

SIDA, reducción de la pobreza y alivio de la deuda

Un módulo de acción para integrar los programas del VIH/SIDA en los instrumentos de desarrollo



Colección Prácticas Óptimas del ONUSIDA
MATERIAL FUNDAMENTAL

El presente documento fue escrito por:

Olusoji Adeyi¹
Robert Hecht¹
Elesani Njobvu¹
Agnes Soucat²

¹ Departamento de Políticas, Estrategia e Investigación, ONUSIDA, Ginebra, Suiza

² Región de África, Banco Mundial, Washington, DC, EE.UU.

Agradecimientos: En el Primer Seminario Regional sobre SIDA, Pobreza y Alivio de la Deuda, celebrado en Lilongwe (Malawi) en noviembre de 2000, se presentó y revisó un borrador preliminar de este documento. El seminario, organizado conjuntamente por la Secretaría del ONUSIDA y la USAID, reunió a representantes oficiales de Etiopía, Ghana, Kenya, Malawi, Mozambique, Nigeria, República Unida de Tanzania, Uganda y Zambia. Los organismos participantes fueron el PNUD, la OMS, el Banco Mundial, la Secretaría del ONUSIDA y la USAID. Además, los autores agradecen los comentarios sobre borradores previos de las siguientes personas: Paurvi Bhatt (USAID), Keith Hansen (Banco Mundial), Jean Lennox (DDI, Oficina de Nigeria), Namposya Nampanya-Serpell (consultor independiente) y dos revisores de la Secretaría del ONUSIDA. Los autores son los únicos responsables del contenido de este documento.

WHO Library Cataloguing-in-Publication Data

AIDS, poverty reduction and debt relief : a toolkit for mainstreaming HIV/AIDS programmes into development instruments. – Geneva : UNAIDS, c2001.

Written by Olusoji Adeyi ... [et al.]

Publication no. UNAIDS/01.01E

1. Acquired immunodeficiency syndrome - prevention and control 2. Poverty 3. Causality 4. National health programs 5. Social justice 6. Financing, Organized 7. Cost of illness 8. Manuals 9. Adeyi, Olusoji

(ISBN 92 9173 051 3) (NLM classification: WC 503.6)

Library of Congress Cataloguing-in-Publication Data has been applied for.

ONUSIDA/01.01S (versión española, mayo de 2001)
ISBN 92-9173-053-X

Versión original en inglés, UNAIDS/01.01E, marzo de 2001 :

AIDS, Poverty and Debt Relief: A Toolkit for Mainstreaming HIV/AIDS into Development Instruments.

Traducción – ONUSIDA

© Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) 2001.

Reservados todos los derechos. El presente documento, que no es una publicación oficial del ONUSIDA, puede reseñarse, citarse, reproducirse o traducirse libremente, en parte o íntegramente, siempre y cuando se nombre su procedencia. No se permite su venta o su uso en conexión con fines comerciales sin la aprobación previa por escrito del ONUSIDA (contacto: Centro de Información del ONUSIDA).

Las opiniones expresadas en la presente publicación son de la exclusiva responsabilidad de sus autores.

Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte del ONUSIDA, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites.

La mención de determinadas sociedades mercantiles o de nombres comerciales de ciertos productos no implica que el ONUSIDA los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos. Salvo error u omisión, las marcas registradas de artículos o productos de esta naturaleza se distinguen por una letra inicial mayúscula.

ONUSIDA – 20 Avenue Appia – 1211 Ginebra 27 - Suiza

Teléfono: (+4122) 791 46 51– Fax: (+4122) 791 41 87

Dirección electrónica: unaid@unaid.org – Internet: <http://www.unaid.org>

SIDA, reducción de la pobreza y alivio de la deuda

Un módulo de acción para integrar los programas del VIH/SIDA
en los instrumentos de desarrollo

ONUSIDA / BANCO MUNDIAL
Ginebra, Suiza
Mayo de 2001

Siglas y abreviaturas

APV	Asesoramiento y pruebas voluntarias
CDI	Consumidor de drogas intravenosas
DDI	Departamento para el Desarrollo Internacional (Reino Unido)
DERP	Documento estratégico para la reducción de la pobreza
DERP-P	Documento estratégico para la reducción de la pobreza (provisional)
HAART	Tratamiento antirretrovírico de alta potencia
IEC	Información, educación y comunicación
ITS	Infección de transmisión sexual
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	Organización no gubernamental
ONUSIDA	Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA
PNUD	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
PPME	País pobre muy endeudado
PS	Profesional del sexo
PVVS	Persona que vive con el VIH/SIDA
SIDA	Síndrome de inmunodeficiencia adquirida
USAID	Agencia para el Desarrollo Internacional de los Estados Unidos
VIH	Virus de la inmunodeficiencia humana

ÍNDICE

Siglas y abreviaturas.....	2
Prefacio.....	4
Resumen.....	5
1. Introducción.....	7
1.1. ¿Cuál es el propósito de este módulo de acción?.....	7
1.2. ¿A quién va dirigido?.....	8
1.3. Vínculos entre el VIH/SIDA y la pobreza.....	9
2. El programa nacional del SIDA como coadyuvante a la reducción de la pobreza.....	11
2.1. Justificación.....	11
2.2. ¿Qué funciona contra el VIH/SIDA?.....	12
2.2.1. Un entorno propicio entre múltiples sectores.....	12
2.2.2. Prevención de la infección por el VIH.....	13
2.2.3. Asistencia, apoyo y mitigación del impacto.....	16
2.2.4. Movilización de recursos.....	16
3. Contenido esencial sobre el VIH/SIDA en los documentos DERP y PPME.....	17
3.1. ¿Qué son los DERP?.....	17
3.2. Introducción al alivio de la deuda.....	18
3.3. Argumentación del control del VIH/SIDA en los documentos DERP y PPME.....	19
3.3.1. El SIDA como causa de la pobreza y la pobreza como factor que contribuye al SIDA.....	20
3.3.2. Estrategias derivadas del plan nacional sobre el SIDA.....	21
3.3.3. Objetivos a medio plazo e indicadores de vigilancia de la pobreza.....	22
3.3.4. Acciones a corto plazo que podrían formar parte de acuerdos para el alivio de la deuda.....	22
3.3.5. ¿Cómo se ha incluido el VIH/SIDA en los DERP?.....	23
3.3.6. Condiciones relativas al VIH/SIDA utilizadas en la Iniciativa PPME en 2000.....	23
4. Uso de los fondos condonados a través de la Iniciativa PPME: asignación, encauzamiento y gestión responsable.....	29
4.1. Asignación de fondos.....	29
4.2. Encauzamiento de los fondos a iniciativas locales.....	30
4.3. Gestión responsable.....	31
5. Influencia en las políticas.....	33
5.1. Creación de coaliciones.....	33
5.2. Fortalecimiento de la capacidad.....	34
6. Conclusiones.....	35
6.1. DERP, alivio de la deuda y SIDA: ¿otra fuente más de financiación, o una nueva oportunidad?.....	35
6.2. Sigüientes pasos.....	36
Bibliografía.....	37
Apéndice 1: Vínculos entre el VIH/SIDA y la pobreza.....	40
Apéndice 2: Indicadores.....	45
Apéndice 3: Sitios Web seleccionados sobre SIDA, pobreza y alivio de la deuda... ..	47

PREFACIO

PREFACIO

Durante los dos últimos años hemos sido testigos de un nivel sin precedentes en el interés político e institucional por invertir el curso de la epidemia de VIH/SIDA. El liderazgo político ha aumentado notablemente en algunos de los países más afectados, proporcionando con ello un entorno más favorable para la lucha contra la epidemia y sus efectos negativos sobre el desarrollo. Sabemos, al mismo tiempo, que se requieren otros elementos básicos para una respuesta satisfactoria al VIH/SIDA: i) un esfuerzo deliberado para introducir los planes sobre el VIH/SIDA en los principales instrumentos de desarrollo; ii) una movilización de recursos adicionales en gran escala; iii) un enfoque multisectorial, y iv) una amplificación de las intervenciones basadas en los mejores datos disponibles.

La Iniciativa para la reducción de la deuda de los países pobres muy endeudados (PPME) brinda una oportunidad única para reunir estos cuatro elementos con el fin de afrontar la amenaza planteada por el VIH/SIDA. Propuesta por el Banco Mundial y el FMI, y consensuada por gobiernos de todo el mundo en 1996, la iniciativa supone un planteamiento coordinado entre los acreedores oficiales para reducir hasta niveles sostenibles la deuda externa de los países. En septiembre de 1999 se puso en marcha una versión intensificada de la iniciativa con objeto de simplificar y acelerar el proceso, incrementar la magnitud del alivio de la deuda y estrechar el vínculo con la reducción de la pobreza. La iniciativa hace hincapié en la reforma de las políticas estructurales y sociales – en especial para mejorar el suministro de servicios básicos de asistencia sanitaria y educación –, que se facilitará, en caso necesario, con financiación adicional de la Iniciativa PPME. Asimismo, se espera que los gobiernos que se beneficien del alivio de la deuda expliciten sus planes para la reducción de la pobreza mediante la elaboración de un documento estratégico para la reducción de la pobreza (DERP). Teniendo en cuenta los efectos adversos del VIH/SIDA sobre la pobreza, los planes para afrontar la epidemia son un elemento natural en la mayoría de los DERP, si no todos.

El presente módulo de acción se suma a la base de conocimientos con el fin de apoyar a los analistas y responsables de adoptar decisiones en su esfuerzo para: a) introducir el VIH/SIDA como rubro importante en los planes de desarrollo de los países, y b) movilizar los recursos necesarios para ampliar las intervenciones y enfoques prometedores en la lucha contra la epidemia. Elaborado por un equipo que engloba a personal de la Secretaría del ONUSIDA y el Banco Mundial, este módulo de acción ofrece un marco unificador para analizar el VIH/SIDA en el contexto de los DERP, así como ejemplos de cómo se ha tratado la cuestión en la primera generación de DERP, DERP provisionales y acuerdos para el alivio de la deuda. En consecuencia, proporciona a los altos funcionarios nacionales y a sus asociados una información muy pertinente que pueden utilizar con miras a desarrollar aportaciones para documentos similares en sus propios países.

El proceso DERP todavía se encuentra en sus albores, y confiamos en que emerjan múltiples enseñanzas conforme los países se adaptan a este nuevo enfoque en la ayuda para el desarrollo. Así pues, este módulo de acción debería contemplarse como un documento vivo al que se irán incorporando nuevas perspectivas e informaciones a medida que se adquiera experiencia en la lucha contra el VIH/SIDA en el contexto de los DERP. Esta primera edición del módulo consolida los conocimientos exhaustivos que ya existen al respecto. Por consiguiente, es una valiosa adición al menú de herramientas prácticas que nuestros clientes, instituciones asociadas y otros pueden utilizar para desarrollar respuestas eficaces a la epidemia de VIH/SIDA.

Awa-Marie Coll-Seck
 Directora
 Departamento de Políticas,
 Estrategia e Investigación
 ONUSIDA

Birger J. Fredriksen
 Director Sectorial, Desarrollo Humano
 Región de África
 Banco Mundial

RESUMEN

Conferir al VIH/SIDA un lugar prominente en los acuerdos de los DERP y de la Iniciativa PPME puede aportar beneficios sustanciales. Entre ellos, una mayor atención política y una mayor financiación interna para los programas nacionales sobre el VIH/SIDA, con la idea de alcanzar resultados tangibles en su ejecución. Por encima de todo, ayuda a forjar un mayor consenso entre los grupos interesados en las principales estrategias y objetivos a medio plazo en la lucha contra la epidemia de VIH/SIDA.

En condiciones ideales, el contenido relativo al VIH/SIDA de los documentos DERP y PPME debería incluir los siguientes aspectos:

- El VIH/SIDA como causa de la pobreza – además de una discusión sobre la pobreza y las desigualdades de ingresos – y su contribución a las condiciones que hacen que las personas sean más vulnerables a la infección por el VIH y menos capaces de afrontar sus consecuencias.
- Las principales estrategias del plan nacional sobre el VIH/SIDA como parte central del programa nacional para la reducción de la pobreza, con una justificación teórica y previsiones de costos.
- Objetivos a medio plazo e indicadores de vigilancia de la pobreza derivados del plan nacional sobre el VIH/SIDA.
- Acciones a corto plazo para la ejecución satisfactoria del plan nacional sobre el VIH/SIDA, con objetivos específicos y mensurables que generen acuerdos para el alivio de la deuda.

A nivel nacional y subregional, el presente módulo de acción servirá como recurso para la formación de los equipos en el país y de sus asociados, pertenecientes a ONG y organismos donantes. También permitirá que los equipos en el país desarrollen materiales útiles sobre programas ampliados del VIH/SIDA para su inclusión en los documentos DERP y PPME. Se seguirá trabajando con el fin de mejorar continuamente el módulo de acción y los procesos para la creación de coaliciones de asociados en apoyo a las respuestas nacionales al VIH/SIDA.

1. INTRODUCCIÓN

Mensajes fundamentales de este apartado:

- A fin de establecer un vínculo entre el control del VIH/SIDA y los documentos estratégicos para la reducción de la pobreza (DERP) y la iniciativa intensificada para la reducción de la deuda de los países pobres muy endeudados (PPME), se necesitan unas estrategias creíbles y unas negociaciones eficaces. El presente módulo de acción pretende facilitar ambas cosas.
- El SIDA induce y agudiza la pobreza; por tanto, debería ser un elemento central en los planes para la reducción de la pobreza.

1.1. ¿Cuál es el propósito de este módulo de acción?

El presente módulo de acción capacitará a altos funcionarios nacionales y a sus asociados para preparar y negociar eficazmente la inclusión de programas ampliados del VIH/SIDA en sus DERP y sus instrumentos para el alivio de la deuda con arreglo a la Iniciativa PPME intensificada. Los DERP documentan las estrategias propias de cada país para la reducción de la pobreza y constituyen la base para financiar una amplia gama de programas de desarrollo por medio de fondos públicos y subvenciones. Cuando un país lo desee y esté dispuesto, los DERP proporcionan una base para obtener préstamos preferenciales a cargo de instituciones financieras internacionales. La Iniciativa PPME intensificada, adoptada por las juntas del Banco Mundial y el FMI en 1999, pretendía acelerar la prestación de asistencia por la Iniciativa PPME y vincular de manera más firme y transparente el alivio de la deuda con la reducción de la pobreza. Al mismo tiempo, la Iniciativa intensificada multiplica por un factor superior a dos la cantidad de alivio proyectada originalmente. Cabe esperar que el pago de intereses de la deuda externa disminuya unos US\$ 50.000 millones. En combinación con los proyectos tradicionales de alivio de la deuda, la Iniciativa permitirá recortar en más de dos tercios la deuda pendiente de más de 30 países.

A medida que se ha ido reconociendo que el VIH/SIDA es una amenaza para el desarrollo en muchos países en desarrollo, estos mismos países han intentado "integrar" el VIH/SIDA en sus instrumentos de desarrollo. Para los países pobres, donde los DERP sirven como programa nacional para la reducción de la pobreza, resulta crucial que los analistas y dirigentes a nivel de país realicen propuestas creíbles para la inclusión del VIH/SIDA en los esfuerzos de reducción de la pobreza. Sin embargo, aunque diversos países ya lo han hecho eficazmente, otros muchos no. Para los países candidatos al alivio de la deuda a través de la Iniciativa PPME intensificada, existe la posibilidad de incrementar significativamente la financiación pública de los programas del VIH/SIDA por medio de la asignación de fondos. Sólo unos pocos países han apro-

INTRODUCCIÓN

vechado hasta ahora esta oportunidad. El presente módulo de acción pretende ayudar a los países que intentan desarrollar apartados eficaces sobre el VIH/SIDA en sus documentos DERP y PPME.

1.2. ¿A quién va dirigido?

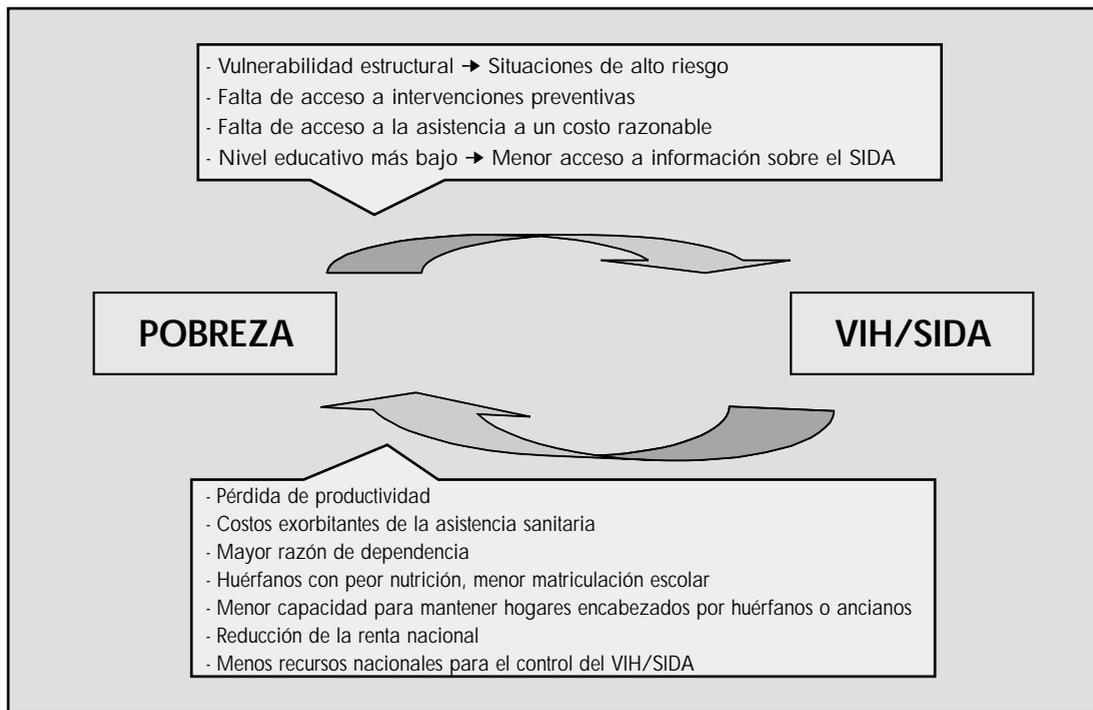
El presente módulo de acción va dirigido principalmente a las personas que tienen responsabilidades o intereses en la incorporación de los planes sobre el VIH/SIDA en los esfuerzos más amplios de desarrollo de cada país. Esto incluye a analistas y responsables de la formulación de políticas en las comisiones nacionales del SIDA u organismos intersectoriales similares, Ministerios de Finanzas/Desarrollo Económico y organizaciones no gubernamentales a nivel de país. También está enfocado a altos funcionarios de organismos que trabajan con los países en materia de documentos DERP y PPME, como ONG, instituciones financieras internacionales, organismos de las Naciones Unidas cuyo cometido incluye la reducción de la pobreza y el desarrollo, fundaciones y organismos bilaterales de desarrollo.

1.3. Vínculos entre el VIH/SIDA y la pobreza

Hay dos series de cuestiones: a) el SIDA como causa de pobreza o como factor que agudiza la pobreza, y b) el efecto combinado de la pobreza y las desigualdades de ingresos sobre las transacciones sociales, como las relaciones sexuales, los patrones de vulnerabilidad y los patrones de comportamientos de riesgo en relación con la infección por el VIH y el SIDA. En la Figura 1 se presenta una ilustración simplificada de los vínculos entre SIDA y pobreza. En el Apéndice 1 se ofrecen más detalles.

Aunque algunos de los vínculos se han demostrado de forma convincente (Cuadro 1), en otros los indicios actuales siguen siendo débiles (Apéndice 1). Sin embargo, para las familias afectadas y los responsables de la elaboración de políticas de muchos países, la realidad es incontestable: el SIDA está condenando a millones de personas a la miseria y la pobreza. Hasta ahora, el SIDA ha dejado tras de sí 13,2 millones de huérfanos (niños que, antes de los 15 años de edad, han perdido a su madre o a ambos padres a causa del SIDA). Muchos de esos niños han fallecido, pero muchos otros sobreviven, no sólo en África (donde vive actualmente el 95%), sino también en países en desarrollo de toda Asia y América. En los países africanos que han sufrido epidemias graves y prolongadas, el SIDA está dejando a tantos huérfanos con tal rapidez que las estructuras familiares ya no son capaces de absorberlos (ONUSIDA, 2000a). Si no se hacen esfuerzos eficaces para mitigar el efecto del SIDA sobre esta generación, sociedades enteras perderán su capacidad funcional, con consecuencias negativas para el desarrollo humano e incluso para la seguridad básica.

Figura 1. Relación entre pobreza y VIH/SIDA:
una visión simplificada



¹ La pobreza denota no sólo un bajo nivel de ingresos y consumo, sino también la escasez de logros en educación, sanidad, nutrición y desarrollo humano global. Incluye igualmente la falta de poder y la vulnerabilidad.

INTRODUCCIÓN

Recuadro 1. ¿Cómo induce o agudiza la pobreza el SIDA?

- Las pocas investigaciones que se han hecho sobre el impacto de tener un miembro de la familia con SIDA indican que los hogares sufren una reducción significativa de sus ingresos y un aumento exorbitante del gasto en asistencia médica. La reducción de los ingresos conduce a menos compras, disminución de los ahorros y desahorro.
- En un estudio efectuado en Tailandia, un tercio de las familias rurales afectadas por el SIDA experimentó una reducción a la mitad de su producción agrícola, que llegó a amenazar su seguridad alimentaria. Otro 15% tuvo que sacar a los niños de la escuela, y más de la mitad de los ancianos fueron abandonados a su propio cuidado. Las familias gastaron en promedio US\$ 1.000 en asistencia médica durante el último año de vida del paciente con SIDA (el equivalente a una renta anual media).
- En zonas urbanas de Côte d'Ivoire, el desembolso en educación escolar se redujo a la mitad; el consumo de alimentos disminuyó un 41% per cápita, y el gasto en salud se multiplicó por un factor superior a cuatro. Cuando las personas que viven en zonas urbanas caen enfermas, a menudo vuelven a sus pueblos y aldeas para recibir el cuidado de la familia; esto sobrecarga los escasos recursos existentes y aumenta la probabilidad de que se vean afectados el cónyuge u otros miembros de la comunidad rural.
- El aumento del número de huérfanos y la disminución del número de cuidadores potenciales tienden a tensar hasta el punto de ruptura los mecanismos tradicionales de adaptación. Los hogares encabezados por huérfanos se están convirtiendo en algo habitual en los países con elevada prevalencia. Los estudios realizados en Uganda han demostrado que, después del fallecimiento de uno o ambos padres, la posibilidad de que los huérfanos vayan a la escuela se reduce a la mitad, y los que siguen asistiendo a la escuela dedican menos tiempo al estudio de lo que hacían anteriormente. Otro trabajo llevado a cabo en Uganda ha indicado que los huérfanos se enfrentan a un mayor riesgo de malnutrición y deficiencias de desarrollo.
- El SIDA amenaza el sistema educativo y, por consiguiente, socava el capital social del país. En los países con elevada alta prevalencia, como la República Centroafricana, Côte d'Ivoire y Zambia, la epidemia está erosionando la disponibilidad de maestros, con el aumento consiguiente del tamaño de las clases y la reducción probable de la calidad de la educación.
- Los efectos sobre la producción agrícola pueden ser graves. En África occidental se han descrito múltiples casos de reducción de los cultivos, tanto de productos comerciables como de alimentos. Algunos ejemplos son la horticultura comercial en las provincias de Sanguie y Boukiende (Burkina Faso), y las plantaciones de algodón, café y cacao en zonas de Côte d'Ivoire. Un estudio llevado a cabo en Namibia por la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO) constató un impacto significativo sobre la ganadería, con un fuerte sesgo de género: los hogares encabezados por mujeres y niños perdían generalmente el ganado, comprometiendo así la seguridad alimentaria de los miembros supervivientes.
- Algunas empresas de África ya han experimentado las consecuencias del VIH/SIDA en su balance. Los administradores de una hacienda azucarera en Kenya han registrado un aumento del absentismo (8.000 días de trabajo perdidos por enfermedad entre 1995 y 1997), una menor productividad (un descenso del 50% en la relación entre azúcar procesado y caña en bruto durante el periodo 1994-1997) y un incremento de los costos por horas extraordinarias, debido a que los trabajadores se ven obligados a cubrir la baja de sus compañeros enfermos. En la misma empresa, los costos de los beneficios sociales se han disparado abruptamente a causa de los gastos de asistencia sanitaria y servicios funerarios como consecuencia de la infección por el VIH.
- Un estudio reciente estimó que el crecimiento de la renta per cápita en África está disminuyendo un 0,7% anual como resultado del VIH/SIDA. Si la prevalencia del VIH no hubiera llegado al 8,6% en 1999, la renta per cápita de África habría crecido a un ritmo anual del 1,1%; o sea, casi tres veces el índice anual de crecimiento del 0,4% alcanzado en el periodo 1990-1997 (Banco Mundial, 2000b). Un modelo económico específico para la economía de Sudáfrica propone que, en 2010, el PIB total será un 17% inferior a lo que habría sido sin el SIDA y que la renta per cápita promedio será un 7-10% menor a causa de la epidemia (Lewis y Arndt, 2000).

Fuente: ONUSIDA (2000a), pp. 26-36.

2. EL PROGRAMA NACIONAL DEL SIDA COMO COADYUVANTE A LA REDUCCIÓN DE LA POBREZA

Mensajes fundamentales de este apartado:

- Con un plan nacional riguroso resultará más fácil justificar la integración del VIH/SIDA en los esfuerzos para la reducción de la pobreza. Utilizando las medidas que se ha comprobado que funcionan – donde se haya podido comprobar –, los equipos en el país podrán impulsar de forma más eficaz los planes sobre el SIDA.
- Las respuestas eficaces tienen en cuenta enfoques que funcionan (el “cómo”) e intervenciones que son eficaces (el “qué”).
- Los planes nacionales con estimaciones de costos permiten justificar de forma más concreta la mayor asignación de recursos a la lucha contra el SIDA.

2.1. Justificación

A pesar del reconocimiento creciente de sus consecuencias negativas para el desarrollo, el VIH/SIDA es tan sólo uno de los muchos problemas que los países abordarán en sus documentos DERP y PPME. Dado el gran número de ministerios, sectores y grupos de la sociedad civil que compiten por la atención y la financiación en los documentos DERP y PPME, los argumentos del VIH/SIDA deben ser extremadamente convincentes: que el VIH/SIDA compromete los esfuerzos de reducción de la pobreza; que luchando contra el SIDA también se lucha contra la pobreza; que el dinero puede gastarse de manera eficiente para invertir la epidemia y mejorar la vida de las personas, etc. Así pues, cualquier esfuerzo para integrar el VIH/SIDA en los planes de desarrollo debe estar bien articulado con el fin de asegurar el respaldo de múltiples sectores y de las más altas esferas del gobierno. Para ser convincentes, los defensores de asignar al VIH/SIDA parte de los ahorros del alivio de la deuda deben demostrar que un programa nacional del VIH/SIDA eficaz contribuirá a combatir la pobreza. También deben explicar la justificación financiera del alivio de la deuda, indicando cuánto costará ejecutar un programa del VIH/SIDA de gran alcance.

² Una revisión completa de las intervenciones contra el VIH/SIDA supera el alcance de este documento. Los lectores que deseen examinar con detalle esta faceta pueden recurrir a la creciente bibliografía sobre prevención, asistencia y mitigación del impacto; por ejemplo, Merson et al. (2000), ONUSIDA (2000a), Ainsworth y Teokul (2000), Jha et al. (2000) y Hunter (2000).

2.2. ¿Qué funciona contra el VIH/SIDA? ²

En general, las respuestas eficaces deberían abordar las necesidades de cada país teniendo en cuenta la situación de la epidemia, el impacto probable de una serie de intervenciones rentables en un contexto determinado y la capacidad para planificar, financiar y ejecutar un programa en gran escala. La gama de acciones incluiría el desarrollo o fortalecimiento de instituciones de planificación y coordinación; enfoques multisectoriales para el desarrollo y ejecución del programa; prevención de nuevas infecciones; asistencia a un costo razonable para las personas que viven con el VIH/SIDA (PVVS); apoyo social para mitigar el impacto del SIDA en las familias y los huérfanos, y una vigilancia y evaluación eficaces de las iniciativas del programa.

Es probable que los equipos en el país sean los promotores más creíbles y eficaces si sus propuestas se basan en datos constatados de lo que funciona contra el VIH/SIDA, con un esbozo claro de los enfoques que se adoptarán en la respuesta nacional a la epidemia y sus consecuencias. Aunque queda mucho por comprender acerca de la evolución de la epidemia y sus consecuencias, también es mucho lo que se ha aprendido sobre intervenciones eficaces para la prevención del VIH, asistencia rentable para las personas ya infectadas y acciones para mitigar el impacto sobre los huérfanos, familias y comunidades. Cuando a principios de los años ochenta se comunicaron los primeros casos de SIDA, numerosas personas y grupos se pusieron en acción para alertar a la gente de esta peligrosa nueva enfermedad y explicar las medidas que podían tomar para protegerse contra ella. Aun antes de que se aislara el VIH, ya se habían desarrollado directrices sobre las relaciones sexuales seguras y sobre el consumo seguro de drogas intravenosas, basadas en datos epidemiológicos relativos a los patrones de transmisión. Sin embargo, se ha demostrado que el hecho de proporcionar información sobre cómo protegerse contra la infección es insuficiente en y por sí mismo. Las personas requieren un entorno propicio que reduzca su susceptibilidad y vulnerabilidad y que les permita modificar su comportamiento de acuerdo con los conocimientos que han adquirido a través de la información facilitada (ONUSIDA, 2000a).

2.2.1. Un entorno propicio entre múltiples sectores

A nivel nacional, se ha demostrado que el compromiso político de todos los estamentos es esencial para el éxito del programa. Se ha comprobado que las intervenciones a múltiples niveles que intentan involucrar a una diversidad de asociados en una acción coordinada son más fructíferas que las que se ejecutan de forma aislada (ONUSIDA, 1999, 2000a). Asimismo, se requiere un esfuerzo económico, político y social coordinado con el fin de reducir la vulnerabilidad de la sociedad, junto con programas e intervenciones que operen a nivel individual y comunitario. La experiencia mundial ha demostrado que los siguientes son algunos de los elementos centrales de cualquier esfuerzo nacional eficaz para la prevención del VIH (Piot y Aggleton, 1998):

- *Actividades de fomento de la sensibilización general* para proporcionar información y contrarrestar las reacciones negativas entre la población.
- *Acción persuasiva enfocada* para cubrir las necesidades de los grupos y comunidades especialmente vulnerables, con una cobertura cada vez más amplia.
- *Asociaciones multisectoriales y a múltiples niveles* para facilitar programas y servicios en una diversidad de contextos
- *Sentido comunitario de identificación con el objetivo* de los programas, que acreciente la voluntad de los grupos e individuos de contribuir a los esfuerzos nacionales de prevención del VIH
- Mayor integración entre prevención y asistencia para reducir los costos y los niveles de discriminación y estigmatización.
- *Acción para crear resistencia social* a la transmisión del VIH y reducir la vulnerabilidad sistemática de individuos, grupos y sectores sociales concretos.

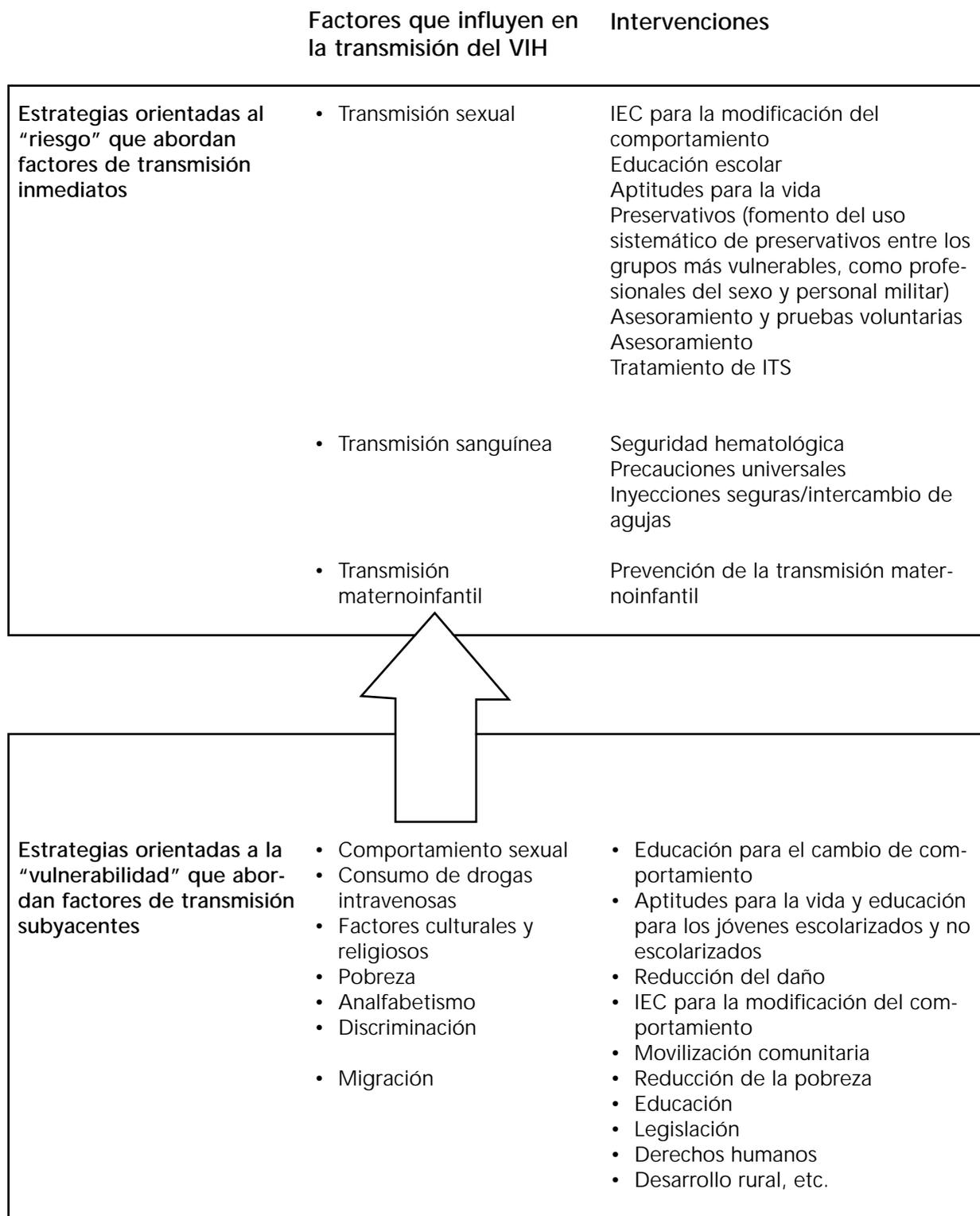
2.2.2. Prevención de la infección por el VIH

En la bibliografía disponible todavía hay pocas revisiones sistemáticas de los datos sobre intervenciones preventivas. Merson *et al.* (2000) revisaron la eficacia de proyectos y programas en países en desarrollo que pretenden reducir la transmisión sexual de la infección por el VIH o la transmisión relacionada con el uso de drogas intravenosas. Comprobaron que las intervenciones para la modificación del comportamiento son eficaces cuando están enfocadas a poblaciones de alto riesgo, especialmente mujeres profesionales del sexo y sus clientes. Hay pocos estudios que hayan evaluado intervenciones para la reducción del daño en consumidores de drogas intravenosas (CDI). Los datos sobre la eficacia de los programas de asesoramiento y pruebas voluntarias (APV) eran contradictorios, y los resultados variaban según la población objeto de estudio. El tratamiento de las ITS parecía sumamente eficaz para reducir la transmisión del VIH/ITS, en particular durante las etapas iniciales de la epidemia. Las intervenciones estructurales y ambientales son muy prometedoras, aunque se requiere una mayor evaluación. Merson *et al.* llegaron a las siguientes conclusiones:

- Las intervenciones para la prevención del VIH pueden ser eficaces para modificar comportamientos de riesgo y prevenir la transmisión en países con rentas medias y bajas.
- Cuando se aplica la combinación apropiada de intervenciones, éstas pueden dar lugar a una reducción significativa de la prevalencia del VIH a nivel nacional.
- Se requieren investigaciones adicionales para identificar intervenciones eficaces, especialmente en varones que tienen relaciones sexuales con otros varones, jóvenes, CDI y personas infectadas por el VIH.

En la práctica, los países llegarán a un equilibrio pragmático, basado en la capacidad de ejecutar los programas, los efectos esperados de las intervenciones, su viabilidad política y la disponibilidad de recursos financieros. Con fines prácticos, los países deberían estudiar intervenciones dirigidas a reducir tanto el riesgo como la vulnerabilidad (Cuadro 1).

Cuadro 1. Intervenciones para la prevención de la infección por el VIH



Cuadro 2. Conjuntos de medidas asistenciales y de apoyo, según la disponibilidad de recursos

Conjunto de medidas	Contenido
Conjunto esencial de medidas	<ul style="list-style-type: none"> • Asesoramiento y pruebas voluntarias del VIH • Apoyo psicosocial para las personas VIH-positivas y sus familias • Cuidados paliativos y tratamiento para la neumonía, candidiasis oral, candidiasis vaginal y tuberculosis pulmonar • Prevención de infecciones mediante profilaxis con cotrimoxazol para personas VIH-positivas sintomáticas • Reconocimiento oficial y facilitación de actividades comunitarias que reduzcan el impacto de la infección por el VIH
Conjunto intermedio de medidas	<p>Todas las anteriores más una o más de las siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Búsqueda activa (y tratamiento) de casos de tuberculosis entre las personas VIH-positivas • Terapia preventiva para la tuberculosis entre las personas VIH-positivas • Antimicóticos sistémicos para infecciones sistémicas por hongos (como criptococosis) • Tratamiento del sarcoma de Kaposi • Tratamiento quirúrgico del cáncer del cuello del útero • Tratamiento del herpes diseminado con aciclovir • Financiación de actividades comunitarias que reduzcan el impacto de la infección por el VIH
Conjunto avanzado de medidas	<p>Todas las anteriores más:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Terapia antirretrovírica triple • Diagnóstico y tratamiento de infecciones oportunistas que sean difíciles de diagnosticar y/o caras de tratar, como infecciones micobacterianas atípicas, infección por citomegalovirus, tuberculosis multirresistente, toxoplasmosis y cánceres asociados al VIH • Servicios públicos específicos que reduzcan el impacto económico y social del VIH, como complemento de las iniciativas comunitarias en este mismo sentido

Fuente: ONUSIDA (2000a), pp. 96-98.

2.2.3. Asistencia, apoyo y mitigación del impacto

Con millones de personas infectadas por el VIH – y muchas más afectadas por ese virus –, existe la necesidad urgente de aumentar el acceso a la asistencia a un precio razonable, apoyo y mitigación del impacto a nivel individual, comunitario y nacional. El cuadro 2 muestra un resumen de intervenciones que conviene tener en cuenta para la asistencia, el apoyo y la mitigación del impacto.

2.2.4. Movilización de recursos

Es importante movilizar recursos para todos los aspectos de la respuesta al VIH/SIDA descritos anteriormente. Sólo para África subsahariana, la intensificación de una amplia gama de intervenciones requeriría US\$ 1.500-2.300 millones anuales. La facilitación de terapia antirretrovírica de alta potencia (HAART) costaría otros US\$ 1.500-2.400 millones, dependiendo de los precios a los que pudieran obtenerse los fármacos. Estas cifras se basan en estimaciones relativamente conservadoras de la cobertura probable que puede alcanzarse el año 2005 (Banco Mundial, 2000c).

Las estimaciones del desfase de recursos específicas para cada país constituyen un argumento irrefutable para la asignación de recursos adicionales. En Zambia se ha calculado que los recursos necesarios para ejecutar el Marco Estratégico Nacional para el VIH/SIDA se elevarán a US\$ 558,6 millones durante el periodo 2001-2003. Hasta octubre de 2000, se había destinado a este marco un total de US\$ 25,5 millones, lo que supone un desfase de recursos de US\$ 382 millones (Bail y Mwikisa, 2000).

3. CONTENIDO ESENCIAL SOBRE EL VIH/SIDA EN LOS DOCUMENTOS DERP Y PPME

Mensajes fundamentales de este apartado:

En condiciones ideales, el contenido sobre el VIH/SIDA en los documentos DERP y PPME debería incluir los siguientes aspectos:

- El SIDA como causa de pobreza – además de una discusión sobre la pobreza y la desigualdad de ingresos – y su contribución a las condiciones que hacen que las personas sean más vulnerables a la infección por el VIH y menos capaces de afrontar sus consecuencias.
- Las principales estrategias del plan nacional sobre el SIDA como parte central del programa nacional para la reducción de la pobreza, con argumentos y estimación de costos.
- Objetivos a medio plazo e indicadores de vigilancia de la pobreza derivados del plan nacional sobre el SIDA.
- Acciones a corto plazo para la ejecución satisfactoria del plan nacional sobre el SIDA, con metas específicas y controlables que puedan generar acuerdos para el alivio de la deuda.

3.1. ¿Qué son los DERP?

Los documentos estratégicos para la reducción de la pobreza (DERP) son informes que pretenden especificar las cuestiones y planteamientos sobre la reducción de la deuda en muchos países en desarrollo, de forma más inmediata en aquellos que gozan de un alivio de la deuda bajo los auspicios de la Iniciativa PPME intensificada. Cabría esperar que una estrategia eficaz de reducción de la pobreza: a) fuera elaborada por el propio país; b) se orientara a un crecimiento económico más rápido y de base más amplia; c) reflejara un conocimiento exhaustivo de la pobreza y sus determinantes; d) contribuyera a elegir las actuaciones públicas que tienen un efecto máximo sobre la pobreza, y e) adoptara indicadores de evolución establecidos y controlados a través de procesos participativos. Los países con rentas más bajas no se encuentran por ahora en condiciones de asumir todos y cada uno de los elementos de un DERP. Los DERP provisionales (DERP-P) esbozan el proceso para desarrollar DERP completos, identifican los vacíos que deben cubrirse y perfilan cómo podría llevarse a cabo la iniciativa (Banco Mundial, 2000a). A mediados de enero de 2001, tres países habían preparado DERP,³ mientras que otros 29 habían elaborado DERP-P.⁴

³ *Burkina Faso, Uganda y República Unida de Tanzania.*

⁴ *En África: Benin, Camerún, República Centroafricana, Chad, Gambia, Ghana, Guinea, Guinea-Bissau, Kenya, Madagascar, Malawi, Malí, Mozambique, Níger, Rwanda, Santo Tomé y Príncipe, Senegal, República Unida de Tanzania y Zambia. En Europa y Asia Central: Albania, Macedonia, Georgia, Moldavia y Tajikistán. En América Latina y el Caribe: Bolivia, Guyana, Honduras y Nicaragua. En Asia y el Pacífico: Camboya.*

3.2. Introducción al alivio de la deuda

El principal objetivo de la Iniciativa para la reducción de la deuda de los países pobres muy endeudados (PPME) es situar a niveles sostenibles el débito de un país – a condición de que se implanten satisfactoriamente ciertas políticas – con el fin de garantizar que los esfuerzos de reajuste y reforma no se vean amenazados por una carga o unos intereses de la deuda persistentemente elevados. Este proceso implica dos fases fundamentales: la primera culmina en el “punto de decisión”, y la segunda, en el “punto de conclusión”. Para llegar al punto de decisión, un país deudor tiene que haber mantenido durante un periodo de tres años un rendimiento satisfactorio de los programas macroeconómicos de reajuste y reforma, con el apoyo del FMI y el Banco Mundial. En el punto de decisión, los Directorios Ejecutivos del FMI y el Banco Mundial determinan formalmente si un país reúne las condiciones para el alivio de la deuda, y la comunidad internacional se compromete a proporcionar una asistencia suficiente, en el punto de conclusión del país, para lograr la sostenibilidad de la deuda según lo valorado en el punto de decisión.

De acuerdo con la Iniciativa PPME, la sostenibilidad de la deuda suele definirse como el 150% del nivel de exportación en valor actual neto. Entre los puntos de decisión y conclusión, la mayoría de los países candidatos reducirá sus razones deuda/exportación y deuda/ingresos (valor actual neto). En resumen, en el contexto del marco intensificado, los beneficios de la exportación y los ingresos del gobierno central repercutirán plenamente en el país, permitiendo una mayor inversión en estrategias de reducción de la pobreza. En el punto de decisión, el país se beneficia generalmente de un 30% de la cantidad total de alivio de la deuda que se le concederá.

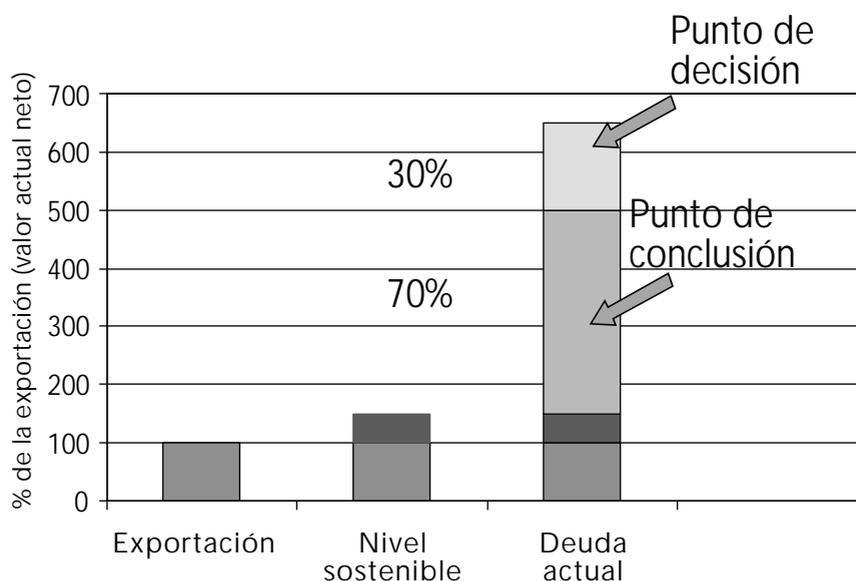
Después de superar el punto de decisión, un país entra en la segunda fase y progresa hacia el punto de conclusión, en el que se le entregará la parte principal de la asistencia estipulada por la Iniciativa PPME intensificada. Pueden otorgarse ayudas intermedias entre los puntos de decisión y conclusión; en este caso, cualquier asistencia residual se liquidará en el punto de conclusión. El término “punto de conclusión flotante” hace referencia a un acuerdo según el cual el momento del punto de conclusión se vincula con la ejecución de políticas determinadas en el punto de decisión. La figura 2 ilustra algunas de estas características fundamentales del alivio de la deuda en el contexto de la Iniciativa PPME intensificada.

⁵ Fuente: Sitio Web del Banco Mundial sobre PPME: <http://www.worldbank.org/hipc/about/hipcbr/hipcbr.htm>.

⁶ En África: Benin, Burkina Faso, Camerún, Gambia, Guinea, Guinea-Bissau, Madagascar, Malawi, Malí, Mauritania, Mozambique, Niger, Rwanda, Santo Tomé y Príncipe, Senegal, República Unida de Tanzania, Uganda, Zambia. (Fuente: Sitio Web del Banco Mundial, Comunicado de prensa No 2001/190/S. 22 de diciembre de 2000). En América Latina y el Caribe: Bolivia, Guyana, Honduras, Nicaragua. (Fuente: Sitio Web del Banco Mundial, "The HIPC Initiative: Background and Progress Through December 2000": <http://www.worldbank.org/hipc/progress-to-date/May99v3/may99v3.htm>.)

Veintidós países ya han alcanzado su punto de decisión de acuerdo con la Iniciativa PPME intensificada, y uno (Uganda) ha llegado al punto de conclusión con arreglo a la Iniciativa PPME original. Esos 22 países ya están recibiendo actualmente ayudas que, con el tiempo, ascenderán a unos US\$ 34.000 millones.

Figura 2. Características fundamentales del alivio de la deuda



3.3. Argumentación del control del VIH/SIDA en los documentos DERP y PPME

Aun cuando no exista una fórmula preestablecida para elaborar borradores de documentos DERP y PPME para el alivio de la deuda, en la práctica se ha tendido a seguir un formato bastante normalizado. Dado que es probable que este formato sea utilizado por los equipos responsables de los DERP y la Iniciativa PPME de cada país y por sus homólogos del Banco Mundial/FMI, las personas que trabajan en el campo del VIH/SIDA pueden preparar un conjunto de materiales que encajen en los principales apartados de los documentos sobre pobreza y reducción de la deuda. Esos materiales deberían abordar como mínimo cuatro aspectos esenciales:

- (a) El SIDA como causa de pobreza, y posiblemente una discusión sobre la pobreza y las desigualdades de ingresos como factores que contribuyen a las condiciones que hacen que las personas sean vulnerables a la infección por el VIH y menos capaces de afrontar sus consecuencias.
- (b) Las principales estrategias del plan nacional sobre el SIDA como parte central del programa nacional para la reducción de la pobreza, con argumentaciones y estimaciones de costos.

- (c) Objetivos a medio plazo e indicadores de vigilancia de la pobreza derivados del plan nacional sobre el SIDA.
- (d) Acciones a corto plazo para la ejecución satisfactoria del plan nacional sobre el SIDA, que podrían generar acuerdos para el alivio de la deuda.

En la cuadro 3 (véase más abajo), los asteriscos indican el énfasis relativo que los equipos en el país podrían poner en cada uno de estos aspectos dentro de los documentos DERP y PPME.

Cuadro 3. Apartados esenciales sobre el SIDA en los documentos DERP y PPME

Aspectos abordados	DERP	Acuerdos sobre alivio de la deuda (PPME)
Análisis específico para el país del complejo SIDA-pobreza	***	**
Principales estrategias del plan nacional sobre el SIDA	****	***
Objetivos a medio plazo e indicadores de vigilancia de la pobreza	****	**
Acciones a corto plazo, con "condiciones" para el alivio de la deuda	**	****

3.3.1. El SIDA como causa de la pobreza y la pobreza como factor que contribuye al SIDA

En este apartado deberían mencionarse los vínculos generales entre SIDA y pobreza, e ilustrarse con datos y ejemplos específicos del país o de países vecinos donde se den condiciones similares. Las fuentes de datos para este análisis incluyen encuestas domésticas, como las Encuestas de Demografía y Salud (IDS); estudios especiales realizados bajo los auspicios del programa nacional sobre el SIDA; modelos macroeconómicos que tengan en cuenta el VIH/SIDA como variable que influye en la productividad laboral; y análisis presupuestarios y del gasto sanitario que intenten cuantificar el desembolso público relacionado con el SIDA.

Algunos indicadores de impacto que ayudan a perfilar los efectos del SIDA sobre la pobreza son:

- Disminución de la tasa de crecimiento de la renta per cápita.
- Aumento del número de huérfanos a causa del SIDA, con los efectos consiguientes de peor nutrición y descenso en las tasas de escolarización.

- Reducciones de la producción y de los ingresos monetarios en los hogares donde se ha producido una defunción a causa del SIDA.
- Aumento de los gastos sanitarios “en efectivo” en los hogares con SIDA.

Al iniciar el desarrollo de un DERP o preparar un DERP provisional con el fin de acceder a la reducción de la deuda, es importante que los responsables de adoptar decisiones sobre el VIH/SIDA sean capaces de presentar una visión general de las relaciones entre el VIH/SIDA y la pobreza. Este análisis servirá como herramienta de defensa en la argumentación a favor del VIH/SIDA y permitirá preparar la justificación analítica para elegir las intervenciones más apropiadas y rentables en un contexto de reducción de la pobreza. El análisis básico debería incluir una valoración de la situación actual, su gravedad y la amenaza que plantea para el futuro. Estos temas podrían abordarse mediante una presentación de la evolución de la epidemia de VIH en el país y una proyección del desarrollo de la epidemia si no se acelera la respuesta.

Un análisis de la prevalencia del VIH entre regiones de diferente desarrollo económico y entre distintos grupos vulnerables ayuda a identificar las zonas de alta prevalencia y las vincula con comportamientos y con patrones de intercambio económico (mapa de la epidemia de VIH). Un análisis desglosado de la prevalencia del VIH por sexo y por grupos de edad también es útil para demostrar que las muchachas jóvenes constituyen uno de los grupos más amenazados por el VIH.

Asimismo, pueden discutirse factores de vulnerabilidad utilizando información tanto cuantitativa como cualitativa. El propósito de este análisis sería elucidar cómo ciertos determinantes socioeconómicos clave pueden influir en la propagación del VIH, así como presentar los datos disponibles sobre esta cuestión. Por último, puede realizarse un análisis rápido de la respuesta que incluya una valoración de la proporción de las ciudades cubiertas por un programa para profesionales del sexo, la proporción de carreteras cubiertas por un programa dirigido a camioneros, etc.

3.3.2. Estrategias derivadas del plan nacional sobre el SIDA

Conviene citar entre cuatro y seis estrategias bien definidas del programa nacional para una respuesta ampliada de prevención, asistencia, apoyo y mitigación del impacto. Los datos presentados, con las consiguientes estimaciones de costos, deberían hacer hincapié en el impacto esperado, rentabilidad y viabilidad de las estrategias. Aunque el plan nacional sobre el SIDA contenga muchas más estrategias, probablemente es necesario seleccionar las más importantes, ya que el DERP es un documento relativamente breve. Los equipos en el país también podrían considerar oportuno especificar los recursos incrementales que se requerirán para partidas recurrentes, como personal, transporte, suministros y materiales. En unos pocos DERP bien documentados que se han elaborado hasta la fecha en países con una alta prevalencia del VIH, el SIDA se presenta como un elemento que exige una respuesta estratégica que

involucre a todos los sectores convencionales, como la salud, educación, defensa, transporte, juventud, comunicaciones, etc. En otras palabras, las líneas directrices del plan nacional sobre el SIDA se perfilan primero como una cuestión "suprasectorial" o "interdisciplinaria", y luego se refuerzan en los párrafos dedicados a los principales sectores que luchan contra la pobreza, donde el SIDA vuelve a aparecer como una amenaza que requiere acciones específicas de todos los organismos sectoriales y de todos los donantes y grupos de la sociedad civil orientados al sector. El DERP de Malawi es un ejemplo útil de este planteamiento (Cuadro 4).

3.3.3. Objetivos a medio plazo e indicadores de vigilancia de la pobreza

También tienen que ser selectivos, ya que es probable que en el DERP sólo se enumeren unas cuantas estrategias contra el SIDA. En circunstancias ideales, estos objetivos e indicadores se habrán desarrollado a partir de conocimientos técnicos y se habrán negociado entre todas las partes interesadas en el proceso de planificación nacional sobre el SIDA. En muchos casos, esto no será así, bien porque el plan nacional sobre el SIDA no sea completo, bien porque no se hayan fijado metas/objetivos como parte del proceso de planificación. Dado que el término "a medio plazo" abarca cinco o más años, los objetivos deberían relacionarse con resultados de la respuesta nacional al SIDA (a ser posible, logros constatados, o, como mínimo, avances significativos del programa). Todos los equipos en el país deben formular metas y objetivos a medio plazo que sean acordes con las circunstancias nacionales. Uganda ha concretado un descenso del 25% en la prevalencia del VIH (Cuadro 4).

3.3.4. Acciones a corto plazo que podrían formar parte de acuerdos para el alivio de la deuda

También en este caso es imprescindible la selectividad. Las acciones en cuestión son pasos consensuados para los puntos de decisión y conclusión que podrían insertarse en la matriz del documento PPME. En condiciones ideales, deberían reunir las características que se indican a continuación:

- (a) Derivar de las estrategias fundamentales del plan nacional sobre el SIDA (y estar estrechamente vinculadas con ellas), especificadas con anterioridad en el documento DERP/PPME; en este sentido, deberían considerarse como acciones "centinela" que indican si el plan contra el SIDA se está ejecutando de forma satisfactoria.
- (b) Ser relativamente fáciles de medir. Dado que en el contexto de la Iniciativa PPME la ejecución del programa será supervisada estrictamente por el gobierno, la sociedad civil y los organismos internacionales, es crucial implantar un sistema de vigilancia eficaz que permita generar resultados con rapidez.

- (c) Seleccionarse cuidadosamente para que se correspondan con los plazos estipulados en la Iniciativa PPME, especialmente los puntos de activación para entrar a formar parte del programa de alivio de la deuda (punto de decisión) y los puntos intermedios y finales para la condonación de la misma (conclusión).
- (d) Ser bien comprendidos y aceptados por las figuras políticas y los gestores de programa que se responsabilizarán de llevar a cabo esta serie de acciones.

Por suerte, se dispone de una amplia gama de indicadores para vigilar y evaluar los progresos en la ejecución de las estrategias del programa nacional sobre el SIDA, que ya se han desarrollado y para los que existen métodos de recopilación y análisis de datos bastante bien establecidos. *La Guide to Monitoring and Evaluation* del ONUSIDA (ONUSIDA, 2000c) es un compendio práctico de esos indicadores, un conjunto abreviado de los cuales se presenta en el Apéndice 2. A nivel de país, los especialistas nacionales del VIH/SIDA y el personal internacional que trabaja en los “grupos técnicos” de los Grupos Temáticos de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA también pueden ayudar a seleccionar y validar los objetivos que ofrezcan el mejor rendimiento para el periodo de alivio de la deuda en el marco de la Iniciativa PPME.

3.3.5. ¿Cómo se ha incluido el VIH/SIDA en los DERP?

En África subsahariana, la mayoría de los DERP-P ha incluido el VIH/SIDA como cuestión que es necesario abordar (Cuadro 4). Sin embargo, pocas veces se ha examinado la relación entre el VIH/SIDA y la pobreza, y las estrategias no parecen estar muy bien definidas. Así, en ninguno de los DERP se ha articulado la visión de cómo el país amplificará su respuesta para mitigar los efectos negativos del VIH/SIDA sobre el capital humano y el crecimiento económico. Sin embargo, Uganda está revisando su estrategia con el fin de integrar mejor la cuestión del VIH/SIDA dentro del esfuerzo nacional para la reducción de la pobreza.

3.3.6. Condiciones relativas al VIH/SIDA utilizadas en la Iniciativa PPME en 2000

Como parte del diálogo de políticas sobre el alivio de la deuda, algunos países se han comprometido a redoblar sus esfuerzos para frenar la epidemia de VIH/SIDA. Este compromiso se ha traducido a veces en ciertas condiciones para que el país alcance el punto de conclusión en el cual se le concederá la parte principal del alivio de la deuda. La mayoría de tales condiciones se relaciona con el proceso, aunque algunos países se han comprometido a propiciar un cambio real de comportamiento, como el Camerún, donde se ha incluido como condición un mayor uso de preservativos entre el personal militar y las fuerzas de seguridad, los camioneros y los profesionales del sexo.

Cuadro 4. Ejemplos seleccionados de DERP y su contenido relativo al VIH/SIDA*

País	Análisis específico del complejo SIDA-pobreza por país	Principales estrategias del plan nacional sobre el SIDA	Objetivos a medio plazo e indicadores de vigilancia de la pobreza	Acciones a corto plazo
Camerún (DERP provisional, agosto de 2000)	El VIH/SIDA no se menciona en el apartado "Determinantes de la pobreza".	Se subsume dentro del sector sanitario: "El problema principal y más urgente es la propagación del VIH/SIDA." Acciones específicas para frenar la progresión: IEC, APV y seguridad hematológica. Breve mención en "Pobreza urbana", enfocada a los profesionales del sexo. Énfasis en las campañas educativas.	"Tasa de incidencia del VIH/SIDA."	Emprender campañas de información y sensibilización sobre el VIH/SIDA en medios de comunicación públicos y privados.
Malawi (DERP provisional, agosto de 2000)	Se incluye como parte de "Análisis suprasectorial", con referencias a estadísticas de seroprevalencia específicas del país. Hay notas explícitas sobre los efectos en el crecimiento, pobreza, productividad y ahorro. Se presta atención específica a los huérfanos y familias. Referencia al Marco Estratégico Nacional sobre el VIH/SIDA y a la Mesa Redonda sobre Movilización de Recursos de marzo de 2000.	<ul style="list-style-type: none"> – En "Estrategias y medidas". – Integrar el VIH/SIDA en todos los sectores y mejorar la asistencia a los huérfanos. – Intensificar los esfuerzos de prevención primaria. – Integrar los programas de control del SIDA y la tuberculosis. – Potenciar la Secretaría del SIDA. 	No se especifican.	No se especifican.
Uganda (DERP-Plan de Acción para la Erradicación de la Pobreza, marzo de 2000)	En "Mejora de la salud de las personas". Hay notas sobre tasas de prevalencia y efectos en la esperanza de vida, así como un breve reconocimiento de las interacciones entre SIDA, factores culturales y pobreza.	Los gastos por prestación de servicios se incluirán en el sector sanitario y otros. Nota: Basándose en su Marco Estratégico Nacional, Uganda revisó posteriormente su Plan de Acción para la Erradicación de la Pobreza con el fin de incluir el SIDA en cada uno de sus cuatro objetivos. El Marco Estratégico Nacional hace hincapié en la prevención, mitigación del impacto y desarrollo de la capacidad.	Descenso del 25% en la prevalencia del VIH.	No se especifican.

* Muestra seleccionada de tres países, a modo de ilustración. Fuente: Sitio Web del Banco Mundial sobre DERP: <http://www.worldbank.org/prsp/>. Consultado el 31 de enero de 2001.

Cuadro 5. Medidas para alcanzar el punto de conclusión flotante con arreglo a la Iniciativa PPME*

País	Análisis específico del complejo SIDA-pobreza por país	Principales estrategias del plan nacional sobre el SIDA	Objetivos a medio plazo e indicadores de vigilancia de la pobreza	Indicadores a corto plazo, con "condiciones" para el alivio de la deuda
Camerún	En "Marco global de políticas". Basado en el DERP provisional.	Se incluyen explícitamente. Cubren los mecanismos de coordinación, objetivo global, intervenciones e indicadores de cobertura. Se mencionan los ministerios implicados.	Limitar la tasa de infección por debajo del 10%. Destinar al VIH/SIDA US\$ 8,9 millones de la Iniciativa PPME durante tres años.	Dar prioridad al VIH/SIDA en los planes generales. Frenar las tasas de infección en la población mediante el uso creciente de preservativos por parte de trabajadores portuarios, camioneros, soldados y profesionales del sexo.
Malawi	Impacto sobre la esperanza de vida. Gran número de huérfanos. Riesgo de que disminuya el crecimiento económico, no específico del país.	Marco institucional propuesto: hacer de la Secretaría del Programa Nacional de Control del SIDA un organismo autónomo, fuera del control de cualquier sector específico. Resumen de intervenciones de prevención, asistencia y mitigación del impacto.	No se explicitan. "Frenar la propagación del SIDA" es un criterio para el punto de conclusión flotante.	Las áreas de políticas a supervisar incluyen una Secretaría Nacional de Control del SIDA autónoma, funcional y dotada con el personal necesario.
Uganda	El Segundo Documento para el Punto de Decisión incluye notas específicas sobre prevalencia, esperanza de vida e Índice de Desarrollo Humano. Es más probable que la pobreza afecte a viudas, huérfanos y personas que viven con el VIH/SIDA.	Estrategia de Reducción de la Pobreza para 1990/2000-2001/2002. Establecimiento de mecanismos funcionales de coordinación, a nivel central y de distrito, para la respuesta multisectorial nacional al VIH/SIDA. Ampliación de las campañas educativas para el cambio de comportamiento.	No se especifican.	El Gobierno establecerá un Fondo de Acción para la Pobreza, con programas orientados a los resultados. Los resultados se revisarán a intervalos trimestrales con los donantes y representantes de la sociedad civil.

* Muestra seleccionada de tres países, a modo de ilustración. Fuente: Sitio Web del Banco Mundial sobre DERP: <http://www.worldbank.org/hipc/country-cases/country-cases.html>. Consultado el 31 de enero de 2001.

La experiencia del Camerún ilustra varios elementos de un esfuerzo satisfactorio para integrar el VIH/SIDA en un DERP provisional y un acuerdo para el alivio de la deuda (Recuadro 2).

Recuadro 2. El Camerún: ¿cómo se hizo?

En los últimos años, el ritmo de actividades de la respuesta del Camerún al VIH/SIDA se había estancado. El Programa Nacional de Control del SIDA incluía diversos proyectos que se habían considerado potencialmente eficaces. Sin embargo, la respuesta general fue incompleta, fragmentaria y a escala reducida. Mientras tanto, la epidemia continuó propagándose, con más de 540.000 cameruneses infectados por el VIH a finales de 1999 (una tasa de prevalencia en adultos del 7,7%; ONUSIDA, 2000a).

Las discusiones sobre el alivio de la deuda y la preparación de un DERP provisional, que se iniciaron a mediados de 2000, ayudaron a generar una respuesta más sólida al VIH/SIDA. El DERP se elaboró entre abril y agosto de 2000, con aportaciones significativas del Gobierno y la sociedad civil (incluidos los líderes religiosos y las ONG), y se publicó en septiembre del mismo año. Hacía hincapié en el VIH/SIDA como factor que agrava la pobreza y amenaza seriamente el desarrollo social y económico del país. Del mismo modo, al comienzo de las negociaciones sobre la deuda, los representantes del Gobierno y el Banco Mundial consideraron que el SIDA era una de las áreas más importantes que podía beneficiarse de los recursos adicionales obtenidos a través del alivio de la deuda. Esto, a su vez, animó al Gobierno del Camerún a activar el desarrollo de un plan nacional para contener la epidemia. El proceso de planificación estratégica sobre el VIH/SIDA, ya en curso, se aceleró para que coincidiera con las negociaciones de la deuda. La conclusión de este plan estratégico contra el SIDA se convirtió en un requisito previo para la formalización del acuerdo sobre alivio de la deuda. El plan también era necesario para especificar acciones prioritarias de prevención y asistencia del SIDA que pudieran financiarse con los ahorros del alivio de la deuda.

En consecuencia, el Gobierno formuló un plan estratégico nacional sobre el VIH/SIDA para el periodo 2001-2003, con la colaboración del ONUSIDA y otros asociados. El plan, presentado por el Primer Ministro del Camerún en septiembre de 2000, contiene una serie de acciones urgentes altamente enfocadas que costarán unos US\$ 9 millones durante tres años y que serán financiadas por el Gobierno gracias al ahorro del alivio de la deuda.

- Fomentar un cambio de comportamiento entre los jóvenes de 15-24 años por medio de la información, educación y comunicación, tanto a nivel nacional como local.
- Posibilitar el acceso a asesoramiento y pruebas voluntarias en todo el país, y prevenir la transmisión del VIH de las mujeres embarazadas a sus hijos.
- Respalda la campaña del uso sistemático de preservativos, incluida la distribución gratuita de preservativos entre los principales grupos vulnerables: camioneros, trabajadores agrícolas, estudiantes universitarios, militares, policías, funcionarios del servicio de aduanas, presos, funcionarios de prisiones y profesionales del sexo.

En paralelo con el proceso de alivio de la deuda, el Gobierno y el Banco Mundial elaboraron conjuntamente un proyecto en gran escala, el Programa Multisectorial contra el VIH/SIDA, que se financiará combinando un crédito de US\$ 50 millones del Banco Mundial (crédito privilegiado, subvención parcial) con fondos nacionales derivados del alivio de la deuda. El crédito del Banco Mundial se aprobó en diciembre de 2000, y el proyecto entró en vigor oficialmente en febrero de 2001. Para gestionar la ejecución de este ambicioso plan nacional contra el SIDA y del proyecto



financiado por el Banco Mundial, el Gobierno decidió crear un nuevo Grupo Técnico Central que reúne una amplia variedad de expertos en gestión de respuestas locales y sectoriales al SIDA, comunicaciones y vigilancia y evaluación.

La experiencia camerunesa refleja la importancia de un compromiso político de alto nivel, de un planteamiento multisectorial y de un foco simultáneo en acciones que tengan probablemente un impacto significativo sobre la epidemia. Existe un entramado indisoluble entre DERP, PPME, planificación nacional sobre el SIDA y orientación a la acción.

De esta experiencia pueden extraerse diversas enseñanzas; por ejemplo:

- La necesidad de que los analistas que trabajan en el campo del VIH/SIDA desarrollen materiales de promoción breves, simples y claros para los órganos de decisión política, con referencia a experiencias satisfactorias en otros países.
- La importancia de desarrollar una visión de la respuesta a escala nacional, con estimaciones precisas del nivel de esfuerzo que se requerirá para contener la epidemia.
- La necesidad de proporcionar a los estamentos decisorios opciones políticamente viables y beneficios tangibles a corto plazo en la lucha contra el SIDA si se aprovechan los ahorros del alivio de la deuda.
- La importancia de un proceso de planificación para los DERP y la Iniciativa PPME que sea participativo y sustantivo, centrado en acciones prácticas y factibles que puedan llevarse a cabo para afrontar la epidemia de VIH/SIDA.

4. USO DE LOS FONDOS CONDONADOS A TRAVÉS DE LA INICIATIVA PPME: ASIGNACIÓN, ENCAUZAMIENTO Y GESTIÓN RESPONSABLE

Mensajes fundamentales de este apartado:

- Asegurar que se destinen fondos para el control del VIH/SIDA; tener en cuenta la asignación de los ahorros derivados de la Iniciativa PPME.
- Diseñar enfoques eficaces para que los fondos lleguen a iniciativas comunitarias.
- Asegurar la transparencia y responsabilidad.

4.1. Asignación de fondos

En un número creciente de documentos PPME, los ahorros presupuestarios del alivio de la deuda se calculan explícitamente para un cierto número de años venideros. Esto brinda la oportunidad para que los documentos PPME especifiquen – o “asignen” – qué parte del ahorro (como porcentaje del ahorro real o en términos monetarios absolutos) se destinará al programa nacional sobre el SIDA. Así, los equipos que trabajan en el campo del VIH/SIDA dentro del contexto de la Iniciativa PPME tienen la posibilidad de presionar para que se destine una partida considerable al programa nacional sobre el SIDA. Esta presión puede justificarse por el costo estimado de una respuesta nacional a la epidemia en gran escala, y también demostrando lo fundamental que es la lucha contra el SIDA en el esfuerzo general para reducir la pobreza y fomentar el desarrollo económico y social. En los países con alta prevalencia se requiere un mínimo de US\$ 1,50-2,00 per cápita para establecer un programa sólido contra el SIDA; o sea, US\$ 15-20 millones anuales en un país con 10 millones de habitantes. Si una cuarta parte o la mitad de esos costos (en el ejemplo anterior, unos US\$ 5-10 millones anuales) pudiera cubrirse gracias al alivio de la deuda – con el balance financiado por asociados para el desarrollo externos –, esto supondría una inversión financiera y política importante para el gobierno.

Dado que el VIH/SIDA es una cuestión interdisciplinaria que va más allá de cualquier sector concreto, es aconsejable un enfoque suprasectorial para la elaboración de presupuestos/asignación de fondos. La asignación al VIH/SIDA de una parte de los ahorros derivados del alivio de la deuda podría ser una de las condiciones impuestas por la Iniciativa PPME para alcanzar satisfactoriamente el punto de conclusión. Por ejemplo, “durante el periodo 2001-2003, el gobierno dedicará al programa nacional sobre el SIDA US\$ xx millones procedentes de los ahorros del alivio de la deuda.”

4.2. Encauzamiento de los fondos a iniciativas locales

En muchos países con la Iniciativa PPME existe un gran interés en que una parte importante de los ahorros del alivio de la deuda asignados al SIDA – y, de hecho, todo el presupuesto para apoyar el plan nacional sobre el SIDA – se encauce de forma rápida y eficiente hacia iniciativas locales. Entre ellas figuran unidades gubernamentales locales, ONG locales y organizaciones comunitarias que estén intentando llevar a cabo actividades de prevención, asistencia y apoyo.

En estas circunstancias, el proceso de la Iniciativa PPME puede brindar una oportunidad para desarrollar e implantar mecanismos eficaces que permitan desplazar recursos financieros y técnicos a grupos locales que estén ejecutando actividades de control del SIDA. Esto puede realizarse a través de diferentes medios, que podrían especificarse y supervisarse como parte de la observancia nacional de las condiciones para el alivio de la deuda; por ejemplo, creando un “Fondo de Acción para la Pobreza” especial que reciba los ahorros del alivio de la deuda y los utilice exclusivamente para iniciativas locales. Esos fondos de acción son en parte un mecanismo de contabilidad, pero cuando se combinan con prestaciones de transferencia de recursos (por ej., equiparación de las subvenciones a los organismos gubernamentales y ONG locales), pueden constituir una forma de llevar los recursos a las actividades de primera línea. En Uganda, el Fondo de Acción para la Pobreza (FAP) determina los desembolsos de máxima prioridad desde la perspectiva de la erradicación de la pobreza. Un sector o programa concreto reúne las condiciones para financiación por parte del FAP de Uganda siempre que quepa prever un alto rendimiento económico y/o social sobre el gasto. Esto exige una orientación explícita a las poblaciones más pobres, que son las que han acordado las prioridades de tales programas mediante un trabajo participativo previo. En colaboración con la Secretaría del ONUSIDA y el Banco Mundial, los administradores del Fondo de Acción Social de Malawi (FASM) están examinando opciones para encauzar fondos hacia las comunidades con el fin de acelerar la puesta en práctica de actividades que mitiguen el impacto del SIDA. La financiación directa de las actividades de base comunitaria es una característica esencial del Programa Multinacional sobre el SIDA en África, emprendido por el Banco Mundial en 2000 (Banco Mundial, 2000b).

Otra forma de asegurar que los ahorros lleguen a instituciones públicas y/o privadas locales (por ej., clubes juveniles, grupos de mujeres, ONG que trabajen con profesionales del sexo, comités de aldea sobre el SIDA) consiste en depositar la totalidad o una parte de los ahorros del alivio de la deuda en un fondo nacional de desarrollo social o un fondo para la financiación de microproyectos que incluyan un componente específico del VIH/SIDA.

El establecimiento de este tipo de mecanismos para transferir a grupos locales los ahorros del alivio de la deuda podría explicitarse en los documentos PPME como una acción para alcanzar el punto de conclusión.

4.3. Gestión responsable

Por último, el proceso de la Iniciativa PPME brinda una oportunidad para crear mecanismos sólidos de gestión responsable del uso de los recursos financieros y sus resultados. En diversos países, grupos de la sociedad civil y donantes internacionales están exigiendo procedimientos que hagan más transparente el uso de los ahorros del alivio de la deuda y los fondos de los donantes y que vinculen éstos con resultados programáticos mensurables. Una idea ha consistido en establecer organismos mixtos (compuestos por representantes del gobierno, sociedad civil y organismos donantes) con el fin de vigilar los progresos y el uso de los fondos en ciertas partes o en la totalidad del programa nacional sobre el SIDA. Éste es el enfoque adoptado por Uganda, donde se llevan a cabo revisiones trimestrales con representación de los donantes y la sociedad civil. En Malawi, los mecanismos de vigilancia de los recursos de la Iniciativa PPME incluyen la notificación pública de los desembolsos.

En la medida de lo posible, deberían efectuarse valoraciones del rendimiento, los resultados y el impacto a fin de determinar los beneficios de las aportaciones a través de los diversos mecanismos de financiación. El desembolso de fondos podría acompañarse de la recopilación de datos a nivel doméstico y comunitario como parte de una valoración de referencia. Esto facilitaría la evaluación de los mecanismos de financiación, así como de los proyectos sufragados a través de ellos (Ram, 2000).

5. INFLUENCIA EN LAS POLÍTICAS

Mensajes fundamentales de este apartado:

- Crear una coalición que asegure que el VIH/SIDA pase a formar parte de los DERP y de los planes para el alivio de la deuda.
- Desarrollar un equipo capacitado y cualificado para gestionar el proceso.

Los apartados previos se han centrado en explicar por qué el VIH/SIDA incumbe a los DERP y la Iniciativa PPME y *qué* aspectos del VIH/SIDA deberían integrarse en las estrategias de reducción de la pobreza y los acuerdos de alivio de la deuda. El presente apartado aborda el *cómo*: el difícil proceso de conseguir que las cuestiones relacionadas con el VIH/SIDA pasen a formar parte de los DERP/planes para el alivio de la deuda. Existen dos cuestiones básicas: la creación de coaliciones que influyan en las políticas y el desarrollo de la capacidad local.

5.1. Creación de coaliciones

Para establecer coaliciones, es importante que los diversos grupos ya comprometidos en la lucha contra la epidemia de VIH se junten entre sí y atraigan a otros que todavía no estén totalmente convencidos. Esos grupos podrían incluir ciertos estamentos del gobierno, como la secretaría nacional o el organismo coordinador del SIDA, el comité interministerial o el consejo nacional sobre el SIDA y unidades de algunos ministerios dedicadas al SIDA; grupos de la sociedad civil que ya son operativos y que a menudo funcionan bajo los auspicios de una o más organizaciones nacionales; asociaciones de personas que viven con el VIH/SIDA, y una amplia gama de organismos no gubernamentales bilaterales, multilaterales e internacionales. Para apoyar el proceso DERP/PPME, estos diversos individuos e instituciones pueden engranarse como miembros de grupos de trabajo, grupos interinstitucionales, etc. dirigidos por el gobierno y otros interlocutores nacionales.

Para influir en el proceso y contenido de los DERP y los acuerdos para el alivio de la deuda, la "coalición" del VIH/SIDA no sólo debe articular una argumentación sólida para incluir el VIH/SIDA por razones "técnicas". También es importante que los miembros de la coalición colaboren estrechamente con los responsables de la preparación y negociación global de los instrumentos DERP/PPME. Habitualmente esos miembros son altos funcionarios del Ministerio de Finanzas y/o del organismo nacional de economía y planificación, así como funcionarios técnicos del Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional. Una vez más, es útil disponer de un comité interinstitucional o un grupo técnico de trabajo que apoye al equipo del Ministerio de Finanzas, del cual pueden formar parte ciertas personas de la coalición del VIH/SIDA. Entre los ministerios pertinentes figuran los de educación, desarrollo social, juventud, defensa, agricultura y transporte. Dirigir la atención de los medios de comunicación nacionales al SIDA como un factor de la pobreza y como una amenaza para el desarrollo también

puede ser una forma eficaz de influir en la política nacional sobre el SIDA en el contexto de los DERP y los procesos de alivio de la deuda. La Comisión sobre el SIDA de Uganda puso en marcha un proceso integrador y participativo, cuyo éxito sentó las bases para incorporar el SIDA en todos los objetivos del Plan de Acción para la Erradicación de la Pobreza del país.

Finalmente, las iniciativas DERP/PPME pueden brindar una oportunidad para desarrollar una mayor capacidad técnica interna que permita afrontar una gama de problemas analíticos y gerenciales inherentes al establecimiento y sostenimiento de un programa nacional sólido sobre el SIDA. Tal como se aprecia por lo expuesto anteriormente, la integración eficaz del VIH/SIDA en las iniciativas DERP y PPME requiere conocimientos técnicos de análisis del impacto del SIDA sobre la pobreza, fijación de prioridades, estimación de costos, negociación, y vigilancia y evaluación del programa, por citar tan sólo algunas de las áreas más importantes. Para cada una de ellas, es necesario que las instituciones clave dispongan de un número reducido pero crítico de personas calificadas. Entre dichas instituciones figuran la Secretaría Nacional del SIDA, el Ministerio de Finanzas, las organizaciones coordinadoras de las ONG nacionales y las asociaciones de personas que viven con el VIH/SIDA.

5.2. Fortalecimiento de la capacidad

Como parte de las iniciativas DERP y PPME, los miembros de la "coalición" del SIDA en el país deberían desarrollar, financiar y ejecutar un proyecto que permitiera desarrollar la capacidad mínima para apoyar dicho proceso. Este esquema mínimo debería especificar los conocimientos requeridos y las instituciones que las albergarán. Por ejemplo:

- Secretaría Nacional del SIDA: un planificador y un economista calificado en programación, establecimiento de prioridades, estimación de costos y vigilancia/evaluación. En Uganda se contrató a un economista para que trabajara sobre el VIH/SIDA en la Comisión del SIDA.
- Ministerio de Finanzas: un economista ligado a las iniciativas DERP y PPME que pueda conjuntar datos sobre el vínculo entre pobreza y SIDA y articular compromisos relativos al SIDA en el contexto del alivio de la deuda.
- Fondo de Acción para la Pobreza y/o cartera del SIDA dentro del fondo nacional de desarrollo social: equipos de gestión de dos o tres personas capacitadas para manejar las dimensiones programáticas y financieras de una transferencia importante de recursos a iniciativas locales contra el SIDA.
- Organización coordinadora de las ONG y asociación de PVVS: al menos una persona en cada una de ellas que pueda ayudar a articular compromisos básicos sobre el SIDA y contribuya a supervisar la observancia de las condiciones impuestas en el contexto de la Iniciativa PPME.

El desarrollo de esta capacidad también podría ser uno de los objetivos relacionados en los documentos DERP y de alivio de deuda, y podría financiarse y supervisarse explícitamente como parte de la Iniciativa PPME.

6. CONCLUSIONES

6.1. DERP, alivio de la deuda y SIDA: ¿otra fuente más de financiación, o una nueva oportunidad?

En muchos países que acceden a proyectos de alivio de la deuda, los gestores del programa sobre el VIH/SIDA y los responsables de adoptar decisiones tienen la oportunidad de reclamar una mayor financiación para el VIH/SIDA en el contexto del desarrollo de estrategias para la reducción de la pobreza. El alivio de la deuda no sólo brinda la posibilidad de inyectar nuevos recursos a la lucha contra el SIDA, sino que también ofrece la oportunidad de colocar el VIH/SIDA en el centro de los planes de ayuda y desarrollo y discutir cuestiones nacionales relacionadas con la formulación de políticas y la elaboración de presupuestos. A pesar de los recursos externos movi- lizados a través de diversas iniciativas, en los países pobres muchos programas sobre el VIH/SIDA todavía no han alcanzado la escala necesaria para tener un impacto en la epidemia. El aumento de los ingresos internos disponibles para los sectores socia- les puede proporcionar la oportunidad de alcanzar esta escala al:

- Situar el VIH/SIDA dentro del marco de las discusiones presupuestarias y romper el ciclo de diseño y financiación de programas impulsados por los donantes.
- Institucionalizar la respuesta al VIH/SIDA en todas las actividades del gobierno, utilizando el nuevo espacio fiscal con el fin de proporcionar recursos adicionales a cada sector para este propósito específico.
- Transformar actividades fragmentarias en programas sostenidos, lo que liberará al país de la dependencia extrema de los donantes para aportaciones fundamentales (por ej., la financiación de fármacos para el control de la tuberculosis o la dispo- nibilidad de preservativos para el personal militar) y asegurará un suministro más estable de tales productos.
- Abordar cuestiones más amplias no siempre relacionadas directamente con el VIH/SIDA, pero que a menudo afectan profundamente a la respuesta y contribu- yen a la disfunción de los sectores debido al desgaste del personal, la escasa remu- neración y la falta de fondos para gastos recurrentes.

Por tanto, los gestores y responsables de la formulación de políticas tienen un motivo para pensar estratégicamente en cómo las diferentes fuentes de financiación pueden complementarse entre sí, en vez de competir para financiar los mismos programas. Los fondos del alivio de la deuda pueden emplearse juiciosamente para desarrollar la capacidad y actuar como palanca con el fin de absorber un mayor volumen de la financiación externa disponible. En Malí, por ejemplo, aunque el sector sanitario se beneficia de un amplio programa de inversiones financiado externamente, los fondos de la Iniciativa PPME se utilizarán probablemente para reforzar la capacidad de eje-

cución mediante la financiación de formación básica, la contratación de más personal y la facilitación de incentivos para que lleven a cabo intervenciones básicas de salud pública.

6.2. Sigüientes pasos

Hasta ahora, los esfuerzos de los países pobres para integrar el VIH/SIDA dentro de las estrategias de reducción de la pobreza y alivio de la deuda han obtenido resultados dispares. Ha habido algunos éxitos notables, pero también un cierto número de fracasos y oportunidades perdidas. El ONUSIDA y sus asociados siguen dispuestos a ayudar a los países afectados por la epidemia de VIH con el fin de que aprovechen de forma más completa las oportunidades actuales y futuras para situar el VIH/SIDA en la vanguardia del análisis y las acciones nacionales dirigidas a combatir la pobreza y obtener los máximos beneficios del alivio de la deuda.

Bibliografía

Ainsworth, M. y Semali, I. 1998. "Who is most likely to die of AIDS? Socioeconomic correlates of adult deaths in Kagera Region, Tanzania." En Ainsworth, M., Fransen, L y Over, M. (Eds). *Confronting AIDS: Evidence from the developing world*. Selected background papers for the World Bank Policy Research Report, Confronting AIDS: Public priorities in a global epidemic. Comisión Europea, Bruselas, pp.95-109.

Ainsworth, M. y Teokul, W. 2000. "Breaking the silence: setting realistic priorities for AIDS control in less-developed countries." *The Lancet*. 356:35-40.

Bail, R. y Mwikisa, C. *Costing the Zambia National HIV/AIDS Strategic Framework 2001-2003*. Manuscrito inédito, octubre de 2000, pp.8-10.

Banco Mundial. 2000a. Poverty Reduction Sourcebook. <http://www.worldbank.org/poverty> Consultado el 24 de enero de 2001.

Banco Mundial. 2000b. Project Appraisal Document for Proposed Credits in the amount of US\$59.7 million and US\$50 million, respectively, to the Federal Democratic Republic of Ethiopia and the Republic of Kenya in support of the first phase of the US\$500 million multi-country HIV/AIDS Programme for the Africa Region. Washington, DC, pp.65-79.

Banco Mundial, 2000c. Costs of Scaling HIV Programme Activities to a National Level in Sub-Saharan Africa: Methods and Estimates. Equipo de la Campaña del SIDA en África, pp.1-5.

Cowan, D. Brundage, J. y Pomerantz, R. 1994. "The incidence of HIV infection among men in the United States". *AIDS* 8 (4): 505-11.

Deheneffe, J., Carael, M. y Noubissi, A. 1998. Socioeconomic Determinants of Sexual Behaviour and Condom Use. En Ainsworth, M., Fransen, L y Over, M. (Eds). *Confronting AIDS: Evidence from the developing world*. Selected background papers for the World Bank Policy Research Report, Confronting AIDS: Public Priorities in a global epidemic. Comisión Europea, Bruselas, pp.131-46.

Filmer, D. 1998. "The Socioeconomic Correlates of Sexual Behaviour: A Summary of Results from an Analysis of DHS Data". En Ainsworth, M., Fransen, L y Over, M. (Eds). *Confronting AIDS: Evidence from the developing world*. Selected background papers for the World Bank Policy Research Report, Confronting AIDS: Public Priorities in a global epidemic. Comisión Europea, Bruselas, pp. 111-30.

BIBLIOGRAFÍA

Halperin, D. 2000. "Is Poverty the Root Cause of African AIDS? The 'Answer' May Be More Complex Than Commonly Thought". *Global AIDSLink*, Consejo Mundial de Salud, 65:9.

Hunter, S. *National Systems and Strategies for Provision of Care to HIV/AIDS Affected Adults and Children*. Documento de trabajo presentado al Taller sobre el papel del alivio de la deuda en la financiación de los programas nacionales del VIH/SIDA, del ONUSIDA. Lilongwe, Malawi. Noviembre de 2000. Manuscrito inédito, pp.1-2.

Jha, P., Nagelkerke, N., Ngugi, E., Rao, J., Willbond, B., Moses, S. y Plummer, F. 2000. "Interventions to Reduce HIV Transmission in Developing Countries: The Lessons of Two Decades of AIDS." Manuscrito inédito.

Krueger, L., Wood, R., Diehr, P. y Maxwell, C. 1990. "Poverty and HIV Seropositivity: The Poor Are More Likely to Be Infected". *AIDS* 4(8): 811-14.

Lacey, C., Merrick, D., Bensley, D. y Fairely, I. Analysis of the Sociodemography of gonorrhoea in Leeds. *British Medical Journal* 314(1): 715-18.

Lewis, J. y Arndt, C. 2000. The Macro Implications of HIV/AIDS in South Africa: a preliminary assessment. Paper presented at the International AIDS Economics Network Symposium. July 2000. Documento presentado al *South African Journal of Economics*.

McCoy, C. B., Metsch, L., Inciardi, J., Anwyl, R., Wingerd, J. y Bletzer, K. 1996. "Sex, Drugs and the Spread of HIV/AIDS in Belle Glade, Florida". *Medical Anthropology Quarterly* 10 (1): 83-93.

Merson, M., Dayton, J. y O'Reilly, K. 2000. "Effectiveness of HIV Prevention Interventions in Developing Countries." *AIDS*. 14 (suppl. 2): S68-84.

ONUSIDA. 1999. *Summary Booklet of Best Practice Collection*. Issue 1. Ginebra.

ONUSIDA. 2000a. *Informe sobre la epidemia mundial de VIH/SIDA*. Ginebra, pp.26-36.

ONUSIDA. 2000b. *Enfoques innovadores en la prevención del VIH*. Estudios de caso seleccionados. Ginebra. p 6.

ONUSIDA. 2000c. *National AIDS Programmes: A Guide to Monitoring and Evaluation*. Ginebra, pp.26-27.

Parker, R. G. 1998 ‘Historic Overview of Brazil’s AIDS Programmes and Review of the World Bank AIDS Project’. Family Health International/AIDSCAP. En preparación. En Ainsworth, M. y Semali, I. “Who is most likely to die of AIDS? Socioeconomic correlates of adult deaths in Kagera Region, Tanzania.” Citado en Ainsworth, M., Fransen, L y Over, M. (Eds). 1998. *Confronting AIDS: Evidence from the developing world*. Selected background papers for the World Bank Policy Research Report, Confronting AIDS: Public Priorities in a global epidemic. Comisión Europea, Bruselas, pp.95-109.

Piot, P. y Aggleton, P. “The Global Epidemic.” 1998 AIDS Care, 10 (Suppl. 12) S200-208.

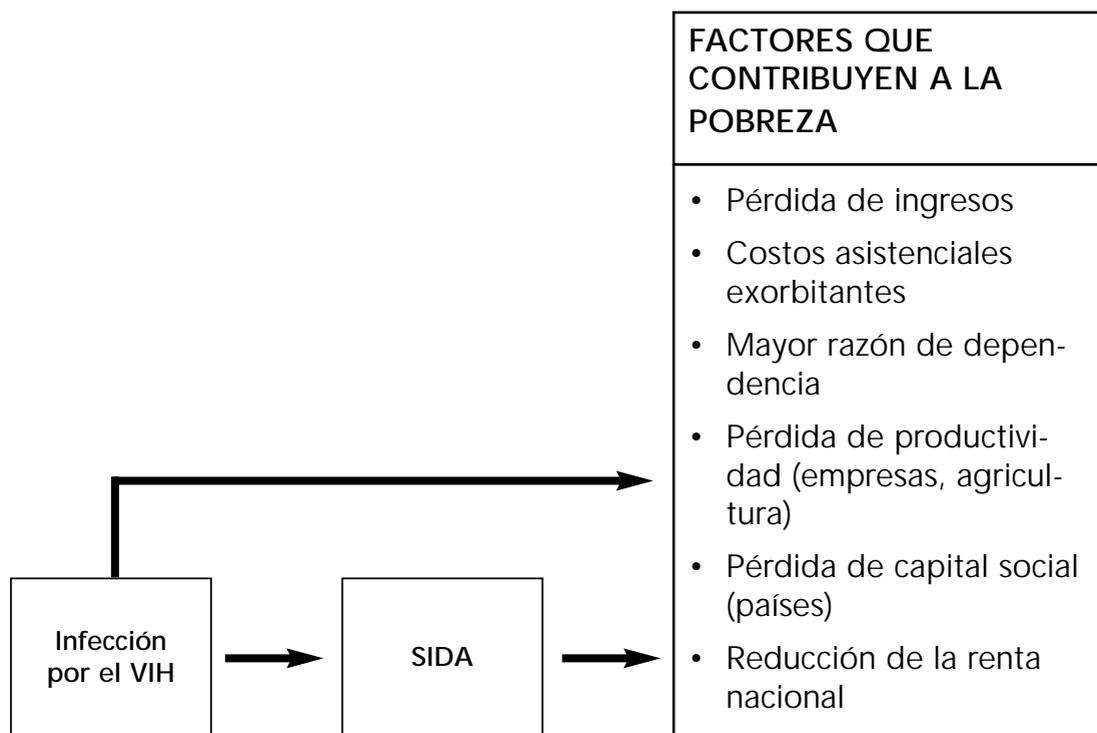
Ram, S. 2000. *A Summary of Resource Transfer Mechanisms*. Documento de trabajo presentado al Taller sobre el papel del alivio de la deuda en la financiación de los programas nacionales del VIH/SIDA, del ONUSIDA. Lilongwe, Malawi. Noviembre de 2000. Manuscrito inédito, pp.24-26.

APÉNDICE 1. VÍNCULOS ENTRE EL VIH/SIDA Y LA POBREZA

El SIDA como factor causal o agravante de la pobreza

Las relaciones se examinan a nivel de economía individual, doméstica y nacional. Una vez infectadas, las personas se enfrentan a costos directos exorbitantes en concepto de asistencia sanitaria y social, además de costos indirectos por pérdida de productividad. Los hogares tienen muchas probabilidades de sufrir un recorte de los ingresos. También es muy probable que disminuya el rendimiento de las empresas a causa de la pérdida de productividad, elevado absentismo, mayores desembolsos por tratamiento y servicios funerarios y aumento de los costos de formación y reciclaje para el personal que suple a los trabajadores fallecidos. Las figuras A1 y A2 muestran las vías que conducen de la infección por el VIH a la exacerbación de la pobreza.

Figura A1. El VIH/SIDA induce y agudiza la pobreza

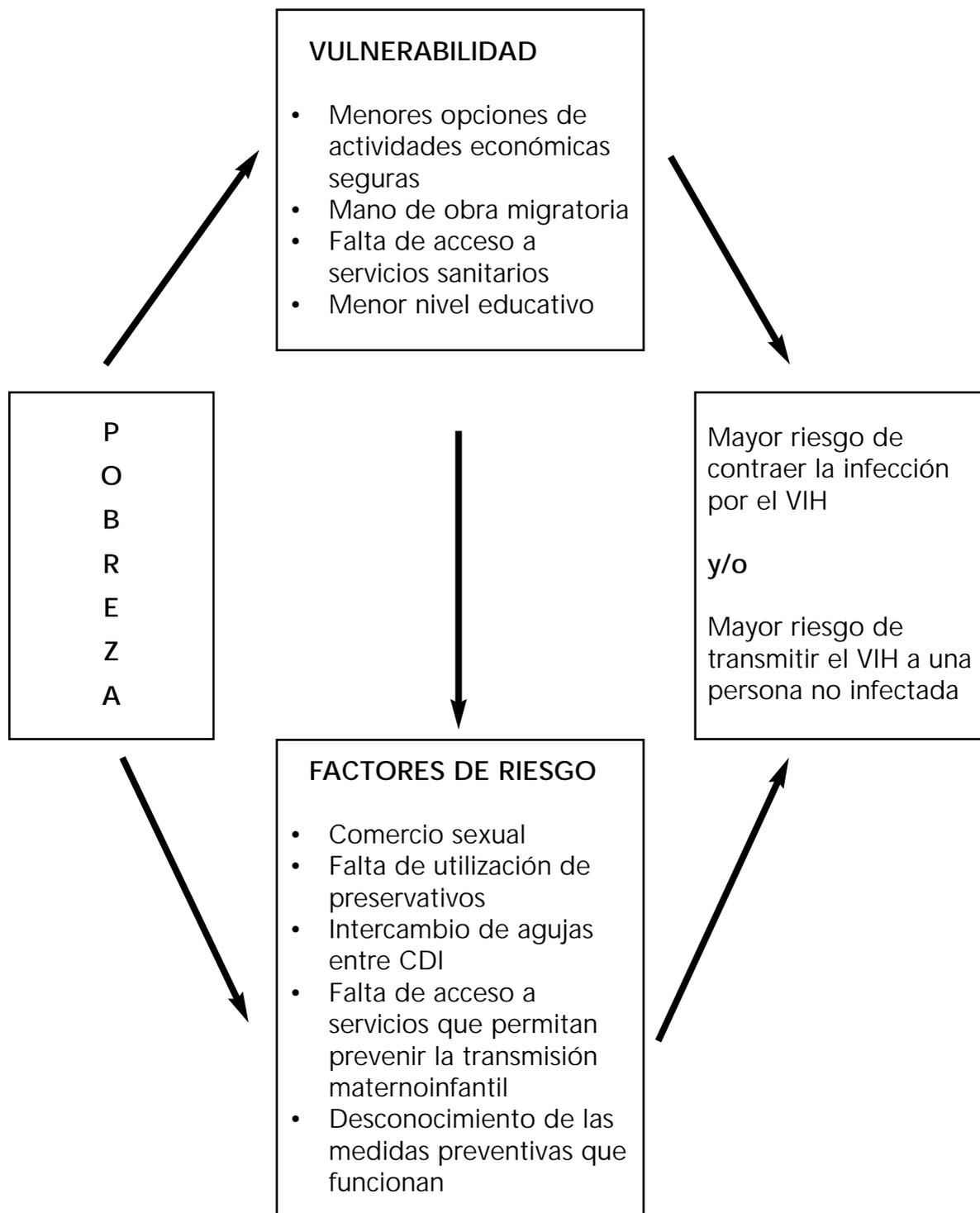


La pobreza y las desigualdades de ingresos aumentan la probabilidad de infección por el VIH

Es posible que la pobreza y las desigualdades de ingresos aumenten por vías indirectas la probabilidad de que una persona se infecte por el VIH. ***La mayor vulnerabilidad a la infección por el VIH es importante porque incrementa la probabilidad de transmitir o contraer el VIH.*** En este sentido, la pobreza puede reducir la capacidad o disposición de una persona para evitar la infección. Por ejemplo, la falta de ingresos puede inducir a las personas a realizar actividades lucrativas de alto riesgo, como el comercio sexual. Es posible que los profesionales del sexo acepten mantener relaciones sexuales sin preservativos con el fin de ganar más dinero. La pobreza se asocia a menudo a un menor nivel educativo, que, a su vez, se asocia a un menor conocimiento de las medidas eficaces para prevenir la infección por el VIH. La figura A2 y el recuadro A1 indican las vías potenciales a través de las cuales la pobreza conduce a un mayor riesgo de infección por el VIH. Por ahora, sin embargo, no existen pruebas sistemáticas suficientes para afirmar que la pobreza causa el SIDA. Aunque es muy probable que algunas de las características de la pobreza (por ej., menor nivel educativo, menores oportunidades de sustento, menor capacidad para negociar relaciones sexuales seguras) también aumenten el riesgo de infección por el VIH, resultaría demasiado simplista considerar el VIH meramente como una "enfermedad de pobres". En África, muchos grupos e individuos con un alto riesgo de contraer el VIH no son pobres (por ej., la élite urbana que tiene relaciones sexuales con profesionales del sexo, los hombres de negocios que viajan y tienen relaciones sexuales esporádicas, los oficiales de las fuerzas armadas). En la etapa actual de la epidemia, el VIH/SIDA sigue rebasando las fronteras de la economía doméstica.

Resulta evidente por las publicaciones disponibles que, con fines de prevención a corto y medio plazo, las intervenciones de gran impacto son las que reducen el riesgo de transmitir o contraer el virus. Los factores de riesgo son los elementos que aumentan directamente la probabilidad de que una persona contraiga el VIH o lo transmita a otra persona. Las intervenciones enfocadas a la reducción de la vulnerabilidad son de índole estructural y abordan desafíos de desarrollo mucho más arraigados. Es evidente que este tipo de intervenciones podría ejercer efectos indirectos sobre la dinámica de la epidemia, por lo que debe tenerse en cuenta para garantizar el éxito a medio y largo plazo en la lucha contra el VIH/SIDA. Sin embargo, la dinámica de la epidemia es tal que, si no se actúa sobre la reducción del riesgo, aumentará sustancialmente el número de personas infectadas, lo que limitará aún más los beneficios de las intervenciones estructurales contra la vulnerabilidad.

Figura A2. La pobreza aumenta la probabilidad de infección por el VIH y SIDA



Recuadro A1. ¿Aumenta la probabilidad de infección por el VIH la pobreza?

En los primeros años de la epidemia de VIH/SIDA, las personas de mayor nivel socioeconómico tenían mayores probabilidades que las demás de contraer la infección por el VIH. A medida que el VIH/SIDA va adquiriendo proporciones endémicas en la mayoría de los países de África, cabe esperar que desaparezca la correlación positiva entre nivel socioeconómico e infección por el VIH. Los datos son contradictorios, tal como se refleja en los siguientes párrafos. Entre las cuestiones que requieren atención figura el efecto combinado de la pobreza y las desigualdades de ingresos sobre las transacciones sociales, incluidos el sexo, los patrones de vulnerabilidad y los patrones de comportamiento de riesgo en relación con la infección por el VIH.

- El ONUSIDA analizó los resultados de estudios efectuados principalmente en jóvenes de 15-19 años de 17 países de África y cuatro de América Latina. Un patrón de riesgo, observado en ambos sexos, era la mayor probabilidad de que las personas de nivel educativo más elevado tuvieran parejas sexuales esporádicas (ONUSIDA, 2000a). Los resultados también indicaban que, en los países de África más afectados, las personas de mayor nivel educativo pueden estar adoptando comportamientos menos peligrosos (ONUSIDA, 2000a). Aunque es demasiado pronto para extraer conclusiones, este patrón parece similar al constatado en el Brasil, donde se ha producido un desplazamiento en la distribución socioeconómica de los casos de SIDA: a principios de los años ochenta, las tres cuartas partes de los nuevos casos de SIDA correspondían a personas con formación secundaria o universitaria; a comienzos de los noventa, esta proporción había disminuido a un tercio (Parker, 1998).
- Cabría esperar que la pobreza y el analfabetismo aumentaran la probabilidad de infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH/SIDA, ya que las personas con pocos ingresos (en comparación con las más pudientes) pueden ser menos capaces de adquirir preservativos o acceder a tratamiento de las ITS. Asimismo, las personas con un menor nivel educativo pueden tener menos acceso a información sobre los peligros de los comportamientos de alto riesgo o pueden ser menos capaces de comprender los mensajes de prevención. Esto explica por qué las personas pobres y sin formación tienen tasas superiores de la mayoría de las ITS (Lacey et al., 1997). Éste también parece ser el caso de la propagación del VIH en los países industrializados (Cowan et al., 1994; Krueger *et al.*, 1990; McCoy *et al.*, 1996).
- Durante la primera década de la epidemia de VIH/SIDA en África, las infecciones por el VIH no siguieron esta pauta. Diversos estudios revelaron una correlación positiva entre la infección por el VIH y el nivel socioeconómico, medido por el grado de escolarización, ingresos y perfil laboral (Ainsworth y Semali, 1998). Los análisis de datos de encuestas demográficas y sanitarias realizadas a princi-

—>

pios de los años noventa y de estudios de comportamiento sexual, patrocinados por el Programa Mundial del SIDA de la OMS durante el periodo 1989-1991, indican que la probabilidad de tener una pareja sexual comercial o esporádica aumenta con el nivel educativo, lo que, a su vez, incrementa potencialmente el riesgo de exposición a ITS, incluido el VIH (Filmer, 1998; Deheneffe et al., 1998). La demanda de relaciones sexuales comerciales y/o la capacidad de mantener múltiples parejas aumentan en paralelo con los ingresos. Asimismo, las personas con mayor nivel educativo e ingresos más elevados disponen de más dinero “en metálico” y tienen más probabilidades de viajar, con las consiguientes oportunidades de relaciones sexuales esporádicas.

- Los ingresos totales no constituyen por sí mismos una variable predictiva de las tendencias en la prevalencia del VIH: hay factores sociales y culturales del país que desempeñan un papel importante en la dinámica de la epidemia. Aunque expresiones bienintencionadas como “la pobreza causa el SIDA” parezcan favorecer la causa de los pobres, en realidad socavan los esfuerzos de fomento de los preservativos y de prevención sobre el terreno (Halperin, 2000).

APÉNDICE 2: INDICADORES

1. Resumen de indicadores por áreas programáticas, instrumentos de medición y prioridad según los diferentes estadios de la epidemia *

(C = indicador básico; A = indicador complementario)

Nota: Se insta a los equipos en el país a que se remitan al texto para las definiciones y que sean extremadamente selectivos en el uso de los indicadores.

Indicador de área programática	Prioridad Epidemia generalizada	Prioridad Concentrada nivel bajo
Políticas 1 Gasto en prevención del VIH	C	C
Disponibilidad y calidad de los preservativos 1 Preservativos disponibles, en todo el país 2 Preservativos disponibles, al por menor	C C	C A
Estigma y discriminación 1 Actitudes de aceptación de las personas VIH-positivas 2 Empleadores no discriminatorios	C C	C C
Conocimientos 1 Conocimiento de la prevención del VIH	C	C
Asesoramiento y pruebas voluntarias 1 Personas que solicitaron la prueba y recibieron los resultados 2 Distritos con servicios de APV 3 Centros de APV con condiciones mínimas 4 Calidad de los laboratorios de APV	C C C A	A A A
Transmisión maternoinfantil 1 Mujeres gestantes asesoradas y sometidas a las pruebas 2 Dispensarios que ofrecen asistencia prenatal y remiten a servicios especializados 3 Calidad del asesoramiento sobre el VIH para las mujeres embarazadas 4 Facilitación de terapia antirretrovírica	C C A A	
Negociación y actitudes sexuales 1 Capacidad de las mujeres para negociar relaciones sexuales seguras	A	
Comportamiento sexual 1 Prácticas sexuales de alto riesgo durante el último año 2 Uso de preservativos como mínimo en las relaciones sexuales de alto riesgo 3 Relaciones sexuales con profesionales del sexo durante el último año 4 Uso de preservativos por parte de los clientes en la última relación sexual comercial 5 Uso de preservativos por parte de los profesionales del sexo con el último cliente	C C A A A	C C C C A

* Parte de los estudios de vigilancia del comportamiento (EVC): directrices para investigaciones repetitivas del comportamiento en grupos de población con riesgo de VIH.

Apéndice 2 (cont.):

2. Resumen de indicadores por áreas programáticas, instrumentos de medición y prioridad según los diferentes estadios de la epidemia *

(C = indicador básico; A = indicador complementario)

Nota: Se insta a los equipos en el país a que se remitan al texto para las definiciones y que sean extremadamente selectivos en el uso de los indicadores.

Indicador de área de programa	Prioridad Epidemia generalizada	Prioridad Concentrada nivel bajo
Comportamiento sexual de los jóvenes		
1 Edad mediana en el momento de la primera relación sexual	C	
2 Jóvenes que tienen relaciones sexuales prematrimoniales	C	A
3 Uso de preservativos en la última relación sexual prematrimonial	C	A
4 Jóvenes con múltiples parejas	C	A
5 Uso de preservativos en la última relación sexual de alto riesgo	C	A
6 Uso de preservativos en la primera relación sexual	A	A
7 Parejas sexuales de diferentes edades	A	
Consumo de drogas intravenosas		
1 Los consumidores de drogas intravenosas comparten sus equipos		C
2 Los consumidores de drogas intravenosas nunca comparten sus equipos		C
3 Los consumidores de drogas intravenosas emplearon preservativos en la última relación sexual		A
Seguridad hematológica/transmisión nosocomial		
1 Evaluación sistemática de las unidades sanguíneas para transfusión	C	C
2 Reducción de las transfusiones sanguíneas	A	A
3 Distritos/regiones con un banco de sangre	C	C
4 Transmisión accidental en centros sanitarios	A	
Asistencia y prevención de ITS		
1 Diagnóstico y tratamiento apropiados de ITS	C	C
2 Asesoramiento sobre prevención y pruebas del VIH	C	C
3 Suministro de fármacos en los dispensarios de ITS	C	A
4 Tratamiento específico para ITS	A	C
Asistencia y apoyo		
1 Personal médico con formación sobre el SIDA	A	A
2 Instalaciones sanitarias con capacidad para proporcionar asistencia	C	
3 Instalaciones sanitarias con existencias de fármacos	A	
4 Ayuda a las familias mediante la asistencia a los jóvenes	C	
5 Ayuda a las familias mediante la asistencia a los huérfanos	A	
Impacto sanitario y social		
1 Prevalencia del VIH en mujeres embarazadas	C	C
2 Prevalencia de la sífilis en mujeres embarazadas	C	C
3 Prevalencia del VIH en subpoblaciones de riesgo	A	C
4 Prevalencia de la orfandad	C	
5 Escolarización de huérfanos	A	

Fuente: ONUSIDA, 2000c, pp. 26-27.

* Parte de los estudios de vigilancia del comportamiento (EVC): directrices para investigaciones repetitivas del comportamiento en grupos de población con riesgo de contraer el VIH.

APÉNDICE 3. SITIOS WEB SELECCIONADOS SOBRE SIDA, POBREZA Y ALIVIO DE LA DEUDA

<http://www.unaids.org/publications/documents/index.html>

<http://www.worldbank.org/hipc/>

<http://www.worldbank.org/aids-econ/>

<http://www.worldbank.org/poverty/>

http://www.oxfam.org/advocacy/human_f.htm

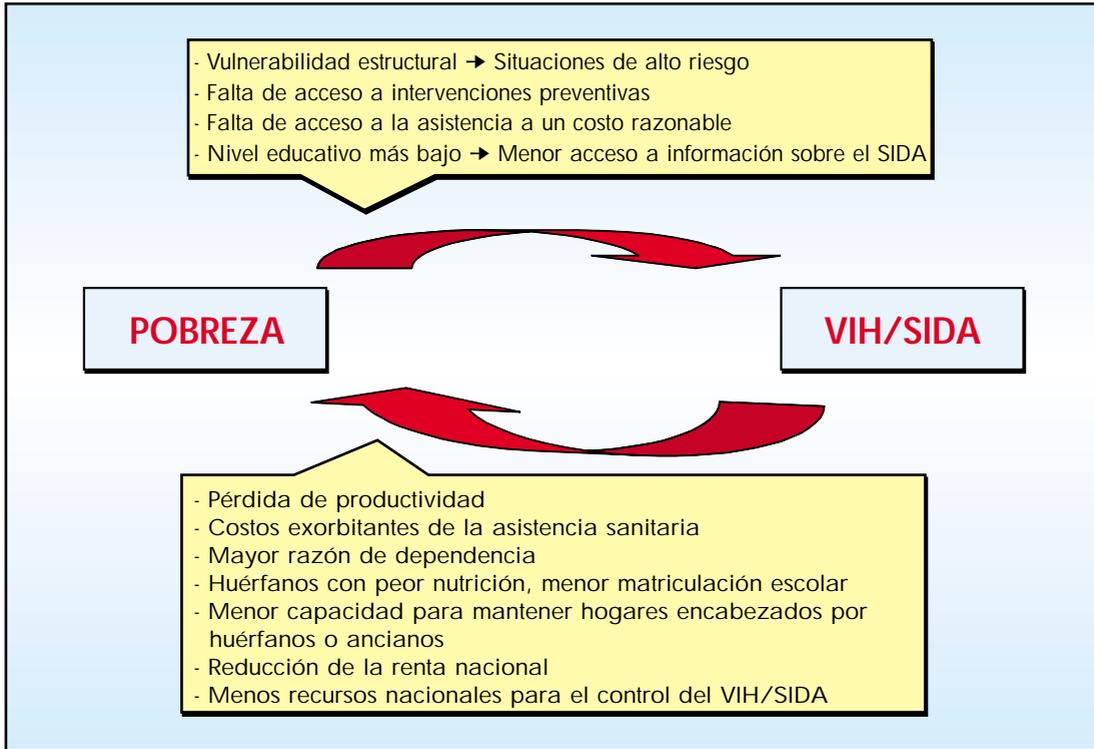
http://www.dfid.gov.uk/public/what/strategy_papers/target_strategy.html

http://www.usaid.gov/pop_health/aids/index.html

<http://www.j2000usa.org>

El Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) es el principal impulsor de la acción mundial contra el VIH/SIDA. Reúne a siete organizaciones de las Naciones Unidas en un esfuerzo común para luchar contra la epidemia: el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), el Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP), el Programa de las Naciones Unidas para la Fiscalización Internacional de Drogas (PNUFID), la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO), la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Banco Mundial.

El ONUSIDA moviliza las respuestas de sus siete organizaciones copatrocinadoras a la epidemia y complementa esos esfuerzos con iniciativas especiales. Su objetivo es encabezar e impulsar la ampliación de la respuesta internacional al VIH en todos los frentes: médico, de la salud pública, social, económico, cultural, político y de los derechos humanos. El ONUSIDA colabora con múltiples asociados –gubernamentales y de ONG, empresariales, científicos y de otros campos- para compartir conocimientos teóricos y prácticos así como prácticas óptimas más allá de los límites de las fronteras.



Vínculos entre la pobreza y el VIH/SIDA: una visión simplificada. Se abordan dos grupos de cuestiones. Uno de ellos apunta al SIDA como factor causante o agravante de la pobreza. El otro se ocupa del efecto combinado de la pobreza y las desigualdades de ingresos en las transacciones sociales, incluidas las relaciones sexuales, los patrones de vulnerabilidad y las pautas de comportamiento de riesgo en relación con la infección por el VIH y el SIDA.



Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA

ONUSIDA

UNICEF • PNUD • FNUAP • PNUFID
UNESCO • OMS • BANCO MUNDIAL

Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA)

ONUSIDA – 20 avenue Appia, 1211 Ginebra 27 – Suiza

Teléfono (+41 22) 791 46 51 – Fax (+41 22) 791 41 87

Dirección electrónica: unaids@unaids.org – Internet: <http://www.unaids.org>

\$10.00