

¿Cuánto se necesita y cuánto se gasta para luchar contra el sida?

Desde la primera descripción de la enfermedad en EEUU hace 25 años, se ha observado un incremento significativo de enfermos de sida. A finales de 2006, aproximadamente 39,5 millones de personas tienen el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) –hayan desarrollado sida o no– en todo el mundo. El 90% de estas personas vive en países de ingreso bajo y medio; de estos, el 62,5% (24,7 millones de personas) habita en África subsahariana. El acceso a los tratamientos antirretrovirales, fundamental en la lucha contra el sida, está amenazado para las personas con menos recursos a causa de las patentes farmacéuticas, asunto que afecta especialmente a África. Además, en la lucha contra el sida no basta con tener dinero sino en cómo éste se utiliza para garantizar un derecho humano como es la salud y con el que no se puede comerciar.

El incremento de la epidemia del VIH ha sido continuo y presenta características diferenciadas en cada región o país. Por ejemplo, en los países de ingreso alto de América del Norte, Europa Occidental y Oceanía, así como en la mayoría de los países de ingreso bajo y mediano de América Latina y Sur de Asia, se observan epidemias concentradas.¹ Los grupos que más se han visto afectados por el VIH son las mujeres y los hombres que se dedican a la prostitución, las personas que usan drogas inyectables y los hombres que tienen relaciones homosexuales. La epidemia en estos países se da fundamentalmente en los hombres jóvenes que viven en el medio urbano.

Por el contrario, en Sudáfrica la epidemia del sida afecta fundamentalmente a mujeres jóvenes, seguidas de cerca por los hombres y por numero-

José Antonio Izazola es consejero principal de Análisis de Recursos Financieros y jefe del Grupo de Rastreo de Recursos y Proyecciones del Programa Conjunto para el sida de Naciones Unidas (ONUSIDA)

¹ Se considera que la epidemia del VIH es generalizada en un país cuando se rebasa la cifra del 1% en el número de mujeres infectadas atendidas en los servicios de maternidad. Se considera concentrada cuando la prevalencia (número total de personas que viven con VIH sobre el total de una población determinada) en los servicios de maternidad es menor al 1% y es mayor al 5% en al menos uno de los grupos de riesgo (personas que se dedican a la prostitución, que usan drogas inyectables u hombres que tienen relaciones homosexuales). Se clasifica un país con una epidemia de bajo nivel cuando el VIH no supera el 1% en cualquiera de los sectores sociales mencionados.

Los niños que adquieren el VIH al nacer (debido a que sus padres o madres conviven con el virus). Se observa una concentración de las personas con VIH en las ciudades, aunque el porcentaje de adultos infectados en el medio rural también es elevado.

La respuesta ante el sida ha sido desigual en las diferentes regiones y países del mundo. En unas ocasiones se ha debido a las características del desarrollo de la epidemia y, en otras, la respuesta está relacionada con la limitada disponibilidad de recursos tecnológicos y financieros.

Los recursos financieros disponibles

La disponibilidad de recursos financieros se ha incrementado poco a poco a partir del inicio de la epidemia. Desde 1996, año en el que comenzó el programa conjunto de Naciones Unidas contra el sida, hasta 2005, los recursos financieros mundiales disponibles para la financiación de la respuesta ampliada al sida en países de ingreso bajo y mediano se incrementaron casi 28 veces: de 300 millones de dólares en 1996 se pasó a 8.300 millones en 2005.² Los mayores aumentos se produjeron a partir de 2001, año en el que se celebró la asamblea especial de la ONU sobre el sida. En dicha asamblea, 189 países firmaron la Declaración de Compromiso para dar una respuesta amplia al sida y hubo un llamamiento para el incremento de los recursos financieros para esta causa. La meta de movilización de recursos se situó entre 7.000 y 10.000 millones de dólares en el año 2005 destinados para responder a la epidemia en los países de ingreso bajo y mediano. Además de otros objetivos, en esta asamblea se creó un mecanismo para el monitoreo de la implementación de esta Declaración.

La información disponible sobre las intenciones y tendencias de la donación y compromisos adquiridos por países donantes hace pensar en la disminución paulatina de la tasa de incremento anual. Los fondos disponibles al final de 2006 podrían llegar a los 8.900 millones y a 10.000 millones al finalizar 2007. Esta cantidad de recursos potencialmente disponibles incluye la aportación de una tercera parte de los propios países de ingreso bajo y mediano; el resto, proviene de países donantes e instituciones filantrópicas.

Los recursos requeridos

La cantidad de recursos disponibles resulta insuficiente cuando se compara con las estimaciones de los recursos necesarios mundialmente para dar una respuesta ampliada al sida:

² En estas cantidades se incluyen las cifras de donantes internacionales, el gasto nacional (público y gasto de bolsillo) y de fundaciones internacionales, las contribuciones del Fondo Global desde 2003 y del estadounidense Plan de Emergencia del Presidente para la Ayuda contra el SIDA (President's Emergency Plan for AIDS Relief, PEPFAR) a partir de 2004.

los recursos estimados disponibles en 2006 ascienden a (en millones de dólares) 8.900 y las necesidades de recursos son de 14.900; en 2007 son de 10.000 y 18.100 respectivamente. A partir de 2007 es necesario el crecimiento financiero sostenido para efectivamente atender a las personas con VIH y disminuir el ritmo de nuevas infecciones. Esta respuesta debe incluir inversiones en infraestructura de servicios de salud, mecanismos de formación, reclutamiento y retención de personal sanitario que atienda a las personas que viven con VIH, y apoyo a los sistemas de salud en general con la promoción de material higiénico y estéril, seguridad en bancos de sangre, inyecciones con material estéril, etc.

Estas necesidades evidencian que la respuesta no puede limitarse al ámbito médico y que debe intentar también mitigar los efectos sociales como, por ejemplo, brindar atención a los huérfanos a causa del sida. Asimismo, se debe corregir la subfinanciación de los programas preventivos eficaces.

Las estimaciones de los recursos necesarios incluyen metas de acceso universal tanto a la prevención como a la atención médica, incluyendo el tratamiento antirretroviral, para finales de 2010. También es necesario mencionar que la estimación de recursos necesarios es un concepto dinámico que debe adaptarse a cada cambio que se estime produzca mejores resultados en la lucha contra el sida. Por ejemplo, recientes estudios identifican a la circuncisión masculina como una medida protectora de hasta el 50% en materia de transmisibilidad, lo que hace plantear la inclusión de esta práctica como medida preventiva necesaria en un futuro próximo.

Es probable que a medida que haya más disponibilidad tecnológica existan incrementos transitorios de los recursos financieros en el corto plazo. Sin embargo, se puede pensar en una nivelación de las necesidades entre 2010 y 2015, probablemente de alrededor de 23.000 millones de dólares para que, en caso de obtener éxito con la prevención, exista un descenso en el gasto posterior.

Recursos para prevención

La mayor cantidad de recursos requeridos para la prevención se concentra en Asia (26% en el Este Asiático y el Pacífico; 21% en el Sur y el Sudeste Asiático) debido, principalmente, a la cantidad de población que vive en esas regiones y la baja cobertura de acciones preventivas de epidemias concentradas y de bajo nivel en grandes poblaciones como India, China e Indonesia. En África subsahariana se concentra el 29% de las necesidades de prevención, fundamentalmente por contar con múltiples países con epidemias generalizadas y por tanto requerir de una variedad más amplia de acciones y coberturas necesarias mayores. Respecto al resto de las regiones geográficas, los porcentajes son los

siguientes: 12% en Europa del Este, 9% en América Latina y el Caribe, y 3% en el Magreb y Oriente Medio.

Recursos para atención médica y tratamiento

La Organización Mundial de la Salud y ONUSIDA llevaron a cabo un intenso programa con el fin de lograr que tres millones de personas tuviesen tratamiento antirretroviral al final de 2005. Este objetivo no fue alcanzado, aunque sí hubo un gran incremento de los beneficiados desde 2003. A finales de ese año, 400.000 personas tenían acceso a la terapia antirretroviral. La estimación para principios de 2006 era de 1,3 millones de personas.³

Para lograr que en 2010 el 80% de los pacientes que necesitan tratamiento antirretroviral con urgencia lo reciban se requiere que en 2006 se haya logrado la cobertura de tres millones de personas (o el 55% de los que morirían en los siguientes 12 meses sin tratamiento). Estas metas necesitarían un financiamiento de 2.986 millones de dólares en 2006 y alrededor de 5.250 millones en 2008.

Debido al gran número de personas que viven con VIH en África subsahariana, el 55% de los recursos financieros deben destinarse a esta región. El resto de zonas requiere menor cantidad de recursos (América Latina y el Caribe 17%; Este Asiático y Pacífico 16%; Europa del Este 7%; Sur y Sudeste asiático 4%; Magreb y Oriente Medio 1%) debido al menor número de personas con VIH o a que su incremento es reciente y todavía no necesitan antirretrovirales.

Apoyo a huérfanos y niños vulnerables por causa de orfandad próxima

Las estimaciones de los recursos necesarios para la mitigación social de la epidemia mediante el apoyo a huérfanos y niños vulnerables incluyen a los menores que viven bajo los niveles nacionales de pobreza y que son huérfanos de padre y madre, o de uno de sus progenitores; y a los que se estima que perderán a uno de sus padres al año siguiente por sida o a causa de una enfermedad relacionada con el VIH.

Debido a la imposibilidad de distinguir a los huérfanos por sida de los huérfanos por cualquier otra causa, y para intentar disminuir el estigma y la discriminación social, en África se

³ Los pacientes en etapas tempranas de la infección por VIH no están incluidos, pues no requieren del tratamiento antirretroviral.

incluyen como beneficiarios a todos los niños. Ello explica la gran concentración de la partida financiera para este rubro en esta región: el 95% para 2006-2008, reconociendo que no todos estos gastos son exclusivamente por causa del sida.

Gastos de apoyo al desarrollo del programa e infraestructura

Para poder proveer de los servicios mencionados es necesario mejorar los sistemas de salud y especialmente la infraestructura. Entre estos costos se incluyen el desarrollo y la gestión de las políticas, planes y programas; el desarrollo de actividades de monitoreo y evaluación; la asistencia técnica local e internacional; la adquisición de equipo así como la construcción y renovación de centros de salud, hospitales y laboratorios. En África, fundamentalmente, se añaden la plantación y construcción de 2.700 nuevos centros de salud en 2010 y la mejora de 19.000 centros de salud y 800 hospitales ya existentes. Para ello se requieren 1.486 millones de dólares en 2006, 1.371 en 2007 y 1.753 en 2008.

Formación, capacitación y retención de recursos humanos en salud

Se estima que entre 2006 y 2008 se requieren 1.822 millones de dólares para la capacitación, retención y atracción de un número suficiente de enfermeras y médicos cualificados para responder ante el sida en los países africanos de ingreso bajo y en dos de ingreso mediano (Botsuana y Sudáfrica). De estos, 262 millones son para educación, 784 millones para suplementos financieros como complemento al salario básico del personal de enfermería y 776 para suplementos de ingreso de médicos.

Estas estimaciones incluyen la formación de 5.700 estudiantes de enfermería y 3.070 estudiantes de medicina cada año entre 2006 y 2008. Así, los primeros estudiantes de enfermería se graduarían en 2009 y los médicos en 2012. Es importante mencionar que el número de nuevos estudiantes es limitado debido a la existencia actual de instituciones educativas superiores en salud.

Se incluyen también suplementos económicos en países de ingreso bajo donde el promedio de ingreso anual ahora es de 3.200 dólares para enfermería y de 5.300 para médicos. Estos suplementos podrían dar como resultado un aumento de los ingresos habituales en su país. Los objetivos es evitar que el personal de los países que lo necesitan emigre y atraer a profesionales de la salud de otras regiones.

Asistencia Oficial al Desarrollo para VIH/sida

Desde el inicio de la epidemia del VIH/sida, los principales receptores de la Ayuda Oficial al Desarrollo (AOD), en términos absolutos, son países africanos.⁴ En 2004 China se situó entre estos, ocupando el cuarto lugar y recibiendo como asistencia oficial en materia de sida el 4,3% del total de la AOD. Estos 10 principales receptores de asistencia en relación al sida acumularon el 39% del total de la asistencia a todos los países de ingreso bajo y mediano. Entre 2000 y 2004, la AOD para VIH/sida casi se triplicó.

Es posible que el total de AOD para el sida sea mayor cuando se tomen en cuenta los flujos que se comprometen a través de otros mecanismos, como por ejemplo las ONG internacionales; gastos incluidos en otro tipo de proyectos, como los llevados a cabo a través de los Ministerios de Defensa; o proyectos de objetivos múltiples como los de incremento de habilidades para la vida (*Life Skills Education*), que se desarrollan a través de los Ministerios de Educación y que no siempre se notifican como parte de los proyectos de sida.

Gasto nacional público en respuesta al sida

Si bien la mayor parte de los recursos financieros para responder al sida cuentan con el gran influjo de los países donantes y la participación de agencias multilaterales, se estima que a partir de 2003 los países proveen un tercio de los recursos. Los países de ingreso mediano alto, de acuerdo a la clasificación del Banco Mundial, son los que aportan mayores cantidades del total gastado en sus países. Por ejemplo, en América Latina y el Caribe se estima que el 71% del total del gasto proviene de fuentes públicas nacionales.

En los países africanos de ingreso bajo, el gasto público *per cápita* es de alrededor de 30 centavos de dólar en 2001 y de 65 centavos en 2005, mostrando un incremento del 130% en estos cinco años. En los países de ingreso mediano-alto, el gasto *per cápita* se incrementó un 15% en el mismo periodo. Sin embargo, el gasto *per cápita* es mucho mayor que en los países de menor ingreso.

En cuanto al uso de los recursos, se muestra una gran variación en su utilización en cada país, dependiendo de las fuentes de financiamiento existentes (nacionales o internacionales), el tipo de la epidemia y las preferencias locales o de los donantes en el uso de los recursos. ONUSIDA ha fomentado el uso de la herramienta de política pública denomi-

⁴ Por orden: Uganda, República Democrática del Congo, Sudáfrica, Tanzania, Kenia, Mozambique, Nigeria, Etiopía, Zambia.

nada “Medición de Gasto en SIDA” (NASA, por su siglas en inglés) para cuantificar la totalidad de recursos que se gastan con motivo de actividades en sida, provenientes de cualquier fuente financiera y describiendo el flujo de estos recursos desde su origen hasta su utilización, para así facilitar la gerencia y enfoque del uso de los recursos a donde más se necesitan. Se han iniciado estos proyectos en aproximadamente 60 países, siendo los pioneros los de la región de América Latina y el Caribe, que cuentan con información de este tipo desde 1998.

En África la proporción de gasto en apoyo al desarrollo de los programas de provisión de atención médica y prevención es mucho mayor. En 2004, algunos países gastaron una gran cantidad en este rubro, probablemente en la preparación de los sistemas de salud y de desarrollo social para la utilización del flujo de recursos internacionales para sida, por ejemplo, capacitación del personal de salud, infraestructura, etc.

Cerrando la brecha

Para lograr que los fondos financieros existentes logren detener, e incluso revertir, la epidemia del sida en el mundo, y en particular en África subsahariana, se deben realizar tres acciones simultáneas.

En primer lugar, incrementar los fondos disponibles. A nivel mundial los países donantes deberían incrementar el flujo de recursos, y los gobiernos nacionales deben dedicar una porción mayor del gasto actual para el sida, en particular los países de ingreso mediano-alto.

Por otro lado, garantizar la utilización adecuada de los recursos disponibles debe ser igual o más urgente que la recaudación de fondos. Resulta indispensable que el uso de los recursos existentes brinde los mayores resultados. Desafortunadamente, algunos programas se ejecutan con mayor frecuencia que otros, independientemente de su impacto en la epidemia. Por ejemplo, es más frecuente el gasto en tareas administrativas de apoyo al programa que en utilizar los recursos para dar servicio a las personas que más lo necesitan. Dar servicio sanitario a las personas que tienen el VIH y requieren tratamiento antirretroviral debe ser de inmediato cumplimiento, pero ello no debe disminuir la importancia de realizar actividades preventivas enérgicas. Lamentablemente, estigmas y discriminaciones sociales impiden con frecuencia que los beneficiarios de los programas preventivos sean sectores de riesgo prioritarios como las personas dedicadas a la prostitución. Éstas reciben menos acciones preventivas que la población general. No es que la población general no las necesite, pero es obligado garantizar la prevención de acuerdo a la epidemiología del VIH, y no sólo de acuerdo a las preferencias sociales que con frecuencia son misóginas y homófobas, lo cual no garantiza un adecuado uso del dinero disponible.

Por último, hay casos en los que hay recursos financieros pero no los recursos humanos o materiales para poder convertir el dinero en servicios. Ello, en parte, es debido a la existencia de procesos administrativos complejos que retrasan el uso de los recursos. Por tanto, el problema no puede ser solo debido a la existencia o no de recursos sino a los mecanismos para invertir esos fondos en acciones útiles. Los países pobres tienen mayor dificultad de tener una respuesta rápida.