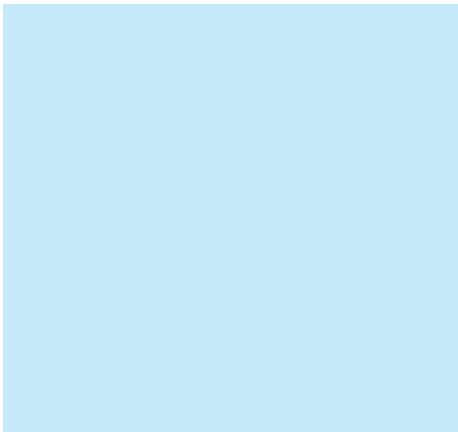


# Sacar el máximo rendimiento de las respuestas nacionales

11



## Capítulo 11



### SACAR EL MÁXIMO RENDIMIENTO DE LAS RESPUESTAS NACIONALES

Hasta hace poco, las actividades de promoción sobre el SIDA se habían centrado principalmente en reforzar el liderazgo y compromiso y movilizar los recursos financieros necesarios para organizar una respuesta eficaz al SIDA, tanto a nivel mundial como en los países.

Desde 2001, y año tras año, esta labor de promoción ha logrado atraer incrementos sustanciales de financiación, lo que hace más realista que nunca la esperanza de contener y empezar a invertir el curso de la epidemia de SIDA para 2015, uno de los objetivos establecidos en la Declaración del Milenio (Naciones Unidas, 2000). Todavía se necesitan con urgencia más liderazgo y más dinero, y ambas áreas siguen constituyendo focos esenciales de la acción, pero ahora se reconoce generalmente que también es crucial un tercer foco: hacer rendir el dinero con mayor eficacia.

¿Por qué es necesario esto? Gracias a la mayor disponibilidad de dinero, un mayor número de organizaciones gubernamentales, internacionales, de la sociedad civil y de otra índole han estado respondiendo al SIDA en muchos de los países de ingresos bajos y medianos más sobrecargados por la epidemia. Con frecuencia, no se han establecido estrategias o mecanismos de mutuo acuerdo para guiar, coordinar, supervisar y evaluar los

esfuerzos. Esto se ha traducido en duplicación, de esfuerzos despilfarro de recursos y vacíos importantes en las respuestas nacionales al SIDA de muchos países. Los sistemas de vigilancia, por ejemplo, han sido incapaces generalmente de identificar a las personas cuyos comportamientos las exponen a una situación de riesgo máximo, con la imposibilidad consiguiente de proporcionarles los servicios de prevención, atención, tratamiento y apoyo que necesitan.

A nivel mundial y en cada uno de los países, la sensibilización creciente de los principales agentes sociales ha suscitado en ellos una cuestión crucial: ¿cómo, individual y colectivamente, se puede hacer un mejor uso del dinero disponible para reducir el número de nuevos casos de VIH y el daño ocasionado por la infección, y cómo lograr ambas cosas con la mayor rapidez posible? La respuesta inmediata es que los países deben marcar el rumbo y que las organizaciones bilaterales y multilaterales tienen que seguirlo, pasando a ser asociados de los gobiernos

nacionales y otras partes interesadas autóctonas.

### El marco para la cooperación internacional en el desarrollo liderado por los países

En 2002, la Conferencia de las Naciones Unidas sobre Financiación del Desarrollo, celebrada en Monterrey (México), llegó a la conclusión de que la mejor forma de hacer un uso óptimo del dinero disponible era a través de procesos liderados por los propios países en los que los donantes bilaterales y multilaterales trabajaran en asociación con los gobiernos nacionales y otras partes interesadas para movilizar todos los recursos existentes en cada país, procedieran de fuentes internas o externas. Conocido como el Consenso de Monterrey, este acuerdo final se exployó en tal conclusión, y actualmente constituye el marco de cooperación internacional para el desarrollo en los países de ingresos bajos y medianos (Naciones Unidas, 2002).

Varias reuniones posteriores han tomado como fundamento el Consenso de Monterrey. En febrero de 2003, el Foro de

Alto Nivel sobre Armonización emitió la Declaración de Roma, en la que países donantes, países beneficiarios e instituciones bilaterales y multilaterales se comprometían a armonizar sus políticas y procedimientos. En marzo de 2005, el Foro de Alto Nivel sobre Progreso Conjunto hacia la Eficacia de la Ayuda revisó los resultados de la acción para poner en práctica la Declaración de Roma y publicó la Declaración de París (véase el recuadro de la página siguiente), en la que asociados nacionales e internacionales se comprometían con una serie concreta de medidas de armonización.

### Principios rectores de la acción liderada por el país

En la Decimotercera Conferencia Internacional sobre el SIDA y las Infecciones de Transmisión Sexual en África, que tuvo lugar en Nairobi (Kenya) en septiembre de 2003, un grupo de trabajo formado por representantes nacionales e internacionales desarrolló una serie de principios rectores para mejorar la respuesta al SIDA en los países. Esos principios, que acabaron denominándose los «Tres unos», fueron refrendados por países donantes y beneficiarios,



*Generalmente, los sistemas de vigilancia han sido incapaces de identificar a las personas cuyos comportamientos las exponen a un gran riesgo de infección, con la consiguiente imposibilidad de proporcionarles servicios de prevención, atención, tratamiento y apoyo.*

### DECLARACIÓN DE PARÍS SOBRE EFICACIA DE LA AYUDA

En marzo de 2005, altos funcionarios ministeriales de países donantes y beneficiarios, así como directores de instituciones bilaterales y multilaterales, se reunieron en el Foro de Alto Nivel sobre Progreso Conjunto hacia la Eficacia de la Ayuda, convocado por el Comité de Asistencia para el Desarrollo de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos. El acuerdo final (la Declaración de París) establece la resolución de «aumentar una ayuda más eficaz»:

- Reforzando la capacidad de los países beneficiarios para formular y aplicar estrategias nacionales de desarrollo inducidas por los resultados.
- Definiendo criterios y parámetros de rendimiento para los sistemas de gestión financiera de los países beneficiarios y otros sistemas.
- Reformando y simplificando las políticas y procedimientos de los donantes para hacerlos lo más rentables posible; reducir la duplicación y la carga burocrática innecesarias, y conseguir una alineación progresiva con las políticas y procedimientos de los países beneficiarios.
- Proporcionando flujos de ayuda plurianuales más predecibles y congruentes con las necesidades de desarrollo sostenible de los países beneficiarios.
- Mejorando la integración de las iniciativas mundiales—en áreas como el VIH y el SIDA—dentro de los planes más amplios de desarrollo de los países beneficiarios.
- Acrecentando la responsabilidad de los países donantes y beneficiarios ante los ciudadanos y parlamentarios haciendo más transparentes sus políticas, procedimientos y actividades.

instituciones bilaterales y multilaterales y organizaciones no gubernamentales internacionales en la Consulta sobre Armonización de la Financiación Internacional para el SIDA, celebrada en Washington, DC (Estados Unidos), en abril de 2004 (ONUSIDA, 2004). Los «Tres unos» son:

- Un marco acordado para la acción sobre el SIDA, que proporcione la base para coordinar el trabajo de todos los asociados.
- Una autoridad nacional de coordinación del SIDA, con un mandato multisectorial de base amplia.
- Un sistema acordado de vigilancia y evaluación a nivel de país.

La reunión de Washington instó al ONUSIDA a actuar como facilitador y

mediador de todos los asociados en los esfuerzos liderados por los países para aplicar los «Tres unos» y apoyar la integración de mecanismos de vigilancia y evaluación en las políticas, programas e informes nacionales. También hizo un llamamiento a todos los donantes bilaterales y multilaterales, instituciones de ayuda internacional y organizaciones no gubernamentales internacionales para que asumieran su función. En vez de entablar relaciones únicas y particulares con los asociados a nivel de país, cada organización debería armonizar sus políticas y procedimientos con los existentes en el país y coordinar sus actividades a través de mecanismos nacionales reconocidos por todos los asociados. En otras palabras, la cooperación internacional para la acción nacional contra el SIDA debería ser congruente con el Consenso de



Monterrey, la Declaración de Roma y, en fechas más recientes, la Declaración de París.

### Equipo Mundial de Trabajo: impulsar el apoyo a los principios

«Los “Tres unos” representan nuestra promesa a los países en desarrollo de que trabajaremos con su plan nacional, bajo su autoridad coordinadora y utilizando sus sistemas de vigilancia y evaluación. Indudablemente queremos ayudarles a desarrollar estas cosas cuando necesiten ayuda, pero ellos deben estar al frente de la iniciativa.»

*Embajador Randall L. Tobias, Coordinador Mundial del SIDA de los Estados Unidos*

En marzo de 2005, países donantes y beneficiarios, instituciones bilaterales y multilaterales y organizaciones no gubernamentales internacionales volvieron a reunirse en Londres en el Foro de Alto Nivel sobre la Respuesta Mundial al SIDA. La reunión —bajo el título «Hacer rendir el dinero: los “Tres unos” en

acción»— concluyó con la decisión de crear un Equipo Mundial de Trabajo para Mejorar la Coordinación sobre el SIDA entre Instituciones Multilaterales y Donantes Internacionales. Su mandato era formular recomendaciones para la acción por parte de las instituciones bilaterales y multilaterales con el fin de reforzar su apoyo a las respuestas al SIDA lideradas por los países (ONUSIDA, 2005a).

Las recomendaciones del Equipo Mundial de Trabajo, presentadas en junio de 2005, iban dirigidas principalmente a instituciones multilaterales (organizaciones de las Naciones Unidas y el Fondo Mundial para la Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria), pero también se consideraban aplicables a instituciones bilaterales (ONUSIDA, 2005b). En respuesta a las recomendaciones, las instituciones multilaterales acordaron:

- Una división del trabajo (ONUSIDA, 2005c).
- Un Plan Consolidado de Apoyo Técnico de las Naciones Unidas (ONUSIDA, 2005d)
- Un Equipo Mundial Conjunto de Apoyo a la Ejecución y Resolución de Problemas.



*Con el fin de que todas las partes interesadas trabajen hacia objetivos comunes y con prioridades compartidas, el Equipo Mundial de Trabajo recomendó que los países incorporen el SIDA en sus planes nacionales de desarrollo y marcos de gasto público.*

## El «Primer uno»: un marco acordado para la acción sobre el SIDA

Con el fin de que todas las partes interesadas trabajen hacia objetivos comunes y con prioridades compartidas, el Equipo Mundial de Trabajo recomendó que:

- Los países aseguren la participación de todas las partes interesadas fundamentales en el desarrollo de planes anuales de acción prioritaria sobre el SIDA que se basen en resultados, sean multisectoriales, detallen prioridades, estén plenamente presupuestados y permitan una vigilancia y evaluación claras y sencillas. Esos planes deberían perfilar con nitidez las funciones y responsabilidades de todas las partes interesadas, estableciendo quién hace qué, cuándo y dónde. También deberían detallar, priorizar y presupuestar cualesquiera necesidades de apoyo técnico y creación de capacidad de recursos humanos e infraestructura.
- Los países integren el SIDA como «elemento central» en sus planes nacionales de desarrollo y marcos de gasto público.
- Los donantes se atengan a la Declaración de París sobre Eficacia de la Ayuda y apoyen programas sostenidos en vez de proyectos a corto plazo.
- Las instituciones multilaterales, incluidas las organizaciones de las Naciones Unidas, trabajen con los países a fin de desarrollar criterios reconocidos internacionalmente para los planes anuales de acción prioritaria sobre el SIDA, además de crear una herramienta sencilla de autoevaluación. También deberían colaborar en el desarrollo simple y rápido de planes por medio de procesos que no interfieran en la ejecución continuada.

Tal como se esboza seguidamente, los países suelen enfrentarse a cinco retos

principales al aplicar el «Primer uno»: i) afrontar los hechos y contrarrestar el estigma y la discriminación; ii) lograr la participación de todas las partes interesadas fundamentales; iii) recopilar y analizar información estratégica; iv) transformar los marcos de acción sobre el SIDA en planes anuales de acción prioritaria con presupuestos, y v) integrar las estrategias sobre el SIDA en los planes nacionales de desarrollo y los marcos del gasto.

### AFRONTAR LOS HECHOS Y CONTRARRESTAR EL ESTIGMA Y LA DISCRIMINACIÓN

Un análisis reciente de la experiencia de países asiáticos puso de manifiesto que los programas más satisfactorios para prevenir la propagación del SIDA tienen tres características en común. Primero, afrontan los hechos sobre cuáles son los principales modos de transmisión del VIH en la región (eso es, por penetración anal o vaginal sin preservativos o por inyección intravenosa de drogas con agujas y jeringas contaminadas). Segundo, proporcionan fácil acceso a información, servicios y suministros a una escala lo suficientemente grande para tener un impacto sobre la tasa de transmisión entre las personas que participan en tales actividades, llegando a la mayoría de los varones que tienen relaciones sexuales con varones, consumidores de drogas intravenosas, profesionales del sexo y varones que viven o trabajan en contextos aislados, como prisiones, minas y campamentos militares. Tercero, crean entornos sociales y políticos seguros y propicios donde las personas con mayor riesgo pueden aprovechar sin temor la información, servicios y suministros que se les ofrecen (Vigilancia de la Pandemia de SIDA, 2004).

Cuando la epidemia de SIDA emerge en un país, tiende a aparecer primero entre las personas cuyos comportamientos son



*Si bien un criterio global y un conjunto amplio de objetivos pueden ser útiles al principio, cabe prever que los planes nacionales sobre el SIDA acaben siendo poco más que una declaración de buenas intenciones si no perfilan también compromisos firmes con objetivos específicos e hitos para su consecución.*

objeto de tabúes tradicionales, prejuicios sociales y vergüenza general, y que incluso pueden ser ilegales. También es posible que aparezca simplemente entre los jóvenes, que desafían con frecuencia las normas de comportamiento. Una consecuencia de ello es que las personas de estas poblaciones clave hacen todo lo posible por permanecer invisibles frente a los que las desaprueban. Si los países no afrontan los hechos y responden de forma apropiada en esta etapa inicial, pronto pueden encontrarse con epidemias concentradas, que se caracterizan por una alta prevalencia del VIH en poblaciones específicas. Dado que esas poblaciones no están aisladas sino que se imbrican e interactúan sexualmente con otros grupos sociales, los países pueden acabar experimentando epidemias generalizadas, con una elevada prevalencia del VIH en toda la población.

La información específica de cada país (con datos fiables de vigilancia epidemiológica sobre la enfermedad por el VIH y los comportamientos asociados a ella) y la educación para contrarrestar la ignorancia, el estigma y la discriminación son elementos fundamentales de cualquier esfuerzo orientado a movilizar al público y sus líderes, no sólo para que inicien una

respuesta realista al SIDA sino también para que la aceleren, adapten y sostengan continuamente hasta que se logre contener y hacer retroceder la epidemia.

#### LOGRAR LA PARTICIPACIÓN DE TODAS LAS PARTES INTERESADAS FUNDAMENTALES

Si algunas partes interesadas fundamentales quedan fuera de los procesos de desarrollo, revisión y actualización del plan nacional sobre el SIDA, es poco probable que éste sea integral, esté bien equilibrado, tenga en cuenta las preocupaciones legítimas de todos y les confiera el valor que merecen. También es improbable que todas las partes interesadas se comprometan a intervenir en la aplicación del plan o que lo acepten como instrumento que debería guiar sus esfuerzos. Las partes interesadas fundamentales son:

- Ministerios de los gobiernos nacionales responsables de sectores clave para el desarrollo socioeconómico. Esto incluye no sólo los ministerios de salud sino también los encargados de finanzas, planificación nacional, asuntos locales y de distrito, educación, empleo y trabajo, servicios sociales, justicia, defensa y agricultura.

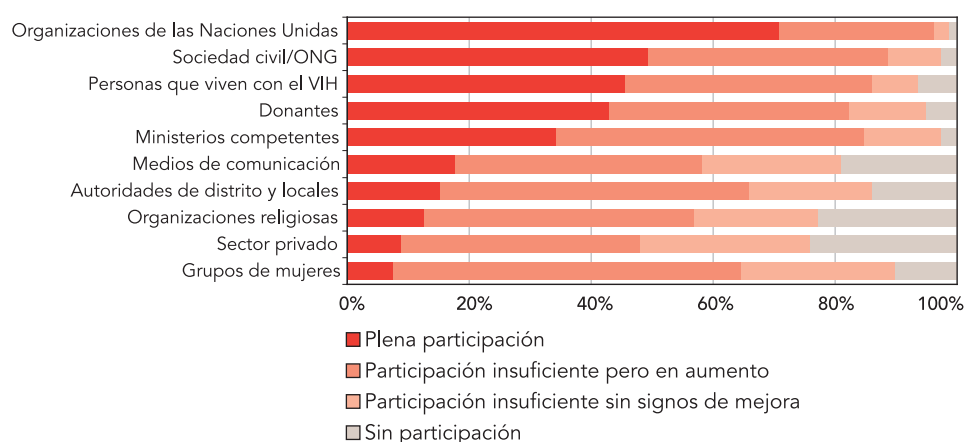
- Autoridades provinciales, de distrito y de administración local.
- Organizaciones de la sociedad civil (incluidas las organizaciones religiosas) a nivel internacional, nacional y subnacional, así como cualesquiera organizaciones implicadas en la prestación de servicios relacionados con el SIDA.
- Personas y redes de personas que viven con el VIH o con alto riesgo de infección, incluidos los jóvenes, mujeres, varones que tienen relaciones sexuales con varones, consumidores de drogas intravenosas, profesionales del sexo, personas con infecciones de transmisión sexual, varones que viven o trabajan en contextos aislados y poblaciones móviles (trabajadores migratorios, refugiados y desplazados, solicitantes de asilo y personas objeto de tráfico).
- El sector privado, desde las mayores corporaciones internacionales hasta las empresas locales más pequeñas, y desde los grandes sindicatos a las asociaciones de trabajadores más circunscritas.
- Donantes bilaterales y multilaterales, instituciones internacionales y fundaciones filantrópicas.

En la encuesta para el Informe Anual de Países del ONUSIDA correspondiente a 2004, los Coordinadores de País del ONUSIDA valoraron el grado de participación de muchas de las principales categorías de partes interesadas en la revisión y actualización de los planes nacionales sobre el SIDA. La Figura 11.1 presenta los resultados, según los cuales el grado máximo de participación correspondió a las organizaciones de las Naciones Unidas, seguidas por las asociaciones de personas que viven con el VIH y los donantes. Las organizaciones religiosas, el sector privado y los grupos de mujeres fueron los que tuvieron los menores grados de participación.

#### RECOPILAR Y ANALIZAR INFORMACIÓN ESTRATÉGICA

Cualquier plan eficaz contra el SIDA se basa en información fidedigna acerca de: i) las personas infectadas y afectadas por el VIH; ii) las condiciones y comportamientos que exponen a estas personas a situaciones de riesgo; iii) los recursos disponibles para la respuesta; iv) los esfuerzos actuales en cuanto a intervenciones de prevención, tratamiento, atención y

**FIGURA 11.1** Participación de partes interesadas en el desarrollo de planes nacionales del SIDA en 79 países, 2004



Fuente: UNAIDS (2006). From advocacy to action: a progress report on UNAIDS at country-level. UNAIDS.



### EN AMÉRICA LATINA, LA ESCASA FIABILIDAD DE LOS DATOS HA INDUCIDO A DESATENDER A LOS VARONES QUE TIENEN RELACIONES SEXUALES CON VARONES

Las estimaciones del gasto anual publicadas por la Iniciativa Regional sobre el SIDA para América Latina y el Caribe confirman que muchos países latinoamericanos están haciendo pocos esfuerzos para instaurar servicios relacionados con el SIDA que aborden las necesidades de los varones que tienen relaciones sexuales con varones (SIDALAC, 2005). De hecho, muchos países latinoamericanos apenas han realizado vigilancia centinela para obtener pruebas fiables sobre las cuales poder basar sus estimaciones de prevalencia del VIH. Por el contrario, han confiado en la vigilancia pasiva, utilizando informes de hospitales y dispensarios sobre personas que acuden con síntomas y se someten posteriormente a la prueba del VIH. Dado que los síntomas no aparecen habitualmente hasta años después de la infección, este tipo de informes no proporciona datos actualizados. Tampoco ofrece pruebas fiables sobre el modo de transmisión en países donde las relaciones sexuales entre varones constituyen un tabú implacable. A menudo, los profesionales sanitarios se sienten demasiado turbados para formular las preguntas pertinentes, y aun en el caso de que se formulen, los varones temen dar una respuesta sincera (OPS et al, 2005).

Los hallazgos recién publicados de un estudio de vigilancia efectuado entre 1999 y 2002 en diversas ciudades de los países andinos han indicado que la prevalencia del VIH en varones que tienen relaciones sexuales con varones era del 23,7% en una ciudad boliviana, 19,7% en una ciudad colombiana, 27,9% en una ciudad ecuatoriana y 13,7% en una ciudad peruana, con un promedio del 12,0% en todas las ciudades cubiertas por el estudio (Montano et al, 2005). La vigilancia epidemiológica en capitales y ciudades portuarias de América central entre 2000 y 2002 constató que la prevalencia promedio del VIH en varones que tienen relaciones sexuales con varones era del 17,7% en El Salvador, 11,5% en Guatemala, 13,0% en Honduras, 9,3% en Nicaragua y 10,6% en Panamá (PASCA et al, 2003).

apoyo; v) los resultados de tales esfuerzos, y vi) qué están haciendo otros países que merezca la pena ser adaptado.

En la sección sobre el «Tercer uno» (más adelante en este mismo capítulo) se discute con mayor profundidad cómo los países están afrontando el reto de recopilar las pruebas en las que deberían basar sus planes.

#### TRANSFORMAR LOS MARCOS DE ACCIÓN SOBRE EL SIDA EN PLANES ANUALES DE ACCIÓN

Si bien un criterio global y un conjunto amplio de objetivos pueden ser útiles al principio, cabe prever que los planes

nacionales sobre el SIDA acaben siendo poco más que una declaración de buenas intenciones si no perfilan también compromisos firmes con objetivos específicos e hitos para su consecución. Para una respuesta eficaz, esos objetivos e hitos deben convertirse en planes anuales de acción sobre el SIDA dotados de presupuestos, que distribuyan responsabilidades y tareas y asignen recursos a todos los asociados a los que se insta a actuar.

En 2004, Indonesia tenía una población superior a 220 millones de habitantes, más de 100 000 de los cuales estaban infectados por el VIH. El país se encontraba en las fases iniciales de la movilización de su

respuesta integral a una epidemia de SIDA emergente y de rápida propagación que se concentraba principalmente en consumidores de drogas intravenosas, excepto en la provincia de Papua, donde la epidemia era generalizada. Desde los años 1990, Australia y los Estados Unidos proporcionaron apoyo para el desarrollo de medios de acción en las comisiones nacional y provinciales del SIDA y en el Ministerio de Salud, y también apoyaron el trabajo de numerosas organizaciones no gubernamentales, con énfasis especial en las tareas de contacto con las poblaciones con riesgo máximo de infección. Sin embargo, el Gobierno nacional había asignado un presupuesto anual de tan sólo US\$ 10,6 millones para la ejecución de la Estrategia Nacional sobre el SIDA. A pesar del compromiso público de seis ministros y seis gobernadores de las provincias más afectadas, este pequeño presupuesto significaba que la Comisión Nacional del SIDA no sería capaz de aprovechar el apoyo político para movilizar los ministerios y provincias en una acción integral.

En junio de 2004 se produjo un avance notable, cuando el Fondo Mundial aprobó una subvención de US\$ 65 millones. A finales de 2004, la creación de un grupo interno de trabajo contribuyó a revitalizar el Mecanismo de Coordinación de País. En

el curso de este proceso se estableció una secretaría para el Mecanismo de Coordinación de País, que ahora comparte oficinas y otros recursos con la secretaría de la Comisión Nacional del SIDA. Una posterior subvención de £25 millones (US\$ 43,9 millones), a cargo del Departamento de Desarrollo Internacional del Reino Unido, permitió formar el Fondo de la Asociación Indonesia para el VIH/SIDA con el fin de apoyar la generación de capacidad de la secretaría de la Comisión Nacional del SIDA y la ejecución de la Estrategia Nacional sobre el SIDA. En la actualidad, por primera vez, la Comisión Nacional del SIDA de Indonesia y su secretaría son capaces de adaptar la Estrategia Nacional sobre el SIDA a planes de acción presupuestados para asociados fundamentales. A principios de 2006, cuatro reuniones regionales aprobaron un conjunto mínimo de respuestas para 100 ciudades y distritos prioritarios de todo el país.

#### **INTEGRAR LAS ESTRATEGIAS SOBRE EL VIH/SIDA COMO ELEMENTO CENTRAL EN LOS PLANES NACIONALES DE DESARROLLO Y LOS MARCOS DEL GASTO**

Un estudio del ONUSIDA realizado en 68 países de ingresos bajos y medianos que contaban con Documentos Estratégicos para la Reducción de la Pobreza demostró que 48 ya habían incluido

#### **¿QUÉ SIGNIFICA «INTEGRAR» EL SIDA?**

La «integración» del SIDA se ha definido de forma genérica como «un proceso que permite que todos los agentes ocupados en tareas de desarrollo aborden las causas y efectos del SIDA de una manera eficaz y sostenida, tanto a través de sus actividades habituales como dentro de sus lugares de trabajo» (ONUSIDA, 2005d). Por ejemplo, en agosto de 2004, representantes de los cuatro principales grupos religiosos de Etiopía (Católico Romano, Evangélico, Islámico y Ortodoxo) se comprometieron a integrar el SIDA dentro de sus iniciativas espirituales y de desarrollo. Sin embargo, son los gobiernos los que tienen la responsabilidad particular de marcar el camino en todos los sectores (como la salud, educación y justicia) y a todos los niveles (nacional, de distrito y local).



*El Banco Mundial, el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo y la Secretaría del ONUSIDA participan actualmente en un proyecto conjunto dirigido a acrecentar la capacidad de los países para integrar la respuesta al SIDA dentro de sus Documentos Estratégicos para la Reducción de la Pobreza.*

estrategias sobre el SIDA en tales documentos. Esos documentos son un requisito previo para la obtención de subvenciones, créditos sin interés y préstamos a bajo interés del Banco Mundial, y figuran entre los principales instrumentos de desarrollo de la mayoría de los países de ingresos bajos y medianos fuertemente afectados por el SIDA. Otros instrumentos incluyen los Planes Nacionales de Desarrollo, los Marcos del Gasto a Medio Plazo y los planes y presupuestos anuales de los ministerios del gobierno nacional y sus homólogos a nivel local y de distrito. El hecho de que en los Documentos Estratégicos para la Reducción de la Pobreza no se incluyan estrategias sobre el SIDA es un indicador claro de la incapacidad para integrar la respuesta nacional al SIDA dentro del trabajo habitual de todos los sectores del gobierno a nivel nacional, de distrito y local. (También revela la incapacidad para integrar la respuesta nacional en los lugares de trabajo del sector público, ya que la prestación de servicios relacionados con el SIDA a los empleados y sus familias es una contribución importante que pueden hacer todos los empleadores a la respuesta nacional.)

El Banco Mundial, el PNUD y la Secretaría del ONUSIDA participan actualmente en un proyecto conjunto dirigido a acrecentar la capacidad de los países para integrar la respuesta al SIDA dentro de sus Documentos Estratégicos para la Reducción de la Pobreza. Las valoraciones llevadas a cabo en Etiopía, Ghana, Malí, Rwanda, Senegal, República Unida de Tanzania y Zambia han reunido las opiniones de partes interesadas fundamentales y han elaborado documentos de exposición de problemas que subrayan los progresos realizados e identifican desafíos para cada país. Un seminario regional conjunto de estos siete países utilizó los mencionados documentos como base para formular planes de acción dirigidos a integrar la respuesta al SIDA dentro de sus Documentos Estratégicos para la Reducción de la Pobreza durante 2006 y 2007. A lo largo de estos dos años, por medio de la elaboración de documentos de exposición de problemas y el desarrollo de planes de acción, diversas misiones de evaluación adicionales acrecentarán la capacidad para integrar el SIDA en los Documentos Estratégicos para la Reducción de la Pobreza en otros países de África, la región de Asia-Pacífico, América Latina y el Caribe,

*Reforzar el liderazgo ha constituido un foco importante de las actividades de sensibilización sobre el SIDA desde que la epidemia emergió hace 25 años, cuando personas que vivían con el VIH o con un alto riesgo de infección pasaron a ser líderes y empezaron a exigir el liderazgo y el compromiso específico de los políticos y otras partes interesadas.*



Europa oriental y la Comunidad de Estados Independientes.

En diciembre de 1997, después de participar en un simposio en la Décima Conferencia Internacional sobre el SIDA y las Infecciones de Transmisión Sexual en África, celebrada en Abidján (Côte d'Ivoire), alcaldes y líderes municipales de 10 países de África subsahariana emitieron la Declaración de Abidján, en la que establecían el compromiso de abordar el SIDA en sus comunidades y trabajar en mutua solidaridad y en asociación con partes interesadas nacionales, internacionales y de los sectores público y privado. En la Cumbre de la Africanidad de 1998, también en Abidján, se creó la Alianza de Alcaldes y Líderes Municipales sobre el VIH/SIDA en África, que actualmente cuenta con «cabildos» en 13 países. Antes de que en 2001 se estableciera el cabildo de Swazilandia de esta alianza, en el país no había ninguna respuesta organizada al SIDA por parte de las administraciones locales. Ahora, los gobiernos de los 12 municipios principales—que comprenden un 25% de la población del país—colaboran con el Consejo Nacional para una Respuesta de Emergencia al VIH y al SIDA y están asociados con más de 25

organizaciones nacionales e internacionales para acrecentar su capacidad y ampliar los servicios de prevención, tratamiento y atención a los residentes municipales (AMICAALL, 2006).

Una respuesta nacional integral al VIH y al SIDA también debe incluir a las poblaciones marginadas, como refugiados y desplazados dentro del propio país. La integración de estos grupos en los programas sobre el VIH existentes para las poblaciones de acogida circundantes complementa el esfuerzo nacional y tiene sentido desde un punto de vista de salud pública, ya que es habitual que ambas poblaciones se mezclen e interactúen estrechamente. Uganda y Zambia tienen programas integrados sobre el VIH para poblaciones de acogida y refugiados, lo que ha conducido a una mejor infraestructura de los hospitales de distrito (ONUSIDA/ACNUR, 2005).

### **El «Segundo uno»: una autoridad nacional de coordinación del SIDA**

El Equipo Mundial de Trabajo recomienda que:

- Las autoridades nacionales de coordinación del SIDA asuman el liderazgo y que las instituciones bilaterales y multilaterales armonicen sus políticas y actividades con las de dichas autoridades.
- Cuando lo soliciten los países, el Equipo mixto de las Naciones Unidas sobre el SIDA apoye a las autoridades nacionales de coordinación del SIDA con el fin de acrecentar su capacidad para desarrollar planes de acción sobre el SIDA, coordinar la ejecución a cargo de múltiples partes interesadas y vigilar y evaluar los resultados.
- Cuando lo soliciten los países, los asociados multilaterales y bilaterales ayuden a otras partes interesadas a reunirse—bajo los auspicios de la autoridad nacional de coordinación del SIDA—en equipos enfocados a la resolución de problemas y la acción sobre el desarrollo de capacidad de recursos humanos y otros temas.
- Cuando lo soliciten los países, el Fondo Mundial, el Banco Mundial y la Secretaría del ONUSIDA apoyen los

esfuerzos para abordar los problemas y clarificar las relaciones entre las autoridades nacionales de coordinación del SIDA y los Mecanismos de Coordinación de País, además de divulgar ejemplos de buenas prácticas.

De forma característica, una autoridad nacional de coordinación del SIDA incluye una junta de gobierno y una secretaria o alguna otra entidad que actúe bajo la supervisión y dirección de la junta. Su autoridad deriva de tres fuentes: i) del gobierno, que requiere liderazgo político, compromiso y delegación de autoridad a través de leyes, políticas y procedimientos; ii) de su propia competencia, que requiere presupuestos adecuados, personal cualificado y acceso a asesoramiento, formación y apoyo técnico, y iii) de las partes interesadas, que reconocen su mandato del gobierno y su competencia.

Las partes interesadas sólo confiarán en la autoridad nacional de coordinación del SIDA si piensan que se las consulta cuando es oportuno y, además, participan

#### EL PRIMER MINISTRO DE VIET NAM ENCABEZA UNA RESPUESTA PLURIMINISTERIAL

En marzo de 2004, el primer ministro de Viet Nam aprobó la Estrategia Nacional sobre Prevención y Control del VIH/SIDA, que alcanza hasta 2010 y también establece una proyección hasta 2020. Fue desarrollada por el Ministerio de Salud, uno de los tres ministerios que actúan como secretarías para el Comité Nacional sobre Prevención y Control del SIDA, las Drogas y la Prostitución, un comité presidido por el primer ministro. La estrategia exige la coordinación por parte del Ministerio de Salud y la acción de otros cinco ministerios. En diciembre de 2004, el primer ministro declaró que 2005 sería «el año de la aplicación del programa sobre el SIDA», e instó a todos los ministerios a desarrollar planes sobre el SIDA para sus sectores. También en 2004, el primer ministro inició la elaboración del Plan de Desarrollo Socioeconómico para 2006-2010, que identifica el SIDA como un problema importante que debe abordarse en el plan. Además, pidió al Partido Comunista que adopte un papel activo en el campo del SIDA a través del Frente Patriótico (una coalición que moviliza a la sociedad), la Unión de Mujeres de Viet Nam y la Unión de Jóvenes de Viet Nam (ONUSIDA, 2005e).



*Las organizaciones de la sociedad civil han comprendido que asegurar su participación exigirá liderazgo por su parte, y han estado reafirmando este liderazgo para asegurar que sus intereses se tengan en cuenta plenamente.*



en relaciones de beneficio mutuo con la autoridad. Para forjar estas relaciones con todas las partes interesadas fundamentales, la autoridad nacional de coordinación del SIDA debe crear o fomentar la creación de estructuras (por ej., comités o foros de asociados) que actúen como vehículo para la comunicación de información e ideas y para la coordinación de esfuerzos. También puede requerir personal especializado, con aptitudes para atraer, mantener y coordinar la participación de cientos de partes interesadas. Además, requiere liderazgo, compromiso y capacidad para que las partes interesadas se involucren de forma significativa.

Sin embargo, la naturaleza y calidad de las autoridades existentes varían enormemente, y queda mucho por mejorar incluso entre las más capacitadas. Los países se enfrentan a cuatro retos principales al aplicar el «Segundo uno»: i) reforzar el liderazgo y compromiso; ii) establecer el marco jurídico y normativo; iii) desarrollar estructuras para la participación de los asociados, y iv) forjar asociaciones con organizaciones internacionales de desarrollo. Aprender de las experiencias de otros países y colaborar activamente con

ellos son algunas de las formas de superar estos desafíos.

#### REFORZAR EL LIDERAZGO Y COMPROMISO

El grado de participación de los asociados, tal como se ha discutido anteriormente en este capítulo, es una medida equitativa del grado de liderazgo, no sólo a los niveles más altos del gobierno sino también dentro de los ministerios competentes, las autoridades locales y de distrito y otros grupos de partes interesadas. Reforzar el liderazgo ha constituido un foco importante de las actividades de sensibilización sobre el SIDA desde que la epidemia emergió hace 25 años, cuando personas que vivían con el VIH o con un alto riesgo de infección pasaron a ser líderes y empezaron a exigir liderazgo y compromiso específico de los políticos y otras partes interesadas.

Un ejemplo puede observarse en el Foro de Liderazgo de Asia-Pacífico sobre VIH/SIDA y Desarrollo. Fundado en 2002, ha demostrado ser un vehículo eficaz para apoyar y reforzar el liderazgo político y de la sociedad civil en 33 países y a nivel subregional y regional. El foro está regido por un Comité Directivo de líderes

prominentes; por ejemplo, los ex primeros ministros de la India y Tailandia, la ex primera dama de Papua Nueva Guinea y el director del Instituto de Control y Prevención de Enfermedades Víricas de China. Ha desarrollado diversos medios de promoción, incluido un libro con declaraciones de destacados líderes políticos y civiles regionales, que ya se ha traducido a numerosos idiomas de la zona. También celebra actos de promoción para líderes en diferentes campos, como medios de comunicación y organizaciones religiosas (FLAP et al, 2005). Durante los últimos tres años, el Foro de Liderazgo de Asia-Pacífico ha colaborado con el Foro de las Islas del Pacífico para elaborar la Estrategia Regional del Pacífico sobre el VIH/SIDA (2004-2008) y el Plan de Ejecución de la Estrategia Regional del Pacífico, que se aprobó en octubre de 2005. La cooperación regional para el reforzamiento del liderazgo y compromiso y el desarrollo de una estrategia común ha demostrado ser un medio rentable para que los 22 pequeños países isleños de la región del Pacífico respondan al SIDA (Secretaría de la Comunidad del Pacífico, 2005).

#### **ESTABLECER EL MARCO JURÍDICO Y NORMATIVO**

En general, una autoridad nacional de coordinación del SIDA se verá reforzada si su mandato de dirigir y coordinar la respuesta nacional al SIDA está establecido por ley y si ésta también estipula sus relaciones concretas con las autoridades de más alto rango del país (por ej., primer ministro, gabinete ministerial y Parlamento) y con los ministerios. Sin este mandato específico, una autoridad nacional de coordinación del SIDA puede verse invalidada o debilitada, por ejemplo, por altos funcionarios ministeriales que tengan planes propios acerca del SIDA.

Una autoridad nacional de coordinación del SIDA también saldrá reforzada si existe una política nacional sobre el SIDA que establezca los objetivos generales del gobierno (por ej., proteger la salud pública y reducir el daño asociado al VIH) y especifique sus actitudes frente a cuestiones tales como el respeto de los derechos humanos, la protección de la confidencialidad y la asistencia para la reducción del daño aun en el caso de comportamientos que se consideren ilícitos (por ej., consumo de drogas intravenosas y comercio sexual). Debería revisarse y reformarse la legislación pertinente para garantizar que esté en concordancia con la política nacional. La Organización Internacional del Trabajo, por ejemplo, asesora a los gobiernos en la revisión y, si es necesario, la reelaboración de la legislación laboral para que incluya el VIH y el SIDA, con énfasis particular en la prevención de la discriminación en el empleo.

En cualquier caso, la legislación debe formularse con sumo cuidado para asegurar que la autoridad nacional de coordinación del SIDA sea un organismo activo y funcional. En Mozambique, un decreto ministerial de mayo de 2000 creó lo que prometía ser un poderoso Consejo Nacional del SIDA, compuesto por el primer ministro como presidente, el ministro de salud como vicepresidente y representantes de los ministerios de finanzas, planificación y desarrollo, educación, asuntos sociales y de la mujer, y juventud y deporte, además de representantes del Parlamento, organizaciones de la sociedad civil, universidades y medios de comunicación. Sin embargo, cuando una misión pluriinstitucional de promoción visitó Mozambique, en marzo de 2005, comprobó que el Consejo Nacional del

*Las recomendaciones del Equipo Mundial de Trabajo invitan a los países a revisar las relaciones entre sus autoridades de coordinación del SIDA, los Mecanismos de Coordinación de País y los principales mecanismos financieros nacionales utilizados por los gobiernos.*



SIDA no se había reunido desde hacía más de un año. Como consecuencia de la visita, el Consejo se reunió dos veces en abril de 2005, revisó la composición de la junta y acordó incorporar a líderes provinciales y descentralizar la respuesta nacional a las provincias y comunidades. En noviembre de 2005, una misión de valoración de los «Tres unos» constató que se habían llevado a cabo nuevas acciones para revitalizar el Consejo. En respuesta a las quejas de que los representantes de la sociedad civil eran nombrados por el Gobierno, se ha establecido un proceso a través del cual los grupos de cobertura de la sociedad civil nombran a sus propios representantes. Esos grupos de cobertura incluyen una red nacional de organizaciones de la sociedad civil, una red nacional de personas que viven con el VIH, el Consejo Cristiano Mozambiqueño, ECOSIDA (una organización que representa al mundo empresarial contra el SIDA) y la Organización de Trabajadores Mozambiqueños. Con esta nueva composición, más comprometida, el Consejo Nacional del SIDA ha seguido reuniéndose cada 45 días y ha adoptado un papel mucho más activo (Barcellos, 2005).

Según una misión de valoración de los «Tres unos» llevada a cabo en Zambia a principios de 2005, el acta parlamentaria de 2002 que estableció el Consejo Nacional del SIDA había creado una estructura institucional sólida en su base, con grupos de trabajo sobre el SIDA a nivel provincial y de distrito que facilitaban la participación de un amplio espectro de organizaciones gubernamentales, organizaciones de la sociedad civil y empresas privadas. No obstante, su debilidad estaba en lo más alto, en un Consejo Nacional del SIDA esencialmente inactivo cuya autoridad estaba minada por el hecho de que el director general de la secretaría del Consejo podía obviar éste e informar directamente al Comité del Gabinete Ministerial sobre el VIH/SIDA. La misión también observó que existía un proyecto de Política Nacional sobre el VIH/SIDA que perfilaba una visión amplia de la respuesta nacional, pero que no era lo suficientemente específico para guiar eficazmente la revisión en curso y actualizar los planes nacionales sobre el SIDA (Roseberry et al, 2005). El proyecto se enmendó posteriormente, y la política adoptada por el Parlamento de

### EL BRASIL ASEGURA UNA PARTICIPACIÓN AMPLIA DE LAS PARTES INTERESADAS

El Brasil se cita a menudo como modelo de buena práctica por lo que respecta a la respuesta al SIDA. Una de las claves del éxito del Brasil es que su respuesta nacional al SIDA está guiada por tres foros y diversos comités asesores que engloban un amplio espectro de partes interesadas, incluidas más de 1 800 organizaciones de la sociedad civil.

La Comisión Nacional del SIDA, que se reúne cuatro veces al año, cuenta con representación de universidades, instituciones de investigación, organizaciones religiosas, empresas privadas, organizaciones de trabajadores, sociedad civil, ministerios del Gobierno nacional y organizaciones del distrito federal y de los gobiernos estatales y locales. La Comisión de Articulación de los Movimientos Sociales, que también se reúne cuatro veces al año, es un foro de personas que viven con el VIH y poblaciones en riesgo, incluidos indígenas, otras minorías raciales, mujeres, jóvenes, varones gay declarados, travestidos y consumidores de drogas intravenosas. El tercer foro coordina actividades a nivel estatal y local. Además, hay comités asesores en áreas especializadas, como prevención, apoyo, investigación de vacunas y medios de comunicación.

Los tres foros y los comités asesores participan en revisiones y actualizaciones periódicas del plan nacional sobre el SIDA, y su implicación significa que están fuertemente comprometidos con la puesta en práctica de dicho plan. Aunque la estructura del plan es sólida, la Comisión Nacional del SIDA admite que debe extenderse a los estados y comunidades rurales, donde los datos recientes de vigilancia ofrecen motivos de preocupación. En el Brasil, como en cualquier otra parte, crear, mantener y mejorar la estructura participativa será siempre un proceso continuado.

Zambia en junio de 2005 especificó con mayor detalle las medidas para la consecución del objetivo original. También clarificó el marco jurídico e institucional.

#### DESARROLLAR ESTRUCTURAS PARA LA PARTICIPACIÓN DE LOS ASOCIADOS

Desde septiembre de 2003, cuando la Decimotercera Conferencia Internacional sobre el SIDA y las Infecciones de Transmisión Sexual en África formuló los principios de los «Tres unos», los países han adoptado medidas para mejorar la participación de los diversos asociados. Gran parte del impulso para este movimiento ha procedido de organizaciones de la sociedad civil. En el pasado, no se habían involucrado lo suficiente en los

mecanismos para desarrollar y ejecutar los planes nacionales sobre el SIDA y para vigilar y evaluar los resultados. Ahora consideran que los principios de los «Tres unos», con su énfasis en la respuesta multisectorial, ofrecen argumentos sólidos para una mayor participación.

Las organizaciones de la sociedad civil han comprendido que asegurar su participación exigirá liderazgo por su parte, y han estado reafirmando este liderazgo para asegurar que sus intereses se tengan en cuenta plenamente. Por ejemplo, a principios de 2005, la Alianza Internacional del VIH/SIDA y el Consejo Internacional de Organizaciones de Servicios sobre el SIDA colaboraron en un documento de discusión que

esbozaba las oportunidades y desafíos planteados por los «Tres unos». En una reunión conjunta de planificación entre el ONUSIDA y la sociedad civil, celebrada en Recife (Brasil) en septiembre de 2005, se acordó que las organizaciones de la sociedad civil desempeñarían un papel en la supervisión de los progresos realizados en el cumplimiento de la Declaración de compromiso sobre el VIH/SIDA adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas y prepararían sus propios informes sobre los progresos realizados en países seleccionados, que se examinarían conjuntamente con los informes remitidos por los países (ONUSIDA, 2005f).

Es habitual que las organizaciones de la sociedad civil y otras partes interesadas fundamentales no estén demasiado implicadas en el desarrollo de los planes nacionales sobre el SIDA y demás procesos, aunque se observan signos de mejora por lo que se refiere a participación de los diversos asociados en muchos países. Esto se está consiguiendo gracias a medidas tales como la ampliación de la representatividad de los consejos nacionales del SIDA y la formación o reforzamiento de comités y foros de asociados, a través de los cuales las redes de partes interesadas intervienen en el desarrollo, revisión y actualización de los planes nacionales sobre el SIDA y coordinan sus esfuerzos para ejecutar dichos planes y controlar y evaluar los resultados.

Cada país tiene que descubrir los mecanismos que mejor se adapten a sus propias circunstancias, pero, al mismo tiempo, cada uno de ellos puede aprender de lo que están haciendo los demás.

#### **FORJAR ASOCIACIONES CON ORGANIZACIONES INTERNACIONALES DE DESARROLLO**

En marzo de 2005, antes de que se estableciera el Equipo Mundial de Trabajo, el

Foro de Alto Nivel sobre la Respuesta Mundial al SIDA examinó un informe que describía una serie de problemas que los países experimentan a menudo en sus relaciones con los donantes. Entre ellos figuran: i) participación limitada de los donantes en el desarrollo de los planes nacionales sobre el SIDA; ii) armonización limitada de las políticas y procedimientos entre los donantes, y entre los donantes y las autoridades nacionales de coordinación del SIDA; iii) falta de transparencia, lo que provoca que las políticas, procedimientos y decisiones de los donantes no siempre sean obvios; iv) tendencia de los donantes a seguir sus propios planes en vez de los establecidos por los países; v) preferencia de los donantes a apoyar proyectos en lugar de programas continuados; vi) preferencia de los donantes a utilizar sus propios mecanismos financieros en vez de los gubernamentales, y vii) altos costos transaccionales como resultado de las políticas y procedimientos de los donantes (ONUSIDA, 2005g).

Muchos países han ido encontrando sus propias soluciones particulares. En 2005, por ejemplo, el Gobierno de la República Unida de Tanzania combinó el Mecanismo de Coordinación de País con otros mecanismos de coordinación financiera para formar el Mecanismo Nacional de Coordinación de Tanzania. La secretaria de la Comisión del SIDA de Tanzania también desempeña la función de secretaria del Mecanismo Nacional de Coordinación de Tanzania, que está presidido por el secretario permanente de la Oficina del Primer Ministro. En el mecanismo de coordinación están representados los ministerios de Salud y Finanzas, la Oficina del Presidente, organizaciones de la sociedad civil (incluidas organizaciones religiosas), personas que viven con el VIH, instituciones académicas, el Congreso de Sindicatos, la Coalición Empresarial sobre el SIDA y el





*Para una vigilancia y evaluación eficaces es preciso recopilar y analizar datos de una diversidad de fuentes.*

Consejo de Medios de Comunicación de Tanzania. También hay representación del Grupo de Asociados para el Desarrollo (un grupo genérico que engloba a diversos donantes bilaterales), el Plan de Emergencia del Presidente de los Estados Unidos para el Alivio del SIDA y organizaciones de las Naciones Unidas (Fondo Mundial, 2005).

Después de que el Equipo Mundial de Trabajo formulara sus recomendaciones en junio de 2005, el Fondo Mundial encargó una valoración independiente de sus procesos de desarrollo y revisión de propuestas (Grupo Europeo de la Salud, 2006) y, en combinación con el Banco Mundial, un estudio para comparar las fuerzas de ambas instituciones y cómo podrían complementarse mejor mutuamente en su apoyo conjunto a los programas en los países (Shakow, 2006). Los dos informes resultantes contenían varias páginas de recomendaciones. Las principales de ellas pueden resumirse de forma genérica como sigue.

- Ambas organizaciones deberían redoblar sus esfuerzos para apoyar los «Tres unos» trabajando conjuntamente en la preparación y elaboración de presupuestos y en la ejecución de planes de acción específicos para cada país. Un

área concreta de duplicación que deberían examinar es la existencia de Mecanismos de Coordinación de País separados de las autoridades nacionales de coordinación del SIDA y sus mecanismos financieros.

- El Fondo Mundial debería clarificar qué hará y no hará. Su foco debería centrarse en la financiación directa de iniciativas de prevención y tratamiento, más que en el apoyo técnico directo y el apoyo multisectorial sistemático, diverso y de gran alcance, que corre a cargo del Banco Mundial, otros copatrocinadores del ONUSIDA e instituciones bilaterales.
- El Banco Mundial, en conjunción con otras organizaciones de las Naciones Unidas, debería centrarse en la generación sistemática de capacidad en el sector sanitario, que es fundamental para progresar en la lucha contra el SIDA y otras enfermedades. El Banco Mundial debería enlazar la generación de capacidad en el sector sanitario con objetivos macroeconómicos y presupuestarios más amplios. También debería ayudar a los gobiernos a ser más estratégicos y selectivos al establecer prioridades para el SIDA y otras actividades relacionadas con la salud,

### EL FONDO MUNDIAL PARA LA LUCHA CONTRA EL SIDA, LA TUBERCULOSIS Y LA MALARIA EVALÚA Y MEJORA LOS MECANISMOS DE COORDINACIÓN DE PAÍS

En 2005, el Fondo Mundial encargó una valoración independiente de la composición y rendimiento de los Mecanismos de Coordinación de País, utilizando un conjunto acordado de herramientas y medidas y exigiendo pruebas en forma de documentación verificada (véase el capítulo “La sociedad civil”). Los resultados, que abarcaban 82 Mecanismos de Coordinación en el País (77% de los 106 encuestados), pusieron de manifiesto que sus miembros eran ampliamente representativos de los grupos implicados en las respuestas nacionales a las tres enfermedades que abarca el mandato del Fondo Mundial. En promedio, el 50% de los miembros era de carácter extragubernamental, y el 71% de los Mecanismos de Coordinación de País tenía miembros que representaban a personas que vivían con las mencionadas enfermedades. La valoración también puso de manifiesto algunas deficiencias, incluidas las siguientes:

- Sólo uno de cada cinco miembros había sido seleccionado a través de un proceso transparente y bien documentado.
- Sólo la mitad aproximadamente de los Mecanismos de Coordinación de País había realizado peticiones públicas de propuestas.
- Menos de la mitad habían publicado sus decisiones junto con información sobre las propuestas aprobadas.

En mayo de 2005, inmediatamente después de la valoración, el Fondo Mundial publicó directrices revisadas, y muchos Mecanismos de Coordinación de País introdujeron reformas para abordar sus deficiencias y atenerse a las nuevas directrices. El Fondo Mundial está incorporando actualmente la autoevaluación de los mecanismos coordinadores en la gestión sistemática de subvenciones con el propósito de identificar deficiencias, tomar medidas para corregirlas e informar sobre los progresos realizados.

con el fin último de aprovechar al máximo sus limitadas capacidades.

Las recomendaciones del Equipo Mundial de Trabajo invitan a los países a ejercer el liderazgo en estas cuestiones, solicitando, por ejemplo, una revisión de las relaciones entre sus autoridades nacionales de coordinación del SIDA, los Mecanismos de Coordinación en el País y los principales mecanismos financieros utilizados por los gobiernos nacionales y sus diversos ministerios. Mientras tanto, los donantes multilaterales continúan revisando sus políticas y procedimientos con el objetivo de servir mejor a los países.

### El «Tercer uno»: un sistema acordado de vigilancia y evaluación a nivel de país

El Equipo Mundial de Trabajo recomienda que:

- Los donantes multilaterales y otras instituciones internacionales ayuden a las autoridades nacionales de coordinación del SIDA a reforzar los sistemas de vigilancia y evaluación a nivel de país y otros sistemas que faciliten la supervisión y resolución de problemas.
- Las autoridades nacionales de coordinación del SIDA, donantes multilaterales

y otras instituciones internacionales amplíen el papel de la sociedad civil en las tareas de vigilancia y evaluación, como recopilación de datos en comunidades marginadas y análisis crítico de todos los datos.

- Las revisiones participativas de los planes y programas nacionales sobre el SIDA incluyan revisiones del rendimiento de todas las partes interesadas, tanto nacionales como de donantes multilaterales y otras instituciones internacionales.

Las autoridades nacionales de coordinación del SIDA y todas las partes interesadas necesitan información fiable para averiguar qué programas y servicios se requieren con el fin de proporcionar prevención, tratamiento, atención y apoyo en relación con el VIH. Una vez instaurados esos programas y servicios, necesitan información fiable para controlar sus productos (por ej., número de personas a las que se proporciona educación preventiva), resultados (por ej., cambio en el número de personas que utilizan preservativos) e impactos a más largo plazo (por ej., cambio en la prevalencia del VIH). El «Tercer uno»—un sistema acordado de vigilancia y evaluación a nivel de país—supone la forma más eficaz y eficiente de recopilar, analizar y notificar esta información.

Para una vigilancia y evaluación eficaces es preciso recopilar y analizar datos de una diversidad de fuentes. Los datos tienen que incluir información sobre el contexto de políticas y los flujos de recursos financieros, así como sobre la naturaleza y calidad de los servicios, quién los proporciona, quién los utiliza, con qué frecuencia se utilizan y cuáles son sus costos y resultados. La vigilancia de los programas requiere el establecimiento de indicadores para medir los progresos realizados y, luego, revisiones periódicas

para determinar los progresos efectuados en la ejecución y los resultados. La evaluación de los programas implica un análisis más detallado para discernir sus méritos y ofrecer explicaciones de por qué se han alcanzado o no resultados concretos. La vigilancia y evaluación de los programas pueden efectuarse a todos los niveles, desde un centro específico en una comunidad hasta un programa que abarque toda una comunidad, distrito o país. La evaluación de programas —o su ausencia—es el componente más débil de la mayoría de los sistemas de vigilancia y evaluación.

La vigilancia epidemiológica es otro componente esencial de cualquier sistema eficaz de vigilancia y evaluación. Proporciona datos sobre la prevalencia del VIH y el SIDA en la población general y entre poblaciones concretas, y también sobre infecciones asociadas, comportamientos y conocimientos. Asimismo, permite supervisar tendencias a lo largo del tiempo. Estos datos ayudan a identificar necesidades de programas y servicios, así como los resultados e impactos que cabe esperar de ellos.

Se conoce como «información estratégica» el conjunto de toda la diversidad de datos producidos por un sistema eficaz de vigilancia y evaluación. Una información estratégica fiable y exhaustiva constituye la base para una planificación y ejecución eficaces, y también es el fundamento para un sistema apropiado de vigilancia y evaluación que produzca más información estratégica fiable y exhaustiva.

#### EL ESTADO ACTUAL DE LA VIGILANCIA Y EVALUACIÓN

El ONUSIDA divulga un cuestionario del Índice Compuesto de Políticas Nacionales para guiar a los países cuando

informan sobre sus progresos realizados hacia la consecución de los objetivos esbozados en la Declaración de compromiso sobre el VIH/SIDA de 2001. Por primera vez, el índice remitido para los informes de 2005 sobre los progresos realizados tuvo un foco significativo en las actividades de vigilancia y evaluación. Entre los países que respondieron:

- El 51% indicó que, desde 2003, había realizado progresos entre discretos y considerables en vigilancia y evaluación, mientras que el 43% se otorgó una puntuación promedio —o por debajo de la media— en cuanto a vigilancia y evaluación.
- El 50% había desarrollado planes de vigilancia y evaluación, y la mayoría de ellos tenía un presupuesto exclusivo para este cometido y estaba generando capacidad de recursos humanos pertinentes en unidades, departamentos, comités o grupos de trabajo dedicados a vigilancia y evaluación.
- Como es lógico, ese 50% tenía más probabilidades que otros países de haber alcanzado un acuerdo multisectorial sobre una serie de indicadores de vigilancia y evaluación. También disponía de más sistemas funcionales de gestión de datos, mayor utilización de datos por parte de los asociados y mayor intercambio de datos entre ellos.
- El 54% de los países había establecido bases de datos centrales sobre el VIH y el SIDA; el 85% tenía Sistemas de Información sobre Gestión Sanitaria; y el 50% disponía de ambas cosas. Además Se trata de herramientas importantes que permiten la recopilación, análisis y notificación de datos y el acceso rápido a ellos por parte de todos los asociados.
- El 49% comunicó niveles entre moderados y altos de intercambio de información entre los gobiernos e



instituciones bilaterales y multilaterales, incluidas las organizaciones de las Naciones Unidas. Aunque esto indica una tendencia esperanzadora, también revela la necesidad de introducir mejoras para que los gobiernos tengan acceso a todos los datos que precisan para una toma de decisiones basada en pruebas.

Los datos notificados por estos países contribuyeron a supervisar sus progresos realizados en la totalidad de los «Tres unos». El 90% indicó que tenía un marco nacional para la acción sobre el SIDA, el 85% tenía una autoridad nacional de coordinación del SIDA y el 50% había elaborado un plan nacional de vigilancia y evaluación. La mera existencia de estos «Unos» no denota cómo están funcionando, y los datos confirman que debe prestarse una atención considerablemente mayor al reforzamiento de los sistemas de vigilancia y evaluación a nivel de país.

Un país comentó: «Las actividades de vigilancia y evaluación del VIH y el SIDA constituyen el área que más se ha ido rezagando entre los componentes de los principios de los “Tres unos,” aparentemente porque muchas organizaciones

que llevan a cabo diversas actividades no tienen el requisito legal de informar al Consejo Nacional del SIDA y porque múltiples donantes poderosos exigen diferentes informes de vigilancia y evaluación.» Otro señaló: «Muchas partes interesadas aún consideran que la vigilancia y evaluación de los programas sobre el VIH es responsabilidad primaria de un organismo nacional de coordinación. Sin embargo, la aplicación del marco de V + E requerirá la movilización de recursos a todos los niveles y entre múltiples partes interesadas; esto incluye la capacidad de V + E de la sociedad civil y las organizaciones religiosas, así como de los ministerios pertinentes.»

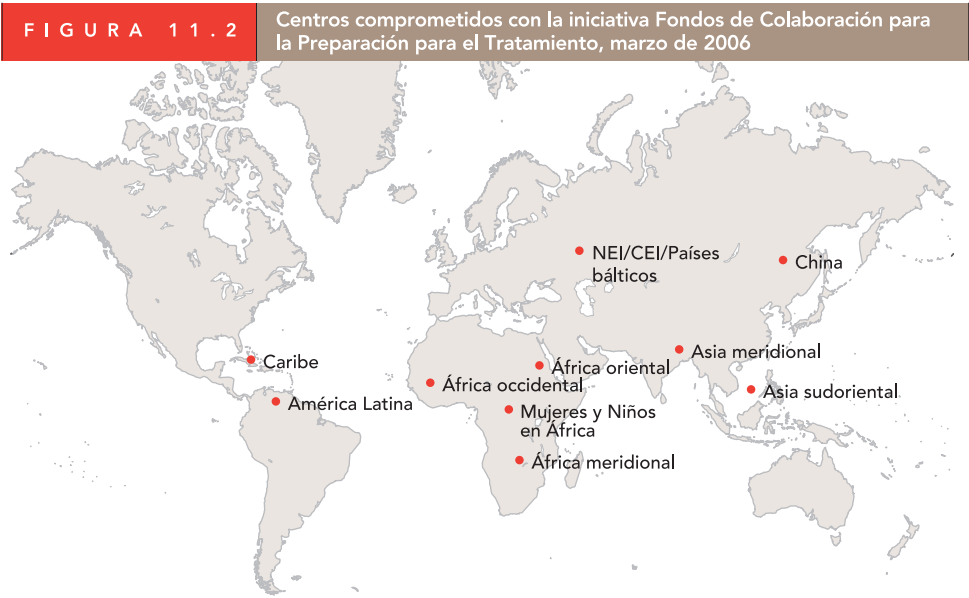
**PARTICIPACIÓN DE LA COMUNIDAD EN ACTIVIDADES DE VIGILANCIA Y EVALUACIÓN**

El Fondo de Colaboración para la Preparación para el Tratamiento del VIH es un proyecto mundial que pretende aumentar la participación comunitaria para contener la marea de la epidemia de SIDA, con centros participantes en todo el mundo (Figura 11.2). Como parte del proyecto,

los grupos participantes se animan mutuamente para vigilar y evaluar la ejecución de sus programas. Celebran seminarios regionales de formación y tienen una página Web que proporciona apoyo de vigilancia y evaluación a todos los participantes comunitarios en el proyecto. La página Web incluye: i) una introducción no técnica sobre principios básicos de evaluación; ii) un glosario de términos comunes de evaluación; iii) indicadores para medir los progresos y resultados de los proyectos; iv) asistencia técnica para crear y utilizar herramientas habituales de evaluación; v) foros de discusión; vi) respuestas a preguntas planteadas con frecuencia, y vii) una conexión directa de correo electrónico para profesionales de vigilancia y evaluación que puedan proporcionar apoyo técnico.

**APOYO BILATERAL Y MULTILATERAL PARA VIGILANCIA Y EVALUACIÓN**

El Grupo de Referencia sobre Vigilancia y Evaluación, coordinado por el ONU-SIDA, reúne a expertos técnicos, instituciones bilaterales y multilaterales y



Fuentes: Coalición Internacional sobre la Preparación para el Tratamiento; Fundación TIDES.



representantes de países, incluidos responsables de programas sobre el VIH y directores de unidades de vigilancia y evaluación. El Grupo de Referencia sobre Vigilancia y Evaluación armoniza las actividades entre los países, por ejemplo, creando indicadores normalizados, promoviendo el uso de métodos concretos y desarrollando módulos de formación. Además, diversas instituciones bilaterales y multilaterales—por ejemplo, los Centros de Control y Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos y el ONUSIDA—despliegan personal en más de 60 países para apoyar sus esfuerzos de vigilancia y evaluación. Este personal trabaja directamente con profesionales de los países con el fin de secundar, entre otras cosas, la armonización y coordinación de las actividades de vigilancia y evaluación de todas las partes interesadas dentro de los países.

Como resultado de estos esfuerzos, se ha desarrollado una serie de indicadores normalizados de vigilancia y evaluación, pero aún queda mucho trabajo por realizar en la armonización y simplificación de los indicadores utilizados por las múltiples partes interesadas que intervienen en la respuesta al SIDA en los países.

#### **TRAZADO DE MAPAS Y SEGUIMIENTO DE RECURSOS**

En el Capítulo 10 se discute la discrepancia significativa que existe en muchos países entre dónde son más necesarios los recursos financieros para articular una respuesta eficaz al VIH y dónde se gastan realmente dichos recursos. La mayoría de los países aún necesita reforzar el uso de información estratégica para identificar los recursos financieros y humanos y la infraestructura que ya poseen y calcular dónde se requieren más recursos.

Muchos países no llevan a cabo una labor de vigilancia epidemiológica que les

permita averiguar qué poblaciones son las más necesitadas de servicios, y aun en el caso de que se disponga de datos de vigilancia, muchos de ellos son incapaces de seleccionar tales poblaciones como beneficiarias de los servicios. Esto es debido con frecuencia a las dificultades para acceder a poblaciones clave de alto riesgo y a la falta de políticas (incluida la legislación sobre derechos humanos) y procedimientos que aseguren la prestación de servicios a las personas más necesitadas. Evidentemente, los flujos de recursos limitados deberían gestionarse para dirigirlos adonde más se necesiten, pero a menudo se interponen las políticas de los gobiernos y donantes, de forma que algunas poblaciones clave de alto riesgo no reciben ningún servicio en absoluto.

En 1995, el Banco Mundial pidió a la Fundación Mexicana de la Salud que actuara como organismo de ejecución de la Iniciativa Regional sobre el SIDA para América Latina y el Caribe (SIDALAC). En 1996, después de consultar con autoridades nacionales de coordinación del SIDA y asegurar la financiación de la Comisión Europea, SIDALAC instauró un mecanismo con el fin de controlar el gasto dedicado al SIDA en los países de la región. Su enfoque consistió en animar y apoyar a los países para que establecieran Cuentas Nacionales del SIDA, un proceso que requería tiempo y paciencia relacionado con el SIDA dentro del sector sanitario. Posteriormente, con la ayuda de SIDALAC, se adoptó un enfoque similar en África occidental. Ahora, los mejores datos disponibles para el seguimiento del gasto proceden desde hace varios años de las regiones de América Latina y el Caribe y de África occidental.

En la actualidad, el Consorcio Mundial del ONUSIDA para el Seguimiento de Recursos y sus numerosos miembros siguen los recursos para el SIDA a nivel

## EL ENFOQUE DE FINANCIACIÓN DEL FONDO MUNDIAL BASADO EN EL RENDIMIENTO

El Fondo Mundial gestiona el flujo de sus subvenciones basándose en los resultados que han alcanzado los programas apoyados financieramente. El Fondo Mundial emplea este sistema de financiación basado en el rendimiento para asegurar que los programas cumplan los compromisos asumidos en las propuestas de subvención.

El logro de resultados satisfactorios pone en marcha la siguiente etapa de financiación. Los programas con buen rendimiento reciben dinero a un ritmo acelerado. Los programas con mal rendimiento reciben dinero a un ritmo más lento y es posible que se les recorte la financiación, de modo que el dinero no utilizado pueda transferirse a programas más rentables que podrían beneficiarse de mayor apoyo. En cada etapa se tienen en cuenta circunstancias especiales, como se tienen en cuenta las autoevaluaciones que identifican la necesidad de mayor asistencia técnica. En general, sin embargo, el flujo de financiación está determinado por la celeridad de la ejecución y los resultados obtenidos.

La financiación basada en el rendimiento tiene dos requisitos básicos: i) vigilancia y evaluación, y ii) transparencia. La transparencia asegura que la información sobre la ejecución de las subvenciones pueda ser utilizada en todas partes y por estamentos decisorios a todos los niveles, sean asociados en los programas subvencionados u observadores interesados dentro o fuera de los países donde se llevan a cabo los programas.

Los países ya están constatando que la financiación basada en el rendimiento funciona satisfactoriamente. Hasta ahora, el 80% de los programas subvencionados ha aportado resultados documentados a los 18 meses de un periodo de 60 meses para cada subvención. Los países más pobres están teniendo el mismo éxito que los demás, siempre y cuando los resultados se midan conforme a estrategias y objetivos establecidos por ellos mismos y las subvenciones atiendan las necesidades de asistencia técnica que hayan identificado. En varios países —incluidos Etiopía, Honduras, Kenya y República Democrática Popular Lao—se ha comprobado que la financiación basada en el rendimiento proporciona incentivos cruciales para acelerar la ejecución.

mundial. En el curso de este proceso, promueven y apoyan un mejor seguimiento de los recursos por parte de los países. En 2005, el Consorcio emprendió una nueva iniciativa para fomentar y apoyar las Evaluaciones Nacionales del Gasto relacionado con el SIDA. Mientras que las Cuentas Nacionales del SIDA estaban enfocadas al sector sanitario, las valoraciones del gasto son mucho más amplias y cubren toda una gama de sectores cuya acción contra el SIDA contribuye a la respuesta nacional global.

El enfoque es el mismo que el adoptado por SIDALAC: en vez de encargar valoraciones puntuales por parte de consultores, se apoya la generación de capacidad en los países, de modo que los procedimientos de contabilidad sobre el SIDA sean continuos y sostenibles.

Más de 60 países participan actualmente en esta iniciativa, y algunos ya han obtenido resultados preliminares. Cuando ultiman estas valoraciones, los países son capaces de identificar fuentes y cantidades

de financiación (gasto corriente, gasto público, donaciones bilaterales y multilaterales y filantropía privada), gasto por parte de los diferentes proveedores de servicios (en el sector sanitario y otras áreas, desglosado en sueldos, productos básicos, viajes, etc.) y gasto por tipo de programa (prevención, atención, mitigación social, apoyo a programas) y por beneficiario (reducción de daños entre consumidores de drogas intravenosas, formación en aptitudes para la vida entre mujeres jóvenes, etc.). Los resultados ya alcanzados por la nueva iniciativa indican que la situación podría mejorar rápidamente si también obtiene el apoyo de las instituciones bilaterales y multilaterales y las autoridades nacionales de coordinación del SIDA.

Para la revisión de 2005 de los progresos realizados en la aplicación de la Declaración de compromiso de 2001, 82 países informaron de su gasto público interno relacionado con el SIDA. Estas estimaciones, basadas en un seguimiento continuo o pasado de recursos, revelaron un aumento significativo en el gasto público interno por habitante durante los últimos cuatro años. Por ejemplo, en 15 países de África subsahariana de ingresos bajos, el gasto público interno promedio por habitante dedicado al SIDA se duplicó de

US\$ 0,31 en 2001 a US\$ 0,65 en 2005 (Figura 11.3). Si en este cálculo se incluye Sudáfrica, un país con ingresos medianos, el promedio del gasto público interno por habitante relacionado con el SIDA durante 2005 ascendió a US\$ 0,72.

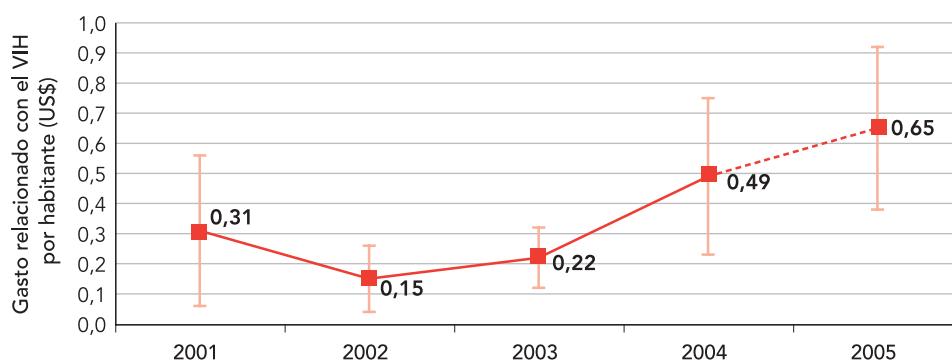
#### EL SISTEMA DE INFORMACIÓN DE LA RESPUESTA NACIONAL

Históricamente, un gran número de factores ha restringido la capacidad de los países para utilizar datos con el fin de mejorar sus sistemas de vigilancia y evaluación. Entre esos factores figuran la escasez de recursos humanos y financieros, múltiples exigencias de información de algunas partes interesadas (incluidos los donantes), y falta de un sistema nacional de información sobre datos relacionados con el VIH. Los directores de programas se encuentran a menudo con que deben notificar datos similares en formatos muy distintos, mientras que, al mismo tiempo, estos datos rara vez se utilizan a nivel nacional como base para la mejora y perfeccionamiento de programas. Incluso dentro de ministerios nacionales, y entre ellos, el intercambio y la coordinación de datos son deficientes.

Para abordar estos problemas se ha desarrollado un programa informático, el

**FIGURA 11.3**

Tendencias en el gasto relacionado con el VIH y el SIDA por habitante en países subsaharianos seleccionados (en US\$ actuales)



Fuentes: Países informantes sobre el gasto público interno en el UNGASS; estimaciones del ONUSIDA.



*Un estudio de 2004 que examinó la serovigilancia centinela del VIH en 132 países entre 1995 y 2002 comprobó que sólo efectuaban vigilancia epidemiológica de alta calidad el 58% de los países con epidemias generalizadas, el 34% de los que tenían epidemias concentradas y el 10% de aquellos con epidemias de nivel bajo.*

Sistema de Información de la Respuesta Nacional, que proporciona la plataforma para una base de datos que sirva de apoyo a las actividades de vigilancia y evaluación. En concreto, ofrece a los países la posibilidad de almacenar y analizar datos de indicadores, proyectos e inversiones e intercambiarlos con los de otros sistemas.

La incapacidad para compartir datos entre sistemas de una forma sencilla y automática ha constituido un obstáculo persistente para la recopilación, análisis e intercambio de datos entre partes interesadas muy diferentes. Un grupo de trabajo, facilitado por la Secretaría del ONUSIDA, ha superado este obstáculo desarrollando un formato normalizado de transmisión (esquema XML) para la vigilancia y evaluación de datos. Ese formato se ha integrado ahora en el Sistema de Información de la Respuesta Nacional y en otros programas informáticos de gestión de datos, como el HealthMapper de la Organización Mundial de la Salud, el DevInfo del Grupo de Desarrollo de las Naciones Unidas, el KIDS de la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura, el Epi Info del Gobierno

de los Estados Unidos y la MACRO HIV Survey Indicators Database. Recientemente se ha desarrollado un prototipo basado en el Sistema de Información de la Respuesta Nacional para el Plan de Emergencia del Presidente de los Estados Unidos para el Alivio del SIDA.

Más del 60% de los países que en 2005 comunicaron los progresos realizados en la aplicación de la Declaración de compromiso de 2001 están utilizando el Sistema de Información de la Respuesta Nacional, lo que demuestra que este formato está siendo un factor impulsor del desarrollo de sistemas de vigilancia y evaluación en los países (Figura 11.4).

#### INFORMACIÓN DE PERSONAS Y HOGARES

Muchos de los indicadores de vigilancia y evaluación desarrollados para el VIH y el SIDA dependen de la recopilación de información a partir de personas y hogares. Para asegurar la validez de la información, se requiere un esfuerzo considerable que garantice que se aplican indicadores normalizados y se recopilan conjuntos de datos tanto de éstas como de otras fuentes, incluidos dispensarios y hospitales. En 2004, por ejemplo, diversas organizaciones internacionales y nacio-

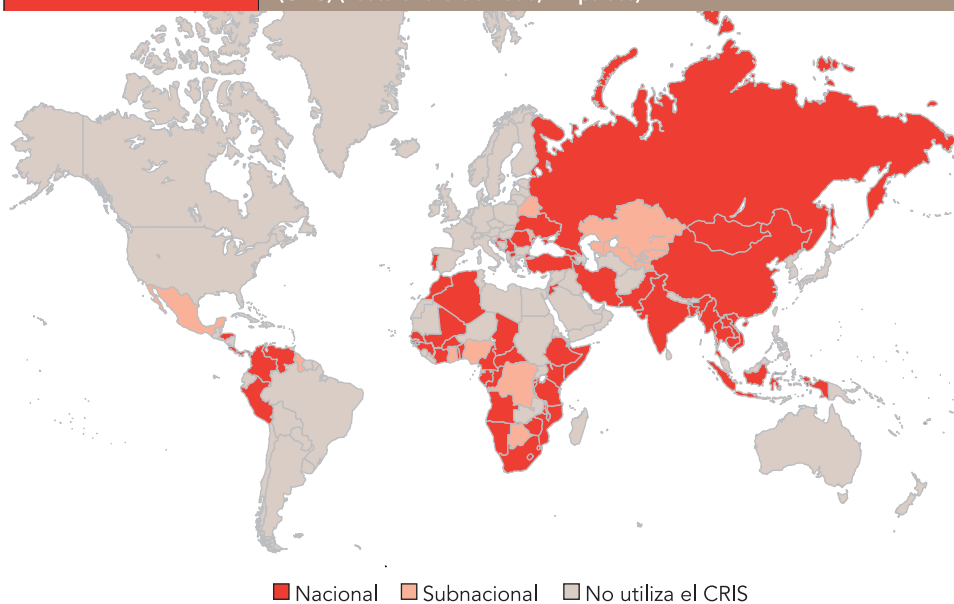
### ESTUDIO PILOTO DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN DE LA RESPUESTA NACIONAL EN BOTSWANA

El Comité Nacional de Coordinación del SIDA de Botswana elaboró un Plan Nacional de Vigilancia y Evaluación para 2003-2007. También ha establecido un sistema nacional relacionado de vigilancia y evaluación, denominado Sistema de Gestión de Información sobre la Respuesta al VIH/SIDA de Botswana, que se basa en el Sistema de Información de la Respuesta Nacional. Se ha creado un grupo técnico de trabajo para gestionar el sistema. Como parte de este proceso, el grupo formuló una declaración de requisitos de los usuarios y valoró diversas opciones de programas informáticos, incluido el Sistema de Información de la Respuesta Nacional, con el fin de identificar el que mejor se adapte a las necesidades de Botswana.

En uno de los proyectos piloto, el Ministerio de Gobernación Local evaluó el Sistema de Información de la Respuesta Nacional en dos distritos que anteriormente habían remitido sus datos en bruto a la oficina central de análisis y producción de informes. Estos distritos respondieron positivamente al hecho de que el sistema les permitiera analizar y notificar sus propios datos, mantener la integridad de éstos y facilitar el intercambio con la oficina central. La oficina central que recibe los datos respondió positivamente al hecho de que el sistema fuera compatible con otros programas disponibles.

FIGURA 11.4

Países que utilizan el Sistema Nacional de Información de la Respuesta (CRIS) (hasta enero de 2006, 92 países)



Fuentes: Países informantes del UNGASS que utilizan el CRIS; informes de país de los CPU y comunicaciones personales de oficiales de vigilancia y evaluación.



nales consensuaron un conjunto mínimo de datos que se requieren para la gestión y supervisión óptimas de los pacientes, y este conjunto de datos se está empleando ahora para la vigilancia de la terapia anti-retrovírica en centros sanitarios muy diversos (OMS, 2004a, 2004b). Se han celebrado seminarios con el fin de formular directrices y proyectos de planes que permitan desarrollar medios para el almacenamiento y transferencia electrónicos de datos de pacientes individuales (OMS, 2004c, 2004d).

#### **FALTA DE EVALUACIÓN**

Hasta ahora, las actividades de vigilancia y evaluación se han centrado principalmente en desarrollar indicadores y establecer sistemas de vigilancia. El Grupo de Trabajo sobre Evaluación, dentro del Grupo de Referencia sobre Vigilancia y Evaluación, se dedica actualmente a mejorar los procedimientos de evaluación, con el objetivo de obtener nuevos datos sobre la eficacia de los programas de prevención y tratamiento e identificar qué mejoras se necesitan. Mejorar la evaluación significa facilitar los esfuerzos en este sentido de muchas organizaciones diferentes y ayudarlas a acumular experiencia y aprender de ella. El Grupo de Trabajo sobre Evaluación también pretende mejorar la terminología y metodología de uso habitual, así como la comprensión que tienen los países de sus necesidades de evaluación.

#### **REFORZAR LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DEL VIH**

La vigilancia epidemiológica, tal como se lleva a cabo en el campo de la salud pública, se ocupa de la recopilación, análisis, interpretación y divulgación continuos y sistemáticos de información sobre la salud. Ayuda a definir la naturaleza y magnitud de un problema de salud y el

impacto que los programas y servicios están teniendo sobre él.

La vigilancia epidemiológica del VIH basada en informes de casos recoge datos de pacientes individuales en contextos clínicos a los que se ha efectuado la prueba del VIH y ésta ha resultado positiva. En cambio, la serovigilancia centinela utiliza muestras sanguíneas obtenidas para otros propósitos (por ej., pruebas en dispensarios prenatales para detectar ciertas enfermedades o controlar los progresos de las pacientes), suele ser anónima y no se relaciona con individuos concretos. Dado que las personas VIH-positivas no suelen presentar síntomas hasta muchos años después de que se hayan infectado, y puesto que la notificación de casos sólo representa generalmente una pequeña fracción de todas las personas que viven con el VIH en países con sistemas sanitarios deficientes, la serovigilancia centinela es un componente indispensable de la vigilancia del VIH con el fin de controlar el crecimiento de la epidemia, identificar a los recién infectados y averiguar cómo y dónde se produjo el contagio.

Sin embargo, la vigilancia epidemiológica de la infección por el VIH es insuficiente. Registra infecciones que ya han ocurrido, pero no avisa de antemano sobre el potencial de infección. Así pues, no controla comportamientos que pueden exponer a las personas a situaciones de riesgo (por ej., relaciones sexuales no protegidas con múltiples parejas o uso de equipos de inyección contaminados o no estériles). Tampoco tiene en cuenta otros marcadores biológicos (por ej., presencia de infecciones de transmisión sexual) ni el conocimiento o desconocimiento de cómo se transmite el VIH. La vigilancia del VIH de segunda generación amplía el alcance de los sistemas convencionales

para incluir todas estas variables, además de información sobre infecciones relacionadas, datos de mortalidad y estudios de comportamiento, como las Encuestas Demográficas y de Salud, que proporcionan datos útiles para rastrear cambios en el comportamiento sexual y el uso de preservativos.

En muchos países, la vigilancia epidemiológica del VIH se ha centrado en la población general. Es habitual efectuar pruebas del VIH a donantes de sangre y mujeres embarazadas, y cuando se detectan niveles insignificantes de infección en estos grupos, se da por supuesto que la prevalencia es baja o nula. Este tipo de vigilancia no es capaz de detectar epidemias concentradas o emergentes entre subpoblaciones de mayor riesgo, como profesionales del sexo, consumidores de drogas intravenosas, varones que tienen relaciones sexuales con varones y personas con infecciones de transmisión sexual.

Las *Directrices para la vigilancia de segunda generación del VIH* ONUSIDA/OMS recomiendan diferentes conjuntos de medidas de vigilancia según el tipo de infección (es decir, de nivel bajo, concentrada y generalizada) (ONUSIDA/OMS, 2000).

Un estudio de 2004 que examinó la serovigilancia centinela del VIH en 132 países entre 1995 y 2002 comprobó que sólo efectuaban vigilancia epidemiológica de alta calidad el 58% de los países con epidemias generalizadas, el 34% de los que tenían epidemias concentradas y el 10% de aquellos con epidemias de nivel bajo. En conjunto, el número de países con vigilancia de alta calidad había disminuido del 43% en 1995 al 36% en 2002, aunque había aumentado del 45% al 58% en los países con epidemias generalizadas (García-Calleja et al, 2004). Se

llegó a la conclusión de que muchos países todavía tienen sistemas deficientes de serovigilancia centinela del VIH. El estudio no examinó otros componentes de la vigilancia de segunda generación, pero es probable que aún sean más débiles que la serovigilancia centinela en la mayoría de los países.

### **Aplicación de los «Tres unos» y las recomendaciones del Equipo Mundial de Trabajo**

En marzo de 2005, la Declaración de París definió con mayor claridad el marco para la cooperación internacional en el desarrollo liderado por los países. Esta Declaración fue seguida en junio de 2005 por las recomendaciones del Equipo Mundial de Trabajo, que perfilan aún más el marco para la cooperación internacional en las respuestas al SIDA lideradas por los países. Esta «nueva arquitectura de la ayuda», tal como la denominan algunos, está ayudando a los países a organizar el apoyo internacional a sus esfuerzos para aplicar los «Tres unos» y crear capacidad con la que responder al SIDA. El objetivo último es hacer el mejor uso posible de los limitados recursos de que disponen y acelerar el acceso a la prevención, tratamiento, atención y apoyo.

En Nigeria, el Comité de Acción Nacional sobre el SIDA y el Grupo Temático Nacional Ampliado sobre el VIH/SIDA maniobraron con rapidez para movilizar a partes interesadas fundamentales en un ejercicio que pretendía examinar las implicaciones de las recomendaciones del Equipo Mundial de Trabajo. En noviembre de 2005 presentaron sus propias recomendaciones en un informe titulado *Domestication of the Global Task Team Recommendations in Nigeria* (Grupo Temático Nacional Ampliado sobre el VIH/SIDA de Nigeria, 2005). Muchos

otros países han emprendido ejercicios similares para identificar dónde fallan en el cumplimiento de los «Tres unos» y atenerse a la orientación de las recomendaciones del Equipo Mundial de Trabajo mientras continúan perfilando sus propias estrategias para la acción.

En Kenya, el Consejo Nacional de Control del SIDA y una amplia gama de asociados se comprometieron firmemente a aplicar los «Tres unos» mientras desarrollaban el Plan Estratégico Nacional sobre el VIH/SIDA de Kenya para 2006–2010,

que incluye un plan de trabajo y un presupuesto detallados para cada uno de los años que abarca. El documento resultante es uno de los planes nacionales sobre el SIDA más exhaustivos que se han elaborado hasta ahora (Consejo Nacional de Control del SIDA de Kenya, 2005). Pronto aparecerán más planes de este tipo, y cada uno de ellos constituirá una referencia útil para otros países en su proceso continuado de revisar y actualizar los planes nacionales y acrecentar su capacidad para responder al SIDA.

