

# De sentenciados a **muerte** a sentenciados a **deuda**

Paul Collier, Richard Manning y Olivier Sterck

**Ahora que el sida es una enfermedad controlable, los países y los donantes deben centrarse en financiar tratamientos e invertir en prevención**

**H**ACE veinte años, un diagnóstico de sida implicaba una muerte segura. Hoy, gracias a las terapias antirretrovirales, la gente que vive con el VIH en países de bajo ingreso puede gozar de una vida prácticamente normal a un costo de unos cientos de dólares al año. Al principio se temía que estas terapias no fueran viables en África dada la dificultad de cumplir con una rutina de tratamiento complicada (Stevens, Kaye y Corrah, 2004). Pero esos temores resultaron infundados: millones de africanos gozan hoy de salud y vida gracias a esas terapias.

Inspirada por esta idea de que la batalla médica contra el sida se puede ganar, una portada de la revista *The Economist* dedicada al trigésimo aniversario de la enfermedad se titulaba “¿El final del sida?”. Pero si el final del sida como catástrofe médica se encuentra al alcance, la enfermedad podría transformarse en una calamidad fiscal. La enorme mejora de las tasas de supervivencia significa que los países pobres con una alta prevalencia de VIH se enfrentan a una considerable obligación fiscal nueva (Haacker y Lule, 2011).

## **Disyuntiva moral**

El VIH destruye poco a poco los glóbulos blancos, que son fundamentales para el sistema inmunológico. Sin tratamiento, las personas cuyo conteo de células CD4 —un indicador de los glóbulos blancos— cae por debajo de 350 por milímetro cúbico tienen probabilidad de fallecer en un plazo de cinco años; con tratamiento, pueden vivir una vida casi normal. A pesar de la disponibilidad de medicamentos



Niña en un orfanato de sida, Ciudad de Geita, Tanzania.

genéricos y con descuento en los países pobres, el costo del tratamiento es excesivo para los pacientes pobres, y también para las sociedades pobres que deben asumirlo por su cuenta. Pero desde el punto de vista de los países de alto ingreso, el costo es insignificante: unos cientos de dólares para salvar una vida. Esto da lugar a una obligación de rescate: la gente identificada como VIH-positiva no puede ser abandonada a la muerte cuando es tan fácil salvarla. Es por eso que expresidentes como George W. Bush en Estados Unidos y Jacques Chirac en Francia, que no consideraban la ayuda para el desarrollo como algo muy prioritario, volcaron enormes recursos financieros exclusivamente en programas contra el VIH/sida.

Sin embargo, el costo de financiar tratamientos antirretrovirales crea su propia disyuntiva moral. Una vez iniciado el tratamiento, sería aborrecible interrumpirlo por falta de fondos. La decisión de suspenderlo constituye un “acto de comisión” que pone fin a la vida de gente ya identificada más que un “acto de omisión” por no lograr iniciarlo. Pero los gastos del tratamiento con antirretrovirales se perpetúan precisamente porque el tratamiento amplía las expectativas de vida: los pacientes jóvenes de hoy tendrán que recibir tratamiento por décadas.

Gracias a las terapias antirretrovirales y a la prevención, el número de personas contagiadas con VIH se ha reducido en la mayor parte del mundo. Entre 2001 y 2013, el número de nuevas infecciones con VIH disminuyó 38%, de 3,4 millones a 2,1 millones (ONUSIDA, 2014). La cantidad de decesos atribuibles al sida también ha caído —en 35% desde 2005— gracias al tratamiento. Sin embargo, como el número de infecciones nuevas todavía está muy por encima del número de decesos en muchos países, el número de ciudadanos VIH-positivos sigue en aumento, lo cual significa que los costos probablemente seguirán escalando durante muchos años. Además, la mayoría de la gente que ya está infectada con el VIH todavía no recibe terapia con antirretrovirales, ya sea porque el número de células CD4 aún no es suficientemente bajo para justificar el tratamiento o porque todavía no han sido diagnosticadas. Es decir, en algún momento mucha más gente necesitará tratamiento. Y lo que es peor, mucha de la gente que está en tratamiento —y de los que lo necesitarán en el futuro— terminarán desarrollando resistencia y necesitando regímenes más avanzados, que son considerablemente más costosos.

Las características distintivas de los costos tienen dos implicaciones profundas, que justifican la atención que le dedicamos al VIH/sida. Si bien el marco que elaboramos puede adaptarse para estudiar las implicaciones de otras condiciones sanitarias con las mismas características, naturalmente, nuestro análisis no pretende minimizar las necesidades de inversión en otros ámbitos de la salud.

Primero, como la decisión de iniciar el tratamiento conlleva una exigencia de financiamiento futuro, ese futuro pasivo debe conocerse por anticipado. Los donantes y los gobiernos de los países afectados deben acordar reglas claras sobre cómo se repartirán los costos. De lo contrario, es razonable prever que los gobiernos no quieran asumir obligaciones que resultarían inviables si los donantes se encauzaran hacia otras prioridades.

Segundo, como el avance ininterrumpido de la infección crea elevadas obligaciones futuras, las políticas de

prevención adquieren una nueva justificación. Aunque ya no es médicamente esencial para evitar la muerte, la prevención es financieramente más valiosa. Vale la pena aumentar el gasto en prevención como mínimo hasta que un dólar extra evite un dólar de obligación por nuevas infecciones.

Esto significa que el tratamiento y prevención del VIH/sida deja de ocupar exclusivamente a los ministros de Salud y pasa a afectar directamente también a los ministros de Hacienda. Según nuevos estudios, comprometer más recursos a la prevención del VIH podría ahorrarle dinero a un país (véase Collier, Sterck y Manning, 2015, y los análisis conexos del consorcio RethinkHIV).

## Contar los costos

En nuestro estudio examinamos la prevalencia del VIH y sus futuras implicaciones fiscales para ocho países africanos. Reconocemos que existen beneficios claros al tratar el VIH/sida en términos del bienestar individual y de la economía, pero aquí nos centramos en las implicaciones fiscales del deber moral de rescatar (véase el cuadro). Usamos un modelo epidemiológico estándar que forma parte del conocido *software* Spectrum para estimar la diseminación probable de infecciones hasta 2050 (Avenir Health, 2014). Luego, calculamos el costo total del tratamiento futuro. Los costos unitarios están tomados de Schwartländer *et al.* (2011), y se suponen constantes a lo largo del tiempo. Reducimos los costos futuros por la “tasa de descuento”, que es la tasa de interés. Cuanto más alta la tasa, más bajo el valor del pasivo actual por costos que ocurrirán en el futuro. Generalmente, los economistas expertos en salud usan una tasa de interés de apenas 3%, que implicaría un pasivo gigantesco. Nosotros optamos por la tasa más alta (y, por ende, más conservadora) de 7% que refleja mejor los costos de oportunidad. Aun descontando tanto los gastos futuros, los pasivos que surgen del tratamiento del VIH/sida son suficientemente altos como para afectar a las economías de los países.

La enfermedad aqueja a más de 10% de la población en cuatro de los ocho países que estudiamos: Botswana, Sudáfrica, Zimbabwe y Lesotho.

## Costos futuros

La desestabilización que podrían causar los costos del tratamiento con antirretrovirales justifica la asistencia internacional para algunos países.

|           | Prevalencia del VIH en adultos | PIB per cápita      | Saldo de deuda externa, 2012 | Financiamiento interno contra el VIH |   | Costo fiscal del tratamiento con antirretrovirales en 2015 | Costo fiscal agregado del tratamiento futuro |
|-----------|--------------------------------|---------------------|------------------------------|--------------------------------------|---|--|--|
|           | (adultos, porcentaje)          | (dólares de EE.UU.) | (porcentaje del INB)         | (porcentaje del INB)                 | (porcentaje del financiamiento total contra el VIH) | (porcentaje del PIB)                                       | (porcentaje del PIB)                         |
| Botswana  | 21,6                           | 8.332               | 17,7                         | 2,12                                 | 77  | 1,04   | 24,1   |
| Kenya     | 3,7                            | 1.588               | 31,1                         | 0,34                                 | 30  | 0,34   | 9,1  |
| Lesotho   | 13,9                           | 1.390               | 31,3                         | 2,08                                 | 57  | 1,95   | 73,6   |
| Malawi    | 8,0                            | 275                 | 31,7                         | 0,05                                 | 2   | 3,33   | 80,3   |
| Nigeria   | 6,3                            | 3.677               | 4,2                          | 0,05                                 | 23  | 0,15   | 6,8  |
| Sudáfrica | 17,3                           | 6.477               | 36,6                         | 0,52                                 | 88  | 0,63   | 21,1   |
| Uganda    | 4,5                            | 685                 | 22,5                         | 0,19                                 | 13  | 0,72   | 21,3   |
| Zimbabwe  | 13,4                           | 1.073               | 75,5                         | 0,28                                 | 29  | 1,81   | 38,7   |

Fuentes: FMI; Banco Mundial; Spectrum, base de datos de AIDSinfo, y cálculos de los autores.

Nota: Los datos corresponden a 2015 a menos que se indique lo contrario. El costo fiscal del tratamiento futuro se mide como el valor neto actual del costo de 2015-50, con un cálculo de valor terminal (término explicado en Collier, Sterck y Manning, 2015). INB = ingreso nacional bruto.

Teniendo en cuenta la propagación ininterrumpida del VIH, la necesidad de tratamiento enfrenta tanto a Botswana como a Sudáfrica a un pasivo que supera 20% del PIB. Como ambos son países de ingreso mediano, no pueden contar con que la comunidad internacional asuma gran parte de esta carga futura. Afortunadamente, ambos han sido administrados con prudencia y tienen un coeficiente deuda/PIB global bajo o moderado; por ende, el pasivo que generará el tratamiento es sustancial pero no desestabilizante. De hecho, la respuesta contra el VIH en gran medida ya está financiada internamente en Botswana y Sudáfrica.



## Ni los donantes ni los gobiernos deben desestimar una futura crisis.

En Zimbabwe, la prevalencia de la enfermedad es algo más baja que en Botswana y Sudáfrica, pero el nivel de ingreso es mucho más bajo, y la carga de la deuda reconocida, más alta. En este caso, sería aconsejable convenir por anticipado la distribución de la carga con los posibles donantes. De lo contrario, existe el peligro de que tanto los donantes como los gobiernos contribuyan menos de lo que podrían, endilgándole al otro la obligación de rescatar.

La situación de Lesotho es completamente diferente. Es un país mucho más pobre que Botswana y Sudáfrica, pero tiene un nivel parecido de infección por VIH. En consecuencia, enfrenta un pasivo drásticamente mayor, análogo a una deuda de más de 70% del PIB. Su deuda externa representa apenas 31% del PIB, pero el pasivo correspondiente al tratamiento del VIH empujaría la carga global del país por encima de 100%; es decir, según el nivel de deuda definido por el FMI en la Iniciativa para los Países Pobres Muy Endeudados, sería insostenible. Por esta misma razón, los donantes no deberían dejar que Lesotho asuma esta carga solo. La comunidad internacional ya reconoce que le corresponde condonar las cargas insostenibles de la deuda externa de los países pobres. La población de Lesotho es pequeña, así que la carga financiera que representará la lucha contra el VIH/sida para la comunidad internacional será insignificante.

En Malawi, a pesar de que la prevalencia del VIH es menor, el costo del tratamiento futuro eclipsa el pequeño endeudamiento externo. Pero como Malawi es mucho más grande que Lesotho, el costo para la comunidad internacional será necesariamente mucho mayor. Por ende, el gobierno de Malawi tiene que tener una garantía razonable de que recibirá financiamiento de los donantes antes de comprometerse a iniciar tratamientos.

Obviamente, dadas estas obligaciones de tratamiento futuro, los ministerios de Hacienda deben tomar conciencia de la problemática del VIH/sida y preguntarse cómo conjurar los riesgos que conlleva. Aun en Uganda, que tiene baja prevalencia, la obligación oculta de tratamiento tiene la misma magnitud que el endeudamiento reconocido.

En algunos de los países que estudiamos, los pasivos superan la capacidad del gobierno para asumirlos. Como existe una obligación de rescatar, el excedente de pasivos resultantes del tratamiento con respecto a lo que el país puede razonablemente cubrir se transforma en un pasivo para la comunidad de

donantes, cuyo financiamiento durará décadas. Los ministerios de Hacienda deben presionar a los donantes para que dejen claro su futuro compromiso. Aunque los donantes no tienen una capacidad ilimitada para asumir compromisos a largo plazo que sean jurídicamente vinculantes, convenir un marco de reparto de la carga reducirá las probabilidades de que los donantes dediquen los fondos a prioridades que se pongan de moda en el futuro.

Los fondos especiales que la comunidad internacional ha acumulado para combatir el VIH/sida representan respuestas en modalidad de crisis a la nueva obligación de rescate; son tácticas cortoplacistas más que estrategias de alianza a largo plazo con los gobiernos africanos. Pero la evolución probable de las necesidades de financiamiento de cada país puede proyectarse analizando el gasto histórico de gobiernos y donantes en el VIH/sida. Con una prevalencia de VIH determinada, a medida que aumenta el ingreso per cápita, aumenta también el gasto público. Pero como el gasto de los donantes baja prácticamente dólar por dólar a medida que sube el gasto público, el gasto total en la lucha contra el VIH/sida se mantiene más o menos constante. A menos que los ministros de Hacienda logren renegociar este patrón de distribución de la carga, tendrán que aceptar el hecho de que a medida que sus economías crezcan, los crecientes costos de tratamiento recaerán cada vez más en sus propios presupuestos.

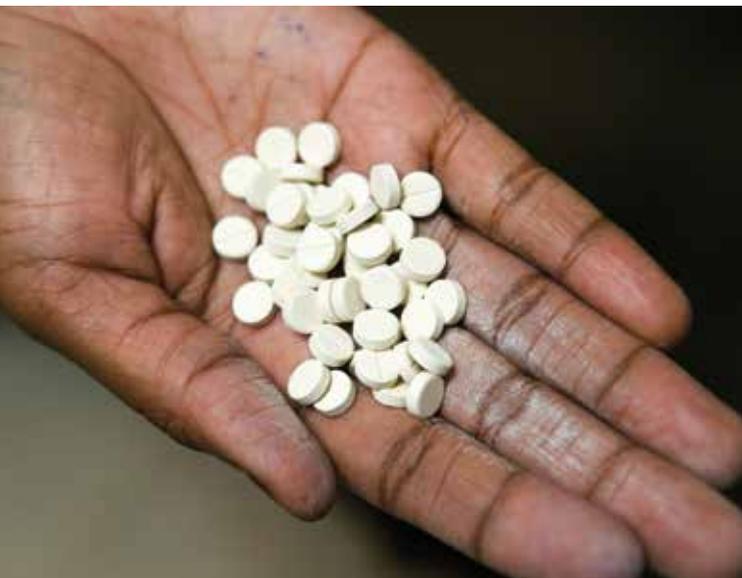
Los países que deciden renegociar pueden recurrir a algunos de los puntos de activación del alivio; por ejemplo, el momento en que la obligación futura total de tratamientos antirretrovirales de un país, más el endeudamiento externo reconocido, supera el umbral acordado de sostenibilidad de la deuda. Naturalmente, forjar un consenso internacional para esa renegociación no será tarea fácil.

De cualquier modo, ni los donantes ni los gobiernos deben desestimar una futura crisis en la cual millones de personas se exponen a una muerte evitable mientras cada parte le achaca la responsabilidad a la otra. Ahora bien, para erradicar el VIH no bastará con dinero y medicamentos; será fundamental una inversión continua para aumentar las tasas de prueba, difundir conocimientos y promover la prevención.

### Es mejor prevenir

Según se estima, el costo de la obligación de rescatar resalta la necesidad de políticas eficaces para impedir la propagación de la infección. En Lesotho y Uganda, alrededor de la mitad del pasivo fiscal futuro se debe a infecciones nuevas. En Malawi, las infecciones nuevas aumentan el pasivo de 50% a 80% del PIB. Por razones médicas, desde el descubrimiento de la terapia con antirretrovirales, la expansión del tratamiento se ha impuesto sobre la prevención, pero ahora hay argumentos *fiscales* contundentes para dedicar más atención a prevenir la propagación de la infección.

La primera política de respuesta de la comunidad internacional fue promover el tratamiento como clave de la prevención. Una vez que las personas comienzan la terapia con antirretrovirales, se hacen mucho menos contagiosas. Este es uno de los argumentos que esgrime actualmente la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2015) para iniciar el tratamiento mucho antes de lo necesario para evitar la muerte. Sin embargo, transformar el tratamiento en prevención incrementaría enormemente el compromiso fiscal, y en términos del objetivo de prevención existen otras medidas de reducir la propagación que pueden ser más redituables.



Medicamentos contra el sida, Programa Comunitario de Rehabilitación de VIH/SIDA, Orfanato y Clínica Pepo La Tumaini Jangwani, Isiolo, Kenya.

Por ejemplo, nuestras simulaciones basadas en los datos de Malawi muestran que la expansión de un programa de circuncisión de adultos quedaría justificada por la reducción de los pasivos fiscales que generaría, algo que no ocurriría expandiendo el tratamiento para fines preventivos. Los países africanos han logrado avanzar en algunos ámbitos, como la prevención de la transmisión de madres a hijos. Los programas que alientan a las niñas a no abandonar los estudios también han dado resultados prometedores (Santelli *et al.*, 2015), pero todavía faltan programas de prevención de calidad comprobada. En vez de volcar ingentes sumas de dinero para ampliar el tratamiento preventivo, quizá sea mejor probar otras estrategias de prevención, como las que buscan cambiar el comportamiento sexual, para ver cuáles dan mejor resultado.

El miedo a estigmatizar a los portadores del VIH a menudo ha inhibido los enfoques no médicos. Una primera campaña directa en la cual el presidente de Uganda, Yoweri Museveni, advertía sobre los riesgos de las relaciones sexuales con varias personas resultó muy eficaz. Las tasas de infección de Uganda luego volvieron a subir, cuando el reemplazo de esa campaña propugnaba, con menos realismo, la abstinencia sexual. Análogamente, hay buenas razones para centrar la atención en los trabajadores sexuales y los conductores de camiones —grupos clave para la transmisión de la infección— desde el punto de vista de la prevención. Una focalización geográfica más precisa también sería útil; en Kenya, por ejemplo, el riesgo de infección puede variar en una magnitud de 10 entre un condado y otro.

La última implicación importante de nuestros resultados es que los donantes y los gobiernos deberían coordinar de cerca la proporción que cada uno asume de los costos de tratamiento de infecciones futuras y los costos de prevención. Toda desviación significativa de este principio expondría las partes al riesgo moral. Por ejemplo, si los donantes pagaran el grueso del tratamiento de las infecciones futuras, y los gobiernos, el grueso de la prevención (o viceversa), ni una parte ni la otra tendría un

incentivo financiero para incrementar el gasto en prevención a un nivel redituable. Aunque hasta hoy se han destinado miles de millones de dólares a la lucha contra el VIH/sida, este principio básico de incentivos de financiamiento compatibles no ha sido reconocido, y mucho menos aplicado. Cobrará mucha más importancia a medida que se descubran estrategias de prevención eficaces que necesitarán ampliación.

Hasta la fecha, los gobiernos han dejado la problemática del VIH/sida en gran medida en manos de los ministerios de Salud, y la comunidad internacional ha creado grandes silos financieros a través de los cuales se financian las intervenciones. Ambos lados han llevado a cabo una labor creativa, pero con la expansión de la terapia con antirretrovirales ya no es posible ignorar las implicaciones fiscales de la lucha contra el VIH/sida. Es hora de que los ministerios de Hacienda tengan una participación más directa en las decisiones sobre la gestión de las obligaciones a las que se exponen los países, que el FMI ponga de relieve las implicaciones fiscales cuando corresponda, y que los organismos donantes integren el financiamiento contra el VIH/sida al marco general del financiamiento para el desarrollo a nivel del país. ■

*Paul Collier es Profesor de Economía y Política Pública en la Escuela Blavatnik de Gobierno de la Universidad de Oxford, donde Richard Manning es Investigador Principal. Olivier Sterck está realizando su posdoctorado en el Centro para el Estudio de las Economías Africanas en la Universidad de Oxford.*

*Este artículo se basa en un estudio (Collier, Sterck y Manning, 2015) publicado como parte de la labor de RethinkHIV, un consorcio de experimentados investigadores financiado por la Fundación RUSH, que evalúa nuevos datos sobre los costos, beneficios, implicaciones fiscales e impacto en el desarrollo de las intervenciones contra el VIH en África subsahariana. La metodología de costos utilizada en este artículo —así como las conclusiones derivadas de aplicarla, sobre la eficacia relativa en función de los costos de las diferentes políticas— fue desarrollada originalmente por Markus Haacker.*

#### Referencias:

- Avenir Health (anteriormente Futures Institute), 2014, Spectrum Manual, Spectrum System of Policy Models (Glastonbury, Connecticut).
- Collier, Paul, Olivier Sterck y Richard Manning, 2015, "The Moral and Fiscal Implications of Antiretroviral Therapies for HIV in Africa", CSAE Working Paper WPS/2015-05 (Oxford, Reino Unido: Centro de Estudios para las Economías Africanas).
- Haacker, Markus y Elizabeth Lule, 2011, The Fiscal Dimension of HIV/AIDS in Botswana, South Africa, Swaziland, and Uganda (Washington: Banco Mundial).
- ONUSIDA, 2014, The Gap Report (Ginebra).
- Organización Mundial de la Salud (OMS), 2015, Guideline on When to Start Antiretroviral Therapy and on Pre-Exposure Prophylaxis for HIV (Ginebra).
- Santelli, John S., Zoe R. Edelstein, Ying Wei, Sanyukta Mathur, Xiaoyu Song y Ashley Schuyler, 2015, "Trends in HIV Acquisition, Risk Factors and Prevention Policies among Youth in Uganda, 1999–2011", AIDS, vol. 29, No. 2, págs. 211–19.
- Schwartländer, Bernhard, John Stover, Timothy Hallett, *et al.*, 2011, "Towards an Improved Investment Approach for an Effective Response to HIV/AIDS", Lancet, vol. 377, No. 9782, págs. 2031–41.
- Stevens, Warren, Steve Kaye y Tumani Corrah, 2004, "Antiretroviral Therapy in Africa", BMJ, vol. 328, No. 7434, pág. 280.