

IMPACTO MACROECONÓMICO DE LA PANDEMIA DEL VIH/SIDA EN EL PERIODO 1990-2013

Autor: Carlos Andrés Franco Blanco Estudiante de odontología, adscrito al semillero de investigación del grupo “Salud Colectiva

Coautor: John Harold Estrada Montoya Profesor Titular, Director departamento de Salud Colectiva

INTRODUCCIÓN

Desde la peste bubónica del siglo XIV, ningún agente patógeno había causado tales estragos en el mundo como el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH). Este ha destruido a un sin número de grupos familiares y ha causado un sufrimiento incalculable en las regiones más pobres del mundo que a su vez son las más castigadas por el virus y en donde las barreras de acceso al tratamiento antirretroviral disminuyen la esperanza de vida. El VIH/SIDA es una seria emergencia sanitaria mundial. El síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) es la principal causa infecciosa de muerte en adultos jóvenes en el mundo.

Los estudios de desigualdades en salud tratan de reflejar la relación entre las obligaciones del estado y la salud y estado socioeconómico de los individuos. Estos estudios se sitúan en la epidemiología social que se interesa especialmente por la relación de la salud con el contexto social. Por otro lado tenemos el modelo de mercado “Capitalismo” basado en la acumulación de capital y que ha generado una desigualdad social nunca antes vista, que al entrar en crisis libera las leyes de mercado para relanzar su tasa de ganancia convirtiéndose en “Neoliberalismo”. Dentro de las estrategias para seguir acumulando capital se encuentra la propuesta que el estado desproteja a la población e invierta este dinero en proteger las economías.

La pandemia del VIH/SIDA ha afectado profundamente a la humanidad desde su aparición, pero el fin de este trabajo es demostrar que independientemente del agente biológico, cualquier virus, bacteria u hongo es capaz de causar una catástrofe como la

que actualmente vive el planeta por el VIH/SIDA, al proliferar en un ambiente como el generado por el “capitalismo” o el “Neoliberalismo”. Debido a que son las políticas impuestas por estos las que están hundiendo a la humanidad en la miseria, al promover las desigualdades sociales y que obviamente agudizan la crisis económica; pero no porque la crisis sea consecuencia del largo periodo de enfermedad, sino porque las políticas que causaron la crisis económica por a promover la desigualdad social, generaron el ambiente para un largo periodo de enfermedad.

Desde el punto de vista macro-social, el impacto socioeconómico del VIH/SIDA está dado por la confluencia de las políticas ligadas al desarrollo que se ha acogido en distintos países. Los países capitalistas con orientación liberal justifican la reducción del estado y la intervención directa del capital privado en la provisión de servicios sociales, y promueven los cambios en los mercados de trabajo hacia modelos flexibles que precarizan el empleo y dejan la protección social a cargo del individuo. Las políticas utilitaristas, basadas en la economía neoclásica, y las políticas de familiarización trasladan las políticas de la protección social del Estado a los individuos y a las familias, exigiéndoles que absorban los nuevos riesgos que provienen de los mercados de trabajo y de las condiciones y modos de vida en la sociedad moderna. Estos mecanismos funcionan para mantener a los individuos en una posición baja en la escala social, y de esta manera conservar inmutables las estructuras del poder y dominación de los grupos más pobres. Por otra parte, ante los casos de crisis y contingencias en salud, como el VIH, los individuos y familias tendrán que responsabilizarse en mayor medida de los costos médicos, sociales y económicos que puedan producirse. Por otro lado el sistema económico que promueve el libre mercado genera brechas imposibles de superar al no permitir que a nivel micro y meso los individuos y sus familias puedan salir de la pobreza, lo cual tendrá un impacto macroeconómico importante llevando consigo a los países y continentes en un declive económico que impida su desarrollo.

Es así que si analizáramos la relación de la pandemia del VIH/SIDA con las leyes del libre mercado observaríamos una agudización de los efectos en el empobrecimiento de los países y el enriquecimiento de las grandes multinacionales que gracias a las nuevas políticas resultantes del libre mercado, son las únicas beneficiadas no solo de la pandemia del VIH/SIDA, sino de cuanta transacción económica que se presente en el

sistema, ya que por lo visto el único objetivo de las políticas del libre mercado es promover la desigualdad social y generar más pobreza.

La pandemia del VIH/SIDA afecta actualmente a 35,3 millones de personas, no solo por las alteraciones sistémicas propias de la enfermedad, sino también por la carga emocional, psicológico y social del individuo y su familia, así como el impacto económico que esto trae sobre la familia y más allá sobre la sociedad, países y continentes, en especial en aquellos donde más extendida está la pandemia. Una de las consecuencias de la pandemia del VIH/SIDA es principalmente en África donde hay países que han declarado la enfermedad como generalizada en su población, y donde se ha visto un aumento considerable en el número de niños huérfanos.

Para comprender en Odontología el tema de “El impacto macroeconómico generado por la pandemia del VIH/SIDA desde 1990 a 2013”, se decide hacer un acercamiento desde el enfoque de los determinantes sociales, en tanto estos incorporan las condiciones socioeconómicas como condicionante del proceso salud - enfermedad de las poblaciones. Adicional a esto como el problema objeto de estudio es el impacto macroeconómico, que se traduce en dinero en un balance de ganancias y pérdidas en los diferentes países se hizo necesario, hacer una reflexión sobre el sistema económico de estos países. Lo que obligó a leer en profundidad la crisis del capital para poderlo relacionar con lo macroeconómico.

Es por esto que se decide dividir los temas así:

1 Panorama general de la pandemia: Según los reportes de ONUSIDA del 2014 (los más recientes disponibles de este organismo de vigilancia y control), con cifras ajustadas que recogen retrospectivamente el comportamiento de la pandemia en las últimas décadas, se estima que a diciembre de 2014 las personas que viven con VIH/SIDA son más de 35 millones, lo que muestra un aumento en relación con años anteriores, lo cual se explica porque cada año más personas reciben tratamiento antirretroviral y se suman a las nuevas infecciones, que para el último año registrado se aproximan a 2,1 millones de nuevas infecciones, mostrando una disminución de 38 % con relación a 2001 donde se reportaron 3,4 millones de nuevas Infecciones; mientras que el número de muertes por VIH/SIDA fue de 1,5 millones, disminuyendo 35% desde

2005 año en que se presentó el mayor número de muertes en la historia. A pesar de lo alentador que parezca este dato, oculta inequidades en la distribución de la mortalidad entre los países, ya que 14% ocurrieron en Nigeria, 13% en Sudáfrica, 8% en India, 5% en Mozambique y Tanzania y 4% en Zimbabwe, Uganda y Kenia.

El consolidado mundial se aproxima al 0.8% años de prevalencia en adultos en 15 a 49 años de edad. La región más afectada sigue siendo África subsahariana con una prevalencia de 4.7%, Caribe con 1.1% Europa oriental y Asia central con 0.6%, América latina con 0.4%, Europa central y occidental y América del norte con 0.3%, Asia sudeste y pacífico 0.2% y en último lugar el mediterráneo y norte de África con 0.1%.

6.300 nuevos casos de Infecciones por VIH/SIDA se registran al día en 2014, 68% de ellos en África Subsahariana. De la cifra total, 5500 se encuentran en los adultos mayores de 15 años, de los cuales: El 47% corresponde a mujeres y alrededor del 33% se encuentran entre los jóvenes de 15-24 años. Y 700 casos de VIH/SIDA se produjeron en niños menores de 15 años de edad.

En Colombia desde 1985 al 2011 se ha reportado cerca de 80.000 casos verificados de infección por VIH/SIDA. El promedio de edad más afectado es el de 20 a 39 años de edad con un 52,7% de los casos; A este le sigue el grupo de 25 a 29 años de edad con un 15,3% de casos, el de 30 a 34 años edad con un 14,4% de los casos y finalmente el grupo de 60 o más años presenta un incremento a través de los últimos años.

2 Determinantes sociales del proceso salud – enfermedad: La revolución bacteriológica infundió la idea de que la atención médica, a través del progreso erradicaría las principales enfermedades; Pero el avance de las enfermedades crónicas puso en crisis el paradigma mecanicista imperante. Ya que no se encontraba un agente único que las explicara y no existía una terapéutica que la eliminara, así la medicina fracasaba ante estas enfermedades. La epidemiología dominante proporcionó este modelo: El de la multicausalidad que propugnaba que las enfermedades crónicas tenían múltiples factores. Pero el problema es que se desentendía de explicar la relación de los factores entre sí. Todos los factores eran considerados en la misma jerarquía.

El interés de los gobiernos por lo social se da cuando las ideas del liberalismo no solucionan los problemas de las masas urbanas y queriendo evitar la propagación de las ideas del socialismo emergente en esta naciente clase social del proletariado urbano. La medicina social fue un fenómeno fundamentalmente urbano e industrial y tiene su origen en la preocupación de los gobernantes que vieron en esta la oportunidad de neutralizar las revoluciones y la lucha de clases por parte de “las clases peligrosas”.

La enfermedad no se distribuye por el azar, sino que están profundamente determinadas por la estructura social, política y económica en la que vivimos (3).

Iniquidades se referiría a una diferencia o desigualdad injusta. Por ejemplo tener una esperanza de vida menor por ser de clase trabajadora es una clara iniquidad en salud.

La desigualdad supone que se ha medido la diferencia con el mismo instrumento (más o menos cm. de talla, más o menos incidencia de enfermedad o mortalidad). **La diferencia**, sin embargo, es la apreciación subjetiva que dos cosas no son iguales, aunque no podamos aplicar un instrumento de medida (una pera y una manzana son diferentes, más que desiguales).

Los estudios de DSS no solo pretenden demostrar la asociación entre determinantes sociales y los estados de salud, sino intervenir sobre estos determinantes para mejorar la salud de la población. Se establece entonces modelos como el río y las soluciones “corriente arriba” y “corriente abajo” que sirve para conectar y contrastar las perspectivas más clínicas de intervención sobre el sistema de cuidados de salud con las de salud pública de intervención sobre las políticas públicas.

El proceso causal entre estratificación social y salud habría que pensarlo como un río, cuya fuente estaría representada por el modelo político, económico y social, que determina las reglas del acceso y distribución de la riqueza. El curso alto del río, fuertemente determinado por las características de la fuente, serían las desigualdades en oportunidades de educación, ocupación e ingresos. Estas a su vez determinarían el curso medio, los llamados “factores intermedios”. Estos serían una serie de determinantes (posesión de bienes materiales, factores ambientales o laborales, factores psicosociales y hábitos nocivos para la salud), distribuidos de forma diferencial entre los diferentes grupos socioeconómicos. Los bienes materiales incluyen la

vivienda, el vestido, el transporte, las posibilidades de ocio o ayuda en caso de necesidad.

El entorno urbano y ambiental en el que se vive o la exposición a riesgos laborales donde se trabaja serán también factores intermedios muy influyentes. Los factores psicosociales influyen en la mediación del estrés por liberación de adrenalina y cortisol, que tienen importantes efectos en varios órganos y una demostrada influencia en mecanismos tan importantes para la salud como la tensión arterial, la coagulación sanguínea y la inmunidad. Las soluciones "corriente arriba" serían más difíciles, pero teóricamente más eficaces al impactar sobre más factores, o sobre factores con mayor potencialidad causal.

3 Crisis del capitalismo: Son cinco etapas en las que discurre el modelo capitalista. Un primer momento, denominado el capitalismo primitivo, que se extiende por varios siglos. Esta etapa fue estudiada sobre todo por Carlos Marx en sus tres tomos del libro el capital. Marx denominó primer período, al de la acumulación por expropiación, o a la acumulación original (1492 - 1789) donde unas personas llegaron hacerse demasiado ricas y cómo se concentró en pocas manos la riqueza, el índice de riqueza expresada en tierra, en manufacturas, en dinero, en fábricas, etc.

Dando un salto grande, se pasa a la segunda etapa del desarrollo del capitalismo, en el momento de mayor robustez y fortaleza del modelo, la que fue llamada la época del capitalismo mercantil. Este periodo se extiende desde la revolución francesa, en 1789, hasta 1914, también un lapso bastante grande, que los cronistas y los investigadores de la historia denominaron el siglo XIX largo, y que puede a su vez ser dividido en tres momentos, cada uno estudiado por sus características particulares.

El tercer periodo, denominado capitalismo monopolístico, se extendió durante 1914 hasta 1973, y se dividió en dos etapas, dado que tienen características que les permiten diferenciarse y estudiarse por separado, pero ambas constituyen capitalismo denominado monopolístico.

La cuarta etapa del capitalismo se conoce como la del capitalismo neoliberal o de globalización. Se ha extendido desde 1973 hasta hoy, época de cierre este ciclo histórico. Se planteó la quinta etapa, denominada del rubro como el del capitalismo; es

un proceso en configuración abierto, y cómo se resuelva esa etapa de maduración y crisis del mundo capitalista, dependerá de la acumulación de fuerzas de los diferentes sectores en pugna.

Muchos teóricos en economía, política e historia anuncian que el capitalismo, como se conoce, está por desaparecer y transitar a otro modelo. Lo que puede pasar es que el modelo que surja sea peor que lo que hoy se tiene; un panorama oscuro, sobre todo para los sectores de la población más deprimidas económicamente; en esta etapa oscura sólo sobrevivirá el 10% de la población, que ha acumulado históricamente la mayor cantidad de empresas, el 90% restante estaría librado a su propia suerte. En el otro extremo está la perspectiva optimista y sus teóricos coinciden en que la salida será un socialismo denominado nuevo socialismo o socialismo del siglo XXI. El 1 diciembre 2008, tras cinco meses de descenso de la producción, la nacional pública económica los de Estados Unidos, se notificó formalmente la realidad de la recesión, que de acuerdo con los datos comenzó en diciembre de 2007.

4 Bosquejo general de la macroeconomía: La macroeconomía estudia el funcionamiento global de una economía como un todo, sin hacer hincapié en el comportamiento específico de distintos sectores o agentes en cada mercado por separado. Es decir, el objeto principal de la macroeconomía es explicar la evolución de los agregados económicos, como el producto interior bruto (PIB), el nivel general de precios o la tasa de desempleo. Estos agregados son el resultado de agrupar los comportamientos de distintos agentes individuales en diferentes mercados. Por el contrario, la microeconomía se ocupa del análisis del comportamiento individual de los agentes como las empresas productoras o los consumidores) su interacción en mercados particulares.

Por ejemplo, al estudiar la evolución de los precios desde un punto de vista macroeconómico se realiza un promedio de todos los precios de los bienes y servicios que forman la economía, obteniendo el nivel general de precios, incluso aunque se sepa que cada uno de ellos puede estar teniendo comportamientos diferentes. Si se estudia el desempleo, se trata de obtener aquellas características comunes en las

diferentes industrias y definir las medidas que permitirían reducir la tasa de paro a lo largo del conjunto de la economía. O si se estudia el consumo, se analizará qué relación existe entre la cifra total del consumo de las familias del país con otras magnitudes como la renta o el tipo de interés, más que estudiar las decisiones individuales que realizan los consumidores cuando escogen entre distintos tipos de bienes en función de sus precios relativos.

El Objetivo general es describir el impacto generado por la pandemia del VIH/SIDA en el aspecto macroeconómico de países y/o regiones del mundo, a partir de la literatura científica internacional publicada durante el periodo 1990–2013.

Los objetivos específicos

- Identificar los aspectos macroeconómicos reportados por la literatura científica internacional relacionados con la pandemia del VIH/SIDA.
- Clasificar la información obtenida de acuerdo con la frecuencia de mención de los indicadores o categorías socioeconómicas macro estructurales a nivel cualitativo y/o cuantitativo.
- Relacionar la pandemia del VIH/SIDA con el desarrollo macroeconómico de una comunidad, región, país y continente, identificando su impacto positivo o negativo.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio hermenéutico sobre fuentes secundarias de información obtenida en las bases EconLit, PubMed, Medline, Embase, ScienceDirect, además de los sitios web como International AIDS Economic Network, UNAIDS, ONUSIDA, Banco Mundial y O.M.S. Mediante triangulación de esta información con herramientas de la teoría económica se documenta lo que ocurrió y lo que los teóricos predicen que ocurrirá en distintos niveles y sectores económicos de los países más afectados por la pandemia.

RESULTADOS

Fueron agrupados en cuatro grandes grupos.

1 Efectos Demográficos: A lo largo de la historia se ha visto que la pobreza impulsa la migración, en este sentido los hogares de las personas que migran se encuentran en

alto riesgo de contraer VIH/SIDA. A menudo son los ancianos y los niños los únicos que quedan en los hogares cuando el jefe de la familia migra a las grandes ciudades. Un estudio en Senegal establece un vínculo irrefutable que establece que del 27 % de los migrantes, el 11,3% de sus cónyuges tenía el VIH/SIDA, en comparación con una tasa de 1% respecto a los hombres de un pueblo vecino que no migraba. Este también ha sido el caso de México, Ecuador, Ghana y Nigeria.

Este fenómeno ha creado una alta mortalidad en adultos jóvenes y deja a millones de niños huérfanos y de ancianos a cargo de la manutención de los hogares. Por un lado los ancianos pasan a ser cuidadores de sus hijos en edad productiva enfermos por VIH/SIDA, lo cual impide que al estar viejos no puedan disfrutar de una vejez tranquila sino que tengan que seguir trabajando para alimentar y cubrir los gastos en salud, no solo de sus hijos enfermos sino también de sus nietos. Por otro lado los niños huérfanos tienen que abandonar la escuela para trabajar y ayudar con la manutención propia y de los demás individuos incapacitados para trabajar. Además del círculo vicioso de la pobreza, se observa que estos niños y ancianos presentan un índice de masa corporal más bajo en comparación con los niños y ancianos que no tienen a su cargo enfermos por VIH/SIDA.

1.1 Años de vida potencialmente perdidos: Swazilandia es considerado el país con la mayor prevalencia del VIH/SIDA en el mundo; se estima que el 26% de la población es VIH positivo. Como consecuencia del VIH/SIDA, la mortalidad en Swazilandia ha pasado de un 0,9% en 1990 y 1995 al 1,6% en 2005 y 2010. Así la probabilidad de un recién nacido alcance los 50 años se ha reducido de alrededor del 80%. Con este resultado podemos corroborar el impacto en la macroeconomía, al estarse reduciendo dramáticamente la fuerza de trabajo actual y del futuro.

Botswana es otro de los países con mayor nivel de prevalencia del VIH/SIDA en el mundo; según ONUSIDA en 2008, la prevalencia entre la población de las edades 15 a 49 fue del 23,9%, y 300.000 personas vivían con el VIH/SIDA. Comparado con otro estudio que muestra que en Botswana la esperanza de vida alcanzo los 65 años entre 1990 y 1995, se redujo a 56 años entre 1995 y 2000, y actualmente es de aproximadamente 40 años, como resultado de la mortalidad provocada por el

VIH/SIDA. Dentro de pocos años comenzará a disminuir la población, las proyecciones indican que para 2025 habrá un grave déficit de habitantes en edad de trabajar.

Del mismo modo, en los países del sur de África, las tasas de crecimiento de la población ya han disminuido entre un 0,6% y 1,5% en el 2000. Para el año 2010, se espera que las tasas de crecimiento de la población disminuyan hasta en un 3% para los países más afectados, lo que refleja el aumento de mortalidad, la reducción de las tasas de fecundidad de las mujeres infectadas por el VIH/SIDA y la reducción en las tasas de natalidad.

Aunque la reducción de la esperanza de vida en los países africanos es la más severa, los resultados nos muestran que la esperanza de vida no es significativamente mayor a un escenario sin VIH/SIDA, lo cual indica que aun y en ausencia de la pandemia, el hambre, la desigualdad social, las barreras de acceso a la salud y educación, productor del sistema económico macabro que rige al mundo, hace que los individuos mueran a edades tempranas.

1.2 Reducción de la oferta de trabajo: Los efectos económicos de la enfermedad se observan en el constante aumento de las ausencias de los trabajadores a sus puestos de trabajo, el aumento de la rotación de personal en corto tiempo por un mismo puesto laboral, el aumento de la contratación y los costos de formación; así como en el aumento de la atención médica, la cobertura de los seguros, fondos de pensiones y las cuotas de los gastos fúnebres. El VIH/SIDA causa que la productividad caiga, aumenta los costos empresariales y repercute negativamente en la economía influyendo en la rentabilidad de las empresas. El VIH/SIDA no solo es una catástrofe humana, sino que también es una amenaza para el desarrollo de las empresas y macroeconómicamente para el desarrollo de cada país.

El factor social y económico para una vida sostenible y los efectos debilitantes de la enfermedad al reducir la capacidad de las personas para mantener el empleo que, a su vez, socava los esfuerzos para reducir la pobreza y promover desarrollo; no sólo afecta la salud de los trabajadores, sino que también consume sus ahorros y los de sus familias y su productividad en general, ya que empiezan a pasar más tiempo al cuidado de los enfermos, teniendo que abandonar el trabajo y vivir de los pocos ahorros. El VIH/SIDA golpea en el grupo poblacional entre los 15 a 24 años de edad que presentan

el mayor número de nuevas infecciones. Estos jóvenes son la fuerza de trabajo actual y del futuro, por tanto, el VIH/SIDA se ha convertido en una cuestión fundamental para todas las empresas en el mundo de hoy.

Con lo anterior podemos ver las consecuencias para la economía que tiene la disminución en el número de personas en edad productiva y la dificultad de reponer el personal capacitado que ha muerto a causa del VIH/SIDA. Los conocimientos, la educación, la experiencia no son transmisibles en corto tiempo, es así que la muerte de docentes, personal de salud, técnicos y técnicos profesionales, causan un impacto contundente en las empresas puesto que aunque existan vacantes, no habrá personal capacitado que pueda desempeñar las actividades requeridas. Con esto podemos entender porque la pandemia ha aumentado la oferta de empleo y al mismo tiempo el desempleo, ya que las personas que aún puede trabajar, no pueden hacerlo por no tener los conocimientos necesarios, viéndose obligados a entrar en la informalidad para tratar de sobrevivir o simplemente no trabajar y vivir de la caridad.

En el sector primario, datos estadísticos económicos nacionales de la mayoría de países de África revelaron que la economía de estos países es predominantemente agrícola y que este sector es un importante contribuyente al PIB de cada país. Estas pruebas indican que este sector aporta aproximadamente el 80% al PIB anualmente y proporciona empleo a cerca del 80 % de la población. Se ha evidenciado una mayor prevalencia de pobreza en los hogares en los que se ha tomado la agricultura como un medio de vida sin ningún otro medio de ingreso. La actividad agrícola en la mayoría de los países de África depende de la mano de obra humana y los estudios han demostrado que el grado de la oferta de trabajo en la agricultura está reduciendo gradualmente a causa del VIH/SIDA, que en estos países ya es endémico.

De acuerdo con las estimaciones mundiales, 25.5 millones de trabajadores agrícolas han muerto de VIH/SIDA desde 1985 a 2006, y más de 16 millones morirán en 2020. La mayoría de la población en los países más afectados por el VIH/SIDA viven en las zonas rurales. En muchos países africanos, la agricultura y los oficios relacionados proporcionan un medio de vida para más del 70% de la población. Por lo tanto, es de esperar que la pandemia de VIH/SIDA causará graves daños en el sector agrícola. La evidencia ha demostrado que el VIH/SIDA ya no se limita a las ciudades, sino que

ahora se está extendiendo a una velocidad alarmante en las zonas rurales y afectas a la población agrícola, especialmente en sus años más productivos de 15 a 45.

1.3 Reducción de la productividad laboral: Para 2002 el 23% de la fuerza laboral de Sudáfrica era VIH positivo. Donde quiera que golpee la pandemia impone consecuencias sociales graves en el hombre. La vida familiar está gravemente perturbada, vemos como los adultos se vuelven menos capaces de trabajar, los costos de salud suben y los niños quedan huérfanos o se ven obligados prematuramente a trabajar. Estas consecuencias humanas y sociales de la pandemia, especialmente en África subsahariana son cada vez más visibles. Más allá de estas consecuencias son los costos económicos de la pandemia. Estos incluyen costos inmediatos, tales como el aumento de los gastos de atención de salud y reducción de la productividad laboral y los costos a largo plazo, como la reducción de los niveles de la educación, la salud y el capital social, al tener que invertir el dinero destinado para estos en tratar de parar la pandemia de VIH/SIDA.

Esto fue reconocido por Sir Edwin Chadwick cuando argumentó que la inversión en saneamiento reduciría las pérdidas económicas creadas por la muerte temprana de niños pobres. El capital humano puede ser pensado como una función del tiempo productivo; se ha demostrado que los beneficios económicos de una buena salud en el individuo igualan o superan los beneficios de un aumento en la educación y en el trabajo empírico de formación. Es importante destacar que, para muchas personas pobres, su único bien para la productividad económica es su cuerpo y el shock económico asociado con la enfermedad puede conducir a la miseria.

Otro efecto que es relativamente susceptible de cuantificar es la mano de obra con experiencia. En Botswana en 2000, la edad promedio en una mina de trabajo fue de 40 años con un 60% de los trabajadores comprendidos en la franja de edad de 35 a 45 años. Sólo un 3% de los trabajadores de la mina en 2000 tenían menos de 24 años de edad. Simulaciones indican que, en 2015, aproximadamente un tercio de los mineros será menor de 24 años y casi el 60% será menor de 30 años de edad. Estos son números inquietantes, puesto que la evidencia microeconómica sugiere, que la experiencia de los trabajadores y la tutoría son importantes para el aumento del nivel y la tasa de crecimiento de la productividad.

Se evidencia entonces una marcada disminución en la productividad laboral como un impacto del VIH/SIDA en los primeros sectores de la economía. Puesto que el largo periodo de enfermedad y el hecho que en muchos países la enfermedad es generalizada, hacen que la mayoría de la población en edad productiva esté infectada con el VIH/SIDA y tengan que dejar de trabajar para tratar de recibir asistencia médica, al no ser esta suficiente, se ven obligados a dejar de asistir al trabajo o de ingresar al sector informal para trabajar cuando les sea posible, al empezar a sufrir los efectos patológicos de la enfermedad. En este panorama para cualquier ser humano en edad productiva es imposible realizar alguna actividad lucrativa que en las condiciones del capitalismo permita sobrevivir y costear una enfermedad crónica.

2 Efectos del VIH/SIDA en el sector de la salud. Una pandemia generalizada de VIH/SIDA es un duro golpe para el sector de la salud. Aumenta la demanda de atención médica y reduce el suministro de la atención en una calidad y precio determinado. A medida que aumenta el número de personas con VIH/SIDA, el acceso a la atención médica es más difícil y más caro para todos, incluyendo a las personas no infectadas con VIH/SIDA, y los gastos totales en salud aumentan. Esto a su vez genera un efecto a nivel intrahospitalario donde el número de pacientes infectados por el VIH/SIDA ingresados diariamente se duplica. La tasa de mortalidad de los pacientes hospitalizados sin VIH/SIDA aumentó en más de dos tercios, lo que indica que las personas con enfermedades menos graves ni siquiera podían ingresar al hospital.

La variación de solo el 1% de prevalencia del VIH/SIDA o el 10% en mortalidad por tuberculosis evitando con esto la mortalidad infantil o de los adultos en edad productiva da los mismos resultados que aumentar 40% en el PIB. Esto corresponde a por lo menos una década de crecimiento económico en los países de bajos ingresos o en vía de desarrollo.

3. Impacto del VIH/SIDA sobre la pobreza y la desigualdad: La donación de dinero por parte de los países del primer mundo a los países afectados por la pandemia del VIH/SIDA, es más allá de un acto social una estrategia de cada país donante para mantener su economía por causa de la actual crisis económica. Puesto que una vez realizada la donación, el país afectado tiene que invertir ese dinero en el mercado local

que tienen como dueños a los países del primer mundo, el dinero donado retorna a los países por medio de las compras que los países afectados hacen en ese mercado para mitigar la pandemia. Lo anterior evita que la economía de los países afectados tenga algún tipo de flujo de dinero que le permita reactivarse, evita tener activos con los cuales poder contratar mano de obra, evita generar empleo y por ende disminuye el PIB per cápita, aumentando la pobreza y promoviendo la desigualdad.

En Sudáfrica se destaca la necesidad de programas específicamente de garantía de empleo bien diseñados, programas centrados en la comunidad y el hogar basado en la atención como una posible manera de ayudar a compensar los efectos desestabilizadores de VIH/SIDA y la pobreza endémica. Al ser las mujeres por factores culturales las encargadas de cuidar de los enfermos y no poder trabajar, el estado debería capacitar a las mujeres en cuanto al cuidado de enfermos y pagarles por esta labor. Ya que la inequidad de género hace que las mujeres trabajen en las tareas propias del hogar, lo cual consume tiempo; por otro lado tienen que cuidar a los enfermos que consume más tiempo aún y finalmente no pueden emplearse por falta de tiempo para cumplir con un horario de trabajo que les permita tener ingresos para poder sobrevivir.

La importancia del trabajo no remunerado se ha reconocido desde hace tiempo. Sin embargo, los modelos económicos y al nivel de macro-análisis con algunas notables excepciones siguen utilizando un lente que hace a estos segmentos de la población invisible. Esto es fundamental en el contexto de la pandemia del VIH/SIDA, puesto que la relación entre el cuidado no remunerado, el género y la pobreza todavía no ha recibido una atención adecuada política.

4. Dimensión fiscal del VIH: El objetivo del programa del Banco Mundial sobre las dimensiones fiscales del avance de la pandemia del VIH/SIDA, es destacar y evaluar los desafíos de la política fiscal derivados de la respuesta al VIH/SIDA, y para ayudar a los países en la selección de las políticas relacionadas con el VIH/SIDA y decidir sobre la asignación de recursos de una manera sostenible. En primer lugar, es importante reconocer que los países afectados por la pandemia son diversos no solo en la prevalencia, sino en su contexto económico, pero donde claramente los menos desarrollados son los más afectados.

El mayor componente de los costos fiscales de VIH/SIDA, y el factor que domina el aumento de los costos, es la atención y el tratamiento, pasando de 1,3 mil millones a 2,5 mil millones para el año de realización del estudio, lo que refleja el creciente número de las personas que reciben tratamiento, pasando de 119.000 en 2010 a 168.000 en 2030. Otro factor importante es el incremento en los costos de mitigación, lo que refleja el aumento del número de huérfanos a través de gran parte del período de proyección y que amenaza con seguir expandiendo la pandemia y con esto aumentando los costos para mitigarla.

4.1 Aumento en el gasto público: El impacto de una grave pandemia de VIH/SIDA en el gasto público en salud se amplifica en los países que ofrecen mayores subsidios para el cuidado de la salud. Los gobiernos son presionados para aumentar su participación en el gasto en atención de la salud y proporcionar subsidios especiales para el tratamiento del VIH/SIDA. Desafortunadamente, debido a la escasez de recursos y la incapacidad o falta de voluntad de los gobiernos para aumentar el gasto en salud pública lo suficiente para compensar estas presiones, cualquiera de estas acciones puede exacerbar el impacto de la pandemia en el sector de la salud.

Con base en las proyecciones epidemiológicas y los objetivos del Marco Estratégico Nacional, de los costos del programa de VIH/SIDA se estima que hay 4,4% del PIB en 2010, y que se elevará al 6,8% del PIB en 2020, disminuyendo lentamente a 6,5% del PIB en 2030. El componente más importante de los costos son los de atención y tratamiento, se duplicó de 1.4% del PIB en 2010 a 2.8% del PIB en 2020. El segundo elemento, la mitigación, se sitúa en el 1,6% del PIB, llegando a un 2,3% del PIB en 2020. Estos costos estimados son muy grandes desde una perspectiva fiscal o macroeconómica, sobre todo porque los recursos fiscales se están reduciendo. Como consecuencia, se prevé que los costos fiscales de VIH/SIDA que aumente a más del 30% de los gastos corrientes.

4.2 Aumento de la deuda externa: La financiación externa representa más del 90% del gasto contra la lucha del VIH/SIDA en Malawi, Mozambique, Tanzania y Zambia. En general, Estados Unidos que el mayor contribuyente a los programas de VIH/SIDA, Europa y Reino Unido a través del Plan de emergencia para mitigar el impacto del

VIH/SIDA han experimentado una fuerte caída en el crecimiento económico, aunque el descenso es algo menos pronunciado que para los países menos desarrollados; (cerca de 5 puntos porcentuales, en lugar de 7 puntos porcentuales), pero la recuperación se produce con mayor rapidez.

Al mismo tiempo, el equilibrio fiscal se deteriora vertiginosamente, y permanece en déficit para los próximos años. Para Estados Unidos, el deterioro de la balanza fiscal es extraordinario, y el déficit fiscal estimado para 2009 es el más alto registrada desde el fin de la Segunda Guerra Mundial. Como resultado la deuda pública en los Estados Unidos se duplicará en relación con el PIB entre 2007 y 2015 del 42% y el 86% del PIB.

4.3 Disminución del P.I.B: Las estimaciones cuantitativas a principios de 1990 fueron comprometidas por la falta de datos adecuados, y por lo tanto sometidas a un modelo de crecimiento calibrado para obtener estimaciones de los efectos macroeconómicos de la pandemia. Todos los estudios conocidos de este tipo han examinado el impacto del VIH/SIDA en los países individualmente. Se estimó que entre 1990 y 2025 los 10 países con las pandemias más avanzados verían una reducción en el crecimiento per cápita de alrededor de un tercio de un punto porcentual en comparación con un escenario sin VIH/SIDA. Del mismo modo, se indicó que entre 1985 y 2010 Malawi podría experimentar un decrecimiento promedio del PIB real de hasta 1,5 puntos porcentuales menos, mientras que otro estudio estima que en Tanzania el PIB per cápita podría ser hasta un 10% más pequeño. También se concluyó que el crecimiento del PIB en Botswana disminuiría de alrededor de 5,5 % en una tasa de 1,5 y 2,5% anual, como resultado de la pandemia y tendría un impacto significativo en todos los sectores de producción, los hogares y los tipos de mano de obra.

Fuera de África el panorama no es muy alentador, puesto que aunque es en África donde se concentra la pandemia, el resto del mundo ya empezó a sentir los efectos económicos del impacto del VIH/SIDA. El Banco Mundial en 2006 estimó que Rusia puede bajar un 4% de su PIB a finales de esta década debido a la rápida propagación de la enfermedad. El VIH/SIDA ataca cada vez más la mano de obra Rusa, incluidos los sectores de importancia estratégica, como la minería, el petróleo, la fábrica e industria. Se igual forma para 2005 el PIB de Jamaica, Trinidad y Tobago caerá en un 5% a causa de la pandemia del VIH/SIDA.

CONCLUSIONES

Los diversos estudios revisados en esta investigación, predicen en el futuro inmediato (2025) mayores efectos económicos negativos, provocados por la pandemia del VIH/SIDA y también se espera una variación significativa a la baja en todos los sectores industriales.

Las fuentes consultadas y trianguladas estiman que el VIH aumentará los costos de mantenimiento de la fuerza de trabajo, alterará la balanza comercial (induciendo déficit fiscal) así como una caída de la productividad cercana al 10% y del crecimiento económico de 2% del P.I.B en los próximos diez años.

Como resultado final, la pandemia socavará la productividad general de las naciones, una disminución de la productividad, reducción de la renta nacional, disminución de la fuerza de trabajo productiva y por ende mayor vulnerabilidad económica frente a terceros países y riesgos en la soberanía nacional.

Se puede concluir que una economía no podrá crecer, cuando es golpeada por una epidemia duradera y suficientemente grave como lo es el VIH/SIDA.

Para enfrentar adecuadamente este grave problema de Salud Pública, solo con políticas públicas bien estructuradas se podrá ayudar a mitigar el impacto macroeconómico de la pandemia.

Estas políticas son caras, pero, cuando se compara con el espectro del colapso de la economía y, posiblemente, de la propia sociedad, parecerá una ganga.

Sólo un esfuerzo combinado de los sectores público-privado permitirá mitigar el impacto Macroeconómico de la pandemia y permitirá alcanzar el cumplimiento de los objetivos de desarrollo del milenio propuestos por Naciones Unidas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alzate ML, Estrada Montoya JH, Vargas L. Cuaderno del Doctorado: VIH/SIDA Una cuestión de Salud Pública. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá. Mayo 2010.

Antonopoulos R, Taun Toay T. From Unpaid to Paid Care Work: The Macroeconomic Implications of HIV and AIDS on Women's Time-tax Burdens. The Levy Economics Institute 2009 all rights reserved.

Chowdhury A, McKinley T. Gearing Macroeconomic Policies To Manage Large Inflows of ODA: The Implications for HIV/AIDS Programs. United Nations Development Programme HIV/AIDS Group, Bureau for Development Policy. 2010.

Collinsa DL, Leibbrandt M. The financial impact of HIV/AIDS on poor households in South Africa. AIDS 2007, 21 (suppl 7):S75–S81.

David Stuckler. Drivers of Inequality in Millennium Development Goal Progress: A Statistical Analysis. Plos medicine. March 2010. Volumen 7 Issue 3.

Dixon S, McDonald S, Roberts J. The impact of HIV and AIDS on Africa's economic development. BMJ 2002; 324 : 232 – 4.

Dixon S, Mcdonald S, Roberts J. The impact of HIV and AIDS on Africa's economic development. BMJ 2002. 324:232–4.

Dixon S, McDonald S. HIV/AIDS and development in África. Journal international development. 2001. 13, 381 – 389.

Estrada Montoya JH. Una cuestión poco cono-sida, Evaluación crítica del proyecto piloto para la sexualidad y la construcción de ciudadanía – Hacia la formación de una política pública (2006 – 2008). Universidad Nacional de Colombia. 2009.

Gehna K, Atacik MC, and Jarvis M. The business of building lives: HIV/AIDS and the private sector. Business y development discussion papers. Number 3. 2006.

Gillespie S, Greener R, Alan Whiteside A, Et al. Investigating the empirical evidence for understanding vulnerability and the associations between poverty, HIV infection and AIDS impact. AIDS 2007, 21 (suppl 7):S1–S4

Gillespie S, Kadiyala S, Greener R. Is poverty or wealth driving HIV transmission? Wolters Kluwer Health | Lippincott Williams & Wilkins AIDS 2007, 21 (suppl 7):S5–S16.

Informe mundial. ONUSIDA, informe sobre la epidemia mundial de SIDA, 2013. ONUSIDA [en línea], 2003
http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2013/gr2013/UNAIDS_Global_Report_2013_es.pdf

Informe mundial. ONUSIDA, informe sobre la epidemia mundial de SIDA, 2002. ONUSIDA [en línea],
http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2002/gr2002/UNAIDS_Global_Report_2002_es.pdf

Informe mundial. ONUSIDA, informe sobre la epidemia mundial de SIDA, 2010. ONUSIDA [en línea],
http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2010/gr2010/UNAIDS_Global_Report_2010_es.pdf

Informe mundial. ONUSIDA, informe sobre la epidemia mundial de SIDA, 2014. ONUSIDA [en línea],

http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2014/gr2014/UNAIDS_Global_Report_2014_es.pdf

International Monetary Fund. IMF Macroeconomic Research on Low-Income Countries. International Book Monetary Fund. 2003.

Lopera MM, Bula JI. Impacto socioeconómico del VIH en las familias: Fenómeno olvidado en la política de atención integral. SIDA y Sociedad: Crítica y desafíos sociales frente a la epidemia 2011, 243 – 288.

Lopman B, Lewis J, Nyamukapa C, Et al. HIV incidence and poverty in Manicaland, Zimbabwe: is HIV becoming a disease of the poor?. AIDS 2007, 21 (suppl 7):S57–S66.

Maijama'a D, Mohammed BK. Impact of HIV/AIDS on Economic Growth and Development in Nigeria. International Journal of Basic and Applied Science. April 2013. Vol 01, No. 04. pp. 763-772.

Mankiw NG. Principios de Economía. Mc Graw Hill

Martin G, Grant A, D'Agostino M. Global health funding and economic development, Martin et al. Globalization and Health 2012, 8:8.

Matshe I, Pimhidzai O. Macroeconomic Impact of HIV and AIDS on the Zimbabwean Economy: A Human Capital Approach. BOJE: Botswana Journal of Economics Volume 5. No 7, October, 2008,

May A. Social and Economic Impacts of HIV/AIDS in Sub-Saharan Africa, with Specific Reference to Aging. Institute of Behavioral Science. October. 2003.

McDonald S, Roberts J. AIDS and Economic Growth: A Human Capital Approach. Department of Economics, University of Sheffield, 9 Mappin Street, Sheffield S1 4DT, United Kingdom.

Mishra V, Bignami-Van Assche S, Greener R, Vaessen M, Et al. HIV infection does not disproportionately affect the poorer in sub-Saharan Africa AIDS 2007, 21 (suppl 7):S17–S28.

Mondragon H. Los ciclos económicos en el capitalismo. Las crisis, ¿Cuándo y por qué?. Ediciones Aurora. Bogotá 2009.

Oxford University Press for the World Bank. Coping with the Impact of AIDS. Finance & Development. March 1998.

Segura del Pozo J. Desigualdades Sociales en Salud: Conceptos, estudios e intervenciones (1980 – 2010), Universidad Nacional de Colombia 2013, 25 – 148.

Temidayo Gabriel Apata. Empirical Analysis of Interactions of Agricultural Sector and HIV/AIDS Pandemic in Africa. World Journal of AIDS. 2013, 3, 92-104.

The International Bank for Reconstruction and Development World Bank. Fiscal Dimensions of HIV/AIDS in SADC Member Countries. August. 2010.

Timaeusa IM, Bolerb T. Father figures: the progress at school of orphans in South Africa. November 2007 - Volume 21 - Issue - p S83–S93.

United Nations Department of Economic and Social Affairs. World Population Prospect. The Impact of AIDS. 2002.

UNITES. Reporte de prensa de The Gap Report: Geneva. 2014.

UNITES. The Gap Report. Geneva. 2014.

Useche B, Cabezas A. Desigualdad Social y SIDA: El Contexto Neoliberal de la Epidemia. *Revista Deslinde Colombia* No 35.

VIH/SIDA: Resistir a un agente mortífero, Capítulo 3. Informe sobre la Salud del Mundo 2003. OMS 2003. <http://www.who.int/whr/2003/chapter3/es/index4.html>

Villalona C. ¿Qué es el capitalismo? Segunda Edición. Equipo Maíz. San Salvador. 2009.

Waitzkin H. Medicina y Salud Pública al final del imperio. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá. 2013.

WORKU S. The economic impact of HIV and aids on gulele garment share company, Addis Ababa, Ethiopia. Junne 2006.