



VIH/SIDA

Y ESTRATEGIAS PARA LA REDUCCIÓN DE LA POBREZA

Nota de política del PNUD

Agosto de 2002

Resumen ejecutivo

La finalidad de las Notas de Política del PNUD es informar y reforzar el suministro de apoyo programático y normativo a los países. La presente Nota brinda orientación normativa sobre el importante desafío que supone la integración de las prioridades en materia de VIH/SIDA en las estrategias para la reducción de la pobreza, incluidos los Documentos de estrategia para la reducción de la pobreza (DERP).

En muchos países, las estrategias para la reducción de la pobreza se están convirtiendo en el principal instrumento de planificación para el desarrollo, y determinan las prioridades nacionales así como la asignación de recursos externos y nacionales. En el caso de los Estados pobres muy endeudados (EPME), las estrategias para la reducción de la pobreza configuran el ritmo del alivio de la deuda, y la asignación de las economías derivadas de dicho alivio. En consecuencia, la integración del VIH/SIDA en las estrategias para la reducción de la pobreza ayuda a crear el clima normativo y de planificación necesario para oponer a la epidemia una respuesta amplia, multisectorial y debidamente financiada.

La Nota de Política ofrece una síntesis de doctrina de vanguardia acerca de la interfaz entre las estrategias para la reducción de la pobreza y los esfuerzos encaminados a invertir la difusión del VIH/SIDA. Propone nueve esferas normativas en las que el PNUD y sus asociados tienen que centrar sus esfuerzos a título prioritario.

La base de la Nota de Política es una lista recapitulativa que brinda una orientación concreta acerca de la forma de integrar al VIH/SIDA en las estrategias para la reducción de la pobreza, que es importante para todos los países, sean cuales fueren sus actuales tasas de prevalencia de VIH. La Nota concluye planteando el debate en el plano mundial. Recomienda que el PNUD –en el contexto de la Campaña en favor de los Objetivos de Desarrollo del Milenio- refuerce su labor de promoción a fin de situar al VIH/SIDA en el centro del programa internacional de desarrollo, aprovechando los resultados de su labor en el plano de los países y basándose en dichos resultados.

Índice

Reconocimiento de la colaboración obtenida

Siglas

1. Introducción

2. La crisis del VIH/SIDA: Breve actualización

3. Repercusiones en los esfuerzos desplegados para reducir la pobreza

4. Inclusión del VIH/SIDA en el centro del Programa Nacional de Desarrollo

5. El VIH/SIDA y las estrategias para la reducción de la pobreza: Nueve esferas normativas

- 5.1. Importancia central de la prevención y el tratamiento del VIH/SIDA en las Estrategias para la reducción de la pobreza
- 5.2. Esfuerzos especiales en los países con bajas tasas de prevalencia de VIH/SIDA
- 5.3. El VIH/SIDA y los Marcos macroeconómicos
- 5.4. Contrarrestar el impacto socioeconómico del VIH/SIDA en el plano de los hogares domésticos
- 5.5. Mitigación del impacto del VIH/SIDA en los servicios públicos esenciales
- 5.6. Medidas para aliviar la pesada carga que recae en la mujer
- 5.7. Abordar la pobreza como fuente de vulnerabilidad para el VIH y el SIDA
- 5.8. Advenimiento de los medicamentos antirretrovirales
- 5.9. Lucha contra la pobreza y el VIH/SIDA

6. Lista recapitulativa de medidas para dar una importancia central al VIH/SIDA en las Estrategias para la reducción de la pobreza

7. La dimensión mundial

Recursos

Anexo, cuadro 1: Pobreza y prevalencia del VIH

Anexo, cuadro 2: Objetivos de Desarrollo del Milenio seleccionados, y efectos del VIH/SIDA

Autor

Reconocimiento

La presente Nota de Política se preparó en un activo proceso de consulta, con inclusión de un diálogo por vía electrónica en tres redes internas de conocimientos y prácticas del PNUD; la red sobre la pobreza, que tiene 520 miembros; la red sobre el VIH/SIDA, que tiene 252 miembros, y la red sobre el género, que tiene 410 miembros. La Nota fue examinada por el Equipo del Programa sobre la Pobreza, y la Junta de Política del PNUD la sometió a debate y la aprobó. El autor quisiera agradecer especialmente a las siguientes personas su valiosa intervención y sus sugerencias: Alexander Aboagye, Diana Alarcón, Natacha Amona, Aissatou Bah, Chandrika Bahadur, Bárbara Barungi, Neera Burra, Judy Cheng-Hopkins, Patrice Chiwota, Zéphirin Diabré, Assane Diop, Georgina Fekete, Ankie Frantzen, Enrique Ganuza, Uffe Gartner, Moustapha Gueye, Linda Ghanime, Nicholas Gouede, Alejandro Grinspun, Lee Nah Hsu, Selim Jahan, Abdoulie Janneh, Marc Jacquand, Jafar Javan, Rosemary Kalapurakal, Annette Krauss, David Lockwood, Carlos Lopes, Kamal Malhotra, Soraya Mellali, Joana Merlin-Scholtes, Renaud Meyer, Nathalie Millbach Bouche, Viola Morgan, Roland Msiska, Simon Munzu, Subinay Nandy, Safiatou Ba-N'Daw, Lily Ohiorhenuan, Thord Palmund, Kyoko Postill, Nadia Rasheed, Caty Sarr, Karin Santi, Anuradha Seth, Meera Shah, Monica Sharma, Norimasa Shimomura, Jan Vandemoortele, Claire Van Der Vaeren, y Sonam Yangchen-Rana.

Siglas

AOD	Asistencia Oficial para el Desarrollo
CEI	Comunidad de Estados Independientes
DPD	Dirección de Políticas de Desarrollo
EPME	Estados Pobres Muy Endeudados
ERP	Estrategia para la reducción de la pobreza
ETS	Enfermedad de transmisión sexual
FMI	Fondo Monetario Internacional
IPH-1	Índice de Pobreza Humana (países en desarrollo)
MAV	Medicamento antirretroviral
MGMP	Marcos de gastos a mediano plazo
OCDE	Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos
ODM	Objetivo de Desarrollo del Milenio
ONG	Organización no gubernamental
ONUSIDA	Programa Conjunto de las Naciones Unidas para la lucha contra el VIH/SIDA
PERP	Documento de estrategia para la reducción de la pobreza
PNUD	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
PVCVS	Personas que viven con VIH y SIDA
SIDA	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
VIH	Virus de inmunodeficiencia humana

1. Introducción

La finalidad del presente documento es brindar orientación normativa acerca del importante desafío planteado por la integración de las prioridades en materia de VIH/SIDA en las estrategias para la reducción de la pobreza, con inclusión de los Documentos de estrategia para la reducción de la pobreza (DERP). Las consecuencias socioeconómicas actuales y previstas de la epidemia son tan devastadoras que la lucha contra el SIDA y la lucha contra la pobreza se han convertido en una sola batalla. La consecución de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) –y de los objetivos en materia de pobreza determinados por los países- no será posible sin enfrentarse con eficacia a la crisis del SIDA.

Las estrategias para la reducción de la pobreza se están convirtiendo en el instrumento principal de la planificación nacional en muchos países, lo que brinda una importante oportunidad para situar al SIDA en el centro de los procesos de planificación del desarrollo nacional y de asignación presupuestaria, a fin de facilitar la creación de una política adecuada y de un ambiente dotado de los recursos necesarios para dar una respuesta amplia, multisectorial y de profundidad cada vez mayor.

El PNUD se halla en una situación privilegiada para ayudar a los países a lograr que haya sinergia entre los esfuerzos encaminados a invertir el curso de la epidemia y las estrategias destinadas a reducir la pobreza. Huelga decir que hay mucho que hacer en esta esfera. En el caso de los DERP, un reciente examen del Banco Mundial y del FMI reconoce que la atención prestada a la pandemia del VIH/SIDA ha tendido a dar muestras de debilidad en la mayor parte de los documentos de estrategia. Según el punto de referencia que se utilice, solamente un puñado de estrategias para la reducción de la pobreza han integrado adecuadamente la lucha contra el VIH/SIDA. Entre los países en los que las prioridades en materia de lucha contra el VIH/SIDA han quedado integradas por lo menos parcialmente en las estrategias para la reducción de la pobreza figuran Malawi, Mozambique y Uganda, pero la gran mayoría de dichas estrategias no hacen sino una referencia ocasional al VIH/SIDA en las secciones que tratan de la salud, pasando por alto sus consecuencias en los análisis de las causas y las repercusiones de la pobreza, y fallando la oportunidad de conceder al VIH/SIDA una prioridad fundamental que requiera medidas multisectoriales y objetivos delimitados en el tiempo, así como recursos adecuados. En el caso de muchos países pobres muy endeudados (PPME), el resultado ha sido que a la lucha contra el VIH/SIDA se ha asignado específicamente muy poco dinero procedente de las economías obtenidas en el alivio de la deuda o no se le ha asignado fondo alguno. Según una encuesta efectuada en 10 países en los que se han asignado fondos procedentes del alivio de la deuda, esos fondos equivalían por término medio a menos del 5% de los fondos totales provenientes del alivio de la deuda.

El PNUD está acelerando sus esfuerzos para conseguir que las estrategias para la reducción de la pobreza, tanto en los países objeto de Documentos de estrategia para la reducción de la pobreza como en los países que no han sido objeto de dichos Documentos, reflejen la realidad de la epidemia y de sus repercusiones socioeconómicas. La presente Nota de Política es una medida fundamental para poner en práctica la Estrategia orgánica del PNUD en relación con el VIH/SIDA, y más concretamente su componente (estructura de servicio) que trata específicamente de la inclusión del VIH/SIDA entre las actividades principales de planificación del desarrollo. Además, la Nota se basa en el enfoque general del PNUD de apoyo a las estrategias para la reducción de la pobreza que se enuncia en la Nota de Política titulada *"Papel de la política económica en la reducción de la pobreza"*.

El desafío que consiste en incluir al VIH/SIDA en las estrategias para la reducción de la pobreza fue destacado también en la Declaración de compromiso hecha por Estados Miembros en

el período extraordinario de sesiones de la Asamblea General sobre el VIH/SIDA, en la que se dice que *"Para el año 2003, incorporar las prioridades de la prevención, atención, tratamiento, apoyo y reducción de los efectos del VIH/SIDA en los planes de desarrollo, incluidas las estrategias de erradicación de la pobreza, las asignaciones de los presupuestos nacionales y los planes de desarrollo sectorial"* (párrafo 38). Teniendo en cuenta su función y su mandato en cuanto a la reducción de la pobreza y la lucha contra el VIH/SIDA, se cuenta con que el PNUD se encargue de proporcionar un apoyo eficaz a los países en los esfuerzos desplegados con miras a cumplir el mencionado compromiso.

2. La crisis del VIH/SIDA: Breve actualización

Al final del año 2001 se estimaba que 40 millones de personas vivían con VIH y SIDA, y que 28 millones habían perecido ya como consecuencia de la enfermedad. El número de personas contagiadas es probable que llegue a 100 millones (cifra acumulada) dentro de menos de un decenio si no se lanza inmediatamente una campaña de lucha masiva contra la enfermedad.

El VIH/SIDA es la principal causa de fallecimiento en África subsahariana, y representa la cuarta parte de todos los casos mortales mientras que el paludismo sólo representa actualmente menos de una décima parte. Los países del Caribe y algunos países de América Central están enfrentándose con una epidemia cuya magnitud se aproxima a la de África. Ahora bien, la difusión más rápida de la infección con VIH tiene lugar actualmente en Asia y Europa Oriental y la CEI. Hay una amplia gama de factores relativos a la sociedad que hacen que esas regiones sean muy vulnerables a una epidemia generalizada. Aunque las tasas de prevalencia sean relativamente bajas, millones de personas están infectadas y afectadas por el VIH/SIDA, debido a las grandes masas de población. En la actualidad la India figura en segundo lugar en cuanto al número de personas que viven con VIH/SIDA (PVCVS), después de Sudáfrica.

La magnitud estadística de la epidemia se indica en el Cuadro 1 del Anexo. A continuación se resume la situación:

- En todo el mundo 57 países han alcanzado una tasa de prevalencia del VIH entre los adultos que rebasa el 1%, que es el punto en que se estima que la epidemia se ha afianzado y comienza a difundirse entre la población en general.
- 28 países han alcanzado tasas de prevalencia de más del 4%, que se estima que es el nivel a partir del cual la epidemia escapa a todo control.
- 13 países han rebasado el 10 % de adultos infectados con el VIH.
- Siete países han rebasado el 20%, y Botsuana y Zimbabue han ido más allá de lo que los expertos estimaban que era posible: sus tasas de prevalencia son del 39% y el 34%, respectivamente.
- India tendrá pronto el número más elevado de ciudadanos seropositivos, y China no le va muy a la zaga; combinados, los dos países tendrán por lo menos 10 millones de personas infectadas con el VIH para el año 2005.
- Ucrania (1%) y Rusia (0,9%) se caracterizan por tener las epidemias de más rápido aumento de todo el mundo, y la tendencia en Rusia es que el número de casos registrados se duplique cada año. El Ministerio de Salud de Rusia estima que de 5 a 10 millones de hombres y muchachos de edades comprendidas entre 15 y 20 años serán seropositivos dentro de cinco años.

No hay que olvidar que las tasas mencionadas no pueden tener en cuenta a las personas que han fallecido ya de SIDA, ni incluir a las que quedarán infectadas en el futuro. Además, en vista del

intervalo que media entre la infección con VIH y la aparición del SIDA, las tasas de mortalidad entre adultos jóvenes se supone que seguirán aumentando durante bastante tiempo. Si no se consiguen progresos en la prevención y el tratamiento, y si se parte del supuesto de que el nivel de riesgo será constante, la posibilidad de que se perezca a causa del SIDA para un muchacho de 15 años de edad es del 50% en Kenia, de 60% en Zambia, de casi el 60% en Sudáfrica, y de casi el 90% en Botswana.¹

3. Repercusiones en los esfuerzos desplegados para reducir la pobreza

La crisis del VIH/SIDA tiene repercusiones de enorme importancia para la consecución de los Objetivos de Desarrollo del Milenio y de las metas en materia de pobreza determinadas por los países y relacionadas con dichos Objetivos. Uno de los objetivos consiste en reducir la prevalencia del VIH entre personas de 15 a 24 años de edad en un 25% para el año 2005 en los países más afectados por la epidemia, y para el año 2010 en todos los países. En vista de la devastación sin precedentes que caracteriza a la epidemia, el ODM más importante consiste en invertir la tendencia del VIH/SIDA. Si no se progresa en la lucha contra el VIH/SIDA, la posibilidad de conseguir cualquiera de los demás objetivos ofrece muchas dificultades. El Cuadro 2 del Anexo ofrece un análisis de las repercusiones del VIH/SIDA para la consecución de los ODM.

Las repercusiones del VIH/SIDA son muy graves porque el SIDA mata a personas adultas en el mejor momento de su vida, con lo cual priva a las familias, a las comunidades y a países enteros de sus jóvenes más productivos. Aparte de que supone una pesada carga sanitaria para los países pobres, la epidemia de VIH/SIDA está profundizando y difundiendo la pobreza, invirtiendo la tendencia del desarrollo humano, empeorando las desigualdades entre los géneros, reduciendo la capacidad de los gobiernos de brindar servicios esenciales, reduciendo la productividad laboral, y dificultando el desarrollo de actividades en favor de los pobres. Por ejemplo: .

- Como resultado del VIH/SIDA, el porcentaje de personas que viven en condiciones de pobreza en Burkina Faso aumentará del 45% a casi el 60% para el año 2010, según el Informe Nacional sobre el Desarrollo Humano 2001, del PNUD.
- La esperanza de vida al nacer en Haití será de 50 años en vez de 60 en el año 2010 como resultado del VIH/SIDA. Según la División de Población de las Naciones Unidas, la esperanza de vida al nacer se calcula que disminuirá a menos de 35 años en los países más afectados.
- La tasa de mortalidad de los niños de menos de cinco años en Sudáfrica aumentará a aproximadamente 150 por mil nacidos vivos para el año 2010, en vez de descender a aproximadamente 50 como sucedería si no hubiera VIH/SIDA, según la Oficina del Censo de los Estados Unidos.
- La matriculación escolar en la República Centroafricana y en Swazilandia ha disminuido ya en un 20 a 36% como resultado del número de huérfanos por SIDA que han abandonado los estudios, según informes gubernamentales.
- En Trinidad y Tabago, según el Informe nacional sobre desarrollo humano 2000, del PNUD, las tasas de VIH son cinco veces más altas en el caso de las muchachas de 15 a 19 años que en el caso de los muchachos, consecuencia de las repercusiones discriminatorias del SIDA entre las jóvenes.
- El ingreso público disminuirá en un 20% en Botswana como resultados de las consecuencias económicas de la epidemia, según el Informe de Botswana sobre Desarrollo Humano en el año 2000, dificultando sobremano los esfuerzos desplegados para reducir la pobreza y conseguir los ODM.

¹ Informe sobre la epidemia mundial de VIH/SIDA, ONUSIDA, junio de 2000.

Lo pasmoso de estas estadísticas acumuladas refleja las consecuencias devastadoras de la epidemia en el plano de los hogares domésticos. Las familias pierden a los que ganan el pan del hogar y se cuidan de los suyos, se pierden los ingresos, disminuye la producción agrícola, empeora la nutrición, aumentan los gastos de atención médica, se disparan los gastos funerarios, los ahorros se convierten en deudas, los niños abandonan la escuela, se degrada el estado de salud de la persona, etc. Los estudios sobre familias rurales en Tailandia indican que la producción de las explotaciones agrícolas y sus ingresos bajan entre un 52% y un 67% en los hogares afectados por el SIDA. Un estudio realizado en Zambia muestra que dos terceras partes de los hogares urbanos que han perdido su principal cabeza de familia como consecuencia del SIDA han sufrido una pérdida de ingresos de un 80%. El mismo estudio reveló que el 61% de esas familias se trasladaron a viviendas más baratas, que el 39% perdió la disponibilidad de agua potable, y que el 21% de las muchachas y el 17% de los muchachos abandonaron sus estudios escolares².

Otra cuestión de importancia capital es el hecho de que el grueso de la carga lo soporta la mujer en su papel múltiple de vigilante, mantenedora de la familia y trabajadora agrícola de subsistencia. La pobreza, el género y el VIH/SIDA parecen hallarse estrechamente interrelacionados. Se ha podido observar también que la epidemiología social del SIDA está cambiando con el tiempo. En los primeros tiempos de la pandemia, las personas más educadas y mejor acomodadas eran más vulnerables a la infección del VIH, principalmente por disponer de mayores recursos y por caracterizarse por una mayor movilidad. Ahora bien, una vez que se empezó a disponer de información y de conocimientos acerca de la enfermedad, esas personas modificaron su conducta y se protegieron contra el VIH, mientras que las personas menos instruidas resultaron más vulnerables al virus a medida que se difundía³.

4. Inclusión del VIH/SIDA en el centro del Programa Nacional de Desarrollo

Las estrategias para la reducción de la pobreza se están convirtiendo en muchos países en los principales instrumentos para la planificación del desarrollo, determinando las prioridades nacionales y la asignación de recursos tanto nacionales como exteriores, y en el caso de los países pobres muy endeudados, determinan también el ritmo del alivio de la deuda y la asignación de las economías conseguidas gracias al alivio de la deuda. Ésta es la razón principal para integrar al VIH/SIDA en las estrategias para la reducción de la pobreza, logrando de esa manera que se asignen recursos adecuados a los programas encaminados a invertir la difusión de la epidemia y a gestionar sus consecuencias. Considerando a la respuesta al VIH/SIDA como una intervención de salud pública estrechamente definida y aislada, separada de la corriente principal de esfuerzos en favor del desarrollo, no se podrá evitar que dicha respuesta siga estando insuficientemente financiada, que sea inadecuada y que esté fragmentada.

² Namposya Nampanya-Serpell, "Factores de riesgos sociales y económicos para las familias afectadas por el VIH/SIDA en Zambia", 2001.

³ En los países más afectados, la pauta de las personas instruidas refleja una configuración en forma de U invertida ya que la epidemia progresa desde la fase inicial hasta la fase concentrada y a continuación hasta la fase generalizada. La pauta para los que carecen de instrucción sigue una curva más gradual durante la fase inicial y la fase concentrada, pero aumenta de forma exponencial en la fase generalizada. Incluso en países en los que la tasa general de prevalencia del VIH es alta y está aumentando, el nivel de infección con VIH entre las personas más instruidas ha comenzado a disminuir durante el decenio de 1990. La "vacuna educación" contra el VIH parece que esta empezando a dar efecto a medida que la población se concientiza acerca de la pandemia. La evidencia indica que la infección con VIH no es aleatoria, y que las nuevas infecciones se concentran cada vez más entre los analfabetos y los pobres, especialmente entre las mujeres jóvenes, pobres y analfabetas.

Incluyendo las prioridades relacionadas con el VIH en las estrategias para la reducción de la pobreza se ayudará a crear un “ambiente normativo y de recursos propicio” para poder dar una respuesta eficaz a la epidemia, consiguiendo de esta manera una sinergia entre diversas intervenciones en muchos sectores, y consiguiendo una financiación adecuada para la lucha contra el VIH/SIDA. Las experiencias de los escasos países en los que se han conseguido resultados tangibles en la inversión de la tendencia de la epidemia –Uganda, Senegal, Tailandia, Camboya y Brasil- indican la importancia que tiene un ambiente propicio en materia normativa y de recursos.

La inclusión de las prioridades de la lucha contra el VIH/SIDA en las estrategias para la reducción de la pobreza dará probablemente los siguientes resultados importantes:

- Las prioridades de la lucha contra el VIH/SIDA se convierten en parte integrante del programa de desarrollo de un gobierno, dando a la lucha contra dicha epidemia liderazgo y mayor visibilidad política.
- Es más probable que el VIH/SIDA ocupe un lugar prominente en las prioridades de los Ministerios de Finanzas y de Desarrollo, requisito previo para que el gobierno se movilice a fondo en la lucha contra el VIH/SIDA y vele por sus consecuencias socioeconómicas.
- El gobierno se ocupa firmemente de los programas nacionales de lucha contra el SIDA, lo que crea un mayor sentimiento nacional de propiedad y la vigilancia necesaria para obtener resultados reales y sostenidos.
- La respuesta al VIH/SIDA pasa a institucionalizarse debidamente y a integrarse en todas las actividades del gobierno, en todos los sectores. Esto ayuda a lograr que el VIH/SIDA no sea el campo reservado del Ministerio de Salud y de las ONG cuya labor es fundamentalmente benéfica. La respuesta adquiere un carácter realmente multisectorial y se manifiesta en múltiples niveles, con mejor coordinación entre los diversos sectores y agentes, y entre las intervenciones nacionales y de nivel local, lo que da por resultado una respuesta de mayor envergadura y de carácter sostenible en el plano del país.
- Se asignan recursos nacionales al plan estratégico nacional de lucha contra el VIH/SIDA, evitando toda dependencia excesiva respecto de la financiación y definición de programas basados en la ayuda de donantes, sin por ello ignorar el hecho de que se necesita mucho más apoyo de los donantes para colmar la brecha entre los recursos disponibles y los recursos necesarios.
- Las economías debidas al alivio de la deuda es muy posible que se destinen a intervenciones contra el VIH/SIDA, como parte de la estrategia nacional para la reducción de la pobreza, brindando así una importante oportunidad de aumentar el nivel de gastos públicos con destino a la lucha contra el VIH/SIDA. (De los 42 países que pueden aspirar al alivio de la deuda por ser países pobres muy endeudados, 30 están gravemente afectados por la epidemia de VIH/SIDA).
- El programa nacional de lucha contra el SIDA podrá aprovechar la existencia de marcos contables creados en el contexto de la planificación presupuestaria y de las estrategias para la reducción de la pobreza, produciéndose de esta manera una clara división del trabajo entre las diversas instituciones gubernamentales, así como una asignación transparente y un desembolso no menos transparente de los recursos.

5. El VIH/SIDA y las estrategias para la reducción de la pobreza: Nueve esferas normativas

En vista de la articulación que existe entre el VIH/SIDA, la pobreza y la desigualdad de los géneros – así como de la devastación socioeconómica causada por la epidemia- el PNUD tiene que desempeñar ahora un papel principal para ayudar a los países a que sitúen al VIH/SIDA en el centro de sus estrategias para la reducción de la pobreza. Con tal finalidad, el documento propone nueve esferas normativas para la intervención y el apoyo del PNUD. También puede considerarse a esas esferas como puntos de entrada en las redes Sur-Sur, y para establecer asociaciones con otros organismos de las Naciones Unidas, instituciones multilaterales prestatarias y organizaciones no gubernamentales.

5.1. Importancia central del tratamiento y la prevención del VIH/SIDA en las Estrategias para la reducción de la pobreza

A medida que la epidemia se convierte gradualmente en el mayor obstáculo para la campaña de la reducción de la pobreza, es preciso situar al tratamiento y la prevención del VIH/SIDA en el centro de las estrategias nacionales para la reducción de la pobreza. Las estrategias para la reducción de la pobreza necesitan incluir compromisos específicos, objetivos a plazo mediano, y metas de acción a corto plazo en relación con el tratamiento y la prevención del VIH y para gestionar sus repercusiones socioeconómicas. La integración del VIH/SIDA en las Estrategias para la reducción de la pobreza brinda una oportunidad fundamental para conseguir que haya una respuesta multisectorial y multiagente al VIH/SIDA que incluya, sin circunscribirse a ello, intervenciones de salud de base sectorial. El VIH/SIDA tiene que presentarse en las estrategias para la reducción de la pobreza como preocupación multisectorial, que especifique los papeles y las obligaciones respectivas de todos los sectores y niveles de gobierno, tanto entre los grupos de sociedad civil como en el sector privado.

Para conseguir que las estrategias para la reducción de la pobreza reflejen las realidades de la epidemia tal y como las han sufrido los afectados, es esencial que haya consultas dinámicas entre el gobierno y la sociedad civil, que reconozcan particularmente el papel directivo de las comunidades afectadas por la epidemia y las PVCVS. Esto reviste también importancia fundamental para luchar contra la idea de considerar a la epidemia de VIH/SIDA como un estigma y de negar su existencia, obstáculo de gran importancia para situar al VIH/SIDA en el centro de los diálogos sobre desarrollo y reducción de la pobreza. En los países en los que los dirigentes políticos no están aún en condiciones de enfrentarse con los hechos de la actual realidad o la amenaza futura de la epidemia, la sociedad civil y los medios de comunicación desempeñan un papel principal en la lucha por liberar a esta cuestión del deseo obsesivo de negar su existencia.

5.2. Esfuerzos especiales en los países con bajas tasas de prevalencia de VIH/SIDA

La integración de la prevención del VIH/SIDA y de su cuidado en las estrategias para la reducción de la pobreza es tan importante en los países con tasas elevadas de enfermedad como en los países con tasas de enfermedad bajas. En los países con bajas tasas de VIH/SIDA, el problema consistente en integrar una respuesta proactiva ante la epidemia en la planificación del desarrollo reviste la máxima urgencia. Muchos países de Asia y el Pacífico, de Europa oriental y la CEI, de América Latina, así como de los Estados Árabes, tienen todavía una posibilidad de detener la epidemia antes de que sea tan frecuente como en África o en el Caribe, evitando de esa manera sus devastadoras consecuencias socioeconómicas.

El situar al VIH/SIDA en el centro del programa de desarrollo nacional en países que todavía no han experimentado la devastación que la epidemia trae consigo, puede ser algo problemático. Requiere esfuerzos especiales para convencer a los sectores gubernamentales decisorios y a los dirigentes de la sociedad civil de que entablen un diálogo acerca de los factores que hacen que los países y las comunidades sean vulnerables a una epidemia de envergadura, así como a la importancia de estar preparados y de poder adoptar medidas sin demora. Análisis sólidos y el estudio de posibles variantes del desarrollo de la enfermedad son factores indispensables para predecir el posible curso e impacto de la epidemia, a fin de convencer a los sectores decisorios de que la epidemia requiere atención inmediata, recursos y una clara definición de su prioridad.

5.3. El VIH/SIDA y los Marcos macroeconómicos

De importancia crítica para integrar al VIH/SIDA en las estrategias para la reducción de la pobreza es la asignación de fondos para los planes estratégicos nacionales, genuinamente multisectoriales, de lucha contra el VIH/SIDA, que a continuación deben merecer principal atención en las decisiones acerca de la asignación de gastos presupuestarios y en los Marcos de gastos a plazo mediano (MGPM). Un estudio llevado a cabo al final del año 2000 indica que no hay ningún país en el que los MGPM tengan en cuenta los casos relacionados con el VIH/SIDA en los diferentes sectores afectados. Esto quiere decir que se ha descuidado la oportunidad de definir los gastos relacionados con el VIH/SIDA y de demostrar la voluntad gubernamental de brindar una respuesta multisectorial y a múltiples niveles. En prácticamente todos los países es imposible en la actualidad obtener información fidedigna acerca de los gastos públicos para la lucha contra el VIH/SIDA. Por lo tanto, muchos países necesitan crear capacidades en la esfera de la confección de presupuestos y planes sectoriales, en particular por lo que se refiere a cuestiones multisectoriales como es el VIH/SIDA. En los países que preparan DERP es esencial que los planes estratégicos nacionales de lucha contra el VIH/SIDA se financien dentro del marco macroeconómico de los DERP, en vez de añadir su financiación como gastos que no forman parte integrante de las proyecciones globales de recursos.

En los países gravemente afectados, la integración de la lucha contra el VIH/SIDA en marcos macroeconómicos es mucho más amplia que la necesidad de lograr que se financien adecuadamente las estrategias nacionales de lucha contra el VIH/SIDA. A medida que las enfermedades relacionadas con el SIDA afectan a una proporción importante de la población adulta, la demanda de servicios de salud y bienestar social se incrementa rápidamente. Esto tiene consecuencias presupuestarias que hay que tener en cuenta en la planificación macroeconómica, especialmente si los gastos cada vez mayores originados por personas que tienen SIDA en fase terminal puede obligar a emplear recursos brevemente asignados a otras prioridades de desarrollo humano. Además, las consecuencias socioeconómicas del VIH/SIDA son tan graves que la base de ingresos del sector público sufre una erosión gradual cada vez mayor. En Botswana, por ejemplo, el PNUD ha calculado que los ingresos del sector público habrán disminuido en un 20% para el año 2010 como resultado directo del VIH/SIDA.

5.4. Contrarrestar el impacto socioeconómico del VIH/SIDA en el plano de los hogares domésticos

En los países gravemente afectados, hay que incrementar los esfuerzos desplegados para reducir la pobreza a fin de contrarrestar la sensación de privación que crea la epidemia, a pesar de los esfuerzos encaminados a evitar su difusión y prestar tratamiento para las personas infectadas. Las estrategias de lucha contra la pobreza tienen que estar "calibradas" para atender las necesidades especiales de los hogares y de las comunidades devastados por el VIH/SIDA, mejorando su acceso a los servicios sociales esenciales, los programas de empleo y generación de ingresos, y, cuando es

necesario, las intervenciones destinadas a aliviar el hambre y la privación extrema. Hay que prestar especial atención a los hogares pobres que ya son vulnerables a los traumas externos, a las necesidades de la mujer, y al apoyo para los niños huérfanos.

En los países afectados por la creciente mortalidad relacionada con el VIH/SIDA que se registra entre los adultos jóvenes, es necesario resolver una serie de cuestiones fundamentales a medida que las estrategias para la reducción de la pobreza se desarrollan y se aplican: los programas para la reducción de la pobreza, ¿deben ajustarse para que puedan beneficiar a los hogares cuyo nivel de vida caiga por debajo del umbral de pobreza como resultado del VIH/SIDA? ¿Cómo se podrá conseguir que los programas de generación de empleo e ingresos, los planes crediticios, y los proyectos de desarrollo rural se ajusten a las necesidades específicas de hogares y comunidades que padecen una elevada mortalidad de adultos? ¿Cómo es posible ampliar la cobertura de esos programas en vista de la limitación de los recursos disponibles? ¿Qué normas y recursos se requieren para lograr el acceso a los servicios sociales básicos por lo que se refiere a los hogares afectados por el SIDA? ¿Cómo se puede conseguir que la prestación de esos servicios se adapte mejor a las necesidades específicas de las PVCVS y de las comunidades afectadas?

A lo largo de los años, el PNUD ha prestado apoyo a muchas iniciativas individuales encaminadas específicamente a aliviar el impacto socioeconómico del VIH/SIDA en personas y comunidades. Ahora bien, muchos de esos proyectos constituyen esfuerzos fragmentarios desarrollados en lugares concretos y de cobertura muy limitada, y no forman parte de las estrategias nacionales generales para la reducción de la pobreza. Un ejemplo de país en el que eso no sucede es Uganda, donde el Plan nacional para la erradicación de la pobreza (que vale también como DERP) aborda las consecuencias devastadoras del VIH/SIDA para hogares y comunidades de forma más sistemática. Los recursos del Fondo de acción contra la pobreza se encauzan hacia distritos y poblados para que ayuden a sobrevivir a miembros de hogares afectados por la epidemia mediante actividades generadoras de ingresos, apoyo en materia de nutrición, capacitación, y mejor acceso a los estudios escolares para los huérfanos.

5.5. Mitigación del impacto del SIDA en los servicios públicos esenciales

Dentro del marco de las estrategias para la reducción de la pobreza, se requieren medidas concretas y recursos adicionales para contrarrestar las consecuencias devastadoras para el sector público, en particular para conseguir que se mantengan los servicios públicos esenciales a pesar de la pérdida de profesores, enfermeras y otros funcionarios públicos, y para que puedan desviarse los recursos públicos a fin de poder luchar contra el SIDA. Por ejemplo, se necesitan recursos para la capacitación y contratación aceleradas de prestatarios de servicios y para atender a la creciente demanda de atención médica y de alivio de la pobreza generada por la elevada morbilidad y mortalidad del SIDA.

En esta esfera, el PNUD está iniciando una labor de vanguardia en Malawi, país en el que presta apoyo a un importante examen de las consecuencias del VIH/SIDA para los recursos humanos del sector público. El gobierno está estableciendo un sistema encaminado a determinar mejor la morbilidad, mortalidad y el ausentismo en el servicio público, una capacitación acelerada y la contratación de personal sustitutivo, el ajuste de políticas de gestión de recursos humanos y actividades de planificación de la asociación para así lograr el continuo funcionamiento de servicios esenciales y para mantener niveles aceptables de productividad. Se están desarrollando ya esfuerzos a fin de poder prestar apoyo a los empleados afectados por la epidemia y para incrementar las actividades de atención médica y prevención en el lugar de trabajo.

5.6. Medidas para aliviar la pesada carga que recae en la mujer

Reviste particular importancia el hecho de que las Estrategias para la reducción de la pobreza deberán ser ajustadas para que respondan a las necesidades especiales de la mujer, que tiene que enfrentarse con las consecuencias del VIH/SIDA en su calidad de prestataria de servicios, de persona que mantiene al hogar, y por ser las más vulnerables a la infección con el VIH. Las consecuencias especialmente graves para la mujer a menudo no se entienden bien ni se analizan debidamente, y requieren una atención especial cuando las estrategias para la reducción de la pobreza se formulan y se ponen en práctica. Cuando la mujer tiene que luchar para prestar apoyo a su familia para ganar un ingreso, para producir alimentos y cuidar de los enfermos, al mismo tiempo que padece ella también enfermedades relacionadas con el VIH, es absolutamente esencial que haya una mezcla de solidaridad comunitaria, programas de apoyo y servicios públicos. Se requieren esfuerzos especiales para lograr el acceso a los servicios sociales, a la tierra, al crédito, a las oportunidades de empleo, a los mercados y a técnicas agrícolas mejoradas. La pobreza y la falta de poder hacen que la mujer sea vulnerable a la infección. La falta de potenciación de la mujer hace que le resulte más difícil protegerse contra la infección a través de su pareja, la expone a la violación y a los malos tratos sexuales, limita su acceso a los conocimientos sobre la forma de protegerse, e incrementa la incidencia de otras enfermedades de transmisión sexual que fomentan la susceptibilidad a la infección con VIH. Este círculo vicioso de desigualdad de género, pobreza y falta de comunicación es una de las razones fundamentales de la difusión incesante de la epidemia.

5.7. Abordar la pobreza como fuente de vulnerabilidad al VIH y el SIDA

El éxito en la prevención del VIH y en la mejora del acceso a la atención médica depende de que se progrese en la reducción de la pobreza de ingresos y de la desigualdad, a que se aborden la desigualdad de los géneros y la exclusión social, y a que se preste atención a la falta de acceso a los servicios esenciales, especialmente la educación fundamental y la alfabetización. Esas condiciones, y otras fuentes de privación humana, son “cofactores” importantes que fomentan la difusión de la epidemia porque hacen que la gente resulte vulnerable a la infección y colocan en una situación de gran riesgo a las personas desventajadas. En términos estrictos el VIH/SIDA no es “una enfermedad de pobreza” puesto que afecta a personas de todos los niveles de ingresos, pero la experiencia de algunos países en fases avanzadas de la epidemia indica que los nuevos casos de infección con el VIH afectan desproporcionadamente a los pobres, a los trabajadores no cualificados y a las personas que no tienen aptitudes en materia de alfabetización, en especial a las mujeres jóvenes de cada una de las categorías mencionadas. La relación entre pobreza, género y vulnerabilidad al VIH/SIDA tiene importantes repercusiones normativas que requieren especial atención en el contexto de la reducción de la pobreza y de los programas de lucha contra el VIH/SIDA. Los programas destinados a potenciar a la gente políticamente, socialmente y económicamente en el contexto de las estrategias para la reducción de la pobreza no hay duda de que contribuyen mucho a reducir la vulnerabilidad al VIH/SIDA. Hay que seguir explorando las oportunidades de combinar instrumentos y metodologías para desarrollar las reacciones de la comunidad al VIH/SIDA y a la pobreza.

5.8. Advenimiento de los medicamentos antirretrovirales

Las consecuencias discriminatorias de la epidemia para las personas pobres y para los países pobres son aún más sorprendentes cuando se definen en términos de mortalidad como consecuencia del SIDA. El acceso a los medicamentos antirretrovirales (MARV) es ahora prácticamente universal en la mayor parte de los países de la OCDE. Aunque no sea un factor curativo en el estricto sentido de la

palabra, el tratamiento retrasa la aparición del SIDA y ha dado por resultado un acusado descenso de la mortalidad por SIDA en los países ricos. En los países en desarrollo, los MARV están obteniendo una disponibilidad gradualmente mayor para los grupos de ingresos elevados que tienen acceso a dichos medicamentos y que pueden sufragarse el tratamiento. Ahora bien, para la inmensa mayoría esos medicamentos no están disponibles. De los 38 millones de PVCVS de los países en desarrollo, apenas 200.000 tienen acceso a los MARV. En África se estima que 30.000 personas, que es apenas un 0,1% de las PVCVS, se benefician de esos adelantos médicos. La mejora del acceso a los MARV en los países en desarrollo reviste extrema urgencia, pero habrá importantes dimensiones normativas y repercusiones presupuestarias que habrá que resolver, no solamente por lo que se refiere a la planificación del sector de salud, sino también en el contexto de las estrategias para la reducción de la pobreza, los MGPM y los presupuestos nacionales. Un programa de MARV a gran escala constituye una iniciativa multisectorial, en la que no solamente participan los ministerios de salud, sino también los ministerios de finanzas (para conseguir que se disponga de fondos adecuados), los gobiernos locales (para conseguir que realmente se presten servicios a las personas), el sector privado (para ampliar el acceso a los empleados), y las organizaciones de la sociedad civil (para lograr que haya mentalización y movilización comunitaria en apoyo de los programas).

5.9. Lucha contra la pobreza y el VIH/SIDA

La realidad del VIH/SIDA exige irremisiblemente que se preste más atención a la vigilancia de las consecuencias socioeconómicas de la epidemia, especialmente en el contexto de los ODM y de los objetivos en materia de pobreza determinados por los países. El PNUD está ayudando ya a los países a centrar su interés en las consecuencias actuales y previstas del VIH/SIDA en el contexto de los informes nacionales sobre los ODM, así como en el apoyo a la vigilancia de la pobreza en el contexto de las estrategias para la reducción de la pobreza. Además, el PNUD está prestando apoyo a un número cada vez mayor de países a fin de que preparen informes nacionales sobre el desarrollo humano que se centren en el VIH/SIDA. Esos informes proporcionan análisis de base normativa de las repercusiones polifacéticas para el desarrollo humano, y constituyen instrumentos para la vigilancia de las tendencias de los indicadores del desarrollo humano en los que influye el acusado incremento de la mortalidad provocado por la epidemia. El PNUD ampliará ahora sus esfuerzos a fin de integrar el análisis de las consecuencias del VIH/SIDA en su apoyo a las actividades de vigilancia de la pobreza nacional, así como de vigilancia de la consecución de los ODM en el plano nacional.

6. 6. Lista recapitulativa de medidas para dar una importancia central al VIH/SIDA en las Estrategias para la reducción de la pobreza

A continuación figura una lista recapitulativa que brinda una orientación más concreta acerca de la forma de integrar a la lucha contra el VIH/SIDA en las estrategias para la reducción de la pobreza. No se trata de una lista exhaustiva, sino de una lista que proporciona ejemplos ilustrativos de los tipos de preguntas/criterios que se pueden utilizar para determinar hasta qué punto se ha integrado la lucha contra el VIH/SIDA en dichas estrategias.

La lista se divide en dos categorías: i) acciones que son necesarias en todos los países, sea cual fuere el grado de prevalencia del VIH. Esta categoría pertenece por lo general a las estrategias proactivas encaminadas a prevenir la difusión de la epidemia; ii) medidas adicionales requeridas en países que ya padecen en grado acusado la epidemia de VIH/SIDA. La segunda categoría incluye a países con una tasa elevada de prevalencia de VIH y de mortalidad por SIDA, así como a países que tienen tasas bajas de prevalencia pero que, por tener una gran población, tienen un elevado número en términos absolutos de PVCVS.

Lista recapitulativa de medidas para dar una importancia central al VIH/SIDA en las Estrategias para la reducción de la pobreza

<i>En todos los países</i>	<i>En países gravemente afectados</i>
<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> ¿Se ha analizado el impacto del VIH/SIDA (en la actualidad y/o previsto) sobre los esfuerzos para la reducción de la pobreza, a fin de determinar la importancia del VIH/SIDA para la comprensión de la dinámica de la pobreza, así como la contribución que el éxito de la prevención y el tratamiento del VIH/SIDA puede representar en términos de lucha contra la pobreza? <input checked="" type="checkbox"/> ¿Se ha incorporado el análisis y la desigualdad de los géneros a fin de reflejar la dimensión de la equiparación de géneros y las consecuencias socioeconómicas y culturales para la mujer? <input checked="" type="checkbox"/> ¿Incluye la estrategia para la reducción de la pobreza compromisos, metas, objetivos a plazo mediano, metas de acción a corto plazo específicos relacionados con la prevención, la atención y la mitigación del impacto del VIH? <input checked="" type="checkbox"/> En el caso de los DERP, ¿se refleja al VIH/SIDA como prioridad multisectorial a nivel de objetivos? <input checked="" type="checkbox"/> Las estrategias de lucha contra el VIH/SIDA, ¿figuran solamente en la sección de salud de la estrategia para la reducción de la pobreza, o se consideran como una cuestión de ámbito suprasectorial, como en el caso de Uganda? <input checked="" type="checkbox"/> Las estrategias para la reducción de la pobreza y los planes nacionales de estrategia para la lucha contra el VIH/SIDA, ¿están debidamente vinculados, y se complementan entre sí, y comparten objetivos y prioridades comunes, etc.? <input checked="" type="checkbox"/> El plan multisectorial nacional de estrategia para la lucha contra el VIH/SIDA, ¿está enteramente financiado y se ha incluido en el Marco de gastos a plazo mediano y se refleja en el presupuesto nacional? <input checked="" type="checkbox"/> Los Marcos de gastos a plazo mediano, ¿tienen en cuenta todos los gastos relacionados con la lucha contra el VIH/SIDA, incluidos los recursos desembolsados por la dependencia central de coordinación de la lucha nacional contra el SIDA, así como los ministerios directamente afectados, las autoridades de distrito, y las organizaciones comunitarias? 	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> La mortalidad por VIH/SIDA entre adultos jóvenes, ¿se está acelerando? ¿Se ha tomado en cuenta para calcular la reducción de la pobreza y las metas de crecimiento económico, así como las proyecciones acerca de la consecución de Objetivos de Desarrollo del Milenio (proporción de personas que viven por debajo del umbral de pobreza, matriculación para estudios primarios, tasas de mortalidad infantil, niveles de desnutrición, etc.)? <input checked="" type="checkbox"/> La estrategia para la reducción de la pobreza, ¿se ha adaptado, acelerado e incrementado apropiadamente a fin de enfrentarse con el impacto generalizado del VIH/SIDA en el desarrollo humano. <input checked="" type="checkbox"/> ¿Se ha adaptado la estrategia para la reducción de la pobreza a fin de que responda a las necesidades más concretas de las personas y las comunidades, particularmente las afectadas por el VIH/SIDA, y muy especialmente las necesidades de los huérfanos y de las personas de edad, procurando que haya una cobertura máxima de servicios sociales, acceso a oportunidades para mejorar las condiciones de vida, etc.? <input checked="" type="checkbox"/> ¿Se ha ajustado la estrategia para la reducción de la pobreza a fin de que pueda responder a las necesidades especiales de las mujeres afectadas por el VIH/SIDA, como por ejemplo las que tienen que cuidarse de enfermos o las que tienen que mantener al hogar, en términos de apoyo, servicios sociales, acceso a mejores oportunidades de nivel de vida, etc.? <input checked="" type="checkbox"/> El impacto de la enfermedad y mortalidad por VIH/SIDA sobre los ingresos públicos, ¿ha sido debidamente analizado y se han hecho los ajustes correspondientes en materia de planificación macroeconómica?

<i>En todos los países</i>	<i>En países gravemente afectados</i>
<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Los intereses relativos a la lucha contra el VIH/SIDA, ¿figuran destacadamente en las negociaciones sobre el alivio de la deuda y en documentos de PPME, y las economías obtenidas con el alivio de la deuda se asignan a intervenciones en la lucha contra el VIH? <input checked="" type="checkbox"/> ¿Se han asignado recursos públicos adecuados (de conformidad con un Plan multilateral nacional de estrategia para la lucha contra el VIH/SIDA) a los diversos sectores gubernamentales, o, alternativamente, se han dado instrucciones a los ministerios para que reserven y destinen un porcentaje determinado de sus actuales presupuestos a la lucha contra el VIH/SIDA? <input checked="" type="checkbox"/> ¿Se dispone de recursos públicos para las actividades de lucha contra el VIH/SIDA a nivel provincial, de distrito y de poblado, o se ha dado instrucciones a las autoridades provinciales, municipales y de distrito para que destinen un determinado porcentaje de sus actuales presupuestos a la lucha contra el VIH/SIDA? ¿Qué proporción de esas instituciones cuenta con programas eficaces? <input checked="" type="checkbox"/> ¿Hay vínculos institucionales adecuados y colaboración entre el órgano nacional coordinador de la lucha contra el VIH/SIDA y el Ministerio de Finanzas/Planificación, a fin de facilitar todas las medidas antes indicadas? 	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> El impacto del VIH/SIDA en todos los sectores, ¿se ha tenido en cuenta en las decisiones en materia de asignación de fondos presupuestarios, así como la necesidad de contratar y capacitar a funcionarios públicos con las aptitudes necesarias para reemplazar a los que han fallecido a causa del VIH/SIDA, al mismo tiempo que se atiende el incremento de demandas dirigidas a los programas de alivio de la pobreza, y al mismo tiempo que se evita también el colapso del sector de salud sobrecargado por los pacientes de SIDA, etc.? <input checked="" type="checkbox"/> ¿Hay fondos para la acción contra la pobreza, fondos de acción social, u otros mecanismos de financiación a los que pueden recurrir los distritos y las organizaciones comunitarias (soslayando de esta manera las burocracias centrales) que se están utilizando para financiar los programas de prevención, cuidado y mitigación de consecuencias del VIH/SIDA, como parte de las estrategias nacionales de desarrollo social y lucha contra la pobreza (como se ha hecho en Uganda y en Malawi)?

7.7. La dimensión mundial

Para el PNUD, la campaña en pro de los ODM es una oportunidad fundamental para lograr que la lucha contra el VIH/SIDA quede firmemente situada en el centro del programa mundial de desarrollo. Uno de los objetivos del Milenio tiende a invertir el signo de la difusión del VIH/SIDA para el año 2010, y teniendo en cuenta las repercusiones actuales y previstas de la epidemia en el desarrollo, el progreso para la consecución de ese objetivo determinado será condición previa para poder alcanzar todos los demás ODM (véase el Cuadro 2 del Anexo). La campaña en pro de los ODM se convertirá en el punto de referencia para mancomunarse el apoyo internacional en favor de los países que luchan con las consecuencias socioeconómicas del VIH/SIDA, y el PNUD se halla en una situación privilegiada para proporcionar el liderazgo de esta empresa.

Para que los países puedan abordar eficazmente el desafío consistente en detener la difusión del VIH/SIDA, mejorar el acceso al tratamiento, y gestionar las repercusiones socioeconómicas, la comunidad internacional tendrá que intensificar aún más su apoyo. El VIH/SIDA y sus repercusiones tienen que ocupar el centro de los debates mundiales sobre la reducción de la pobreza, la consecución de los ODM, la financiación del desarrollo, la obtención del alivio de la deuda, y la negociación de acuerdos comerciales y sobre inversiones a fin de que haya acceso universal a los medicamentos. La insuficiencia de atención prestada al VIH/SIDA en la Conferencia de Monterrey sobre la Financiación del Desarrollo, 2002, y en la Nueva Alianza para el Desarrollo de África, es sintomática de la incapacidad de enfrentarse a fondo con las amplias repercusiones para el desarrollo que tiene la peor epidemia de la historia moderna.

Las Naciones Unidas han estimado que para el año 2005 se necesitarán 10.000 millones de dólares al año para la labor de prevención y tratamiento en los países de ingresos bajos o medios. En los países pobres, aproximadamente el 80% de esos recursos tendrán que provenir de fuentes

exteriores. Sin embargo, estos cálculos no incluyen el costo de la gestión de las repercusiones socioeconómicas de la epidemia, a pesar de los esfuerzos desplegados para contener la difusión del SIDA y para mantener en vida a todos los infectados mediante un tratamiento médico adecuado. Enfrentarse con las repercusiones más amplias que se registran en países devastados por el rápido incremento de la mortalidad causada por el SIDA entre los adultos jóvenes tiene consecuencias de enorme importancia para la cooperación internacional y para el apoyo financiero en materia de desarrollo, así como para los esfuerzos encaminados a reducir la pobreza.

Al margen y además de los recursos que se necesitan para la prevención y el tratamiento del VIH/SIDA, hay que incrementar la AOD destinada a los países más afectados con recursos sustanciales a fin de apoyar las estrategias para la reducción de la pobreza que tratan de contener las consecuencias devastadoras de la epidemia. La corriente de AOD para los 28 países más gravemente afectados por el SIDA (países en los que la prevalencia del VIH entre adultos va del 4% al 39%) han disminuido en una tercera parte desde 1992, pasando de 12.500 millones de dólares a 7.800 millones. En vista de las consecuencias del VIH/SIDA para el desarrollo que se destacan en el presente documento, es preciso invertir esa tendencia. Más que nunca, la AOD debe ser asignada al sector social y debe apoyar los objetivos nacionales de reducción de la pobreza a fin de ayudar a contrarrestar los efectos del VIH/SIDA que crean pobreza y que se manifiestan indiscriminadamente en relación con los géneros.

Una cuestión que prácticamente no ha recibido atención alguna hasta la fecha es la necesidad de que se acelere el alivio de la deuda en el caso de los países gravemente afectados por el VIH/SIDA. Dieciséis países africanos están "muy endeudados" y "muy infectados", con una carga de la deuda insostenible y con tasas de prevalencia del VIH entre la población adulta que rebasan holgadamente el umbral crítico del 4%. Mientras que el alivio acelerado de la deuda se centra en países que padecen catástrofes externas a corto plazo más visibles, como por ejemplo las inundaciones y los huracanes, no se hace objeto de este trato especial a los países que se derrumban bajo el peso del VIH/SIDA, a pesar de que es mucho más devastador que cualquier desastre natural. El análisis de la sostenibilidad de la deuda en el momento de determinar la condición de los PPME ha de tener en cuenta el impacto del VIH/SIDA para el desarrollo, así como los recursos necesarios para hacer frente a la epidemia. Los acreedores y las organizaciones prestatarias multilaterales quizá tengan que considerar las consecuencias de la epidemia para la sostenibilidad de la deuda nacional, y, de ser necesario, quizá tengan que explorar la posibilidad de extender el alivio de la deuda no solamente a los PPME sino también a otros países que están sufriendo una erosión completa y dramática de los logros conseguidos en materia de desarrollo humano. Hay que pensar también en la posibilidad de extender el alivio de la deuda a países que no reúnen las condiciones necesarias para ser considerados como PPME pero que se hallan gravemente afectados por la epidemia de VIH/SIDA.

En el contexto de la campaña en pro de los ODM, el PNUD intensificará ahora su labor mundial de promoción a fin de situar a la lucha contra el VIH/SIDA en el centro del programa internacional de desarrollo que se ha descrito anteriormente, aprovechando la credibilidad que ha ganado con la labor que ha realizado en esa esfera en el plano de los países.

Recursos

Banco Mundial y Fondo Monetario Internacional, *“Review of the Poverty Reduction Strategy Paper Approach: Main Findings”*, marzo de 2002. Disponible en:

<http://www.worldbank.org/poverty/strategies/review/index.htm>

Banco Mundial y ONUSIDA, *“AIDS Poverty Reduction and Debt Relief; A Tool Kit for Mainstreaming HIV/AIDS Programmes into Developments Instruments”*, 2001. Disponible en:

www.unaids.org.

Naciones Unidas, *“Declaración de compromiso en la lucha contra el VIH/SIDA, período extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA, A/S-26/L.2”*, junio de 2001.

ONUSIDA, *“Informe sobre la epidemia mundial del VIH/SIDA”*, julio de 2002.

PNUD, *“Mainstreaming the Policy and Programming Response to the HIV Epidemic”*, Issues Paper 33, 2000. Disponible en www.undp.org/hiv (véase las publicaciones).

PNUD, *“Placing HIV/AIDS at the Centre of the Human Development Agenda: Implications for National Development Plans and Budgets, Poverty Reduction Strategies, and Sector Plans”*, por Hakan Bjorkman, Conferencia por satélite de ICASA, Uagadugú, Burkina Faso, 2001. Disponible en: <http://intra.undp.org/bdp/service/hiv.htm>.

PNUD, *“UNDP’s Engagement in Poverty Reduction Strategy Papers”*, Nota de Política, 2001

PNUD, *“The Role of Economic Policy in Poverty Reduction”*, Nota de Política, 2002.

PNUD, *“UNDP Corporate Strategy on HIV/AIDS”*, junio de 2001. Disponible en:

www.undp.org/hiv.

Universidad de Natal, División de investigaciones económicas sobre la salud y el VIH/SIDA (HEARD), *“AIDS Sector Briefs and Toolkits”*, Durban (Sudáfrica). Disponible en:

<http://www.und.ac.za/und/heard/index.html>.

Zeit, Paul, *“A Review of Experiences in Integrating an Expanded HIV/AIDS Response to the Debt Relief Process in Africa: 1999-2000”*, Lilongwe, 2000.

Anexo, cuadro 1: Pobreza y prevalencia del VIH

Orden según el VIH ¹	País	Adultos (15 a 49 años) que viven con VIH/SIDA (%) ²	Adultos y niños que viven con VIH/SIDA ²	Mujeres (15 a 49 años) que viven con VIH/SIDA ²	Valor del índice de pobreza humana (IPH-1)	Población que vive debajo del umbral nacional de pobreza (%)	País con DERP
1	Botswana	38,8	330.000	170.000	...	...
2	Zimbabwe	33,7	2.300.000	1.200.000	36,1	25,5	
3	Swazilandia	33,4	170.000	89.000	...	40	
4	Lesotho	31,0	360.000	180.000	25,7	49,2	✓
5	Namibia	22,5	230.000	110.000	34,5	...	
6	Zambia	21,5	1.200.000	590.000	40	86	✓
7	Sudáfrica	20,1	5.000.000	2.700.000	...	...
8	Kenya	15,0	2.500.000	1.400.000	31,9	42	✓
9	Malawi	15,0	850.000	440.000	42,5	54	✓
10	Mozambique	13,0	1.100.000	630.000	47,9	...	✓
11	República Centroafricana	12,9	250.000	130.000	45,2	...	✓
12	Camerún	11,8	920.000	500.000	30,7	40	✓
13	Djibouti	11,8 ³	37.000 ³	19.000 ³	34,3	45,1	✓
14	Côte d'Ivoire	9,7	770.000	400.000	42,3	36,8	✓
15	Rwanda	8,9	500.000	250.000	44,3	51,2	✓
16	Burundi	8,3	390.000	190.000	...	36,2	✓
17	Tanzania (Rep. U. de)	7,8	1.500.000	750.000	32,7	41,6	✓
18	Congo	7,2	110.000	59.000	30	...	✓
19	Sierra Leona	7,0	170.000	90.000	...	68	✓
20	Burkina Faso	6,5	440.000	220.000	...	...	✓
21	Etiopía	6,4	2.100.000	1.100.000	56,5	...	✓
22	Haití	6,1	250.000	120.000	42,3	65	
23	Togo	6,0	150.000	76.000	37,9	32,3	✓
24	Nigeria	5,8	3.500.000	1.700.000	34,9	34,1	✓
25	Angola	5,5	350.000	190.000	...	...	✓
26	Uganda	5,0	600.000	280.000	40,8	55	✓
27	Congo (Rep. D. de)	4,9	1.300.000	670.000	39,7	...	✓
28	Gabón	4,2 ³	23.000 ³	12.000 ³	...	...
29	Chad	3,6	150.000	76.000	50,5	64	✓
30	Benin	3,6	120.000	67.000	46,8	33	✓
31	Bahamas	3,5	6.200	2.700	...	...
32	Guinea Ecuatorial	3,4	5.900	3.000	...	...
33	Ghana	3,0	360.000	170.000	28,7	31,4	✓
34	Guinea-Bissau	2,8	17.000	9.300	49,3	48,7	✓
35	Eritrea	2,8	55.000	30.000	42,9	53	✓
36	Liberia	2,8 ³	39.000 ³	21.000 ³	...	...
37	Camboya	2,7	170.000	74.000	43,3	36,1	✓
38	Guyana	2,7	18.000	8.500	11,4	43,2	✓
39	Sudán	2,6	450.000	230.000	32,7	...	
40	República Dominicana	2,5	130.000	61.000	14	20,6	
41	Trinidad y Tabago	2,5	17.000	5.600	7,9	21	
42	Belice	2,0	2.500	1.000	11	...	
43	Myanmar	2,0 ³	530.000 ³	180.000 ³	27,2	...	
44	Tailandia	1,8	670.000	220.000	14	13,1	
45	Mali	1,7	110.000	54.000	47,3	...	✓
46	Honduras	1,6	57.000	27.000	20,5	53	✓
47	Gambia	1,6	8.400	4.400	48,5	64	✓
48	Guinea	1,5 ³	55.000 ³	29.000 ³	...	40	✓
49	Panamá	1,5	25.000	8.700	8,4	37,3	
50	Níger	1,4 ³	64.000 ³	34.000 ³	62,5	63	✓
51	Jamaica	1,2	20.000	7.200	13,2	18,7	✓

Orden según el VIH ¹	País	Adultos (15 a 49 años) que viven con VIH/SIDA (%) ²	Adultos y niños que viven con VIH/SIDA ²	Mujeres (15 a 49 años) que viven con VIH/SIDA ²	Valor del índice de pobreza humana (IPH-1)	Población que vive debajo del umbral nacional de pobreza (%)	País con DERP
52	Suriname	1,2	3.700	1.800	...	...
53	Barbados	1,2	...	...	...	...
54	Guatemala	1,0	67.000	27.000	23,5	57,9	
55	Somalia	1,0	43.000	...	...	...
56	Estonia	1,0	7.700	1.500	...	...
57	Ucrania	1,0	250.000	76.000	...	...
58	Federación de Rusia	0,9	700.000	180.000	...	...
59	India	0,8	3.970.000	1.500.000	33,1	35	
60	Argentina	0,7	130.000	30.000	...	17,6	
61	Brasil	0,7	610.000	220.000	12,2	17,4	
62	Papua Nueva Guinea	0,7	17.000	4.100	37,5	...	
63	El Salvador	0,6	24.000	6.300	18,1	48,3	
64	Costa Rica	0,6	11.000	2.800	4	22	
65	Mauritania	0,5 ³	6.600 ³	3.500 ³	47,9	57	✓
66	Senegal	0,5	27.000	14.000	45,2	33,4	✓
67	Nepal	0,5	58.000	14.000	43,4	42	
68	Venezuela	0,5	...	...	8,5	31,3	
69	Colombia	0,4	140.000	20.000	8,9	17,7	
70	Letonia	0,4	5.000	1.000	...	...
71	Perú	0,4	53.000	13.000	12,8	49	
72	Malasia	0,4	42.000	11.000	...	15,5	
73	Viet Nam	0,3	130.000	35.000	27,1	50,9	✓
74	Chile	0,3	20.000	4.300	4,1	21,2	
75	Ecuador	0,3	20.000	5.100	16,1	35	
76	Uruguay	0,3	6.300	1.400	3,9	...	
77	Madagascar	0,3	22.000	12.000	36,7	70	✓
78	México	0,3	150.000	32.000	9,4	10,1	
79	Belarús	0,3	15.000	3.700	...	...
80	Bahrein	0,3	<1000	150	...	...
81	Chipre	0,3	<1000	150	...	...
82	Jamahiriyá Árabe Libia	0,2	7.000	1.100	16,2	...	
83	Moldova (Rep. de)	0,2	5.500	1.200	...	...	✓
84	Brunei Darussalam	0,2 ³	<100 ³	...	...	...
85	Nicaragua	0,2	5.800	1.500	24,4	50,3	✓
86	Singapur	0,2	3.400	860	6,5	...	
87	Yugoslavia	0,2	10.000	...	...	...
88	Emiratos Árabes Unidos	0,2 ³	...	...	...	...
89	Armenia	0,2	2.400	480	...	...	✓
90	Kuwait	0,1 ³	...	...	...	...
91	Comoras	0,1 ³	...	...	31,9	...	
92	Yemen	0,1	9.900	1.500	41,8	19,1	✓
93	Paraguay	0,1 ³	3.000 ³	520 ³	10,2	21,8	
94	China	0,1	850.000	220.000	14,9	4,6	
95	Pakistán	0,1	78.000	16.000	41	34	✓
96	Omán	0,1	1.300	200	32,1	...	
97	Indonesia	0,1	120.000	27.000	18,8	27,1	
98	Bolivia	0,1	4.600	1.200	16,3	...	✓
99	Mauricio	0,1	700	350	11,3	10,6	
100	Marruecos	0,1	13.000	2.000	35,8	19	
101	Hong Kong	0,1	2.600	660	...	...
102	Kazajstán	0,1	6.000	1.200	...	...
103	Lituania	0,1	1.300	260	...	...
104	Fiji	0,1	300	<100	21,3	...	
105	Maldivas	0,1	<100	...	15,8	...	
106	Hungria	0,1	2.800	300	...	...
107	Polonia	0,1	...	...	...	...
108	Argelia	0,1	...	...	23,4	22,6	
109	Irán (Rep. Islámica)	<0,1	20.000	5.000	17	...	

Orden según el VIH ¹	País	Adultos (15 a 49 años) que viven con VIH/SIDA (%) ²	Adultos y niños que viven con VIH/SIDA ²	Mujeres (15 a 49 años) que viven con VIH/SIDA ²	Valor del índice de pobreza humana (IPH-1)	Población que vive debajo del umbral nacional de pobreza (%)	País con DERP
	del)						
110	Bangladesh	<0,1	13.000	3.100	42,4	35,6	
111	Filipinas	<0,1	9.400	2.500	14,6	36,8	
112	Egipto	<0,1	8.000	780	31,2	22,9	
113	Rumania	<0,1	6.500	...	...	...
114	Sri Lanka	<0,1	4.800	1.400	17,6	25	
115	República de Corea	<0,1	4.000	960	...	...
116	Cuba	<0,1	3.200	830	4,1	...	
117	República D.P. Lao	<0,1	1.400	350	39,1	46,1	✓
118	Azerbaiyán	<0,1	1.400	280	...	...	✓
119	Iraq	<0,1	<1000	150	...	...
120	Jordania	<0,1	<1000	150	8,2	11,7	
121	Georgia	<0,1	900	180	...	...	✓
122	Uzbekistán	<0,1	740	150	...	...
123	República Checa	<0,1	500	<100	...	...
124	Kirguistán	<0,1	500	<100	...	...	✓
125	Eslovenia	<0,1	280	<100	...	...
126	Croacia	<0,1	200	<100	...	...
127	Tayikistán	<0,1	200	<100	...	...	✓
128	Macedonia (ERY de)	<0,1	<100	<100	...	...
129	Eslovaquia	<0,1	<100	<100	...	...
130	Turkmenistán	<0,1	<100	<100	...	...
131	Bhután	<0,1	<100	...	...	...
132	Corea (R. P. D. de)	<0,1 ³	<100 ³	...	...	...
133	Mongolia	<0,1	<100	...	19,4	36,3	✓
134	Afganistán	<0,1 ³	...	...	...	...
135	Albania	<0,1 ³	...	...	...	...	✓
136	Bosnia y Herzegovina	<0,1	...	...	...	...
137	Bulgaria	<0,1	...	...	...	...
138	Líbano	<0,1 ³	...	...	9,9	...	
139	Qatar	<0,1 ³	...	...	...	...
140	Arabia Saudita	<0,1 ³	...	...	16,9	...	
141	República Árabe Siria	<0,1 ³	...	...	19,3	...	
142	Túnez	<0,1 ³	...	...	...	14,1	
143	Turquía	<0,1	...	...	12,7	...	

Source : ONUSIDA 2002; Rapport du PNUD sur le développement humain, 2002; sit Web de la Banque mondiale.

¹ Los países están ordenados según la tasa de prevalencia del VIH entre adultos, y después según el número de adultos y de niños que viven con VIH/SIDA.

² Los datos correspondientes al VIH se refieren al final del año 2001, a no ser que se indique otra cosa.

³ Los datos se refieren al final del año 1999.

Nota: ONUSIDA 2002; Informe del PNUD sobre Desarrollo Humano, 2002; espacio Web del Banco Mundial

Anexo, cuadro 2: Objetivos de Desarrollo del Milenio seleccionados, y efectos del VIH/SIDA

Objetivos de Desarrollo del Milenio	Efectos del VIH/SIDA	Impacto del SIDA en el progreso hacia la Declaración de Objetivos, con ejemplos
<p>Reducción de la pobreza de ingresos: Reducir a la mitad, para el año 2015, el porcentaje de habitantes del planeta cuyos ingresos sean inferiores a un dólar por día.</p>	<p>El SIDA aumenta las necesidades de consumo y agota los recursos del hogar. Las pérdidas de la economía laboral reducen los ingresos. <i>Puede reducir hasta en un 80% los ingresos del hogar.</i> Aumenta la pobreza de los hogares. Debilita la infraestructura pública necesaria para reducir la pobreza.</p>	<p>Reducirá o invertirá el progreso hacia la consecución del objetivo. Por ejemplo, en Burkina Faso la proporción de personas que viven en condiciones de pobreza se calcula que aumentará del 45% a casi el 60% para el año 2010 como resultado del VIH/SIDA.</p>
<p>Reducir el hambre: Reducir el porcentaje de personas que padecen hambre.</p>	<p>Las consecuencias de la pobreza pueden pasar a otras generaciones. La enfermedad, los ingresos reducidos, una productividad menor de la agricultura de subsistencia y el cambio de cultivos incrementan la inseguridad alimentaria, especialmente en el caso de las mujeres y los niños. La calidad de la dieta es importante para mejorar la supervivencia, pero más difícil de conseguir a causa de la enfermedad.</p>	<p>La necesidad de sobrevivir con VIH hace que ésta sea una meta de importancia capital, que el SIDA hace más difícil de conseguir debido a una menor disponibilidad de alimentos, acceso, consumo y absorción. Los estudios hechos en Tailandia indican que el consumo de alimentos en hogares afectados disminuye en un 15 a 30%.</p>
<p>Aumento del acceso a agua potable: Reducir a la mitad para el año 2015 el porcentaje de personas que carezcan de acceso a agua potable o que no puedan costearlo.</p>	<p>Las enfermedades, el incremento de las demandas de personal para ocuparse de los enfermos, y la pérdida de tiempo laboral reducen la posibilidad de recoger agua, especialmente en el caso de las mujeres. Las pérdidas de recursos humanos y el costo de los servicios de abastecimiento de agua influyen en el suministro y aumentan el costo de los servicios para los hogares.</p>	<p>La pérdida de recursos en términos de hogares y de tiempo laboral hace que la facilidad de acceso al agua potable revista importancia crítica. La epidemia frenará o invertirá el signo del progreso hacia la consecución de ese objetivo.</p>
<p>Enseñanza primaria universal: Para el año 2015 los niños y niñas, muchachos y muchachas de todo el mundo deberán poder terminar un ciclo completo de enseñanza primaria.</p>	<p>La prestación de servicios de enseñanza se ve amenazada por los fallecimientos y el ausentismo de los profesores. Los niños de hogares que se enfrentan con la pérdida de ingresos y con demandas de personal para atender a los enfermos abandonan sus estudios escolares. Los hogares y las escuelas se enfrentan con un estrés mayor. La enseñanza, especialmente en el caso de las niñas, reviste importancia crítica para prevenir la infección y para retrasar el comienzo de las relaciones sexuales.</p>	<p>En los países más afectados, la matriculación y la calidad de la enseñanza, especialmente entre los grupos más vulnerables, han disminuido ya. Por ejemplo, en la República Centroafricana y en Swazilandia se ha comunicado que la matriculación escolar ha disminuido en un 20% al 36% debido al SIDA y a la orfandad</p>
<p>Mejor salud infantil: Reducir la mortalidad de los niños menores de cinco años en dos terceras partes respecto de sus tasas actuales para el año 2015.</p>	<p>La mortalidad infantil y de niños menores de un año seguirá aumentando durante el próximo decenio, y quizá durante más tiempo aún, debido a la infección por VIH transmitida de la madre al hijo y por otros efectos de carácter más general de la epidemia que crean la pobreza.</p>	<p>Sin la adopción de medidas no se alcanzará el objetivo y en algunos países se registrará un deterioro durante ese periodo. Por ejemplo, la mortalidad de niños menores de cinco años en Sudáfrica aumentará en un 160 por mil nacidos vivos para el año 2010, en vez de disminuir al 44/1000 (como preconiza el Objetivo de Desarrollo del Milenio) para el año 2015.</p>

<p>Conseguir la igualdad entre los géneros: Igualdad de acceso a todos los niveles de la enseñanza para los niños y las niñas.</p> <p>Mejorar la vida de los habitantes de tugurios: Para el año 2020 habrá que mejorar considerablemente la vida de por lo menos 100 millones de habitantes de tugurios, como se propone en la iniciativa “Ciudades sin barrios de tugurios”</p>	<p>Es más probable que sean las niñas quienes queden al margen de la enseñanza para que puedan prestar cuidados a los que lo necesiten o por ser limitados los recursos disponibles. Las mujeres asumen una parte mayor de la carga de la prestación de cuidados y sufren una mayor inseguridad económica cuando las personas que mantienen al hogar caen enfermas. Mientras que la igualdad de los géneros (social y económica) es un factor de importancia crítica para la reducción de riesgos, el SIDA incrementa la carga para la mujer y las desigualdades entre géneros. En el caso de los pobres, el SIDA reduce la capacidad de contar con una vivienda, por modesta que sea. Arrastra a los nuevos hogares a la pobreza y reduce la prestación de servicios por los gobiernos.</p>	<p>Este objetivo no se puede alcanzar en los países que están gravemente afectados. En algunos de los países más afectados, aproximadamente el 50% de los niños que pierden a sus progenitores por VIH/SIDA abandonan los estudios; en su mayoría se trata de niñas.</p> <p>Este objetivo no se puede alcanzar sin antes ocuparse de las repercusiones del VIH/SIDA. Un estudio efectuado en Zambia indicó que los hogares urbanos afectados por el VIH/SIDA perdían el 80% de sus ingresos.</p>
---	--	--

Adaptación de: PNUD, “HIV/SIDA: Implications for Poverty Reduction”, 2001

Autor:

Håkan Björkman
Asesor superior, VIH/SIDA
Dirección de Políticas de Desarrollo
PNUD
hakan.bjorkman@undp.org

Si se desea más información acerca del PNUD, visítese por favor el sitio www.undp.org

Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
One United Nations Plaza
Nueva York, NY 10017 (Estados Unidos de América)