

Financiación de la lucha contra el VIH y el sida: ¿Dónde va el dinero?

Según estimaciones, el gasto anual de la respuesta al sida en los países de bajos y medianos ingresos pasó de menos de 300 millones en 1996 a 1.600 millones en 2001 y, luego, a 10.000 millones de dólares en 2007. El Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) estima que lograr el objetivo de acceso universal a prevención, tratamiento, atención y apoyo relacionados con el VIH en 2010 exigirá un crecimiento anual escalonado hasta totalizar 40.000 millones de dólares en ese año. Entre 70 y 80 por ciento de esa suma hará falta en los países de bajos ingresos e ingresos medios bajos más afectados por el VIH y el sida, sumamente dependientes de la asistencia financiera de los países donantes.

Lograr que los países donantes aporten esa enorme cantidad suplementaria de dinero no será fácil. De conformidad con la resolución de 1970 de la Asamblea General de la ONU, los respectivos gobiernos prometieron más de una vez aumentar la Asistencia Oficial para el Desarrollo (AOD) hasta el 0,7 por ciento del producto nacional bruto (PNB) pero sólo unos pocos lo cumplieron. El resto dista de haberlo hecho por lo cual siempre hubo una amplia brecha entre aquello que los países donantes proporcionan y aquello que los países de bajos ingresos e ingresos medios bajos necesitan para financiar la consecución de un nivel aceptable de desarrollo socioeconómico. Otras fuentes internacionales –fundaciones, organizaciones no gubernamentales y empresas privadas– nunca llegaron siquiera a aproximarse a colmar esa brecha aun cuando algunas fueron muy generosas.

También hubo inquietud en cuanto a que una parte desproporcionada del total de la AOD se asignara a una sola enfermedad cuando en noviembre de 2007, ONUSIDA publicó estimaciones mucho más bajas de la prevalencia del VIH y el sida mostrando que la desproporción era mucha mayor de lo que se pensaba. El gasto actual dista de ser el que exige toda la gama de enfermedades y lesiones en los países de bajos ingresos e ingresos medios bajos donde ni siquiera se gasta lo suficiente para cimentar la



capacidad de los respectivos sistemas de salud en su totalidad (MacKellar, 2005; Kates et al, 2007a).

La mejor esperanza tal vez resida en hacer mejor uso del dinero disponible. El hecho es que gran parte, o quizás la mayor parte, del dinero supuestamente gastado en la lucha contra el VIH en los países de bajos ingresos e ingresos medios bajos, en realidad, rara vez llega a esos países y cuando lo hace, se malgasta en ineficientes procedimientos burocráticos o programas y proyectos que no prestan servicios a quienes más los necesitan (ONUSIDA, 2006). Encausar el flujo de dinero de la fuente a la línea del frente y luego gastarlo en intervenciones eficaces puede contribuir en gran medida a alcanzar el objetivo del acceso universal. Mostrar a los donantes que se hace buen uso de su dinero y se obtienen resultados puede persuadirlos de aumentar su aporte.

La cruda realidad es que las personas más pobres de los países más pobres suelen verse obligadas a pagar de su propio bolsillo el porcentaje más alto de los costos sociales y de salud relacionados con el VIH. Por lo general, en esos países no hay un número suficiente de hospitales, clínicas, laboratorios y farmacias, y los que hay adolecen de deficiencias de personal, equipos y suministros. De ahí que no haya más alternativa que pedirle a los pacientes y sus familias que paguen tarifas o se procuren ellos mismos los medicamentos, las comidas, la ropa y la ropa de cama, así como los servicios de lavandería, baño y limpieza. Además, en muchos casos, también tienen que pagar con dinero de su propio bolsillo la atención domiciliaria y el apoyo a huérfanos y otros niños vulnerables.

En los países de altos ingresos e ingresos medios altos, los programas estatales de salud y seguridad social suelen cubrir entre 80 y 95 por ciento de los gastos de atención social y de salud relacionados con el VIH. En los países de bajos ingresos e ingresos medios bajos, los aportes combinados de gobiernos y donantes internacionales pueden llegar a cubrir un escaso 25 por ciento de los costos. Además, las grandes disparidades entre unos y otros países tal vez tengan más que ver con la política del propio gobierno y los gobiernos donantes que con la riqueza nacional. Un análisis reveló que en Kenya, el pago de gastos del propio bolsillo representa 45 por ciento del total de gastos de la atención social y de salud relacionada con el VIH mientras que en Ghana representa tan solo el 9,4 ciento (ONUSIDA, 2006a)

Si bien es cierto que la falta de aportes del gobierno nacional y los gobiernos donantes a los gastos relacionados con el VIH puede ser un gran problema, el uso incorrecto que hacen los gobiernos nacionales del propio dinero y el dinero de los donantes puede llegar a ser un problema mucho mayor. En diversos estudios comisionados por el Banco Mundial y otras instituciones se constata que muy pocos planes nacionales de lucha contra el sida se basan en pruebas contundentes. De ahí que gran parte del dinero disponible se malgaste en intervenciones que no suplen las verdaderas

necesidades de quienes viven con el VIH o se exponen a un alto riesgo de contraer la infección (Mullen, 2005).

Eso ocurre porque la planificación, la presupuestación y la realización de dichos planes nacionales no se:

- centran en quienes viven con el VIH y quienes corren el mayor riesgo de contraer la infección;
- construye sobre la base de los puntos fuertes de los proveedores de servicios existentes;
- elabora a partir del potencial de los propios expertos e instituciones de investigación del país;
- sigue elaborando a partir de un conjunto de pruebas más completo, fiable y actualizado;
- economiza cuanto se puede ni se insiste sin vacilación en que programas y proyectos se basen en pruebas y se orienten por resultados, y tampoco se
- incluye la intervención frente al VIH y el sida en situaciones de crisis humanitaria.

En los países de más altos ingresos una proporción considerable de servicios de salud y educación, así como de servicios sociales y comunitarios se presta mediante acuerdos financieros con organizaciones de la sociedad civil, incluidas aquellas de vocación religiosa. Un análisis reciente de datos de ocho países de altos ingresos revela que dichas organizaciones aportan un valor añadido (no contabilizado en los aportes estatales a sus presupuestos) que en término medio representa 22 por ciento de sus economías en el sector de la salud; 20 por ciento en aquellas del sector de la educación y 19 por ciento en las de servicios sociales (Salamon, 2007).

Por el momento, no se dispone de datos y análisis suficientes en los cuales basar tan siquiera estimaciones meramente aproximativas sobre las fuentes de dinero que, ya sea a escala mundial o país por país, fluyen por los tres ámbitos (comunitario, nacional e internacional) de las organizaciones de la sociedad civil que participan en la lucha contra el VIH. Tampoco es posible estimar grosso modo en términos financieros cuanto valor añaden esas organizaciones mediante sus propios aportes. Aún así, las pruebas sugieren que es muy considerable.

En África, las asociaciones cristianas de salud colaboran con el respectivo Ministerio de Salud y, por ejemplo, prestan 40 por ciento de la atención de salud en Kenya y Lesotho; 45 por ciento en Zimbabwe; 47 por ciento en Liberia y 48 por ciento en Tanzania (Dimmock, 2006). En 2004, Sidaction, el grupo de defensa del derecho al tratamiento, llevó a cabo una encuesta que abarcó 274 organizaciones basadas en la comunidad de 45 países africanos y en la cual se constató que: 68 por ciento de ellas prescribía tratamiento antirretroviral; 133 ofrecía seguimiento médico; 156 seguimiento psicosocial; 159 instrucción e información sobre medios de

sobrellevar los efectos colaterales del tratamiento y 141 tratamiento de infecciones oportunistas (Sidaction, 2005).

Entre 2002 y 2006, los compromisos en relación con el VIH y los desembolsos efectivos de los países miembros del Comité de Asistencia para el Desarrollo (CAD) de la Organización de Cooperación y Desarrollo Económico (OCDE) aumentaron más del triple en términos nominales. De 2005 a 2006, sus aportes a la AOD disminuyeron 5,1 por ciento pero sus compromisos en relación con el VIH aumentaron un 28 por ciento, cifrándose en 5.600 millones de dólares, y sus desembolsos efectivos un 11 por ciento, cifrándose en 3.900 millones de dólares. Todo ello representó el 44 por ciento de total (8.900 millones de dólares) gastado en 2006 en la lucha contra el sida en los países de bajos ingresos e ingresos medios bajos.

En enero de 2002, cuando se creó el Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria se pensaba que la mayor parte del dinero provendría de fundaciones, empresas y otras fuentes no gubernamentales. En realidad, dicho fondo depende en gran medida de los gobiernos donantes. En sus seis años de existencia y hasta finales de 2007 recibió promesas por valor de 17.900 millones de dólares y 9.200 millones en aportes efectivos, el 95,5 por ciento de los cuales provenía de países donantes. En ese período, aprobó subvenciones por valor de 10.000 millones de dólares, aproximadamente, y transfirió 7,7 millones de dólares a los beneficiarios de las mismas. El 90 por ciento de esas subvenciones se destinó a países de bajos ingresos e ingresos medios bajos y el 58 por ciento a la labor sobre el VIH (Global Fund, 2007).

De los 3.900 millones de dólares de AOD que los países miembros del CAD asignaron a la lucha contra el sida en 2006, 943 millones (24 por ciento) se atribuyeron al Fondo Mundial para costear subvenciones destinadas concretamente a esa lucha.

Aproximadamente un tercio de esos 3.900 millones de dólares se destinó a ONUSIDA y sus 10 copatrocinadores. El presupuesto de este último para 2006-2007 ascendía a 2.600 millones de dólares y de esos 10 copatrocinadores, los que más aportaron fueron el Banco Mundial, 32 por ciento; el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, 18 por ciento; la Organización Mundial de la Salud, 13 por ciento, y el Programa Mundial de Alimentos, 8,4 por ciento (UNAIDS, 2006b).

Después del Fondo Mundial, el Banco Mundial es el mayor donante multilateral del mundo para la labor relativa al VIH en países de bajos y medianos ingresos por conducto del Programa Multipaíses contra el VIH/SIDA en África y el Caribe, y otros programas de desarrollo. Desde 2002, contrajo compromisos por valor de casi 1.900 millones de dólares para subvenciones, préstamos y créditos con bajos intereses

destinados a dicha labor y lleva desembolsados casi 1.000 millones de esa cifra (World Bank, 2007).

En término medio, los países miembros del CAD asignaron mucho más de su AOD a gastos bilaterales que a instituciones multilaterales; de ahí que desde el año 2000, los primeros equivalieran de dos a cuatro veces en importancia al gasto multilateral anual. La urgente necesidad de responder al VIH y la existencia de ONUSIDA y el Fondo Mundial implicaron que, en término medio, los países miembros del CAD asignaran comparativamente una mayor parte de la AOD destinada a lucha contra el VIH a instituciones multilaterales que a la asistencia financiera y técnica de carácter bilateral. No obstante, cabe señalar que la práctica en la materia varía mucho de uno a otro de los países miembros del CAD.

Una serie de organizaciones supervisa y evalúa con espíritu crítico el gasto de la AOD en general y aquella destinada a la lucha contra el VIH en particular. En el Informe sobre Desarrollo Humano 2005 del PNUD, que se centra en la efectividad de la ayuda, se entendía que había mucho que mejorar. Lo mismo se sostiene en la encuesta de la OCDE de 2006 para evaluar hasta dónde tendrían que llegar los organismos bilaterales y las instituciones multilaterales antes de aplicar los principios de la Declaración de París sobre la Eficacia de la Ayuda al Desarrollo (PNUD, 2005; OCDE, 2007a).

La exposición del tema y las recientes evaluaciones mencionadas señalan diversas medidas que los gobiernos donantes y demás asociados locales, nacionales e internacionales en la lucha contra el VIH y el sida podrían tomar, entre ellas, las que siguen.

- Poner fin a la ayuda condicionada.
- Dejar de asignar la ayuda a fines determinados.
- Simplificar, armonizar y coordinar procedimientos.
- Prestar una ayuda previsible y sostenida.
- Insistir en que la gestión financiera sea responsable.
- Aplicar los principios de la Declaración de París sobre Eficacia de la Ayuda al Desarrollo.
- Insistir en que las intervenciones frente al VIH se basen en pruebas y se orienten por resultados.