

Financiamiento mundial para la lucha contra el SIDA y reemergencia de la discusión sobre su “excepcionalismo”

Lisa Forman

Introducción

En los últimos años, como respuesta a los aumentos “revolucionarios” en el financiamiento mundial para la salud, que se han generado alrededor del tratamiento del VIH/SIDA, se ha visto la reaparición de acusaciones sobre el excepcionalismo del SIDA. Se dice que tales aumentos ilustran que el SIDA demanda una porción excepcional y exagerada de los recursos mundiales; en detrimento de otras necesidades en salud y del fortalecimiento de los sistemas de salud. Estos argumentos han revivido críticas más antiguas sobre el “excepcionalismo” del SIDA que condenan a la política de VIH/SIDA de ser injustamente diferente del tratamiento de otras enfermedades infecciosas y de estar mal argumentadas, así como ser potencialmente contraproductiva.

En el presente artículo exploro un argumento opuesto: en vez de ilustrar una prioridad política mal colocada en una sola enfermedad infecciosa, el excepcionalismo del SIDA, en su financiamiento, representa una ruptura acogida con agrado de la antigua norma que tolera asignaciones internas y mundiales claramente insuficientes a la salud. Bajo esta perspectiva, el excepcionalismo (aunque una anomalía política) ha actuado como un correctivo de las políticas excluyentes e inequitativas de VIH/SIDA. Aunque todavía no es claro si tendrá una influencia transformadora similar sobre otras inequidades en

salud. El artículo explora este argumento por medio del bosquejo de 1) los debates tempranos sobre el excepcionalismo del SIDA, 2) la revolución en el financiamiento de la lucha contra el SIDA, 3) el resurgimiento del excepcionalismo del SIDA y 4) los argumentos en defensa del excepcionalismo.

El excepcionalismo temprano

En 1991, Ronald Bayer, un académico estadounidense de salud pública, identificó al excepcionalismo del SIDA en tal país como producto de una alianza de líderes gay, libertarios de los derechos civiles, médicos y funcionarios en salud que se resistían a aplicar las “disposiciones reglamentarias establecidas para controlar la propagación de enfermedades de transmisión sexual y de otras enfermedades contagiosas”, incluyendo las prácticas relacionadas a la prueba de VIH, al reportar los casos obligatoriamente, a la notificación a la pareja y a la cuarentena.¹ Argumentaban que el SIDA tenía que ser tratado de manera diferente a otras enfermedades contagiosas porque el estigma y la discriminación extendidos relacionados con éste requerían medidas de salud que protegieran la confidencialidad, la privacidad y la autonomía.² Por otro lado, Bayer sostenía que las políticas que trataban al SIDA fundamentalmente diferente a otras amenazas a la salud pública serían cada vez más difíciles de mantener. Así, Bayer profetizó que “de manera inevitable, el excepcionalismo del

Lisa Forman. Profesora-investigadora, Escuela de Salud Pública Dalla Lana; directora del Programa Comparativo de Salud y Sociedad, Escuela Munk de Asuntos Globales, Universidad de Toronto. Correo-e: lisa.forman@utoronto.ca

¹ Ronald Bayer, “Public health policy and the AIDS epidemic: An end to HIV Exceptionalism?” *New England Journal of Medicine*, 324, 1991, 1500-1501.

² *Ibid.*

VIH será vislumbrado como una reliquia de los primeros años de la epidemia.”³

Las dos décadas que han transcurrido desde entonces demuestran que su profecía fue extremadamente inexacta. En todos los países donde han estallado epidemias han surgido también debates sobre el excepcionalismo del SIDA. En 1998, Kevin De Cock, un médico belga que trabaja para *US CDC* en Kenya, habló a favor de la “normalización” del VIH/SIDA por medio de su tratamiento como

... otras enfermedades infecciosas para las que el diagnóstico temprano es esencial, con el fin de poder tomar las medidas terapéuticas y preventivas adecuadas dentro de los requerimientos de consentimiento informado y respetando la confidencialidad.”⁴

En 2002, De Cock repitió este llamado en *The Lancet*, criticando especialmente los enfoques de prevención de VIH/SIDA basados en los derechos humanos (que requerían el consentimiento informado para la prueba); argumentaba que habían reducido la eficacia de las estrategias de salud pública para la prevención y el tratamiento dentro de las epidemias devastadoras de VIH/SIDA vividas en África.⁵ El artículo atrajo una crítica tremenda de defensores de los derechos humanos que argumentaban que el estigma extendido requería mayores niveles de privacidad y de consentimiento. Sin embargo, la posición de De Cock triunfó en la política mundial, provocando la adopción por rutina de la práctica del examen de VIH en muchos establecimientos de atención de salud africanos; De Cock fue nombrado director del programa contra VIH/SIDA de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Mientras las controversias sobre la excepcionalidad del VIH/SIDA se han centrado en

³ Ibid, at 1503.

⁴ Kevin M. De Cock and Anne M. Johnson, “From exceptionalism to normalization: A reappraisal of attitudes and practice around HIV testing,” *British Medical Journal*, 316, 1998, 290, at 290.

⁵ Kevin M. De Cock, D. Mbori-Ngacha and E. Marum, “Shadow on the continent: public health and HIV/AIDS in Africa in the 21st century,” *Lancet*, 360, 2002, 67.

su estatus político aparentemente único, otros académicos argumentan que casi todas las medidas en salud importantes han generado disputas políticas.⁶ Scott Burris afirma que incluso la noción común de que el VIH es especialmente estigmatizante es sólo cierta de manera relativa con respecto a otras enfermedades contemporáneas, ya que en su tiempo, el cólera, la tuberculosis y la sífilis fueron todas “insignias de vicio y libertinaje”.⁷ Hasta el punto, dice Burris, que el VIH/SIDA simplemente ilustró el hecho de que

... las pasiones que la enfermedad puede despertar son lo que hacen de la salud pública tanto un arte político como una ciencia biomédica.⁸

2) El SIDA y la revolución mundial en salud

Nunca había quedado tan clara la naturaleza política de la salud pública y mundial como por medio de los cambios dramáticos recientes llevados a cabo en torno al VIH/SIDA y al financiamiento mundial en salud. En los últimos 10-15 años, la atención política hacia la salud mundial ha experimentado lo que cada vez más se considera una revolución. Esto ha resultado en la creación de nuevos actores institucionales y en nuevos mecanismos de gobernanza; ha generado ideas transformadas sobre las prioridades en salud en la toma de decisiones políticas y a cambios radicales en el financiamiento de la salud mundial.⁹

Esta revolución es clara, dramática en relación a la Ayuda Oficial al Desarrollo (AOD). Aunque los cálculos varían ampliamente, todas las fuentes

⁶ Scott Burris, “Public health, ‘AIDS exceptionalism’ and the law,” *John Marshall Law Review*, 27, no.2, 1994, 251-272, p252.

⁷ Ibid.

⁸ Ibid.

⁹ Ver: David P. Fidler, “After the revolution: Global health politics in a time of economic crisis and threatening future trends,” *Global Health Governance*, 2, no.2, 2008/9,1; Jon Cohen, “The New World of Global Health,” *Science* 311, 2006, 162, and Santiago Alcazar, “The Copernican Shift in Global Health,” Global Health Programme Working Paper No. 3, 2008, The Graduate Institute, Geneva.

señalan un gran aumento en AOD desde 1990, donde algunos estudios muestran un duplicamiento, triplicamiento e, incluso, cuadruplicamiento de la Ayuda Oficial para el Desarrollo en Salud en este periodo.¹⁰ Además, estos aumentos parecen haber crecido rápidamente desde 2001: mientras que la AOD en salud se duplicó entre 1990 y 2001, lo volvió a hacer entre 2001 y 2007.¹¹

El VIH/SIDA es responsable de gran parte de este *boom* financiero,¹² y ahora consume una gran

¹⁰ Ver, por ejemplo: Nirmala Ravishankar, Paul Gubbins, Rebecca J. Cooley, Katherine Leach Kernon, Catherine M Michaud, Dean T Jamison and Christopher JL Murray, "Financing of global health: tracking development assistance for health from 1990-2007," *The Lancet*, 373, 2009, 2113-24 (con un aumento calculado de US\$5.6 mil millones en 1990 a US\$21.8 mil millones en 2007); World Bank, *Healthy Development: The World Bank Strategy for Health, Nutrition and Population Results* (Washington DC: World Bank, 2007), (calcula que la AOD aumentó de US\$2.5 mil millones en 1990 a casi US\$14 mil millones en 2005); J. Kates, J.S. Morrison, E. Lief, "Global health funding: a glass half full?" *The Lancet*, 368, 2006, 187-8, (calcula que la AOD creció de US\$8.5 mil millones en 2000 a US\$13.5 mil millones en 2004); David McCoy, Sudeep Chand and Devi Sridhar, "Global health funding: how much, where it comes from and where it goes," *Health Policy and Planning*, 24, 2009, 407-417, p.409 (calcula que AOD aumentó de US\$5.98 mil millones en 2004, a US\$9.58 mil millones en 2006); Kammerle Schneider and Laurie Garrett, "The end of the era of generosity? Global health amid economic crisis," *Philosophy, Ethics and Humanities in Medicines*, 4, no. 1, 2009, 1 (calcula que los compromisos de los donantes a la salud mundial aumentaron un 200% entre 2000 y 2006: de US\$15 mil millones a US\$45 mil millones); y Jeremy Shiffman, "Has donor prioritization of HIV/AIDS displaced aid for other health issues?" *Health Policy and Planning*, 23, 2008, 95-100, p.98 (calcula que la ayuda de donantes para la salud y la población aumentó de US\$2.7 mil millones en 1992 a US\$11.1 mil millones en 2005).

¹¹ Nirmala Ravishankar, Paul Gubbins, Rebecca J. Cooley, Katherine Leach Kernon, Catherine M Michaud, Dean T Jamison and Christopher JL Murray, "Financing of global health: tracking development assistance for health from 1990-2007," *The Lancet*, 373, 2009, 2113-24, p. 2117.

¹² *Ibid*, 1-2.

cantidad del financiamiento para la salud mundial, con un crecimiento rápido de US\$0.2 mil millones (3.4% de AOD) en 1990 a US\$5.1 mil millones en 2007 (23.3% del AOD).¹³ El foco en la lucha contra el VIH/SIDA está reflejado también en la creación de nuevos programas e instituciones de financiamiento importantes, incluyendo el establecimiento en 2002 del Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria (FM) y la creación del Programa Presidencial de Emergencia para Aliviar el SIDA (PEPFAR, por sus siglas en inglés), creado por el gobierno estadounidense en 2003. Este último ha convertido a los EEUU en el Estado donador más importante a la salud mundial. El FM ha aprobado desde entonces cerca de US\$15 mil millones en 140 países, mientras que el gobierno estadounidense aumentó su compromiso financiero con PEPFAR de US\$15 mil millones a US\$32 mil millones.¹⁴ Estos dos programas, junto con otros financiadores multilaterales, bilaterales y filantrópicos (como la Fundación Bill y Melinda Gates) son responsables en la actualidad de cerca del 60% del financiamiento en SIDA en África Subsahariana, con más del 50% sólo del programa PEPFAR.¹⁵

Los programas están centrados en una amplia gama de servicios en torno al SIDA que van desde la prevención hasta el tratamiento. El hecho de que el tratamiento sea un foco de estos programas es en sí mismo un logro excepcional debido a las luchas políticas tempranas sobre los rechazos irresolubles de la industria farmacéutica, sus países huésped y las instituciones internacionales para

¹³ *Ibid*, p. 2118. Las grandes variaciones en las cifras de los financiamientos disponibles se ven ejemplificadas al comparar esta cifra con la de UNAIDS: US\$15.6 mil millones disponibles de todas las fuentes para VIH en 2008, ver UNAIDS y WHO, *Global Facts and Figures 09* (2009), disponible en internet:

http://data.unaids.org/pub/FactSheet/2009/20091124_fs_global_en.pdf

¹⁴ U.S. Government Presidential Emergency Plan for AIDS, "Latest PEPFAR Program Results," on <http://www.pepfar.gov/documents/organization/141876.pdf>

¹⁵ Alan Whiteside and Julia Smith, "Exceptional epidemics: AIDS still deserves a global response," *Globalization and Health*, 5, no. 15, 2009, p.4.

reducir los precios de los medicamentos y promover el acceso a tratamientos antiretrovirales costeables en África Subsahariana (el epicentro vasto de la pandemia mundial de VIH/SIDA).

Esta posición queda ejemplificada en el hecho de que en 1998, la política oficial de la OMS y de UNAIDS era que, debido a los altos costos de los medicamentos y a la necesidad de prevención efectiva, el tratamiento no constituía una forma inteligente de utilizar los recursos en los países más pobres.¹⁶ Esta postura era cercana a un consenso de políticas más amplio en el que se pensaba que EL costo-efectividad demandaba un establecimiento de prioridades brutal en el cual la prevención del VIH/SIDA tendría que ser financiado, en lugar del tratamiento; una decisión éticamente cuestionable en una pandemia grave que ya había infectado a casi 28 millones de personas en África Subsahariana.¹⁷ La transformación de esta situación vino a través de la defensa efectiva de los derechos llevada a cabo por movimientos sociales que cuestionaron la moralidad de una situación que protegía intereses comerciales privados, a costa de las necesidades de tratamiento contra el SIDA en África Subsahariana.¹⁸

La defensa del tratamiento tuvo como consecuencia una reducción dramática en los precios mundiales de los medicamentos contra el SIDA y fue testigo del cambio realizado por compañías, gobiernos y organizaciones internacionales hacia la defensa del acceso universal a los tratamientos antiretrovirales. Hoy en día, el acceso a estos medicamentos ha aumentado en países con ingresos medios y bajos de unos cuantos miles de personas en 2000 (muy

por debajo del 1%) a un cálculo de cerca de 5.2 millones de personas en 2010. Además, los aumentos han sido extremadamente rápidos y su velocidad crece: se puede observar un aumento del 36% en un año y un aumento de 10 veces en cinco años.¹⁹ Por primera vez se hace evidente una reducción de la mortalidad a causa de SIDA en África Subsahariana como resultado, en parte, del acceso más amplio a los antiretrovirales. Estos cambios radicales en los enfoques mundiales al tratamiento en contra del SIDA son sorprendentes, debido al grado de oposición política y económica vivida anteriormente. El impacto de este cambio se ha extendido mucho más allá del SIDA (tal como las cifras arriba mencionadas lo indican). El financiamiento de la lucha contra el SIDA ha motivado un flujo de recursos más amplio (aunque desigual) para la salud mundial más general.

3) El resurgimiento del excepcionalismo del SIDA

Por un lado, el éxito de la defensa del tratamiento del SIDA ha generado una cantidad de recursos sin precedentes para la salud mundial y unos resultados positivos en salud en países con una prevalencia alta; por otro, ha reanimado los debates sobre el excepcionalismo. Los argumentos contemporáneos sobre el excepcionalismo se centran en la cantidad de dinero y recursos asignados al VIH/SIDA. Está ejemplificado por el argumento de que el financiamiento del SIDA socava a los sistemas de salud de los países en vías de desarrollo, crea programas verticales que desvían los recursos (humanos y otros) de las necesidades de salud pública y conduce a la ineficiencia del sector público.²⁰

¹⁶ World Health Organization and UNAIDS, *Guidance Modules on Antiretroviral Treatments: Module 9: Ethical and Societal Issues Relating to Antiretroviral Treatments*. WHO/ASD/98.1, UNAIDS/98.7, (Geneva: World Health Organization, 1998), p. 13.

¹⁷ Por ejemplo, E. Marseille, P. B. Hoffman, and J. G. Kahn, "HIV prevention before HAART in Sub-Saharan Africa." *The Lancet* 359, no. 9320, 2002, 1851-1856.

¹⁸ Desarrollo este argumento en: "'Rights' and Wrongs: What Utility for the Right to Health in Reforming Trade Rules on Medicines?" *Health and Human Rights: An International Journal*, 10, no. 2, 2008.

¹⁹ UNAIDS and WHO, *Global Facts and Figures 09* (2009), disponibles en internet:

http://data.unaids.org/pub/FactSheet/2009/20091124_fs_global_en.pdf

²⁰ R. England, "The dangers of disease-specific programs for developing countries," *British Medical Journal* 335, no. 565, 2007; R. England, "Writing is on the wall for UNAIDS," *British Medical Journal*, 336, no. 1072, 2008, and Jeremy Shiffman, "Has donor prioritization of HIV/AIDS displaced aid for other health issues?" *Health Policy and Planning* 23, 2008, 95-100.

Algunos críticos van más lejos y sostienen que estos flujos de recursos están mantenidos por exageraciones sobre la pandemia.²¹ Por ejemplo, ChinA argumenta que UNAIDS y algunos activistas en contra del SIDA perpetúan mitos sobre la enfermedad para mantenerla en la agenda política, asegurando así financiamientos y empleos.²² Pisani dice que la extensión del financiamiento en torno al SIDA “borra al sentido común” y que los científicos han sido comprometidos por medio de los fondos y la política en torno al SIDA.²³

4) Una defensa al excepcionalismo del SIDA

El resurgimiento de las acusaciones de excepcionalismo en el contexto de financiamientos claramente aumentados hace surgir preguntas sobre sus fuentes políticas y culturales y los resultados esperados. En el presente artículo, no voy a tratar de responder a estas cuestiones más que por medio del señalamiento de que en su sentido léxico estricto: “el excepcionalismo” sugiere una ruptura de la norma y un caso en el que una regla no se aplica.²⁴ Por lo tanto, la acusación de excepcionalismo en SIDA implica que la financiación representa una ruptura de una norma mundial previa referente al financiamiento en salud a un grado tal que este aumento se dice es dañino, injustificado y hasta logrado por medios poco éticos. La implicación es, por lo tanto, que la norma mundial anterior referente al financiamiento mundial tendría que ser defendida. Desde este punto de vista, existen dos posibilidades para enfrentar el tratamiento excepcional del SIDA: reducir su financiamiento al nivel de otros (erradicar la excepción) o aumentar todos los otros financiamientos al nivel del de la lucha contra el SIDA (cambiar la regla).

²¹ Alan Whiteside and Julia Smith, “Exceptional epidemics: AIDS still deserves a global response,” *Globalization and Health*, 5, no. 15, 2009, p.2.

²² J. Chin, *The AIDS Pandemic* (Oxford: Radcliffe Publishing, 2006).

²³ Elizabeth Pisani, *The Wisdom of Whores: Bureaucrats, Brothels and the Business of AIDS* (London: Granta, 2008).

²⁴ Definición del *Merriam Webster*.

No hay una base moral para defender al primer argumento, especialmente si se considera la naturaleza dispereja e insuficiente de los niveles actuales de AOD. La atención obstétrica, un determinante importante de la mortalidad materna,²⁵ no es una prioridad de los financiadores en salud mundial, a pesar de ser la segunda causa de muerte en mujeres adultas a este nivel (7.2%).²⁶ El progreso en esta inequidad en salud ha estado relativamente estancado, con una reducción de la mortalidad materna general de menos del 1% entre 1990 y 2005,²⁷ una tasa 5.5% por debajo del requerido para lograr los Cinco Objetivos de Desarrollo del Milenio.²⁸ Además, en muchos de los países con la carga más alta de mortalidad materna, el progreso no nada más se ha mantenido o estancado, sino que se ha revertido.²⁹ Aceptar que el excepcionalismo del SIDA requiere un financiamiento reducido equivale a relegar las inequidades en salud a un abandono persistente (como la mortalidad materna). La respuesta excepcional al VIH/SIDA es, por eso, ilegítima sólo en la medida en que se mantiene centrada en

²⁵ Paul Hunt and Judith Bueno de Mesquita, “Reducing Maternal Mortality: The contribution of the right to the highest attainable standard of health,” University of Essex, Human Rights Centre, undated, p.4.

²⁶ World Health Organization, Leading causes of women’s death, disponible en: http://gamapsrver.who.int/gho/interactive_charts/women_and_health/causes_death/chart.html

²⁷ World Health Organization, *Maternal Mortality in 2005: Estimates developed by WHO, UNICEF, UNFPA and the World Bank* (Geneva: WHO, 2007), quoted in Sofia Gruskin, Jane Cottingham, Adriane Martin Hilber, Eszter Kismodi, Ornella Lincetto, and Mindy Jane Roseman, “Using human rights to improve maternal and neonatal health: History, connections and a proposed practical approach,” *Bulletin of the World Health Organization*, 86, no. 8, 2008, 589, p.589.

²⁸ Sofia Gruskin, Jane Cottingham, Adriane Martin Hilber, Eszter Kismodi, Ornella Lincetto, and Mindy Jane Roseman, “Using human rights to improve maternal and neonatal health: History, connections and a proposed practical approach,” *Bulletin of the World Health Organization*, 86, no. 8, 2008, 589, p.589.

²⁹ World Health Organization, *World Health Report 2005: Making Every Women and Child Count* (Geneva: World Health Organization, 2005).

el VIH/SIDA (en detrimento de otras necesidades en salud).

Se han realizado defensas fuertes del excepcionalismo del SIDA (incluyendo las de Stephen Lewis, el antiguo enviado especial para SIDA en África). Lewis sostiene que

... el excepcionalismo del SIDA es un concepto perfectamente defendible y descriptivo... yo recorrí los países africanos con alta prevalencia por más de cinco años; si lo que observé no constituye el golpe más excepcional que una enfermedad ha dado en el siglo XX, entonces habría que volver a definir la palabra *excepcional*.³⁰

Whiteside y Smith reconocen de manera similar que aunque el SIDA es excepcional, debería ser parte de una agenda de desarrollo más amplia basada en los derechos humanos, que tuviera como objetivo mejorar la salud y el bienestar de sociedades como un todo.³¹ Estos autores sostienen, por ejemplo, que:

... la rápida ampliación de intervenciones para prevenir la transmisión de VIH de madres a hijos provee una plataforma ideal para ofrecer otros servicios de salud materna e infantil, así como de salud reproductiva y de derechos reproductivos.³²

Yu *et al*, por otro lado, sostienen que aunque alguna evidencia señala que los programas de SIDA desvían recursos ocasionalmente, la mayor parte indica que estos programas provocan mejoras en la atención primaria y en la salud poblacional; en parte, porque llaman la atención y los recursos a regiones y poblaciones que de otra manera están desatendidas.³³ Estos resultados

sugieren que no es que los programas de SIDA tuvieran que ser disueltos, sino que los programas actuales habrían de ser aumentados para fortalecer los sistemas de salud.³⁴

Bajo esta perspectiva, en vez de ilustrar una prioridad política mal colocada en una sola enfermedad infecciosa, el “excepcionalismo” del SIDA representa una divergencia bien recibida de la antigua norma que tolera asignaciones internas y mundiales claramente insuficientes a la salud. Precisamente, son las políticas del VIH/SIDA (en especial el tratamiento del SIDA) las que han ampliado el “alcance” de actores de salud mundiales para asegurar niveles de financiamiento consistentes con la carga de la enfermedad y la muerte provocadas por la pandemia mundial.

Así, el excepcionalismo del SIDA (aunque sea una anomalía política) ha actuado como un correctivo de las políticas excluyentes e inequitativas de VIH/SIDA; aunque todavía no es claro si tendrá una influencia transformativa similar sobre otras inequidades en salud. El camino elegido por los financiadores en salud en los próximos años ilustrará si el excepcionalismo de SIDA es un resultado transformador o una anomalía algo dañina, sin implicaciones sistemáticas.

Recibido: 14 de enero de 2011.

Aprobado: 25 de febrero de 2011.

Conflicto de intereses: ninguno.

³⁰ Stephen Lewis, Presentation at the International AIDS Society Conference on Pathogenesis, treatment and Prevention, Cape Town, 2009, available at <http://healthdev.net/site/post.php?s=5611>

³¹ Alan Whiteside and Julia Smith, “Exceptional epidemics: AIDS still deserves a global response,” *Globalization and Health*, 5, no. 15, 2009, p.5.

³² Ibid.

³³ D. Yu, Y. Souteyrand, M. Banda, J. Kaufman, J. Perriens, “Investing in HIV/AIDS programs: Does it help strengthen health systems in developing countries?” *Global Health*, 4, no. 8, 2008.

³⁴ Ibid.



Medicina Social
Salud Para Todos