

Los bienes públicos y la seguridad II:

El caso del Ébola, un ejemplo de un problema olvidado.

Aurelia Valiño Castro

Catedrática de Economía Aplicada

Vocal de la Comisión del Doctorado en Economía de la UCM

Recientemente experimentamos en España el revuelo y la alarma de la aparición de un caso de Ébola por el contagio de un sanitario en nuestro territorio. La curación de la persona afectada y que no se produjera el contagio de otras trajo la calma y el olvido, aunque el problema y la amenaza persisten.

El caso del Ébola incorpora varias características de los bienes públicos globales. Por supuesto las que determinan su incorporación a esta tipología: trascender fronteras, elevados efectos externos, interrelación con otros bienes (en nuestro caso sanidad y seguridad), ausencia de una organización -equivalente a un gobierno- que suministre el bien, tecnología de producción de eslabón débil (depende el resultado final del que menos gasta en este bien). Pero también hay que incorporar el importante papel que tiene tanto la información a través de internet y las redes sociales, como la desinformación (o distorsión de la información) que éstas producen. La calidad de la información que manejan los individuos afecta también al nivel de suministro eficiente. La necesidad de colaboración de los ciudadanos en estos casos es imprescindible para cortar la propagación de las enfermedades de alto contagio. La rápida detección y detención de las cadenas de contagio son elementos clave para la eficiencia en las medidas adoptadas. Los argumentos anteriores están a favor de la información. Sin embargo, el “malware” producirá revueltas, insurrecciones más o menos amplias o violentas –negarse, por ejemplo, a tomar la vacuna cuando exista- y problemas en general de inseguridad colaterales añadidos a los derivados del peligro de contagio de la enfermedad.

Antiguamente la sociedad se defendía ante las pandemias cerrando las fronteras. En la actualidad es prácticamente imposible, aunque se decreten cuarentenas. La globalización, con el incremento de la movilidad de personas, animales y mercancías favorece la expansión rápida de las enfermedades de rápido contagio. Un virus que origina un brote en un país puede viajar en un avión al otro lado del mundo y multiplicar el efecto en pocas horas. Desde la segunda mitad del siglo veinte nos defendemos ante estos problemas con la prevención y protección que otorgan las vacunas. Pero, aparecen nuevos virus, otros mutan, se vuelven fuertes y nos encontramos con que varias enfermedades no cuentan con vacunas y con un grado de letalidad importante.

En economía, las vacunas son el bien público destinado a satisfacer las necesidades de protección derivadas de las enfermedades contagiosas. El grado de contagio y las tasas de letalidad son relevantes para determinar la necesidad de imponer de forma obligatoria la vacunación. El grado de contagio indica la medida en la que existe una externalidad negativa y la tasa de letalidad cuán negativa es. Los costes de la vacunación de la población de riesgo deben ponerse en relación con los costes de enfermedad evitados: costes privados, públicos y costes sociales (medicamentos paliativos, médicos, enfermeros, equipamientos, de entierro, tratamientos psicológicos, pérdidas

de producción, etc.). Y en términos de las externalidades introducidas por la globalización, los países pobres son el eslabón débil donde se incuban las enfermedades de alto contagio, que se exportan a los países industrializados; las altas tasas de morbilidad (porcentaje de población enferma) incrementan la pobreza y dificultan la erradicación de la enfermedad; ambas cuestiones amenazan la estabilidad política y fomentan los disturbios.

Son dos las organizaciones internacionales que operan en el ámbito de la salud afectando a las autoridades sanitarias españolas y poniendo orden en el problema global: la Organización Mundial de la salud (OMS) y el Centro Europeo de Prevención y Control de Enfermedades (ECDE, por sus siglas en inglés). Ambos publican un informe de alertas de enfermedades contagiosas y establecen sistemas y protocolos de actuación frente a ellas.

El virus del Ébola se ha mantenido latente en África y aún mantiene niveles preocupantes en Guinea, Liberia y Sierra Leona desde el último rebrote, según el informe de la última semana de febrero de 2015 del ECDE. Los primeros casos de Ébola reconocidos datan de 1976 en la República Democrática del Congo y Sudán. En 2002 se produce un reconocimiento del problema en la OMS, habiéndose extendido la enfermedad a otros países del África Central. En 2013 surge un nuevo brote mucho más virulento en Sierra Leona, Guinea, Liberia y Nigeria. El 8 de agosto de 2014 la OMS declara el Estado de Emergencia Mundial frente al Ébola.

Entre 1976 (año en el que se detectó el virus por primera vez) y 2013 la Organización Mundial de la Salud reportó 1.716 casos, con una tasa de letalidad entre el 90% y el 50% (dependiendo de las cepas y los años). El brote actual se considera de los más virulentos. En el último informe de febrero de 2015, la OMS indica que desde el 22 de marzo de 2014 hasta el 5 de febrero de 2015, se le han notificado 23.253 casos, con 9.380 muertes. A esa fecha, cerca de 10.000 niños han quedado huérfanos por el Ébola.

Cuadro 1 Datos del Ébola -brote 2014-
(A fecha 5 de febrero 2015)

	Casos	Muertes	tasa letalidad
Guinea	3108	2057	66%
Liberia	9007	3900	43%
Sierra Leona	11103	3408	31%
Mali	8	6	75%
Nigeria	20	8	40%
Senegal	1	0	0%
España	1	0	0%
Reino Unido	1	0	0%
EEUU	4	1	25%
Total	23253	9380	40%

Fuente: Informe Semanal OMS, 15 de febrero de 2015 y elaboración propia

La OMS mantiene el estado de epidemia en Guinea, Liberia y Sierra Leona. Le preocupa que las cifras sean mayores y que no se informe de casos ante el miedo a cuarentenas que incomunican a grupos de población o países. Aunque en los últimos meses se ha bajado el ritmo de nuevos casos, continúan por encima de los 100 semanales.

La OMS recalca que el miedo al contagio del Ébola aleja a la población con otras enfermedades, como la malaria y la tuberculosis, de los hospitales, que por otra parte se han quedado también sin medios para atenderlas. Se espera pues que su incidencia sea mayor.

Las consecuencias económicas en los países africanos son devastadoras a medio y largo plazo tanto en el orden social como en el económico. A las pérdidas humanas se suma el descenso en la actividad económica, pérdidas de cultivos, paralización de la educación, con los problemas futuros de hambrunas, revueltas e inestabilidad política. Estimaciones iniciales del Banco Mundial preveían en un año una pérdida de PIB en Guinea de algo más del 2%; en Sierra Leona, del 8,5 % y en Liberia del 12 %.

El Banco Mundial estima que los tres países perderán a comienzos de 2015 al menos 1,6 miles de millones de dólares americanos como resultado de la epidemia. Que se reparten en 540 millones en Guinea, 180 millones en Liberia y 920 en Sierra Leona. Si se mantiene el desastre, el Banco Mundial estima que a finales de año alcance 32,6 miles de millones.

Las pérdidas previsibles en los países desarrollados de brotes de virus tipo Ébola provendrían de:

- Incremento de los costes sanitarios. Más enfermos y más coste por enfermo (p.e. costes de trajes de protección, acondicionamiento de hospitales con zonas restringidas). Incremento del coste de los seguros. Indemnizaciones judiciales por malas prácticas.
- Pérdidas económicas por disminución de la productividad (tanto por la enfermedad, como por las cuarentenas, como por las pérdidas de productividad de los allegados, por el miedo al contagio....).
- Incremento de los costes por los mayores controles en el tráfico de personas, animales y mercancías.
- En los países que tienen al turismo como principal fuente de ingresos económicos reducción de los ingresos por esta vía. (España, Italia). Disminución del valor de los activos relacionados (pérdidas en bolsa por caída de acciones de hoteles y compañías aéreas).
- Fuerte incremento de los flujos migratorios desde África hacia Europa. (España, Italia).
- Como efecto positivo incremento del valor de las farmacéuticas que estudian la vacuna y especialmente de la que descubra la misma.

No obstante estos costes se han mostrado muy inferiores a los que se están desarrollando en África. En lo que se refiere a los costes hospitalarios, una estimación de ISGlobal sugiere que España podría haber comprometido algo más de 17 millones de euros, lo que supone casi 6 millones de euros por cada uno de los tres pacientes tratados en nuestro país. Pero esos gastos incluyen más conceptos que los del puro tratamiento. En concreto las estimaciones del gasto diario directo reducen los costes de cada uno de los 3 pacientes a algo más del millón de euros. Según estas estimaciones, tratar a pacientes infectados cuesta unos 20.000 euros al día por paciente; cuidar a los aislados para analizar contagio, 11.000 euros al día; y cuidar de aquellos

que tuvieron que pasar la cuarentena, 250; mientras que la formación supondría unos 220.000 euros por hospital (ISGlobal, 2015).

En Alemania los costes médicos del tratamiento en el Hospital Universitario de Fráncfort de un médico infectado en África ascendió a 1.062.789,30 euros. Unos 25.000 euros por cada día en que el paciente estuvo en tratamiento y observación. (Zacharowskiemail, Brodt y Wolf, 2015).

Los costes de tratamiento en España son similares a los de Alemania, el sobrecoste experimentado debe achacarse a ineficiencias en la reacción de las autoridades.

Y en lo que respecta al resto de costes podemos decir que su incidencia en España ha sido mínima y muy localizada en los días en los que duró la enfermedad de la sanitaria infectada. Su curación eliminó los temores y ha provocado hasta el olvido de la amenaza. Esta auxiliar anunció una denuncia por 300.000 € al Consejero de la Comunidad de Madrid, que luego rebajó a 150.000 € por el sacrificio de su perro. Los tribunales determinarán este pago, que en cualquier caso no corre a cargo de las arcas públicas. No obstante, Salvador Victoria, portavoz de la Consejería de Sanidad ha apuntado que la auxiliar recibió 14.990 euros en concepto de indemnización por los enseres y la ropa personal y de casa de los que hubo que desprenderse durante los trabajos de desinfección de su vivienda (rueda de prensa de 4 de diciembre de 2014).

El turismo no descendió, a pesar de las recomendaciones de algunos países como el Reino Unido de no viajar a España, y de las anticipaciones de la Bolsa. El día en el que se notificó el contagio (8 de octubre de 2014) se produjeron descensos en los siguientes activos:

- El grupo aéreo IAG, que agrupa a Iberia, British Airways y Vueling, registró al cierre de la sesión un descenso del 6,5%. El valor sufrió así la segunda mayor caída del Ibex 35.
- Dentro del sector hotelero, NH Hoteles cayó un 4,7%, al igual que Meliá, cuyo valor se vio recortado en un 1,8%.
- Por su parte, la agencia de viajes *online* eDreams Odigeo bajó un 3,8% en el Mercado Continuo, mientras que Amadeus se dejó un 2,2%.

Los casos afrontados en Europa y en Estados Unidos han concienciado al mundo de que el Ébola es un problema global. En el gráfico 1 se recogen los principales donantes que han comprometido su ayuda por encima del millón de dólares americanos a los países más afectados en África. El principal donante es el gobierno americano que supera al propio Banco Mundial. En total, las cantidades ofrecidas se acercan, a 25 de febrero de 2015, a los 5.000 millones de \$ americanos. En el gráfico 2 se recogen las aportaciones prometidas desde España.

La OMS estima en 260 millones de \$ americanos sus necesidades para afrontar la enfermedad. Ha recibido hasta enero de 2015 216.828.539 (de España 133.690). Así pues aún necesita 43.171.461 \$ americanos más.

Y en el cuadro 2 se muestran los laboratorios existentes en el terreno, con su nacionalidad de origen y su carácter civil o militar. La relevancia de estos laboratorios es doble, por una parte ayudan a detectar los nuevos casos con la suficiente celeridad para cortar la plaga; y por otra ayudan a la investigación en la vacuna. La preocupación por conseguir una vacuna ya estaba presente en los servicios de seguridad antes del último brote. En 2010, “Nature Medicine” on line, publicaba que “El Instituto de Investigación Médica del Ejército de Estados Unidos (USAMRID) junto a la compañía biotecnológica AVI BioPharma, ha descubierto un tratamiento dirigido a genes virales específicos que protege a monos de los virus Ébola y Marburg, una protección que se mantiene incluso al administrarse una hora después de la exposición al virus, lo que sugiere que esta aproximación podría ser útil también para tratar las infecciones accidentales que se dan en laboratorios y hospitales”(citado en Valiño, 2012). El Departamento de Defensa de USA se ha centrado en Liberia, ya sea de forma directa o a través de USAMRID, con 5 laboratorios de los 7 existente.

Cuadro 2 Nacionalidad de origen de los laboratorios de apoyo en respuesta al Ébola (situación a 28 de enero de 2015)

(Civiles, salvo que se especifique lo contrario)

Guinea	Sierra Leona	Liberia
Rusia	Nigeria	4 EEUU (D. Defensa)
Guinea	Italia	3 EEUU
Consorcio UE	Consorcio UE	Holanda (donado)
Bélgica	2 Ingleses	Liberia (apoyado USAMRID)
	2 EEUU	
	Canadá	
	Holanda	

Fuente: OMS y elaboración propia

Más información en:

Banco Mundial (2015) The socio-economic impact of Ebola in Liberia. Results from a High Frequency Cell Phone Survey Round 4 February 24, 2015.

Instituto de Salud Global de Barcelona (ISGlobal) (2015) *Informe Las tres crisis del ébola. Lecciones de una epidemia para la salud global*. Última actualización 25 de febrero de 2015. <http://www.isglobal.org/es/ebola> (última visita 3 de marzo de 2015).

Zacharowskiemail, K.; Brodt, H-R.; Wolf T.(2015) “Medical treatment of an Ebola-infected doctor—ethics over costs?” The Lancet. Volume 385, No. 9969, p685, 21 February 2015. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)60279-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(15)60279-3)

Gráfico 1 Donaciones (a partir de 1millón de \$USA) a 25 de febrero de 2015

Por donante

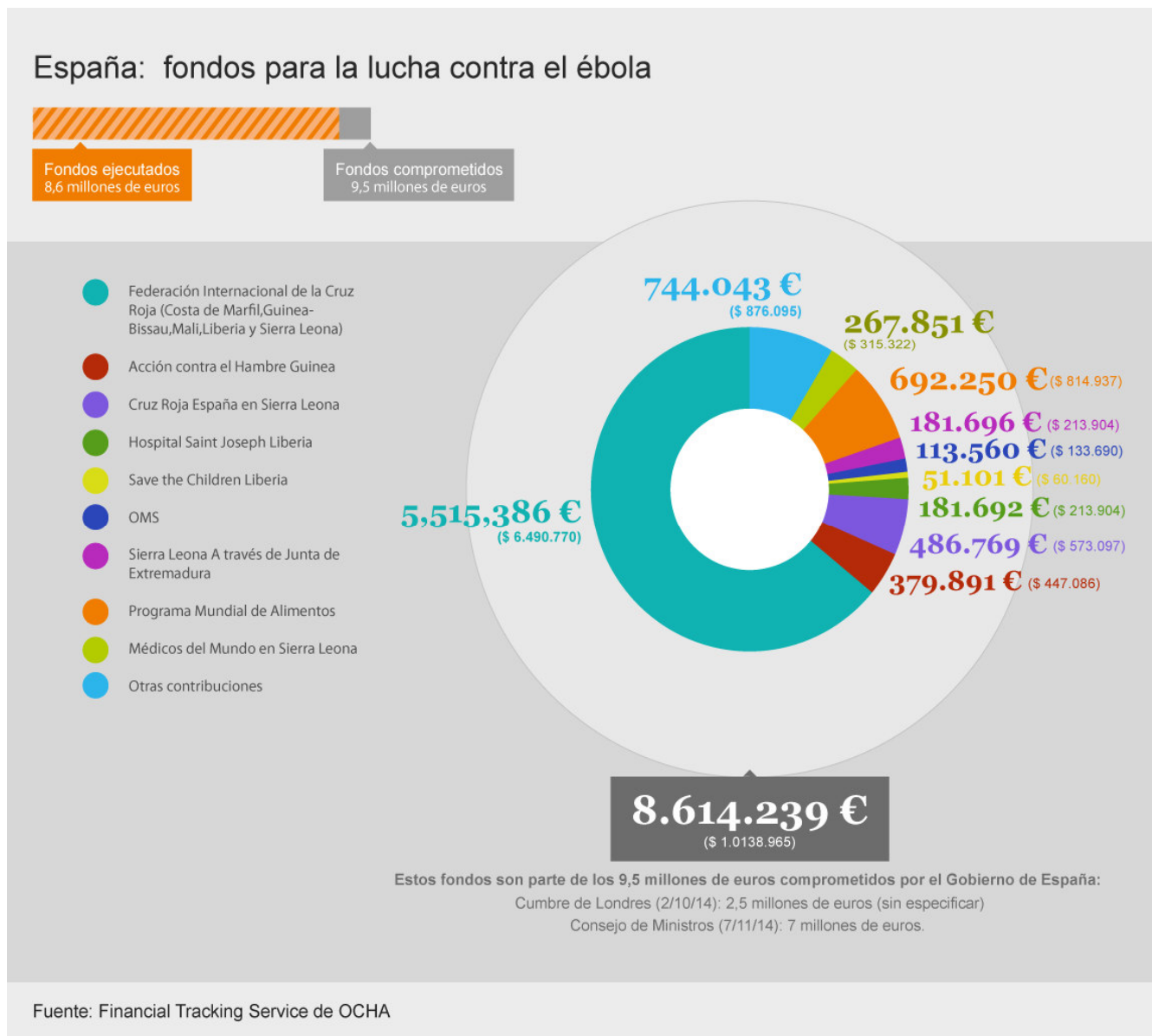
United States	\$ 973M
World Bank Group	\$ 968M
European Commission	\$ 549M
United Kingdom	\$ 535M
International Monetary Fund	\$ 349M
African Development Bank	\$ 225M
France	\$ 146M
Japan	\$ 144M
Germany	\$ 131M
China	\$ 129M
Paul Allen Foundation	\$ 104M
Canada	\$ 102M
Sweden	\$ 80M
Netherlands	\$ 67M
Norway	\$ 56M
Bill & Melinda Gates Foundation	\$ 54M
Belgium	\$ 46M
Australia	\$ 38M
Saudi Arabia	\$ 35M
Denmark	\$ 32M
Special Relief Fund	\$ 29M
Mark Zuckerberg & Priscilla Chan	\$ 25M
Islamic Development Bank	\$ 16M
Finland	\$ 15M
Republic Of Korea	\$ 13M
India	\$ 12M
Switzerland	\$ 10M
Italy	\$ 10M
Brazil	\$ 10M
Israel	\$ 9M
Ireland	\$ 8M
IKEA Foundation	\$ 7M
The Prudential Foundation	\$ 7M
Kuwait	\$ 5M
Nigeria	\$ 5M
Venezuela	\$ 5M
New Zealand	\$ 4M
Timor-Leste	\$ 2M
Bolivia	\$ 1M
Côte d'Ivoire	\$ 1M
Namibia	\$ 1M

Por receptor

Guinea	\$ 535M
Liberia	\$ 1.177M
Sierra Leone	\$ 783M
Non Country	\$ 1.529M
Supranational (regional/subregional allocations)	\$ 790M
Other countries	\$ 143M

Fuente: <http://www.worldbank.org/ebola>.

Gráfico 2 : Fondos de origen español para la lucha contra el Ébola en África



Fuente: ISGlobal, 2015.

20 de marzo de 2015

Observatorio Paz, Seguridad y Defensa.

<http://catedrapsyd.unizar.es/observatorio-psyd/el-observatorio-opina.html>