualidade aceitável, e ser financeiramente viáveis, considerando os condicionantes locais 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>

