Un botín de guerra contra el VIH/SIDA

Maureen Lewis

Cómo gastar con criterio miles de millones de dólares

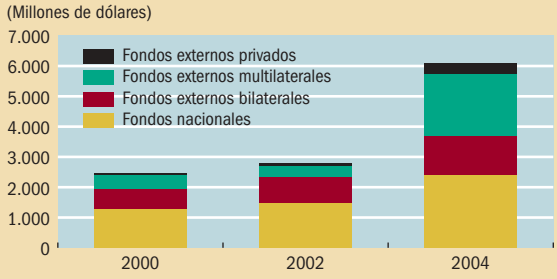
TRAS CASI dos décadas de desatención, la lucha contra la epidemia del VIH/SIDA hoy está entre las primeras prioridades mundiales. ONUSIDA estima que unos 40 millones de personas han contraído el VIH —25 millones en África subsahariana y 8 millones en Asia— y que solo en 2004 se infectaron casi 5 millones más. Las muertes vinculadas al SIDA suman unos 3 millones por año; en África mueren 7.000 niños y adultos por día. A corto plazo, la pérdida de una gran franja de adultos en su plenitud, mayormente mujeres, devasta los hogares. A largo plazo, las pérdidas en formación de capital humano plantean un riesgo adicional al reducir la transferencia de conocimiento entre generaciones, creando una amenaza macroeconómica, especialmente en los países más castigados. La prevención mediante el cambio de comportamiento ha resultado difícil y sigue sin descubrirse una vacuna.

En respuesta, la comunidad internacional ha movilizado miles de millones de dólares y muchos países de bajo ingreso ya reciben o tienen prometidas enormes sumas. Pero los destinatarios de estos fondos enfrentan duros dilemas. ¿Podrían sufrir problemas de estabilidad macroeconómica o gestión fiscal a causa de la magnitud de la ayuda? ¿Podrán aprovechar bien y sin demora los recursos disponibles o las sumas ya comprometidas, con los problemas de capacidad institucional y gobernabilidad que a menudo asuelan sus sistemas de salud? ¿Podrán movilizar los recursos internos auxiliares necesarios (mano de obra, infraestructura, base institucional) para expandir rápidamente los servicios?

Gráfico 1

Conciencia mundial

Los donantes multilaterales se han puesto a la cabeza a la hora de incrementar sustancialmente los fondos para la lucha contra el VIH/SIDA.



Fuente: OCDE (2005).
Nota: Las cifras correspondientes al sector privado reflejan solo las organizaciones no gubernamentales internacionales. Los fondos nacionales provienen de fuentes públicas y privadas, pero no incluyen el gasto de los hogares.

¿Quién paga?

Aunque la ayuda para luchar contra el VIH/SIDA crece rápidamente (gráfico 1), para los próximos años aún se prevé una gran brecha entre lo aportado y lo necesario. ONUSIDA estima que en 2005 los países de bajo y mediano ingreso precisarán entre US$9.600 millones y US$11.300 millones para combatir la pandemia, y entre US$14.100 millones y US$18.800 millones para 2007, y aún más en los años siguientes a medida que aumente la cifra de infectados (ONUSIDA, 2005). La OCDE estima que en 2004 en

Un huérfano de SIDA en una escuela de Kenya.

los países en desarrollo se asignaron unos US$6.000 millones (unos US$3.700 millones de fuentes internacionales). Ello se contrapone a un total de unos US$7.000 millones en compromisos anuales de asistencia oficial para el desarrollo (AOD) para la salud, que excluye recursos asignados al VIH/SIDA.

Hoy los donantes apoyan actividades en 140 países, de los cuales unos 25 —mayormente países africanos y caribeños muy afectados— reciben alrededor del 72% de la financiación. En algunos de estos países, esta financiación crece tan rápido que de hecho sustituye al presupuesto de salud. Las principales fuentes de recursos son el gasto público interno; la asistencia multilateral y bilateral; el Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria (financiado por donantes bilaterales y fundaciones privadas); el sector privado, y el gasto de los hogares por cuenta propia. Se estima que en los próximos años la asistencia bilateral crecerá más rápido que las demás fuentes.

La vigorosa reacción internacional contra el VIH/SIDA puede verse en algunos de los nueve países más afectados de África subsahariana (véase el gráfico 2). De 2000–02 a 2002–04, el volumen promedio de fondos externos creció significativamente en Lesotho (1.100%), Swazilandia (951%), Tanzanía (394%) y Zambia (698%). Solo Kenya no llegó a duplicar la asistencia, aunque fue el país con los mayores compromisos externos en 2000–02.

Ramificaciones económicas

¿Deben preocupar a los destinatarios los efectos macroeconómicos del aumento de recursos para el VIH/SIDA? En 2002–04 estos flujos representaron entre el 3% y el 25% del total de asistencia en ocho de los nueve países (salvo Swazilandia, donde rozaron el 90%). Estas proporciones limitadas indican que los recursos para el VIH/SIDA difícilmente puedan descarrilar por su cuenta la política macroeconómica, aunque podrían exacerbar cualquier problema macroeconómico causado por una ola de ayuda. Los efectos macroeconómicos obviamente dependen del tamaño de la economía y de las importaciones: las economías más pequeñas son más vulnerables al contexto externo. A mayor dependencia de la asistencia en relación con el PIB, más vulnerables serán los países a cambios imprevistos en las donaciones al carecer de recursos discrecionales compensatorios.

Experiencias recientes en Etiopía y Ghana (Aiyar, Berg y Hussain, 2005) muestran que los gobiernos pueden mitigar estos efectos negativos con políticas creativas, sobre todo el aumento de reservas en períodos de generosidad de los donantes, ahorrando en vez de gastar la asistencia. Pero lo común es que los gobiernos incrementen el gasto en función de las entradas de asistencia, convirtiéndolas en obligaciones presupuestarias permanentes.

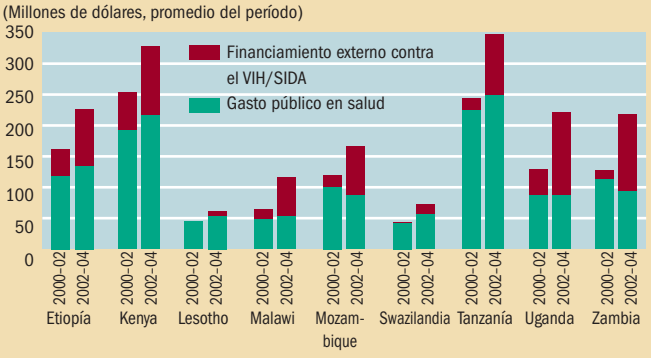
En cuanto al efecto fiscal, que opaca al macroeconómico, los factores clave son el nivel y la sustentabilidad de la ayuda externa, la competencia por recursos presupuestarios escasos, la capacidad de los gobiernos de absorber aumentos abruptos de recursos, y la amenaza de corrupción y derroche cuando es necesario gastar demasiado dinero en demasiado poco tiempo.

Hoy, los recursos externos para el VIH/SIDA comienzan a eclipsar las partidas de salud pública (gráfico 2). Los fondos han aumentado drásticamente, mientras que los presupuestos de salud pública poco han cambiado, y en algunos casos (como Mozambique y Zambia) han disminuido. Como resultado, en algunos países los fondos para el VIH/SIDA superan el presupuesto total de salud pública. En 2003/04 los flujos externos etíopes equivalían al presupuesto de salud pública, pero en Uganda y Zambia los fondos para el SIDA eran casi un 185% superiores al gasto público total en salud. En la mayoría de los casos, los fuertes aumentos entre 2000/01 y 2003/04 han exigido rápidos cambios en la escala y el alcance de los servicios de salud. Lo intrigante es cómo los

Gráfico 2

Falta de equilibrio

El aumento espectacular de los fondos para la lucha contra el VIH/SIDA está comenzando a dejar muy atrás al financiamiento del sistema general de atención de la salud.



Fuente: Lewis (2005a).

países pueden acoger y asignar con prudencia los nuevos recursos para el VIH/SIDA mientras su gasto global en salud disminuye o crece apenas moderadamente.

La volatilidad e imprevisibilidad de los fondos complican aún más el asunto. Toda mejoría significativa de los servicios exige nuevas contrataciones, pero con flujos inciertos sería casi insensato contratar más funcionarios, dadas la inflexibilidad laboral del sector público y la imposibilidad de despedir personal cuando cambian los recursos o las prioridades. Los países también dependen de medicamentos importados para pacientes con VIH/SIDA. Si las donaciones de recursos o en especie se agotaran, los gobiernos tendrían que asumir la financiación o se interrumpirían tratamientos vitales. Además, habría que mantener el volumen de los tratamientos. Debido a que los pacientes con SIDA requieren atención continua para la supervivencia, la interrupción de la terapia antirretroviral (TA) por falta de fondos condenaría a muerte a innumerables pacientes.

La mejor forma de aumentar la eficacia y el rendimiento marginal de un volumen dado de ayuda (es decir, la capacidad de absorción) es apuntalar la prestación de servicios de salud.

Instituciones y atención de la salud

Tener buenas intenciones y prioridades adecuadas no garantiza la eficacia de los programas. Es arriesgado suponer que los elementos complementarios necesarios estarán listos inmediatamente después de obtenida la financiación externa. Las demoras por falta de insumos críticos —personal, infraestructura, administración, almacenamiento, logística e información sobre desempeño y resultados— reducen la productividad y debilitan el impacto. Por ejemplo, si los medicamentos importados vencen en los muelles por falta de transporte a los dispensarios, los programas de TA son desperdicios inútiles de recursos de por sí escasos. Quizás haya infraestructura y personal, pero la falta de un elemento hace que un programa sea infructuoso. Los países precisan la facultad de gestión, gasto y monitoreo de las nuevas donaciones, pese a importantes restricciones a las instituciones y la gobernabilidad (recuadro).

Un efecto potencialmente pernicioso de la falta de sistemas de salud adecuados son los programas de SIDA mal estructurados o abastecidos, que producen bajos niveles de observancia de tratamientos complejos. Un estudio reciente del Banco Mundial sobre India (Over, *et al.*, 2004) muestra que si los medicamentos no se administran según protocolos estrictos, pueden surgir cepas resistentes del virus, poniendo en riesgo el tratamiento para todos. En general, las grandes ampliaciones o cambios en la prestación de servicios conllevan cierto período de caos y adaptación. Los servicios de TA no serían la excepción. Pero como el virus es capaz de mutar y adaptarse continuamente, y dado que la reducción del número de cepas resistentes es un bien público, es necesario prestar especial atención a los protocolos, la administración de las TA y la eficacia del sistema de salud.

En última instancia, la mejor forma de aumentar la eficacia y el rendimiento marginal de un volumen dado de ayuda (es decir, la capacidad de absorción) es apuntalar la prestación de servicios de salud. Esto implica fortalecer las entidades públicas que los brindan y financian. El problema es que los donantes muestran una creciente preferencia por programas extrapresupuestarios y "verticales" que atacan solo problemas concretos, desvinculados del sistema de salud. Esta preferencia es la extensión lógica de las campañas de recaudación que vinculan el gasto a enfermedades específicas, permitiendo demarcar sus aportes para que se asignen a un fin determinado. Así se evita a la vez el irritante control del ministerio de Hacienda y los obstáculos burocráticos de competir por fondos públicos. Y se elude la engorrosa integración a los sistemas de salud, donde es difícil alinear insumos y productos y medir resultados.

Aunque estas estrategias pueden lograr resultados rápidos, también socavan otros objetivos de desarrollo: la demanda de personal despoja a la función pública, provoca inflación salarial en el sector y debilita el sistema. También eluden procedimientos presupuestarios y de asignación normales —un área esencial para mejorar la gobernabilidad— debilitando la disciplina fiscal y la capacidad institucional. Los programas para el VIH/SIDA aún dependen directa e indirectamente del capital físico y humano existente. Aun si son iniciativas verticales y autónomas, forman parte del gran sistema de salud pública, que sigue atendiendo el diagnóstico, la derivación de pacientes y el tratamiento de infecciones oportunistas y efectos secundarios de las TA.

Cómo administrar el botín de guerra

¿Cómo asegurar que los recursos se usen y absorban eficazmente, logrando resultados positivos tanto en la contención del VIH/SIDA como en la gestión macroeconómica? Sin duda, las siguientes opciones serían un buen comienzo.

Crear un fondo de estabilización para el VIH/SIDA. El veloz incremento de los fondos para el VIH/SIDA exige una respuesta instantánea del lado de la prestación de los servicios. La rigidez del suministro y la necesidad de compensar la irregularidad de los aportes de los donantes requieren mecanismos alternativos. Un fondo de estabilización que tratara los grandes flujos de asistencia como una bonanza de recursos naturales permitiría que los países absorbieran y ahorraran nuevos recursos hasta que las circunstancias hicieran posible su uso eficaz. Como los recursos ya se han comprometido, dicho fondo funcionaría simplemente como depósito de donaciones bilaterales o multilaterales. Podrían manejarse mejor los problemas vinculados a los términos de intercambio y al tipo de cambio, se lograrían cuantiosos desembolsos anuales y se potenciaría la productividad y el impacto. La transparencia en la divulgación de datos y la eficiencia de la gestión

Sistemas de salud disfuncionales

Un examen reciente de las instituciones y la gobernabilidad del sector de la salud señala la gravedad de los desafíos institucionales (Lewis, 2005b). En países no afectados por el SIDA, el ausentismo del personal médico en clínicas de atención primaria promedia entre el 28% y el 42%, pero salta al 68% en Uganda y 74% en Bangladesh. Un seguimiento de los fondos públicos desde los ministerios de Hacienda hasta los puntos de prestación de servicios muestra que las dificultades de captación, las fugas y los obstáculos burocráticos locales ocasionaron que nunca llegara a las clínicas el 80% del presupuesto no salarial en Ghana, el 70% en Uganda y el 40% en Tanzanía. Las encuestas de hogares muestran que en la mayoría de los países, los pacientes pagan sobornos para recibir tratamiento en clínicas públicas, una violación a los mandatos de atención gratuita de la salud y un símbolo de mala gestión pública. Cabe preguntarse entonces si basta con aumentar los fondos o contratar más personal.

La escasez de personal para extender el tratamiento de las TA, que ha escandalizado a la comunidad internacional, tiene tanta relación con las limitaciones de la administración pública como con la presión externa que ejercen las instituciones financieras internacionales para frenar la contratación. Las condiciones laborales de los funcionarios públicos —falta de suministros y medicamentos, pocas oportunidades de ascenso, gestión inadecuada— contribuyen al desánimo y la migración. En Zimbabwe, antes de la desintegración del sistema de salud, la buena gestión de la administración pública retenía a los funcionarios, incluidos los del sector de la salud. Al deteriorarse las condiciones laborales, erosionarse la calidad de la gestión y aumentar la incertidumbre política y económica, los salarios y la administración en el extranjero adquirieron atractivo.

serían elementos clave. El fondo imitaría las inmovilizaciones de fondos del petróleo en Azerbaiján y Noruega, o de ingresos por la explotación de diamantes en Botswana. Las instituciones financieras internacionales tienen experiencia en esos programas y podrían simplemente aportar supervisión para ayudar a los países a establecer dicho fondo.

Gravar fondos entrantes. Podría recaudarse un impuesto de, por ejemplo, un 10% de todos los fondos recibidos para costear la modernización del sistema de salud. Los donantes se han mostrado reacios a financiar este costo, aunque la eficacia del grueso de los nuevos fondos depende del sistema de salud. Dicho impuesto repartiría el costo de la expansión de los servicios entre los donantes y evitaría que los gobiernos la costeasen por sí solos con fondos de por sí escasos. Debería combinarse con esfuerzos más concertados para modernizar el sistema de salud, de preferencia junto a las opciones siguientes que permiten integrar y aplicar eficazmente los nuevos recursos.

Atacar el desempeño deficiente del sistema de salud. De hecho, los sistemas de salud han quedado desatendidos en la ofensiva contra la crisis del VIH/SIDA, pero los sistemas y su capacidad de funcionar son los que determinan la posibilidad de prestar servicios, derivar pacientes para tratamiento y tratar efectos secundarios. La reforma de la administración pública, los cambios de gestión presupuestaria y una mayor responsabilización por las políticas, los programas y las funciones fiduciarias no solo merecen atención sino que también son críticos para la expansión eficaz de los servicios de salud y lucha contra el VIH/SIDA. Las autoridades pueden mejorar la prestación y economizar recursos al abordar los problemas de gobernabilidad y lograr más eficiencia mediante acciones como el uso de camas para pacientes ambulatorios en las clínicas; la tercerización de servicios auxiliares y directos; la emisión de vales para pacientes con SIDA, y el uso de paraprofesionales bajo supervisión.

Redoblar la participación no gubernamental. La prevención y el tratamiento deberían ampliarse más allá del gobierno. No es cuestión de que los gobiernos abroguen sus responsabilidades, sino que sigan coordinando y buscando vías novedosas de prestar servicios. Un ejemplo es Haití, donde extensionistas con una capacitación mínima logran llegar a comunidades necesitadas con el respaldo de una gestión y supervisión altamente técnicas. Algunos atascos podrían disolverse confiando más a las ONG la prestación, la contratación de personal temporero para programas públicos o la capacitación conjunta con patrocinio del gobierno.

* * * * *

La devastación producida por la pandemia del SIDA ha ocasionado una extraordinaria respuesta de la comunidad internacional, y luego de años de escasez de recursos, los donantes están compensando rápidamente los déficits del pasado. La pregunta es con qué rapidez y eficacia se pueden adaptar los países de bajo ingreso al nuevo —y quizás incierto— flujo de fondos dedicados a una sola enfermedad, con todo catastrófica. La debilidad de las instituciones y la fragilidad presupuestaria socavan la absorción de fondos. Además, centrarse en programas sólidos y con financiación suficiente para el VIH/SIDA sin prestar debida atención al sistema general de salud no es ni sostenible ni acertado. ■

Maureen Lewis es investigadora principal en el Center for Global Development, con sede en Washington.

Referencias:

Aiyar, Shekhar, Andrew Berg y Mumtaz Hussain, 2005, "El reto macroeconómico de la ayuda adicional", Finanzas & Desarrollo, *vol. 42 (septiembre), págs. 28–31.*

Lewis, Maureen, 2005a, "Addressing the Challenge of HIV/AIDS: Macroeconomic, Fiscal and Institutional Issues", CDG Working Paper 58 (Washington: Center for Global Development).

Lewis, Maureen, 2005b, "Governance, Institutions and Corruption in Health Care Delivery: a Review", draft Working Paper (Washington: Center for Global Development).

ONUSIDA, 2005, Resource Needs for an Expanded Response to AIDS in Low- and Middle-Income Countries *(Ginebra: Naciones Unidas).*

Organización de Cooperación y Desarrollo Económico, 2005, International Development Statistics online: Databases on aid and other resource flows. *Disponible en Internet: http://www.oecd.org/dataoecd/50/17/5037721.htm.*

Over, Mead, Peter Heywood, Julian Gold, Indrani Gupta, Subhash Hira y Elliot Marseille, 2004, HIV/AIDS Treatment and Prevention in India: Modeling the Cost and Consequences *(Washington: Banco Mundial).*