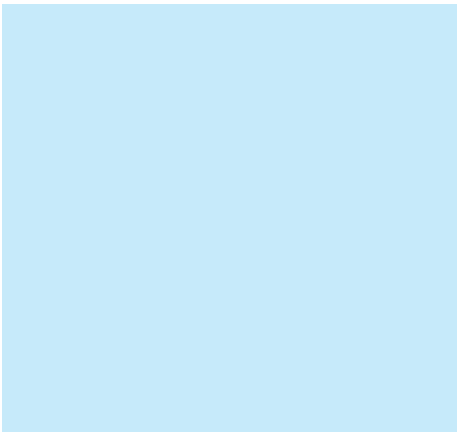
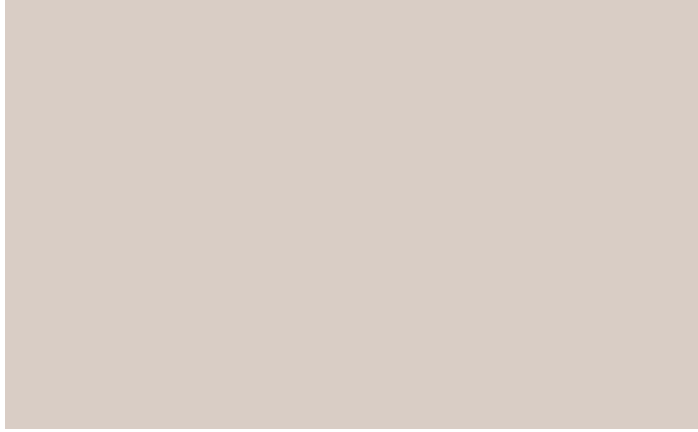
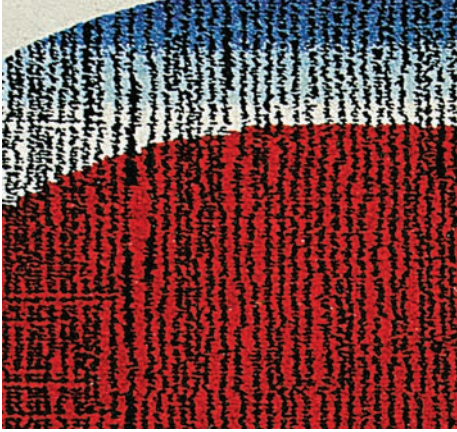


# Financiar la respuesta al SIDA 10



## Capítulo 10



### FINANCIAR LA RESPUESTA AL SIDA

Entre 1996, año en el que se fundó el ONUSIDA, y 2005, los fondos anuales destinados a la respuesta al SIDA en los países de ingresos bajos y medianos se han multiplicado por 28, es decir, han pasado de US\$ 300 millones a US\$ 8300 millones. Las promesas de contribución, los compromisos y las tendencias actuales parecen indicar que la tasa de aumento puede disminuir, pues los fondos disponibles sumarán US\$ 8900 millones en 2006, y US\$ 10 000 millones en 2007.

Dichas cantidades distan mucho de satisfacer las necesidades financieras del futuro, que según las estimaciones para los años 2006, 2007 y 2008 ascenderán a US\$ 14 900 millones, US\$ 18 100 millones y US\$ 22 100 millones respectivamente. Más allá de 2007, la eficacia de la respuesta estribará en el crecimiento sostenido de la financiación anual hasta que se detenga y se haga retroceder la epidemia.

El apoyo mundial y nacional para fomentar y sostener el liderazgo político y el respaldo público continúa siendo esencial. Asimismo, resulta primordial hacer un mejor uso de los flujos de financiación disponibles. Para ello, es preciso hacer llegar con mayor eficacia el flujo de recursos financieros a los lugares más afectados por la epidemia, optimizar el uso de los mismos y proporcionar con la mayor rapidez posible servicios de prevención, tratamiento, atención y apoyo relacionados

con el VIH a todos aquellos que lo necesiten.

#### La mirada en perspectiva de los fondos actuales

Los aumentos anuales de los fondos han sido extraordinarios, pero dada la rápida propagación de la epidemia, las cifras resultantes son desalentadoras. Los 148 países que, según la clasificación del Banco Mundial, reciben la denominación de países de ingresos bajos y medianos acogían en 2005 a 5 500 millones de personas o, lo que es lo mismo, al 85% de la población mundial. Los fondos anuales destinados a la lucha contra el SIDA durante ese año — US\$ 8300 millones de acuerdo con las estimaciones — incluyen también los gastos que las personas VIH-positivas y sus familias han pagado con dinero de su

bolsillo. Estas personas, en millones de casos, vieron desbordadas sus economías por los gastos y acabaron en una situación de mayor precariedad derivada de las deudas y la pobreza pero, así y todo, no lograron obtener acceso al tratamiento antirretrovírico ni a otros servicios básicos. En la estimación de fondos se incluyen también los gastos realizados por los gobiernos, las organizaciones de la sociedad civil y las empresas privadas dentro de cada país, así como las donaciones de los donantes bilaterales y multilaterales y organizaciones civiles internacionales, entre las que se hallan también las fundaciones benéficas.

Durante ese mismo año, los 22 países de ingresos elevados que aportan el grueso de la ayuda al desarrollo (y que son miembros del Comité de Asistencia para el Desarrollo de la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos) acogían a 879 millones de personas, lo que equivale al 13,6% de la población mundial. La suma final del dinero procedente del conjunto de todas las fuentes empleado en proporcionar a esos 879 millones de personas una cadena completa de servicios sanitarios ascendió a US\$ 3 billones. Y eso a pesar de que estos 22 países no soportan la carga de infección por el VIH, tuberculosis, paludismo, infección gastrointestinal y otras enfermedades relacionadas con la pobreza que tienen que soportar los 148 países de ingresos bajos y medianos

En los Estados Unidos, que acoge a una población de 298 millones (el 4,6% de la población mundial), aproximadamente el 55% del gasto anual en atención sanitaria es privada, mientras que el 45% restante se reparte entre el gobierno federal y los gobiernos estatales. A comienzos de 2005, el gobierno federal se comprometió a destinar durante ese año US\$ 17.300 millones a la respuesta nacional al SIDA.

Hablando en términos comparativos, los US\$ 8300 millones destinados al gasto en los países de ingresos bajos y medianos en 2005 no fueron suficientes. Y lo que es más importante, esos países se quedaron muy lejos de satisfacer las necesidades reales de ese año, aunque ello no se debió únicamente a que la cifra resultara insuficiente, sino también a la discrepancia entre los lugares donde era más necesario invertir el dinero y los lugares donde finalmente se empleó.

## Estimación de necesidades

El ONUSIDA comenzó a realizar estimaciones de las necesidades de recursos financieros en 2001. A principios de 2005, tres grupos de expertos — el Consorcio Mundial para el Seguimiento de Recursos, el Grupo de Referencia sobre Economía del ONUSIDA y el Grupo de Referencia sobre Estimaciones, Modelización y Proyecciones del ONUSIDA — comenzaron a desarrollar las estimaciones actuales sobre necesidades financieras. A fin de fomentar la continuidad de las estimaciones, durante la Reunión de Alto Nivel sobre la Respuesta Mundial al SIDA, celebrada en Londres en marzo de 2005, se estableció un Comité de Orientación sobre Necesidades de Recursos en el que están representados los donantes, los gobiernos nacionales, la sociedad civil, el sector privado y los asociados técnicos. En la Figura 10.1 se resumen las estimaciones realizadas sobre las necesidades financieras para el periodo 2006-2008.

## PREVENCIÓN

A la hora de evaluar las necesidades financieras totales se valoraron, país por país, los siguientes criterios: la gravedad de la epidemia, la cobertura actual de las personas que precisan prevención del VIH y los objetivos marcados en cuanto a

<b>FIGURA 10.1</b>	<b>Fondos requeridos para el SIDA en países de ingresos bajos y medianos</b>			
<b>US\$ Miles de Millones</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2006–2008</b>
Prevención	8,4	10,0	11,4	29,8
Atención y tratamiento	3,0	4,0	5,3	12,3
Apoyo a los huérfanos y niños vulnerables	1,6	2,1	2,7	6,4
Costos de programas	1,5	1,4	1,8	4,6
Recursos humanos	0,4	0,6	0,9	1,9
<b>Total</b>	<b>14,9</b>	<b>18,1</b>	<b>22,1</b>	<b>55,1</b>

Fuente: ONUSIDA (2005). Necesidades de recursos para una respuesta ampliada al SIDA en países de ingresos bajos y medianos.

<b>FIGURA 10.2</b>	<b>Fondos requeridos para prevención</b>			
<b>Actividades de Prevención (US\$ millones)</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2006–08</b>
Medios de comunicación	91	100	109	299
Movilización de la comunidad	449	608	772	1830
Asesoramiento y pruebas voluntarias	451	569	690	1710
Jóvenes que asisten a la escuela	101	104	108	313
Jóvenes que no asisten a la escuela	768	945	1126	2838
Programas orientados a profesionales del sexo y sus clientes	429	552	682	1663
Programas orientados a varones que tienen relaciones sexuales con varones	312	407	499	1218
Programas de reducción del daño para consumidores de drogas intravenosas	114	149	180	443
Lugar de trabajo	421	523	628	1573
Programas de prevención para personas que viven con el VIH	22	33	48	103
Poblaciones especiales	151	252	252	654
Comercialización social del preservativo	159	175	190	525
Suministro público y comercial de preservativos	1381	1501	1625	4506
Mejora del tratamiento de infecciones de transmisión sexual	672	718	764	2154
Prevención de la transmisión maternoinfantil	206	264	324	794
Seguridad hematológica	226	228	231	685
Profilaxis posexposición (centros de salud, violación)	1	2	2	5
Inyecciones médicas seguras	897	897	897	2690
Precauciones universales	1590	1944	2303	5838
<b>Total</b>	<b>8441</b>	<b>9969</b>	<b>11 430</b>	<b>29 840</b>

Fuente: ONUSIDA (2005). Necesidades de recursos para una respuesta ampliada al SIDA en países de ingresos bajos y medianos.

la cobertura que sería necesaria, y los costos de los servicios de prevención. Asimismo, se tomó en consideración la necesidad de servicios sanitarios específicos para el VIH, de intervenciones más amplias en el sistema de atención sanitaria (por ejemplo, para asegurar la seguridad hematológica) y de actividades en sectores no sanitarios (tales como la educación). En la Figura 10.2 se muestran los resultados de las estimaciones realizadas sobre las necesidades financieras para actividades de prevención en el conjunto de todos los países de ingresos bajos y medianos; en el gráfico de la Figura 10.3 se presentan las estimaciones de necesidades clasificadas por región.

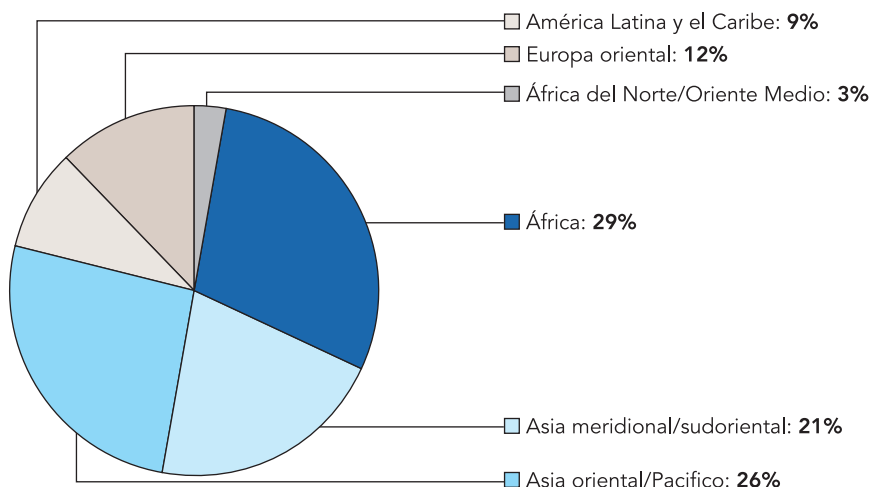
Se estima que más de la mitad de la cifra total anual necesaria para la respuesta al SIDA debería invertirse en prevención, dada la variedad de elementos que deben conjugarse en los programas integrales de prevención y el elevado número de individuos al que éstos deben llegar. Las actividades de prevención eficaces generan entornos donde las personas están bien infor-

mas sobre el VIH, no estigmatizan ni discriminan a las personas VIH-positivas ni a aquéllas expuestas a un mayor riesgo de contraer el VIH, y se sienten seguras y cómodas a la hora de tomar iniciativas para crear servicios relacionados con el VIH o buscar acceso a estos servicios para sí mismas o para otros. En tales entornos, los servicios de asesoramiento, pruebas, tratamiento y atención serán más eficaces, puesto que la población estará mejor informada, se mostrará menos temerosa y se hallará en disposición de extraer de ellos el máximo provecho. La eficacia en la prevención es un requisito imprescindible que debe ir siempre de la mano de un tratamiento y una atención eficaces.

#### TRATAMIENTO Y ATENCIÓN

La iniciativa “Tres millones para 2005” puesta en marcha por la OMS y el ONUSIDA se fijó el objetivo de hacer llegar tratamiento antirretrovírico a tres millones de personas en países de ingresos bajos y medianos a finales de 2005. Aunque a la postre sólo se logró hacer

**FIGURA 10.3** Distribución por región de los fondos para prevención



Fuente: ONUSIDA (2005). Necesidades de recursos para una respuesta ampliada al SIDA en países de ingresos bajos y medianos.

<b>FIGURA 10.4</b>			
<b>Fondos requeridos para tratamiento y atención, incluida la terapia antirretrovírica (ART), para lograr los objetivos de cobertura fijados</b>			
<b>Año</b>	<b>Personas Que Reciben Art (US\$ millones)</b>	<b>Cobertura de Casos Urgentes Con Art</b>	<b>Total Fondos (US\$ millones)</b>
2006	3,0	55%	2986
2007	4,8	67%	4029
2008	6,6	75%	5250
2009	8,3	79%	-
2010	9,8	80%	-

Fuente: ONUSIDA (2005). Necesidades de recursos para una respuesta ampliada al SIDA en países de ingresos bajos y medianos.

llegar el tratamiento a 1,3 millones de personas, los resultados no deben considerarse en modo alguno un fracaso. Cuando se lanzó la iniciativa, en el Día Mundial contra el SIDA (1 de diciembre) de 2003, sólo 400 000 personas estaban recibiendo tratamiento; las otras 900 000 personas iniciaron el tratamiento antirretrovírico durante los años 2004 y 2005. Además de este magnífico logro, la experiencia de intentar alcanzar el objetivo de los “Tres millones para 2005” resultó muy fructífera, pues permitió a la OMS, al ONUSIDA y a sus múltiples asociados identificar las carencias básicas en infraestructuras sanitarias y recursos humanos y, por tanto, los ámbitos en que es preciso aumentar las inversiones para acelerar el acceso al tratamiento.

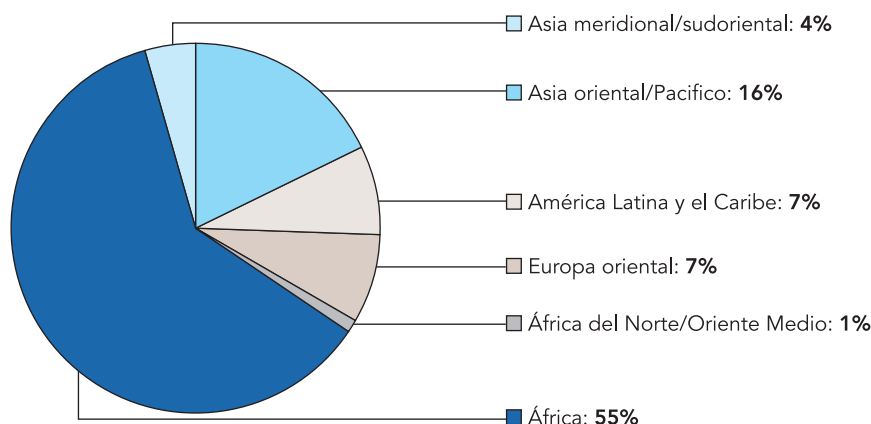
En la Figura 10.4 se muestra una estimación para los tres próximos años del dinero necesario para acelerar el acceso al tratamiento a un ritmo que permita que en el año 2010 los niveles de acceso al tratamiento se acerquen al máximo a los previstos en la definición más común de acceso universal. En la Figura 10.5 se muestra la distribución de necesidades financieras por actividades, y en la Figura 10.6 la distribución por región. No debe pasarse por alto que en muchos países continúan en curso los estudios y debates acerca del significado de “acceso universal.” Entretanto, la definición de trabajo empleada para la evaluación de las necesidades de recursos es aquella que entiende por “acceso universal” el acceso al tratamiento del 80% de la población con

<b>FIGURA 10.5</b>				
<b>Distribución por actividad de los fondos requeridos para tratamiento y atención</b>				
<b>Actividades de tratamiento y atención (US\$ millones)</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2006–08</b>
Cuidados paliativos	308	302	295	905
Pruebas por iniciativa proveedor	66	79	109	254
Tratamiento infecciones oportunistas	686	703	707	2096
Profilaxis infecciones oportunistas	287	403	510	1200
Terapia antirretrovírica, incluido apoyo nutricional	1642	2482	3624	7748
Pruebas de laboratorio	54	79	104	237
<b>Total</b>	<b>3043</b>	<b>4048</b>	<b>5349</b>	<b>12 440</b>

Fuente: ONUSIDA (2005). Necesidades de recursos para una respuesta ampliada en países de ingresos bajos y medianos.



**FIGURA 10.6** Distribución por región de los fondos requeridos para tratamiento y atención



Fuente: ONUSIDA (2005). Necesidades de recursos para una respuesta ampliada en países de ingresos bajos y medianos.

necesidad urgente del mismo. Esta definición se basa en la experiencia de los países de ingresos elevados y algunos de ingresos medianos con sistemas de atención sanitaria avanzados, ya que se ha demostrado que la cobertura del tratamiento rara vez supera el 80% debido a razones diversas, entre las que se hallan, por ejemplo, las reacciones adversas a los medicamentos y la elección personal.

#### APOYO A NIÑOS VULNERABLES Y HUÉRFANOS

En las estimaciones realizadas sobre los fondos necesarios para actividades de apoyo a huérfanos y niños vulnerables se ha tomado como referencia la relación de niños que viven bajo el umbral de la pobreza y que son huérfanos dobles (de padre y madre), huérfanos de un solo miembro (de padre o madre), o casi huérfanos (con probabilidad de quedarse huérfanos en el periodo de un año) por alguna enfermedad relacionada con el VIH o fallecimiento de los padres a causa del SIDA. Asimismo, se estableció un acuerdo multilateral entre organismos para que, en estas estimaciones, se emplearan las elaboradas por el UNICEF sobre todos los huérfanos dobles, huérfanos de

un solo miembro o niños casi huérfanos que viven bajo el umbral de la pobreza en África subsahariana, cualquiera que sea la causa del fallecimiento o la enfermedad de sus padres. Con ello, se pretendía reflejar el lastre que supone el VIH en la región. En la Figura 10.7 se presentan las necesidades financieras clasificadas por actividad. De la cifra total que se precisa para el periodo 2006-2008, el 95% responde a las necesidades de África subsahariana.

#### APOYO A LOS PROGRAMAS E INFRAESTRUCTURA

Para hacer llegar a la población los servicios descritos anteriormente será preciso mejorar el apoyo a los programas y la infraestructura. Las estimaciones incluyen los costos generados por el desarrollo y la administración de políticas, planes y programas relacionados con el VIH; la aplicación de sistemas de vigilancia y evaluación y la asistencia técnica local e internacional; y, por último, la adquisición de equipamiento, así como la construcción y ampliación de centros sanitarios, hospitales y laboratorios. Cabe señalar que sólo se han incluido los costos

<b>FIGURA 10.7</b>	<b>Fondos requeridos para actividades de apoyo a huérfanos y niños vulnerables</b>			
<b>Actividades de apoyo a huérfanos (US\$ millones)</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2006–2008</b>
Educación	193	287	443	923
Atención de salud y apoyo	145	174	200	519
Apoyo de la familia/hogar	971	1255	1604	3830
Apoyo de la comunidad	14	18	25	57
Costos de organización	246	322	422	990
<b>Total</b>	<b>1569</b>	<b>2055</b>	<b>2694</b>	<b>6319</b>

Fuente: ONUSIDA (2005). Necesidades de recursos para una respuesta ampliada en países de ingresos bajos y medianos.

derivados de las mejoras de los programas y la infraestructura ya existentes, por aumentos periódicos, y que, por tanto, no se han tomado en consideración los gastos directos derivados de los servicios que los trabajadores sanitarios u otros profesionales prestarán al público. Tal como se muestra en la Figura 10.8, los costos varían de unos años a otros y responden a las diferentes fases de construcción, desde la planificación hasta la finalización, de 2700 centros sanitarios nuevos para el

2010 y la ampliación de otros 19 000 centros y 800 hospitales ya existentes.

#### RECURSOS HUMANOS

Las estimaciones de los gastos en recursos humanos (tal como se muestra en la Figura 10.9) incluyen únicamente los costos de capacitación, mantenimiento y contratación del número suficiente de enfermeras y médicos cualificados para apoyar la respuesta al SIDA en todos los países de ingresos bajos y dos de ingresos

<b>FIGURA 10.8</b>	<b>Fondos requeridos para apoyo e infraestructura de programas</b>			
<b>Actividades de los Programas (US\$ millones)</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2006–2008</b>
Gestión	485	376	390	1251
Promoción y comunicaciones	118	111	111	340
Vigilancia y evaluación	148	138	146	432
Investigaciones operativas	11	7	7	25
Capacitación	72	136	231	439
Logística y suministros, incluido el transporte	305	259	304	868
Supervisión de personal y seguimiento pacientes	97	68	92	257
Vigilancia farmacoresistencia	69	68	68	205
Construcción de nuevos centros de salud	60	23	167	250
Mejora de laboratorios y otras infraestructuras	121	185	236	542
<b>Costos de programas e infraestructuras</b>	<b>1486</b>	<b>1371</b>	<b>1753</b>	<b>4610</b>

Fuente: ONUSIDA (2005). Necesidades de recursos para una respuesta ampliada en países de ingresos bajos y medianos.



<b>FIGURA 10.9</b>	<b>Fondos requeridos para el desarrollo de la capacidad de recursos humanos</b>			
<b>US\$ millones</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2006–2008</b>
Educación	50	89	123	262
Complementos salariales de enfermeras	153	261	370	784
Complementos salariales de médicos	152	258	366	776
<b>Total</b>	<b>355</b>	<b>608</b>	<b>859</b>	<b>1822</b>

Fuente: ONUSIDA (2005). Necesidades de recursos para una respuesta ampliada en países de ingresos bajos y medianos.

medianos: Botswana y Sudáfrica. No están incluidos, por tanto, los costos derivados de la capacitación, el mantenimiento y la contratación de asesores, practicantes, personas que apoyan la observancia terapéutica, técnicos de laboratorio, personal del servicio de cuidados paliativos y trabajadores comunitarios, o coordinadores comunitarios. Éstos forman parte de los costos por consulta de cada paciente incluidos con anterioridad en las partidas de prevención, tratamiento y atención, de apoyo a los niños huérfanos y vulnerables, y de apoyo a los programas. (Por ejemplo, la capacitación y los honorarios de más de 316 000 trabajadores comunitarios están previstos en las estimaciones de apoyo a los programas). Para evaluar la necesidad de un conjunto integral de recursos humanos destinado al apoyo a la ampliación de la respuesta al SIDA en cada país será preciso un análisis más a fondo, pero las estimaciones ofrecidas en el presente documento, incluidas las que se muestran a continuación, están basadas en la información más fiable de la que se dispone actualmente.

En las estimaciones se incluyen los costos anuales destinados a la formación de 5700 estudiantes de enfermería y 3070 más de medicina entre los años 2006 y 2008, de tal modo que en 2009 se habrá licenciado la primera promoción de estudiantes de enfermería y en 2012 la primera de medicina (estas cifras pueden resultar reducidas; sin

embargo, responden a la capacidad con que, según las estimaciones, cuentan las escuelas de medicina existentes en la región). Asimismo, están incluidos los suplementos salariales de los países de ingresos bajos, donde hoy en día el salario medio anual asciende a US\$ 3200 para las enfermeras y a US\$ 5300 en el caso de los médicos. Dichos suplementos situarán sus salarios a medio camino entre lo que ganan en la actualidad y lo que podrían aspirar a ganar si aceptaran un empleo en el Reino Unido. Los suplementos constituyen una necesidad de carácter urgente para poder mantener la escasa provisión actual de médicos y para contribuir al aumento de la misma, pues servirán de reclamo tanto para los recién licenciados como para enfermeras y médicos de otros lugares.

#### LIMITACIONES DE LAS ESTIMACIONES

Las cifras expuestas hasta el momento responden a las estimaciones de las necesidades generales de todos los países de ingresos bajos y medianos. Las decisiones sobre la asignación de los recursos en el caso concreto de cada país deberían basarse en estudios de las circunstancias y necesidades específicas del país en cuestión. Por ejemplo, si bien las necesidades generales sugieren que el 12% de la totalidad de los fondos debería destinarse al apoyo a los niños huérfanos y vulnerables, más de nueve décimas partes de dicho 12% responden únicamente a las necesidades de África subsahariana. Para los países que se encuentran fuera de África

subsahariana, es probable que el porcentaje de necesidades relacionadas con el VIH asignadas al apoyo a niños huérfanos y vulnerables sea considerablemente inferior al 12%. Las decisiones sobre los gastos deberían basarse en datos fiables relativos a la naturaleza de la epidemia en el caso concreto de cada país, es decir, debería tenerse en cuenta si se trata de una epidemia concentrada en grupos específicos de población de las zonas urbanas o fundamentalmente en determinados distritos, o si por el contrario es generalizada y se ha propagado a las zonas rurales. En cuanto a los esfuerzos que se están realizando en la actualidad, hay que revisar también los recursos, los programas y la rentabilidad; hay que localizar los puntos en que es preciso concentrar los esfuerzos y determinar si el estigma y la discriminación están obstaculizando el acceso equitativo a los servicios de todos aquellos que los necesitan.

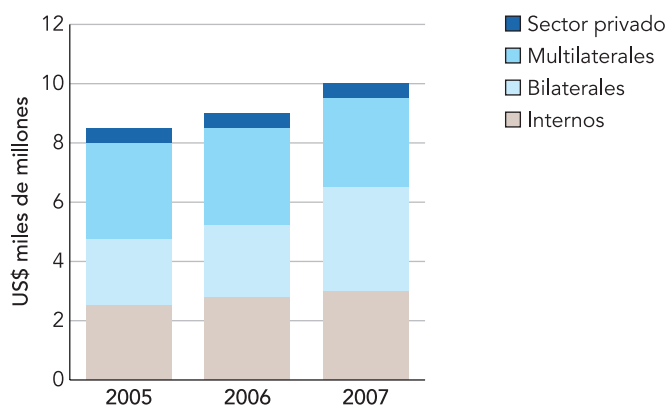
Asimismo, tampoco puede pasarse por alto que toda estimación tiene sus limitaciones debido a la reducida disponibilidad de datos y a la incertidumbre inherente al futuro. No obstante, teniendo en cuenta los considerables esfuerzos realizados para

solicitar los datos disponibles más actualizados, el ONUSIDA confía en que las estimaciones de recursos presentadas constituirán las estimaciones disponibles más fiables sobre las necesidades generales de los países de ingresos bajos y medianos para el periodo 2006–2008. En colaboración con el ONUSIDA, muchos asociados de los ámbitos nacional e internacional trabajan permanentemente para mejorar y actualizar los datos y los análisis empleados a fin de otorgar el mayor grado posible de fiabilidad a las estimaciones.

### El dinero disponible: estimaciones y tendencias

Según las proyecciones realizadas por el ONUSIDA a mediados de 2004, se calculó que en 2005 los fondos disponibles para la respuesta al SIDA en los países de ingresos bajos y medianos ascendieron a US\$ 8300 millones. Si se mantiene la tendencia actual y los donantes cumplen sus promesas y compromisos anteriores, todo apunta a que la cifra ascenderá a US\$ 8900 millones en 2006, y a US\$ 10 000 millones en 2007. En la Figura 10.10 se indican las fuentes de

**FIGURA 10.10** Fuentes de los fondos estimados y previstos para la respuesta al SIDA entre 2005 y 2007\*



\*En el supuesto de que no hay más promesas

Fuente: ONUSIDA (2005). Necesidades de recursos para una respuesta ampliada en países de ingresos bajos y medianos.

## EL CONSORCIO MUNDIAL PARA EL SEGUIMIENTO DE RECURSOS Y ESTIMACIONES DEL GASTO NACIONAL DESTINADO AL SIDA

El Consorcio Mundial del ONUSIDA para el Seguimiento de Recursos proporciona los datos de partida necesarios para realizar estimaciones de los fondos disponibles en años venideros como son, por ejemplo, los datos sobre las fuentes de financiación y sobre la asignación de los fondos en todos los países. Asimismo, el Consorcio evalúa la capacidad de absorción (es decir, los recursos humanos e infraestructura para ofrecer tratamiento) e identifica los obstáculos que hay que superar (por ejemplo, la reglamentación nacional sobre las licencias relativas a los medicamentos que ralentizan la importación de los mismos) en los diferentes países.

Aunque el Consorcio cuenta entre sus miembros con un número cada vez mayor de organizaciones regionales e internacionales, depende de los expertos en seguimiento de recursos de cada país para obtener una información lo más completa, fiable y actualizada posible. Uno de los problemas a este respecto es que los países suministran a menudo datos en forma de presupuestos que muchas de las veces superan el desembolso real o no están suficientemente detallados. Por ejemplo, puede que en un presupuesto no se contemplen como gastos relacionados con el VIH aquéllos que se derivan del tratamiento y el cuidado de infecciones oportunistas y puede, asimismo, que no se indique que parte del gasto se cubre mediante honorarios (es decir, parte del desembolso lo realizan los pacientes y sus familias con dinero reembolsable). Además, los datos presupuestarios aportados por los países suelen limitarse al sector sanitario y no tener en cuenta otros sectores como la educación.

En 2005, el ONUSIDA puso en marcha una iniciativa para fomentar las evaluaciones del gasto nacional destinado al SIDA (NASA, por su sigla en inglés) y el establecimiento de sistemas de ámbito nacional para la recopilación, el análisis y la difusión constante de datos sobre los gastos relacionados con el VIH en todos los sectores, y no exclusivamente en el sanitario.

procedencia de los fondos (nótese que en las proyecciones, el llamado “Sector privado” no sólo incluye a las empresas, sino también a las fundaciones benéficas y las organizaciones no gubernamentales).

### El gasto nacional realizado por la población y sus gobiernos

El ONUSIDA prevé que los fondos procedentes de fuentes nacionales en los países de ingresos bajos y medianos, que en 2005 ascendieron a US\$ 2600 millones, aumentarán a US\$ 2800 millones en 2006 y a US\$ 3000 millones

en 2007. Muchos gobiernos se han visto obligados ya a considerar el VIH como una prioridad presupuestaria, pero si los gobiernos y los donantes externos no destinan más fondos, los individuos y las familias afectadas tendrán que pagar más gastos con dinero de sus propios bolsillos.

### CUÁNTO DINERO PAGAN DE SU PROPIO BOLSILLOS LAS PERSONAS Y HOGARES AFECTADOS

Los datos más precisos sobre el gasto nacional proceden de América Latina y el Caribe, y esto es gracias a la pionera labor que desempeña la Iniciativa Regional sobre SIDA para América Latina y el

*Si bien en la actualidad el gasto nacional destinado al VIH representa en torno a un 30% del gasto total en los países de ingresos bajos y medianos, la mayor parte de ese 30% responde al gasto que realizan los países de ingresos medianos.*



Caribe (SIDALAC). En promedio, la suma que desembolsan los hogares representa el 25% del gasto total relativo al VIH, pero el porcentaje varía ostensiblemente de unos países a otros. En algunos países de ingresos medianos altos, los gobiernos satisfacen entre el 80% y el 95% de los gastos relacionados con el VIH mediante sus programas de salud pública y seguridad social. Sin embargo, en algunos países de ingresos medianos bajos, los gobiernos y los donantes externos juntos cubren entre el 25% y el 50% de los costos. La diferencia la suplen, por tanto, los afectados.

Cuando el porcentaje de los gastos relativos al VIH que pagan los afectados con dinero de su bolsillo es elevado, el motivo reside en la escasez de fondos de los hospitales y otros proveedores de atención sanitaria. En esos casos, los pacientes y sus familias suelen asumir el pago de los medicamentos (como antibióticos para el tratamiento de las infecciones oportunistas) y los gastos como usuarios del servicio para cubrir parcial o totalmente los costos de prestaciones básicas como las camas, las comidas y el material desechable.

Según un estudio realizado en 2002 sobre el desembolso privado en 13 países de

América Latina, los gastos personales relativos al VIH ascendieron a US\$ 73,9 millones (aproximadamente el 25% del gasto total relativo al VIH en esos países). De esa cifra, US\$ 18,9 millones correspondían a servicios clínicos, y la mitad de éstos al tratamiento antirretrovírico. Los restantes US\$ 55 millones se destinaron a preservativos.

Aparte de América Latina y el Caribe, son muy pocos los países que han ido recopilando sistemáticamente información sobre el gasto personal, aunque una serie de estudios llevados a cabo en África subsahariana ha puesto de manifiesto que el gasto personal representa una proporción significativa del gasto total relativo al VIH. Por ejemplo, durante el año 2002, el gasto que la población cubrió con dinero de su bolsillo constituyó el 45% de la suma total destinada al VIH en Kenya, el 9,4% en Ghana y el 30% en la República de Zambia. En 2003, en Burkina Faso el porcentaje representó el 14% del gasto total.

#### CUÁNTO SE GASTAN LOS GOBIERNOS

Si bien es cierto que en la actualidad el gasto nacional destinado al VIH representa en torno a un 30% del gasto total

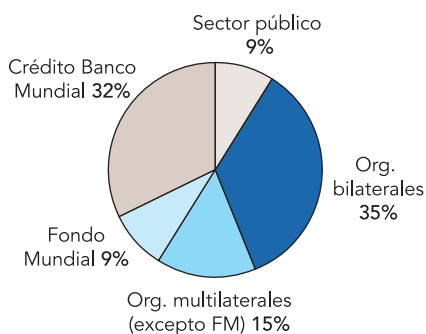
en los países de ingresos bajos y medianos, la mayor parte de ese 30% responde al gasto que realizan los países de ingresos medianos. El ONUSIDA estima que, a lo largo de los próximos tres años, la mayor proporción de recursos procedentes de todas las fuentes se destinará a África subsahariana, mientras que la mayor proporción de recursos nacionales destinados al VIH (sobre un 57% del gasto nacional total de los países de ingresos bajos y medianos) se registrará en América Latina y el Caribe.

Esta asimetría se debe a dos motivos. El primero de ellos es que todos los países de África subsahariana, a excepción de unos pocos, son de ingresos bajos y dependen en gran medida del financiamiento externo para dar una respuesta al SIDA. Sin embargo, todos los países de América Latina y el Caribe, salvo unos pocos, son de ingresos medianos y cuentan con sistemas de atención sanitarios avanzados y financiados, en su mayoría, por fondos nacionales. El segundo motivo es que muchos gobiernos de Asia, Europa central y otras regiones deberían estar destinando más fondos al VIH y disponen de recursos para hacerlo, pero aún no han reconocido el VIH como un problema prioritario que exige mayor atención. De hecho, el gasto de los gobiernos de la mayoría de los países de ingresos bajos y medianos de todas las regiones no ha aumentado al mismo ritmo que la necesidad de servicios integrales y ampliados de prevención, tratamiento, atención y apoyo. Ésta ha constituido una de las principales limitaciones de la capacidad de esos países para poner en marcha planes nacionales de lucha contra el SIDA.

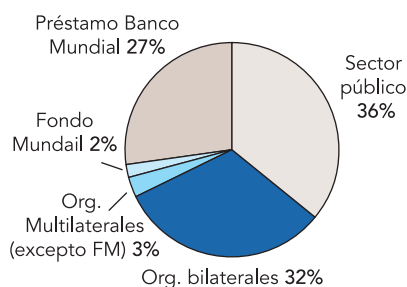
Los modelos de gasto varían considerablemente de unos países a otros. Por ejemplo, Burkina Faso es uno de los países

más pobres del mundo. En 2003, de la suma total destinada en ese país al VIH, el 78% procedía de fuentes de financiación externas, el 14,3% del gasto privado y el 7,7% del Gobierno. Sólo el Banco Mundial aportó el 25,6% de la cifra total y el 77% de todos los recursos gestionados por los organismos públicos. En torno a un 74% del gasto nacional se destinó a la prevención del VIH, es decir, a la difusión de información, la creación de programas de comunicación y educación, y la distribución de preservativos. Sólo el 26% se destinó a tratamiento y atención, en gran parte debido a que únicamente estaban recibiendo tratamiento antirretrovírico 1200 personas, a pesar de que muchas más lo necesitaban con urgencia. Aquel año, el Fondo Mundial para la Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria aprobó una subvención para ampliar la cobertura del tratamiento a otras 3500 personas.

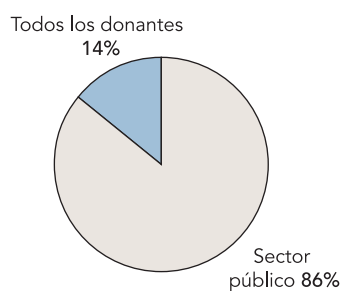
Hasta hace poco tiempo, en las estimaciones del gasto que los países destinaban al VIH se contemplaba únicamente el sector sanitario. En 2005, el ONUSIDA comenzó a promover y a apoyar las evaluaciones del gasto nacional destinado al SIDA para ayudar a todos los asociados nacionales e internacionales a vigilar los flujos de financiación de todas las fuentes en todos los sectores. En la Figura 10.11 se presentan los primeros resultados con las estimaciones del gasto destinado al VIH correspondientes a tres países y dividido por fuentes de financiación. El grado de riqueza de los tres países era significativamente distinto: el Producto Interior Bruto (PIB) es de US\$ 1174 por habitante en Burkina Faso, de 2982 en la India y de 9230 en la Federación de Rusia. El gasto por habitante también difería notablemente: de US\$ 0,28 en la Federación de Rusia a US\$ 1,28 en Burkina Faso.

**FIGURA 10.11** Distribución por región de los fondos para prevención**BURKINA FASO**

Gastos relacionados con el VIH y el SIDA por habitante: US\$ 1,87

**INDIA**

Gastos relacionados con el VIH y el SIDA por habitante: US\$ 0,59

**FEDERACIÓN DE RUSIA**

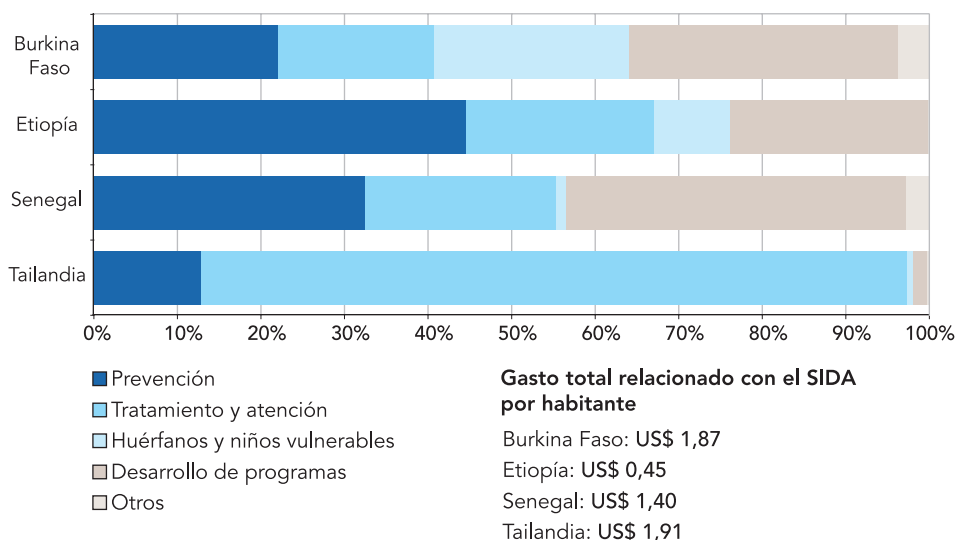
Gastos relacionados con el VIH y el SIDA por habitante: US\$ 0,28

Fuente: ONUSIDA, basado en evaluaciones nacionales del gasto relacionado con el SIDA.

En la Figura 10.12 se muestran también los recientes resultados de las Evaluaciones del Gasto Nacional destinado al SIDA. Se trata de las estimaciones para 2004 del gasto destinado al VIH en cuatro países y divididas en cuatro áreas programáticas.

Las estimaciones del gasto expuestas en la Figura 10.11 y la Figura 10.12 no mues-

tran ninguna relación directa entre el gasto por habitante destinado al VIH en cada país y el PIB por habitante o la naturaleza de la epidemia (es decir, si se trata de una epidemia de nivel bajo, concentrada o generalizada y si ésta está emergiendo o se encuentra en una fase avanzada). Sin duda, para satisfacer las necesidades de una respuesta integral y ampliada al SIDA, los países deberán

**FIGURA 10.12** Gasto relacionado con el VIH por área programática en cuatro países, 2004


Fuente: ONUSIDA, basado en evaluaciones nacionales del gasto relacionado con el SIDA.

aumentar el gasto total destinado al VIH. Asimismo, deberán realizar un mayor esfuerzo para hacer llegar los fondos allí donde, siempre según pruebas sólidas, las intervenciones sean más necesarias. Los países de ingresos medianos, en particular, deberían priorizar el gasto de fondos procedentes de sus propias fuentes de financiación destinados al VIH. Todos los países y donantes deben establecer como principal prioridad la reducción de la presión económica a la que están sometidos los hogares de ingresos bajos que se ven obligados a asumir los gastos de los servicios relativos al VIH por falta de cobertura.

### Compromisos en materia de asistencia oficial para el desarrollo

Los gobiernos de los países donantes aportan el grueso de la ayuda al desarrollo procedente de los países de ingresos más elevados y destinada a los países de ingresos más bajos. Los principales países

donantes son los 22 países miembros del Comité de Asistencia para el Desarrollo (CAD) de la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE), entre los que se hallan los países del G7. La asistencia oficial para el desarrollo (conocida por su acrónimo AOD) es el término empleado para referirse a la ayuda para el desarrollo aportada por los miembros del CAD.

Hace treinta y siete años, en la Asamblea General de las Naciones Unidas, el Comité de Asistencia para el Desarrollo se comprometió a destinar el 0,7% de su producto nacional bruto a la asistencia oficial para el desarrollo, pero hasta la fecha, sólo cinco de ellos han logrado alcanzar ese objetivo. En 2005, los miembros del Comité de Asistencia para el Desarrollo se reafirmaron en ese compromiso tanto en la Cumbre del G-8 celebrada en Gleneagles como en otros foros. Grecia se ha comprometido a cumplirlo en 2007, Francia en 2012 y el Reino Unido en 2013. Si se cumplen los



### EL DESAJUSTE ENTRE EL GASTO GUBERNAMENTAL Y LAS NECESIDADES REALES DE LOS PAÍSES

A lo largo de los últimos años, muchos países han desarrollado planes nacionales de lucha contra el SIDA para orientar sus respuestas, pero, en muchos de los casos, éstos han resultado deficientes en cuanto a la estrategia, las pruebas y datos que habrían de sustentarlos y la orientación a la población destinataria. Varios informes realizados, entre otros, por el Banco Mundial han revelado que estos planes no cumplen la función de guiar las intervenciones para la que fueron creados, la mayoría son demasiado generales, rara vez van seguidos de planes de acción anuales y los casos en que se basan en información epidemiológica reciente son escasos. Así pues, no resulta sorprendente que exista una discrepancia sustancial entre lo debería financiarse y lo que en realidad se financia en los países.

Por ejemplo: en un país asiático los niveles de infección por el VIH en la población general se mantienen bajos, pues la prevalencia del VIH entre las mujeres embarazadas inferior al 0,3% lo demuestra. Por el contrario, la prevalencia entre los consumidores de drogas intravenosas se acerca al 60% en la ciudad más grande y, entre los profesionales del sexo, alcanza el 30% en determinadas zonas. Los estudios de los datos de vigilancia indican que el 75% de los casos de transmisión del VIH responde al consumo de drogas intravenosas y que el consumo de drogas intravenosas y la industria del sexo juntos abarcan el 90% de los casos. Sin embargo, a pesar de estos datos, la mayoría de las intervenciones realizadas en el país no están dirigidas a estos dos grupos. No se trata de un caso aislado. En muchos otros países se dan situaciones similares.

Sin duda, los países se benefician de la asistencia técnica de apoyo al desarrollo de planes nacionales contra el SIDA y planes de acción anuales estratégicos que sigan un orden de prioridades y tengan en cuenta el panorama epidemiológico del país. Sin embargo, al proporcionar esta asistencia debe evitarse que siga reproduciéndose el patrón, ya demasiado frecuente, de solapamiento y descoordinación en los estudios de los diferentes donantes y organizaciones.

compromisos asumidos en 2005, incluido el de duplicar la ayuda destinada a África, en 2010 la cifra ascenderá a cerca de US\$ 130 000 millones.

La Asistencia Oficial para el Desarrollo aumentó en un 5,9% entre 2003 y 2004, alcanzando la suma de US\$ 79 500 millones. De esos fondos, los asignados a programas a largo plazo aumentaron en un 13,3%, lo que indica un compromiso creciente con el desarrollo sostenido. En

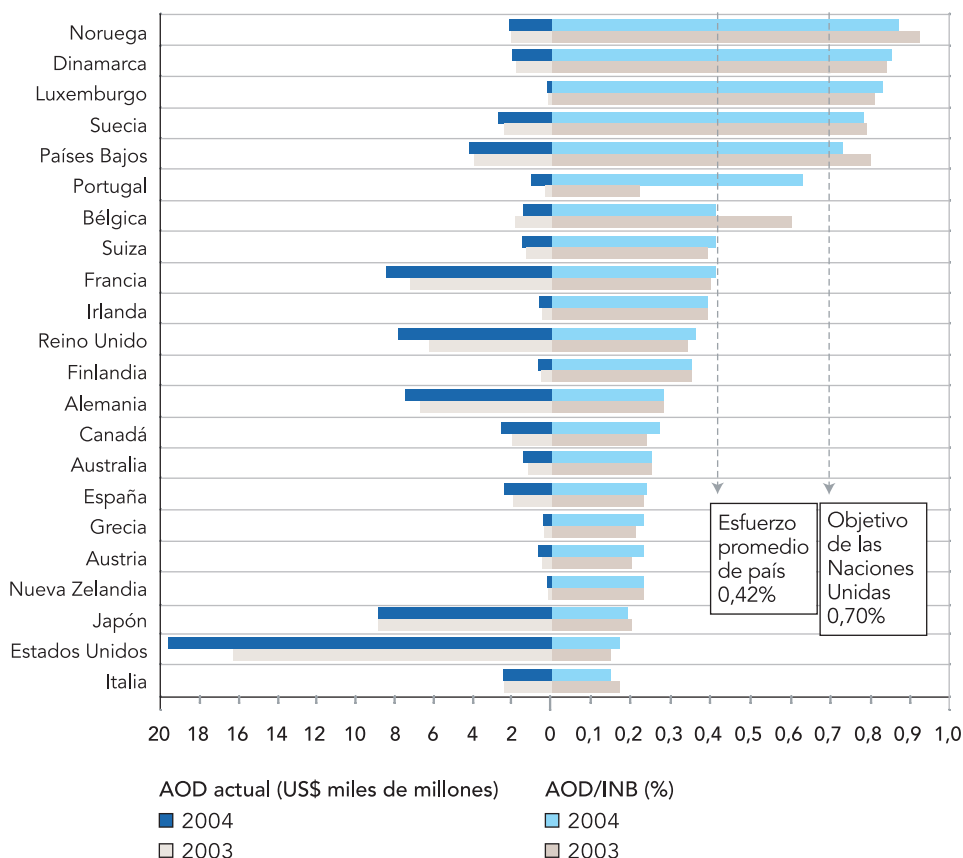
la Figura 10.13 se muestran las aportaciones realizadas por cada uno de los países miembros del Comité de Asistencia para el Desarrollo tanto en términos absolutos como en porcentajes de su producto nacional bruto.

#### FLUJOS DE FINANCIACIÓN BILATERAL Y MULTILATERAL DESTINADOS A LA RESPUESTA AL SIDA

La asistencia oficial para el desarrollo se emplea de dos maneras: mediante ayuda

FIGURA 10.13

Asistencia oficial para el desarrollo (AOD) proporcionada por miembros del CAD en 2003 y 2004



Fuente: Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE), 2005.

bilateral o mediante ayuda multilateral. La ayuda bilateral consiste en la asistencia directa de un país (el donante bilateral) a otro en forma de asistencia financiera, técnica, o de otra índole, destinada a apoyar el desarrollo, incluido el desarrollo de la respuesta al SIDA. La ayuda multilateral, en cambio, consiste en asistencia indirecta procedente fundamentalmente de países donantes y en ocasiones también de fundaciones benéficas. Dicha asistencia se entrega en primera instancia a organizaciones multilaterales (el Banco Mundial, bancos de desarrollo regionales, organismos de las Naciones Unidas u otros, como el Fondo Mundial para la Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la

Malaria), que posteriormente la distribuyen a los países receptores.

El ONUSIDA calcula que los flujos de financiación bilateral y multilateral representaron el 68,8% de los US\$ 8300 millones destinados en 2005 a la respuesta al SIDA. Según las promesas, los compromisos y las tendencias del momento en el que se realizaron las estimaciones, los flujos de financiación bilateral y multilateral ascenderán a US\$ 6200 millones en 2006 (el 70% de los US\$ 8900 millones disponibles) y a 7000 (también el 70%) de los US\$ 10 000 millones de los que se prevé disponer en 2007.

## COMPROMISOS FRENTE A DESEMBOLSOS

En toda discusión sobre flujos de ayuda es importante recalcar la diferencia entre los compromisos y los desembolsos reales. A menudo, los donantes comprometen un dinero que no tendrán que desembolsar hasta el año siguiente o que irán desembolsando a lo largo de una serie de años. En la situación actual, en que los fondos destinados a la respuesta al SIDA están aumentando, las cifras de los compromisos suelen superar a las de los desembolsos anuales. Según la fuente de información, las cifras disponibles suelen hacer referencia bien a los compromisos, bien a los desembolsos, pero nunca a ambas cosas.

## Flujos de financiación bilateral destinados a la respuesta al SIDA

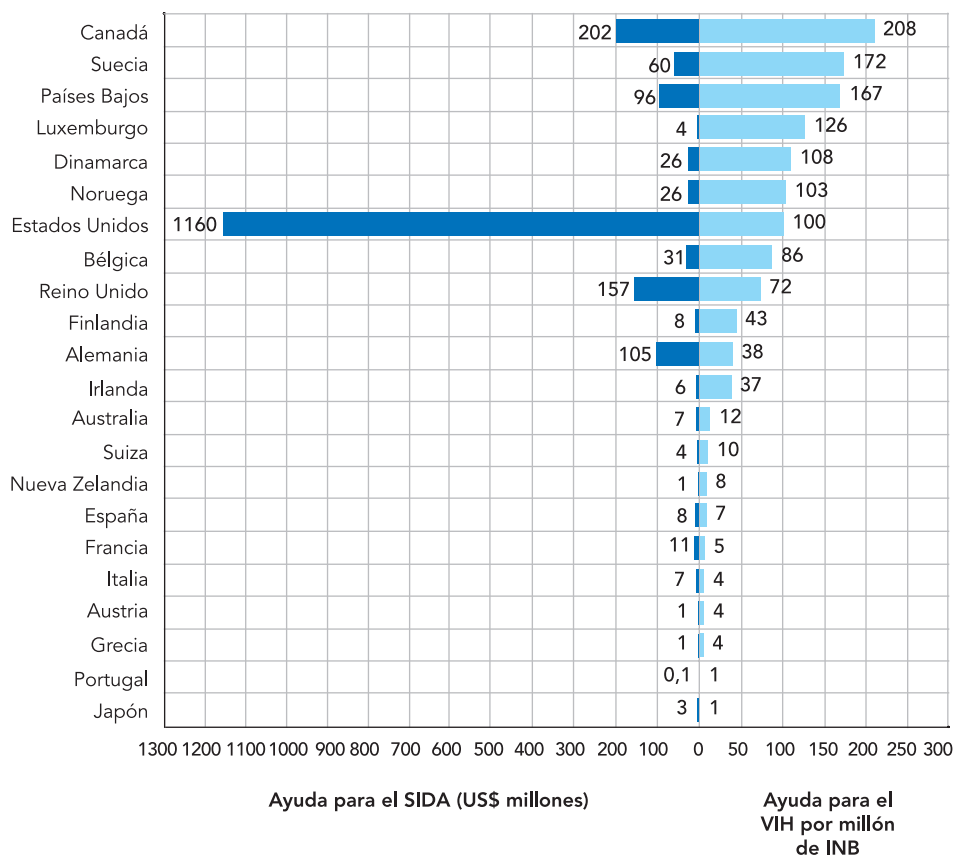
El ONUSIDA calcula que el apoyo bilateral a la respuesta al SIDA crecerá a un ritmo superior que el procedente de otras fuentes y alcanzará los US\$ 3700 millones en 2007. Este marcado ascenso responderá principalmente al incremento del apoyo por parte del Plan de Emergencia del Presidente de los Estados Unidos para el Alivio del SIDA (PEPFAR), que podría llegar a aportar en torno al 75% del apoyo bilateral total de ese año. Según un estudio sobre el apoyo bilateral durante el periodo 2000-2002, los mayores donantes tienden a centrarse en los

programas de tratamiento, para los cuales se requieren cuantiosos fondos y compromisos a largo plazo. Los pequeños donantes, por el contrario, tienden a centrarse en la prevención, aunque también prestan apoyo a la atención a domicilio y a algunas actividades de mitigación. En la Figura 10.14 se muestra el grado de asistencia para el desarrollo que los países miembros se comprometieron a destinar a la respuesta al VIH para el año 2004; los datos se presentan tanto en cifras absolutas como en porcentajes del producto nacional bruto.

Las cantidades expuestas en la Figura 10.14 son las derivadas de un análisis de

*La Secretaría y los copatrocinadores del ONUSIDA, así como el Banco Mundial, constituyen fuentes de ayuda multilateral. Si bien parte de esa ayuda se proporciona en forma de financiación o cofinanciación de programas de ámbito nacional, la mayoría se distribuye en forma de apoyo, información, facilitación, mediación y asistencia técnica.*



**FIGURA 10.14** AOD comprometida por los miembros del CAD para el VIH en 2004

Fuente: ONUSIDA, basado en datos de informes de miembros del CAD a la OCDE.

las cifras de asistencia oficial para el desarrollo presentadas a la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos, en cuyos informes se desglosan los compromisos por categorías. Debido a una serie de razones, una significativa cantidad del gasto destinado al VIH queda oculta en los informes oficiales (porque, por ejemplo, se trata de una parte no detallada de una categoría más grande, como sanidad, educación, etc.). Un análisis anterior basado en entrevistas con los oficiales de alto rango de los países miembros del Comité de Asistencia para el Desarrollo sugiere que sus compromisos reales de gasto destinado al VIH ascendieron a poco más de US\$ 2700

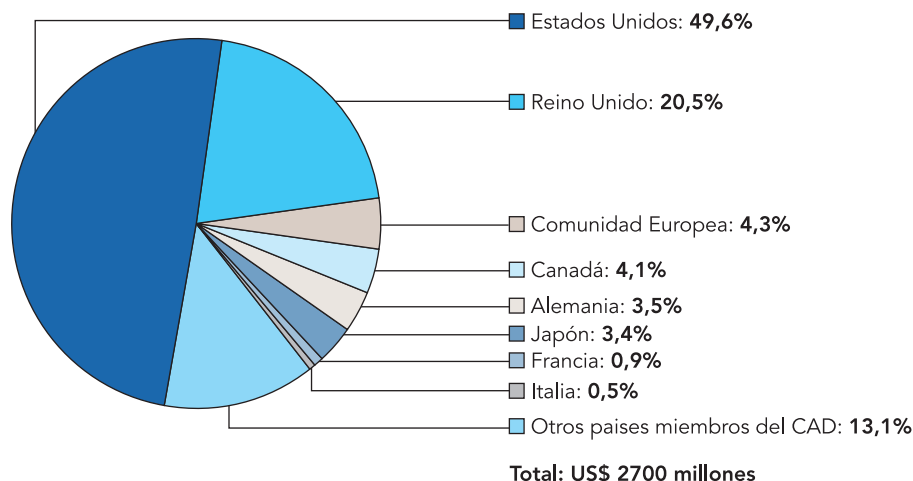
millones en 2004, y que el desembolso apenas sobrepasó los US\$ 1900 millones. En la Figura 10.15 se muestran los porcentajes del total que se comprometió a destinar cada uno de los miembros.

### Flujos de financiación multilateral destinados a la respuesta al SIDA

El ONUSIDA estima que la ayuda multilateral ascendió en 2005 a US\$ 3000 millones, lo que equivale al 36% de los US\$ 8300 millones destinados a la respuesta al SIDA en ese año. Es probable que en 2007 la cifra se mantenga en torno a US\$ 3000 millones, lo que representará

FIGURA 10.15

Compromisos bilaterales de miembros del Comité de Asistencia para el Desarrollo destinados a programas relacionados con el VIH en 2004



Fuente: ONUSIDA (2005). Necesidades de recursos para una respuesta ampliada al SIDA en países de ingresos bajos y medianos.

solamente el 30% de los US\$ 10 000 millones que, según las previsiones, se destinarán ese año. El Fondo Mundial para la Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria constituye la principal fuente de ayuda económica a los países, seguido del Grupo del Banco Mundial, al que pertenecen numerosos bancos regionales de desarrollo. La Secretaría del ONUSIDA y otras nueve organizaciones copatrocinadoras del ONUSIDA (aparte del Banco Mundial) constituyen fuentes de ayuda multilateral, pero, si bien parte de esa ayuda se proporciona en forma de financiación o cofinanciación de programas de ámbito nacional, la mayoría se distribuye en forma de apoyo, información, facilitación, mediación y asistencia técnica.

#### EL FONDO MUNDIAL PARA LA LUCHA CONTRA EL SIDA, LA TUBERCULOSIS Y LA MALARIA

En la Declaración de compromiso sobre el VIH/SIDA se solicitó la creación de “un fondo mundial contra el VIH/SIDA y para la salud” y el lanzamiento de “una campaña de recaudación de fondos a escala mundial dirigida tanto al público general como al sector privado” para

contribuir al fondo. Seis meses más tarde, en enero de 2002, se creó el Fondo Mundial para la Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria. Desde su fundación, el Fondo Mundial se ha guiado por el principio de “adicionalidad,” es decir, se ha asegurado siempre de que sus contribuciones no tengan impacto negativo alguno en los compromisos con el apoyo a programas de lucha contra las tres enfermedades contraídos por los gobiernos y otros asociados.

A finales de diciembre de 2005, el Fondo Mundial había recibido US\$ 4700 millones en aportaciones y se comprometió a alcanzar, además, un total acumulado de US\$ 8600 millones para finales de 2008. Asimismo, había aprobado cinco rondas de financiamiento— en abril de 2002, enero de 2003, octubre de 2003, junio de 2004 y septiembre de 2005 — con un total de 350 subvenciones concedidas a gobiernos y otros receptores de 128 países. Las propuestas contempladas por el Fondo Mundial se dividen en dos fases: la fase 1 cubre los dos primeros años y la fase 2 cubre

## EL PLAN DE EMERGENCIA DEL PRESIDENTE DE LOS ESTADOS UNIDOS PARA EL ALIVIO DEL SIDA (PEPFAR)

En enero de 2003, el Presidente de los Estados Unidos anunció su compromiso de destinar, a lo largo de cinco años, US\$ 15 000 millones a la respuesta al SIDA a través del Plan de Emergencia del Presidente de los Estados Unidos para el Alivio del SIDA (PEPFAR). La mayoría del dinero se canaliza bilateralmente y no mediante mecanismos multilaterales y, de la cifra total, dos tercios se destinan a 15 países — 12 en África, 2 en el Caribe y 1 en Asia — fuertemente castigados por el VIH. El primer informe anual del PEPFAR revela que en 2004 éste destinó US\$ 570,2 millones a la lucha contra el SIDA en esos 15 países, y que se había comprometido a desembolsar 915,6 millones más durante 2005.

La política del PEPFAR a la hora de distribuir la financiación bilateral entre los programas relacionados con el VIH es la siguiente:

- el 55% para el tratamiento de personas infectadas por el VIH, del cual el 75% irá destinado a la compra y distribución de antirretrovíricos en 2006 y 2007;
- el 15% para cuidados paliativos de personas en fase terminal por enfermedades relacionadas con el VIH;
- el 20% para la prevención del VIH, del cual al menos el 33% irá destinado a programas basados en la abstinencia;
- el 10% para servicios de apoyo a los niños huérfanos y vulnerables.

En reconocimiento de que la tuberculosis constituye la principal causa de mortalidad entre las personas con el VIH, el PEPFAR destinó US\$ 20 millones a programas de tuberculosis y VIH en 2005, y prometió aumentar significativamente su aportación a la financiación de dichos programas en 2006.



*Las organizaciones no gubernamentales internacionales realizan aportaciones sustanciales a la respuesta al SIDA en los países de ingresos bajos y medianos.*

normalmente otros tres años adicionales, aunque algunas veces queda reducido a uno o dos. El total de las subvenciones de ambas fases, concedidas hasta finales de 2005, ascendió a US\$ 4800 millones. La cifra final de todas las propuestas aprobadas hasta finales 2005 alcanzará los US\$ 9600 millones, suponiendo que se aprueben todas las subvenciones de la fase 2.

El Fondo Mundial supervisa y evalúa la ejecución de todos los programas que financia y desembolsa los fondos cuando los programas están preparados para recibirlos (véase el capítulo 'Respuestas nacionales'). Comenzó a realizar desembolsos en 2003 y a finales de diciembre de 2005 la suma total de desembolsos ascendía a US\$ 1900 millones, de los cuales US\$ 1100 millones respondían sólo al año 2005. Según un análisis de las subvenciones de ambas fases ya concedidas y correspondientes a las propuestas aprobadas en las cinco primeras rondas, la distribución anual de los desem-

bolsos se realiza como se indica en el recuadro siguiente:

- habían proporcionado asesoramiento y pruebas del VIH a 2,5 millones de personas;
- habían administrado tratamiento antirretrovírico contra el VIH a 384 000 personas y esperaban dar acceso al mismo a 1,8 millones de personas al término de los cinco años de subvención;
- habían suministrado tratamiento para la tuberculosis a 600 000 personas, muchas de ellas infectadas también por el VIH, y esperaban hacer llegar dicho tratamiento a un total de 3,5 millones de personas;
- habían proporcionado apoyo educativo, médico y social a 397 000 huérfanos y niños vulnerables.
- habían capacitado a 304 000 personas más para trabajar en los campos del VIH, la tuberculosis y la malaria.

#### DISTRIBUCIÓN DE TODAS LAS ASIGNACIONES DEL FONDO MUNDIAL HASTA FINALES DE 2005

- el 56% al VIH, el 26% a la malaria, el 17% a la tuberculosis, y el 1% al fortalecimiento del sistema sanitario;
- el 67% a los países de ingresos bajos, el 25% a los países de ingresos medianos bajos y el 8% a los países de ingresos medianos altos;
- el 60% a África subsahariana; el 12% a Asia oriental y el Pacífico; el 10% a América Latina y el Caribe; el 9% a Europa oriental y Asia central; el 8% a Asia meridional, Oriente Medio y África del Norte;
- el 47% a medicamentos y productos básicos; el 20% a recursos humanos y capacitación; el 12% a infraestructuras físicas; el 8% a administración; el 6% a supervisión y evaluación; el 7% a otros;
- el 61% a gobiernos, el 16% a organizaciones multilaterales, el 15% a organizaciones no gubernamentales y comunitarias, el 4% a organizaciones de base confesional, el 3% al sector privado y el 1% a otros (basado únicamente en las rondas 2-5).

Nótese que este desglose muestra solamente los desembolsos destinados a los receptores principales y excluye a las muchas organizaciones de la sociedad civil que son catalogadas como receptores secundarios.



## EL MECANISMO DE REPOSICIÓN VOLUNTARIA DEL FONDO MUNDIAL

Hasta 2004, el Fondo Mundial para la Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria dependía de las contribuciones especiales procedentes de más de 45 países, así como de fundaciones sin ánimo de lucro, empresas y particulares. Con el fin de lograr unos recursos más sostenibles y previsibles, se estableció el Mecanismo de Reposición Voluntaria que cuenta con el Secretario General de las Naciones Unidas, Kofi Anan, como presidente y celebra reuniones de reposición periódicas a las que asisten representantes de todas las partes interesadas. Estas reuniones les brindan la oportunidad de revisar los resultados obtenidos, comentar las operaciones y la eficacia del Fondo y realizar compromisos basados en los objetivos y las contribuciones pactadas de mutuo acuerdo.

En 2005, tuvieron lugar tres reuniones de reposición. En la última de ellas, celebrada en septiembre en Londres, 29 donantes se comprometieron a aportar un total de US\$ 3700 millones para 2006 y 2007, es decir, más de la mitad de los US\$ 7000 millones que, según las estimaciones, necesitaba el Fondo para ese periodo de dos años. En la siguiente reunión, programada para julio de 2006, tratarán de obtenerse más compromisos para alcanzar la cifra total.

La tuberculosis constituye la principal causa de mortalidad entre las personas infectadas por el VIH. Además de prestar apoyo a programas específicos de lucha contra la tuberculosis, el Fondo Mundial apoya a los programas que integran ambos componentes: la tuberculosis y el VIH. A finales de diciembre de 2005, los programas que recibieron el apoyo del Fondo Mundial:

El Fondo Mundial, que fue creado como fundación benéfica bajo la legislación suiza, debe gestionar sus finanzas con prudencia. Así pues, el Fondo sólo aprueba una subvención de fase 1 ó 2 cuando dispone de activo para financiar todos los años de la fase. Hasta la fecha, los donantes han cumplido sus compromisos, de modo que el Fondo Mundial confía en que llegado el momento podrá otorgar las subvenciones de fase 2 a todas las propuestas aprobadas. Entre los esfuerzos destinados a velar por el cumplimiento de los compromisos futuros se halla la reunión de reposición que se celebrará a

mediados de 2006: un plan estratégico para aumentar las aportaciones del sector privado y la movilización de nuevos donantes.

## EL BANCO MUNDIAL

El Banco Mundial es uno de los diez copatrocinadores del ONUSIDA y cuenta con el mayor presupuesto para el VIH de todas las organizaciones de las Naciones Unidas. Esto lo convierte en el segundo donante multilateral que más dinero destina a la respuesta al SIDA en los países de ingresos bajos y medianos, después del Fondo Mundial para la Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria. El Banco Mundial lleva desde 1988 concediendo subvenciones, créditos sin intereses y préstamos a bajo interés para apoyar los proyectos relacionados con el VIH en los países de ingresos bajos y medianos. A partir del año 2000, el aumento de su apoyo ha sido considerable. A finales de diciembre de 2005, el Banco Mundial había destinado un total acumulado de más de US\$ 2500 millones a proyectos relacio-

nados con el VIH, entre los que se incluyen también partes relacionadas con el VIH de proyectos más amplios. Así pues, en diciembre de 2005, los 79 proyectos activos que se habían aprobado desde 2001 hasta esa fecha habían destinado US\$ 893 millones y se esperaba que destinaran más de US\$ 1000 millones más. Estos compromisos, proyectos y desembolsos fueron los siguientes:

- Mediante su Programa Multinacional sobre el VIH/SIDA para África, el Banco Mundial se comprometió a destinar US\$ 1150 millones a tres proyectos subregionales y a 33 proyectos de 33 países distintos de África subsahariana; se han desembolsado US\$ 545 millones.
- Mediante su Programa Multinacional sobre el VIH/SIDA para el Caribe, el Banco Mundial se comprometió a destinar US\$ 118 millones a un proyecto regional y otros nueve proyectos en nueve países diferentes; se han desembolsado US\$ 25 millones.
- Mediante otros programas de desarrollo, el Banco Mundial se comprometió a destinar US\$ 706 millones a dos proyectos regionales y a 31 proyec-

tos nacionales en 26 países diferentes (10 de África subsahariana); se han desembolsado US\$ 322 millones.

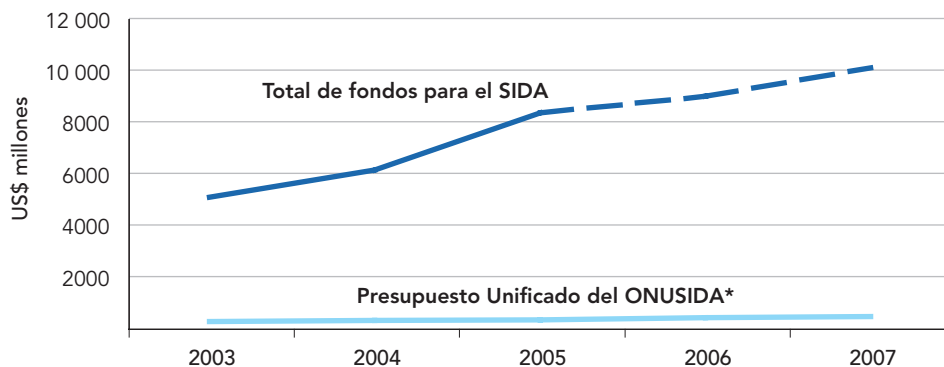
Al ser uno de los principales proveedores de ayuda para el desarrollo, el Banco Mundial ha sido sometido a una estricta vigilancia y ha recibido duras críticas. Tras admitir los errores cometidos en el pasado, actualmente está reforzando las medidas de supervisión y evaluación tanto de su propia actuación como de la actuación de todos los proyectos que financia. En 2005, publicó el *Programa de Acción Mundial contra el VIH/SIDA del Banco Mundial*, en el que se explica el enfoque que la institución pretende dar a su labor en los próximos años.

#### OTROS COPATROCINADORES DEL ONUSIDA Y LA SECRETARÍA DEL ONUSIDA

Todas las organizaciones del sistema de las Naciones Unidas son responsables de integrar las estrategias y actividades relacionadas con el VIH en sus políticas y programas, lo cual conlleva proporcionar servicios relacionados con el VIH a sus propios empleados y familias. No obstante, las principales organizaciones por su contribución a la respuesta

FIGURA 10.16

Comparación del Presupuesto Unificado del ONUSIDA con los recursos disponibles



\*El Presupuesto Unificado del ONUSIDA incluye recursos básicos, complementarios y de la propia organización.

Fuente: ONUSIDA (2005). Necesidades de recursos para una respuesta ampliada en países de ingresos bajos y medianos.

## EL BANCO MUNDIAL DESARROLLA PROGRAMAS SOBRE EL VIH

En 2000, el Banco Mundial puso en marcha el Programa Multinacional sobre el VIH/SIDA (MAP). Este programa ha introducido una serie de innovaciones relativas a las prácticas de los donantes como son: la financiación de los costos operativos y ordinarios de los programas multisectoriales; el establecimiento de procedimientos simplificados para la aprobación y el desembolso de fondos; y el financiamiento directo de los programas de la sociedad civil a nivel nacional, de distrito y de la comunidad. El MAP fue diseñado para afrontar el desafío de la respuesta al SIDA en África. Las enseñanzas adquiridas durante el proceso han llevado a incorporar modificaciones y actualmente el alcance y la complejidad de su actividad son mucho más amplios que los que podía abarcar la financiación tradicional del Banco Mundial. Desde el comienzo se advirtió que eso sería así y se admitió que la puesta en marcha del programa exigiría una estricta supervisión y asistencia técnica, así como un aprendizaje y una adaptación del diseño permanentes. El éxito cosechado en África con el programa fue tal, que se creó otro para el Caribe.

Aparte del MAP, el Banco Mundial ha desarrollado nuevas formas de apoyo a las intervenciones transfronterizas que no pueden respaldarse con los programas propios de cada país. Entre estas intervenciones se hallan los programas subregionales de lucha contra el SIDA en el Caribe, América central, Asia central y África. Asimismo, el Banco Mundial ha integrado la programación relativa al VIH en otros proyectos de desarrollo (por ejemplo, en la construcción de vías de comunicación o conductos) al exigir la aplicación de medidas de precaución para evitar la infección.

mundial al SIDA son la Secretaría del ONUSIDA y sus 10 copatrocinadores.

Cada dos años, la Junta Coordinadora del Programa del ONUSIDA aprueba un presupuesto y plan de trabajo integrado mediante el cual se asignan los fondos para cada actividad específica y se estipula la organización u organizaciones que se harán cargo de dicha actividad. Conforme a este presupuesto, las actividades de la Secretaría del ONUSIDA y de los copatrocinadores siguen las directrices del Marco Estratégico de Acción del ONUSIDA. En él se fijan cinco objetivos fundamentales y un objetivo interdisciplinario: desarrollar capacidad en materia de recursos humanos para responder al SIDA en los diferentes países. Los cinco

objetivos fundamentales son los siguientes:

1. Dar poder de liderazgo para una respuesta nacional al SIDA.
2. Movilizar y fomentar las asociaciones con los sectores público y privado y con la sociedad civil.
3. Promover y fortalecer la gestión de información estratégica.
4. Desarrollar la capacidad para la planificación, el seguimiento, la supervisión y la evaluación de las respuestas nacionales.
5. Facilitar el acceso a los recursos técnicos y financieros.

Además, cada uno de los copatrocinadores se implica en las actividades

relacionadas con el VIH que más concuerdan con su misión. En 2005, por ejemplo, el Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR) llevó a cabo una serie de actividades destinadas a asegurar que los aproximadamente 20 millones de refugiados, repatriados, personas que pidieron asilo y otros grupos de población incluidos en su área de responsabilidad obtuvieran prevención, tratamiento, atención y apoyo relativos al VIH.

El presupuesto integrado para 2004 y 2005 ascendió a US\$ 522 millones, es decir, a un promedio de US\$ 261 millones al año. Los presupuestos a escala nacional relativos al VIH de los copatrocinadores elevaron la suma a US\$ 1340 millones, lo que equivale a un promedio de US\$ 667 millones al año. El presupuesto integrado del ONUSIDA para 2006 y 2007 asciende a US\$ 797 millones, lo que supone un promedio de US\$ 398,5 millones al año, un 52,7% superior al promedio del periodo 2004–2005. Los presupuestos a escala nacional de los copatrocinadores para las actividades relacionadas con el VIH elevan la suma total a US\$ 2560 millones, lo que significa un promedio anual de US\$ 1280 millones y un aumento del 91,0% en comparación con el promedio anual para 2004–2005. En la Figura 10.16 se compara el aumento del presupuesto integrado con la cifra total disponible para la respuesta al SIDA en los países de ingresos bajos y medianos.

### Flujos de financiación procedentes de empresas, fundaciones y organizaciones no gubernamentales

En las proyecciones del ONUSIDA sobre el gasto destinado al VIH —realizadas a

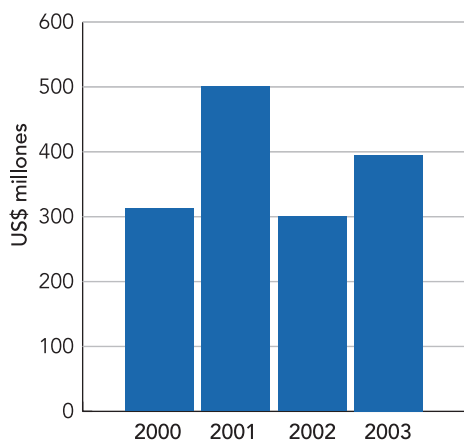
mediados de 2004 e ilustradas en la Figura 10.10— se emplea el término “sector privado” en un sentido muy amplio, pues con él se hace referencia a las empresas privadas, las fundaciones y las organizaciones no gubernamentales, y en especial a aquéllas de alcance internacional, más que a las que tienen su base en un país. (Las proyecciones no prevén las contribuciones en especie realizadas por las empresas privadas mediante sus programas de lucha contra el SIDA en el lugar de trabajo o mediante la ampliación de dichos programas a las comunidades cercanas.) En la Declaración de compromiso de 2001 se instó a lanzar una campaña mundial de recaudación de fondos para este sector, pero hasta la fecha los resultados han dejado mucho que desear. Teniendo en cuenta las tendencias, el ONUSIDA prevé que las contribuciones procedentes de estas fuentes se mantengan en torno a los US\$ 400 millones para 2006, 2007 y 2008, y que tres cuartas partes de esa cifra provendrán de fundaciones con sede en los Estados Unidos.

### FUNDACIONES

Entidades independientes tanto de los Estados Unidos como de Europa han tratado de cuantificar la aportación al VIH de las fundaciones benéficas en los últimos años. Tal como muestra la Figura 10.17, un estudio realizado por Funders Concerned about AIDS reveló que el 2003 fue el cuarto año consecutivo en que las fundaciones con sede en los Estados Unidos (incluidas las instituciones benéficas pertenecientes a empresas privadas) asignaron más de US\$ 300 millones a la respuesta nacional y mundial al SIDA. De los US\$ 394,5 millones asignados en 2003, US\$ 308,2 millones se destinaron a proyectos con repercusión en países de ingresos bajos y medianos y, de esa cifra, dos tercios fueron asignados por la

FIGURA 10.17

Compromisos de fundaciones con sede en los Estados Unidos para proyectos nacionales y mundiales relacionados con el VIH, 2000-2003



Fuente: Funders Concerned About AIDS, 2005.

Fundación Bill y Melinda Gates. La cantidad total destinada a proyectos que redundaron en beneficio de los países de ingresos bajos y medianos se distribuyó de la siguiente manera:

- el 75% a organizaciones con base en América del Norte o Europa occidental que destinaran el dinero a proyectos mundiales o a subvencionar a su vez proyectos en los países de ingresos bajos y medianos;
- el 14% a África y Oriente Medio;
- el 8% a Asia y el Pacífico;
- el 2% a Europa oriental y Asia central;
- el 1% a América Latina y el Caribe.

En Europa, según un estudio realizado en 2005 por el European HIV/AIDS Funders Group, las fundaciones con sede en Europa desembolsaron en 2003 el equivalente a US\$ 33,6 millones para proyectos relacionados con el VIH con repercusión en países de ingresos bajos y medianos. El estudio señalaba que las tradiciones y la legislación de los Estados Unidos respaldan un nivel de actividad filantrópica privada que sólo es habitual en otros pocos países. También remarcaba

las ventajas de las que disfrutaban los donantes privados frente a los públicos, y entre ellas la capacidad para innovar y asumir riesgos.

#### ORGANIZACIONES NO GUBERNAMENTALES INTERNACIONALES

Las organizaciones no gubernamentales realizan aportaciones sustanciales a la respuesta al SIDA en los países de ingresos bajos y medianos. En ocasiones, se da por sentado que dichas aportaciones provienen de los ingresos del público que responde a sus campañas de recaudación de fondos, pero en realidad, suelen proceder de donantes bilaterales y multilaterales y fundaciones. Existen cientos de organizaciones no gubernamentales, grandes y pequeñas, involucradas en el campo del desarrollo internacional y dedicando al menos una parte de sus esfuerzos a la respuesta al SIDA. Actualmente, sin embargo, no se cuenta con datos suficientes para realizar una estimación, ni siquiera aproximada, del valor financiero de sus aportaciones colectivas a la respuesta al SIDA, pues existe el riesgo de doble contabilización de las aportaciones realizadas por otros.

*Los crecientes niveles de financiación y los esfuerzos actuales por mejorar la gestión de los recursos financieros permiten albergar un cauto optimismo respecto al apoyo a las respuestas nacionales al SIDA.*



### La financiación destinada a la investigación sobre vacunas contra el VIH y microbicidas

Las vacunas contra el VIH y los microbicidas beneficiarán a la población de todos los países, desde el más rico al más pobre. Por ese motivo, los gastos y las necesidades relativas a la investigación y el desarrollo de estos productos no se han incluido en ninguna de las estimaciones presentadas en este capítulo. Aunque en el campo científico existe cada vez mayor confianza en las posibilidades de desarrollar microbicidas y vacunas preventivas, eficaces y seguros contra el VIH, todavía han de superarse múltiples retos y para ello será preciso invertir una cantidad de recursos significativamente superior a la invertida hasta la fecha.

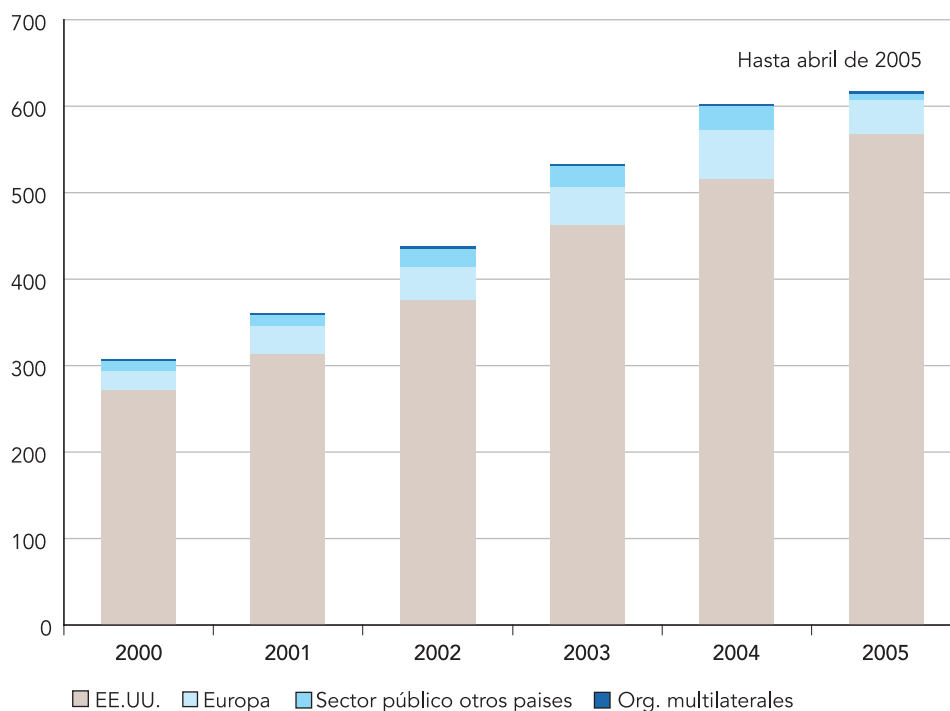
El Comité Coordinador de la Iniciativa Mundial para la Vacuna contra el SIDA calcula que es necesario un desembolso de US\$ 1200 millones al año para acelerar las investigaciones y hallar una vacuna segura y eficaz contra el VIH. En 2004, los fondos captados ascendieron a US\$ 682 millones, de los cuales el 88% procedía del sector público (gobiernos y universidades), el 10% de la industria y el

2% de donaciones privadas. Aunque las empresas farmacéuticas y de biotecnología invierten elevadas sumas en el desarrollo de otros productos sanitarios, su inversión en el desarrollo de la vacuna contra el VIH ha sido escasa. Sin embargo, los fondos procedentes del sector público han aumentado notablemente, tal como se muestra en la Figura 10.18. (Para el año 2005, se han tenido en cuenta los desembolsos y compromisos firmes realizados a partir del mes abril).

La Asociación Internacional para los Microbicidas y la Alianza para el Desarrollo de los Microbicidas estiman que durante los próximos cinco años se necesitarán US\$ 280 millones anuales para acelerar la búsqueda de microbicidas seguros y eficaces. Tal como muestra la Figura 10.19, la inversión total del sector público y las organizaciones benéficas aumentó de US\$ 65,1 millones en 2000 a US\$ 163,4 millones en 2005, una cifra todavía muy lejana de la cantidad necesaria. Al igual que en el caso de la vacuna contra el VIH, las industrias farmacéutica y de biotecnología han manifestado un escaso interés por esta labor. Si bien han desarrollado una serie de microbicidas experimentales para realizar pruebas, se

FIGURA 10.18

Inversión anual del sector público en investigación y desarrollo de una vacuna preventiva contra el VIH entre 2000 y 2005 por región



Fuente: Grupo de trabajo de seguimiento de recursos para vacunas y microbicidas contra el VIH (2005).

estima que en 2004 sus propias inversiones no alcanzaron los US\$ 6 millones.

La financiación constituye sólo uno de los componentes de la significativa aportación del sector público a la investigación sobre

los microbicidas y la vacuna contra el VIH. En los países de ingresos bajos y medianos, el sector público proporciona un apoyo en especie fundamental. En los países donde se realizan ensayos con vacunas y microbicidas experimentales,

FIGURA 10.19

Inversión anual del sector público y filantrópico en investigación y desarrollo de microbicidas entre 2000 y 2005 (US\$ millones)

	2000	2001	2002	2003	2004	2005
<b>SECTOR PÚBLICO</b>						
Estados Unidos	34,6	61,3	75,3	78,8	92,0	99,3
Europa	0,7	0,4	5,1	10,6	29,9	37,8
Otros países	0,3	<0,1	0,2	0,9	2,0	5,0
Org. multilaterales	<0,1	0,3	0,4	<0,1	0,2	0,2
<b>Total sector público</b>	<b>35,7</b>	<b>62,0</b>	<b>81,0</b>	<b>90,2</b>	<b>124,2</b>	<b>142,3</b>
<b>SECTOR FILANTRÓPICO</b>						
<b>Total sector filantrópico</b>	<b>29,4</b>	<b>3,4</b>	<b>24,8</b>	<b>16,9</b>	<b>18,1</b>	<b>21,1</b>
<b>SECTOR NO COMMERCIAL (público y filantrópico)</b>						
<b>Total sector no comercial</b>	<b>65,1</b>	<b>65,4</b>	<b>105,8</b>	<b>107,1</b>	<b>142,3</b>	<b>163,4</b>

Fuente: Grupo de trabajo de seguimiento de recursos para vacunas y microbicidas contra el VIH (2005).



los hospitales y dispensarios y el personal asalariado desempeñan una función crucial a la hora de llevar a cabo y apoyar los ensayos clínicos. Las autoridades reguladoras nacionales y los comités éticos trabajan para asegurar que los productos experimentales sean seguros y que los ensayos se lleven a cabo de un modo aceptable. En África subsahariana, por ejemplo, el Programa Africano para una Vacuna contra el SIDA presta su apoyo a los países para crear planes nacionales para una vacuna contra el VIH. Asimismo, colabora con asociados locales para idear métodos con los que reclutar y mantener a los voluntarios para los ensayos y asegurar que éstos estén bien informados y protegidos en todo momento.

### Medir la diferencia: los fondos disponibles frente a los fondos necesarios

De acuerdo con las estimaciones presentadas anteriormente (véase Figura 10.19), los fondos que se necesitan para la respuesta al SIDA en los países de ingresos bajos y medianos ascenderán a US\$ 14 900 millones en 2006 y a US\$ 18 100 en 2007 y, sin embargo, los fondos disponibles no superarán los US\$ 8900 y los US\$ 10 000 millones para 2006 y 2007, respectivamente. Si bien es verdad que sería tentador hacer la resta y concluir que existe una acuciante necesidad de recaudar unos fondos adicionales de US\$ 6000 y US\$ 8100 millones, medir la diferencia entre lo previsto y lo necesario no resulta tan sencillo.

### Eliminar las diferencias

Para satisfacer las necesidades de recursos, se debe actuar en dos frentes. En primer lugar, debe recaudarse más dinero. Las



fuentes actuales de financiación, donde están incluidos también los gobiernos de los países de ingresos medianos, disponen de un potencial considerable para asumir un mayor compromiso con la respuesta al SIDA. De la misma manera, los principales países donantes poseen también potencial para recaudar dinero de maneras nuevas como, por ejemplo, añadiendo un impuesto del SIDA a las tasas aéreas o a los impuestos sobre la renta, o emitiendo bonos.

Sin embargo, sólo pueden recaudarse suficientes fondos para satisfacer las necesidades si los países donantes cumplen las promesas que hicieron en la Cumbre del G-8 en Gleneagles, Escocia, en julio de 2005 primero, y en la Cumbre Mundial de 2005 celebrada en septiembre en Nueva York después. En esta última, una resolución de la Asamblea General de las Naciones Unidas reafirmó los compromisos de los Estados Miembros con la Declaración del Milenio (2000) y la Declaración de compromiso sobre el VIH/SIDA (2001) y estableció el nuevo compromiso de “elaborar y poner en marcha un conjunto de medidas sobre prevención, tratamiento y atención del

## EL DESAJUSTE ENTRE LA AYUDA DE LOS DONANTES Y LAS NECESIDADES REALES DE LOS PAÍSES

El resumen de las estimaciones de necesidades financieras está basado en las estimaciones de las cantidades de dinero necesario específicamente para la prevención, el tratamiento y otras actividades relacionadas con el VIH en todos los países de ingresos bajos y medianos. Muy pocos países han elaborado estimaciones comparables a éstas y que estén basadas en pruebas sólidas que indiquen dónde es preciso realizar el gasto; también son pocos los que disponen de mecanismos mediante los cuales todas las partes puedan alcanzar un acuerdo respecto a las estimaciones y las prioridades y asignar los recursos en consecuencia. Así pues, existe un notable desajuste entre el gasto y las necesidades reales.

En los últimos años, los donantes han aumentado su ayuda en respuesta a la necesidad de desarrollar capacidad para hacer frente a la epidemia de VIH. Una pregunta que cabe hacerse ahora es: “¿Por qué parece que el desarrollo de capacidad se está quedando rezagado respecto al incremento de la ayuda?” La respuesta es compleja, pero entre todos los factores que intervienen, cabe destacar dos. El primero de ellos consiste en las políticas de los donantes, que a menudo permiten poca maniobrabilidad en el uso de la ayuda que prestan. Cuando ésta llega en forma de dinero, suele estar sujeta a condiciones con las que se exige el intercambio de divisas y la compra de productos importados (como medicamentos, equipamiento y suministros). Cuando llega de otras formas, normalmente consiste en asistencia técnica extranjera o construcción de instalaciones sanitarias gestionada por personal también extranjero. El segundo factor determinante son las necesidades de los países, pues éstas responden en su mayoría a gastos del presupuesto básico fundamentalmente locales (como salarios de enfermeras, médicos y otros profesionales) y, por consiguiente, fijos.

Todo el mundo admite que los métodos actuales de gestión de la ayuda son ineficaces e inefectivos (véase el capítulo ‘Respuestas Nacionales’). Teniendo en cuenta que se trata de una epidemia de larga duración, los países necesitan fondos sostenidos y predecibles que aumenten progresivamente con el paso de los años. Dado que las necesidades financieras reales de los países son fundamentalmente locales y recurrentes, la ayuda de los donantes debería proporcionarse en forma de apoyo continuo para los presupuestos generales o para partidas específicas de los presupuestos. En los países que cumplen las normas de gestión del gasto público, los flujos de ayuda a través de los presupuestos del gobierno pueden mejorar la armonización y contribuir a fortalecer la gestión pública, minimizando así la necesidad de desembolso mediante sistemas paralelos ajenos al gobierno.

VIH con el fin de aproximarse al máximo al objetivo fijado de alcanzar el acceso universal al tratamiento para todos aquellos que lo necesiten para 2010.”

En segundo lugar, los asociados nacionales e internacionales en la respuesta al

SIDA deben continuar actuando en la buena dirección. Asimismo, deben acelerar los esfuerzos destinados a desarrollar capacidad en los países para que éstos respondan al SIDA y hagan un mejor uso de los recursos. En el siguiente capítulo se abordarán los retos que hay que afrontar

en la ampliación de las respuestas nacionales y la manera en que los asociados, guiados por los principios de los “Tres unos,” los están acometiendo. No obstante, cabe destacar aquí dos asuntos relacionados con la financiación: la capacidad de absorción y la importancia del seguimiento de los recursos.

#### LA CAPACIDAD DE ABSORCIÓN

Los países de África subsahariana, además de verse gravemente azotados por el VIH, cuentan con unos sistemas sanitarios muy débiles. Esto ha suscitado la preocupación de que las organizaciones ejecutoras puedan ser incapaces de traducir con rapidez el creciente apoyo financiero en gasto destinado a programas de una forma adecuada.

Los datos procedentes de Sudáfrica revelan que, tras iniciales retrasos durante el establecimiento de nuevos programas y el fortalecimiento de los ya existentes, los organismos del Gobierno del país fueron capaces de incrementar el gasto en programas relacionados con el VIH. El Gobierno de Sudáfrica lanzó en 2000 el Plan Nacional Integrado contra el VIH/SIDA, que incluía subvenciones condicionadas de tres ministerios a sus nueve organismos provinciales de salud, educación y desarrollo social. A lo largo del primer año (ejercicio económico 2000-2001), las autoridades provinciales sólo fueron capaces de emplear el 36,5% del total de los fondos suministrados. A lo largo del segundo año, lograron utilizar el 74,5% y, en el tercer año, habían alcanzado un porcentaje de gasto del 85%. Un estudio realizado en 2003 concluyó que:

*La marcada mejora en la capacidad de gasto registrada durante los dos primeros años sugiere que inicialmente el problema no residía en el mecanismo de subvención condicionada, sino en*

*las enormes complicaciones de gestión financiera y administrativa que cabe esperar que surjan durante el primer año de funcionamiento de un programa nacional. Para poner en marcha y lograr el funcionamiento de los programas del Plan Nacional Integrado fue necesario establecer estructuras de gestión y asignar coordinadores a las provincias, desarrollar sistemas de transferencias financieras y de supervisión, y crear materiales, planes y normas para el programa.*

Sin embargo, según un estudio llevado a cabo en 2005, la debilidad del sistema sanitario y las deficiencias en la capacidad de absorción de fondos del Gobierno continúan constituyendo un obstáculo para Sudáfrica. El estudio concluyó que:

*“El aumento de las asignaciones de fondos para el VIH y el SIDA por parte del Gobierno y de los donantes en ausencia de mejoras en la capacidad de gasto cuestionan la fortaleza general del sistema sanitario [...] La capacidad de absorción, y no la disponibilidad de recursos, constituye un problema cada vez más grave en lo referente al gasto destinado al VIH y al SIDA en Sudáfrica. Por este motivo, la comunidad de donantes debería [...] invertir en desarrollar capacidad en el sistema de gobierno para asegurar que los recursos que inyectan en el Gobierno se emplean con eficacia y eficiencia.”*

De acuerdo con otro estudio, el diseño de los mecanismos propios de financiación de un país puede mejorar la absorción de los fondos de fuentes nacionales pero, sin embargo, el estudio revela que los fondos de los donantes bilaterales resultan más problemáticos. Esto se debe en gran medida a las condiciones a las que están sujetas los fondos de los donantes bilaterales. Los datos recabados en Sudáfrica y Mozambique indican que, si bien es cierto que los fondos “acotados”

(fondos que delimitan el gasto a ciertas actividades) pueden ayudar a asegurar el apoyo de proyectos nuevos y fundamentales, dichos fondos pueden entrar en conflicto con las prioridades nacionales. Así pues, los gestores de los programas disponen de menor flexibilidad a la hora de administrar los flujos de financiación para que éstos converjan con las prioridades propias del país.

Realizar un análisis preciso del desembolso de los fondos bilaterales destinados al VIH resulta inviable. La razón reside en la tendencia de los donantes bilaterales a notificar únicamente las cantidades que han asignado, en lugar de las cantidades que realmente han desembolsado. A pesar de esto, las autoridades gubernamentales de África estiman que las tasas de desembolso real de los donantes bilaterales pueden ser inferiores al 50%.

#### SEGUIMIENTO DE LOS RECURSOS

Uno de los principales obstáculos para el uso adecuado de los fondos es lo que podría calificarse como “embotellamiento,” es decir, los trámites burocráticos o las normativas que paralizan o entorpecen el flujo de los recursos financieros desde que salen de la fuente de origen (un gobierno o un donante) hasta que llegan a su destino final (por ejemplo, un proveedor de servicios en los puntos más afectados por la epidemia). Dado que normalmente intervienen varios intermediarios entre el punto de origen y el de destino, es importante localizar todos estos elementos (fuentes, intermediarios y destinos) y seguir el recorrido del dinero para poder identificar los problemas.

Cuanto mayor sea el número de intermediarios, mayores son las probabilidades de que las transferencias de fondos sufran retrasos y de que parte de las cantidades iniciales se pierda o se paralice por el camino.

Los estudios de presupuestos para el SIDA llevados a cabo en Kenya, Mozambique, Namibia y Sudáfrica demuestran la utilidad del seguimiento de los recursos para controlar si los fondos desembolsados están realmente siendo empleados. Entre abril de 2002 y mayo de 2003, por ejemplo, en Kenya sólo se llegó a desembolsar a las organizaciones de base comunitaria el 60% de la cifra total que el Consejo Coordinador Nacional sobre el SIDA había asignado a dichas organizaciones. Del 60% que éstas recibieron, sólo emplearon un 42%, lo que significa que sólo se utilizó el 25% de los fondos aprobados para las organizaciones de base comunitaria durante el periodo para el que fueron asignados.

#### Asegurar una financiación adecuada de la prevención, el tratamiento y la atención del VIH

Los crecientes niveles de financiación y los esfuerzos continuos por mejorar la gestión de los recursos financieros permiten albergar un cauto optimismo sobre el apoyo a las respuestas nacionales al SIDA. No obstante, los resultados están supeditados a tres requisitos básicos. Si se logran satisfacer las necesidades financieras para el periodo 2006–2008 (mostradas en la Figura 10.1), si puede sostenerse un nivel adecuado de financiación más allá de 2008 y si los asociados nacionales e internacionales pueden superar los retos anteriormente descritos, en 2010 podría lograrse lo siguiente:

- Una prevención integral del VIH basada en las características epidemiológicas de cada país, lo que incluiría también programas destinados a: reducir los comportamientos de riesgo de las personas más expuestas a con-

traer la infección por el VIH, así como de todos los jóvenes y adultos; prevenir la transmisión maternoinfantil; y asegurar que las inyecciones y el suministro de sangre sean seguros.

- Tratamiento y atención para 9,8 millones de personas, entre ellas el 80% de aquéllas que los requieren con urgencia.
- Apoyo adecuado para todos los niños vulnerables y huérfanos, lo que incluye también apoyo domiciliario, escolarización, atención sanitaria y apoyo comunitario.
- Capacidad suficiente para llevar a cabo los programas (planificación, administra-

ción, personal, etc.) e infraestructuras (hospitales, centros sanitarios, laboratorios, etc.) para apoyar las intervenciones descritas.

- Número suficiente de enfermeras y médicos adecuadamente capacitados y demás personal para apoyar todo lo anteriormente mencionado.

Estos logros constituirían el “conjunto de medidas de prevención, tratamiento y atención del VIH” para 2010 que propuso la Asamblea General de las Naciones Unidas en la Cumbre Mundial de 2005.