

# 45



LAN-KOADERNOAK  
CUADERNOS DE TRABAJO  
WORKING PAPERS

## La salud como derecho y el rol social de los estados y de la comunidad donante ante el VIH/SIDA: Un análisis crítico de la respuesta global a la pandemia

Juan Garay

## El virus de la Inmunodeficiencia Humana y sus Colaboradores

Bob Sutcliffe



INSTITUTO DE ESTUDIOS SOBRE DESARROLLO Y COOPERACIÓN INTERNACIONAL  
NAZIOARTEKO LANWIDETZA ETA GARAPENARI BURUZKO IKASKETA INSTITUTUA  
UNIVERSIDAD DEL PAIS VASCO - EUSKAL HERRIKO UNIBERTSITATEA





## La salud como derecho y el rol social de los estados y de la comunidad donante ante el VIH/SIDA: un análisis crítico de la respuesta global a la pandemia

Juan Garay

## El virus de la Inmunodeficiencia Humana y sus Colaboradores

Bob Sutcliffe

**Juan Garay** reconocido especialista en temas de salud y desarrollo, con amplia experiencia sobre el terreno en multitud de países en desarrollo. En la actualidad trabaja para la Comisión Europea, en la Dirección de Desarrollo Humano y Social de la Unidad de Política, Planificación y Coordinación.

**Bob Sutcliffe** ha sido profesor de Economía Internacional y Desarrollo de la Universidad del País Vasco/Euskal Herriko Unibertsitatea y responsable de investigación del Instituto de Estudios sobre Desarrollo y Cooperación Internacional Hegoa. Ha impartido docencia en las universidades de Kingston y Massachusetts, así como en la Universidad Centroamericana de Managua. Tiene varias publicaciones sobre desarrollo como autor y coordinador, entre ellas Cien imágenes de un mundo desigual, que ha sido traducida a varios idiomas.

Esta publicación forma parte del Convenio de Colaboración entre el Ministerio de Asuntos Exteriores y de Cooperación MAEC-SECI y la Universidad del País Vasco-Euskal Herriko Unibertsitatea, UPV/EHU, para el desarrollo de líneas de trabajo tendentes a la mejora de la posición doctrinal de la cooperación española, 2007/2008, y es parte de los resultados de los Seminarios de Investigación llevados a cabo por el Instituto HEGOA,



## HEGOA

[www.hegoa.ehu.es](http://www.hegoa.ehu.es)

(UPV/EHU) Edificio Zubiria Etxea  
Avenida Lehendakari Aguirre, 83  
48015 BILBAO

Tfno.: 94 601 70 91 • Fax: 94 601 70 40

[hegoa@ehu.es](mailto:hegoa@ehu.es)

Biblioteca del Campus, Apartado 138 (UPV/EHU)

Nieves Cano, 33

01006 VITORIA-GASTEIZ

Tfno. • fax: 945 01 42 87

[hegoagasteiz@ehu.es](mailto:hegoagasteiz@ehu.es)

La salud como derecho y el rol social de los estados y de la comunidad donante ante el VIH/SIDA: Un análisis crítico de la respuesta global a la pandemia

Juan Garay

El virus de la Inmunodeficiencia Humana y sus Colaboradores

Bob Sutcliffe

Cuadernos de Trabajo de Hegoa

Número 45

Julio 2008

D.L.: Bi-1473-91 • ISSN: 1130-9962

Impresión: Lankopi, S.A.

Diseño y Maquetación: Marra, S.L.

Colabora: Centro de Estudios Políticos y Sociales - CEPS



### Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 2.5 España

Este documento está bajo una licencia de Creative Commons. Se permite libremente copiar, distribuir y comunicar públicamente esta obra siempre y cuando se reconozca la autoría y no se use para fines comerciales. No se puede alterar, transformar o generar una obra derivada a partir de esta obra.

Licencia completa:

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.5/es/>

# Índice

<b>Presentación</b>	5
<i>Eduardo Bidaurratzaga</i> . Coordinador del seminario. UPV/EHU-Hegoa	
<b>La salud como derecho y el rol social de los estados y de la comunidad donante ante el VIH/SIDA: un análisis crítico de la respuesta global a la pandemia</b>	9
<i>Juan Garay</i>	
1. La salud y el VIH/SIDA	9
2. Distorsión e impacto de los programas nacionales y globales de VIH/SIDA sobre el derecho a la salud	11
3. El enfoque humanitario de la lucha contra el VIH/SIDA	13
4. La Cooperación Internacional en Salud: equidad y nivel de la ayuda	14
4. Conclusiones sobre la ayuda internacional contra el VIH/SIDA en los países en desarrollo	15
<b>El virus de la Inmunodeficiencia Humana y sus colaboradores</b>	17
<i>Bob Sutcliffe</i>	
Introducción	17
I. Medición de la amplitud y curso de la epidemia; mortalidad, morbilidad, prevalencia e incidencia	19
a. ¿Mejor o peor?	19
b. Variedades de la epidemia	23
II. Las causas demográficas, económicas y sociales y las repercusiones del VIH/SIDA	27
a. Impacto demográfico del SIDA	27
b. SIDA y género	30
c. La economía y la prevalencia del SIDA	33
d. El SIDA y la desigualdad	44
e. El sistema internacional	49

III. El SIDA después de la TAR	52
a. Terapia antirretroviral	52
b. La dialéctica de prevención y tratamiento	54
c. El reto de la prevención	55
d. ¿Son la prevención y el tratamiento políticas alternativas?	57
IV. Colaboradores	60
a. Ignorancia y negación	60
b. Estigma y discriminación	61
c. Costumbres sexuales	61
d. Pobreza y desigualdad	62
e. Las circunstancias sociales y económicas de las mujeres	63
f. Servicios sanitarios y ayuda	63
g. Políticas económicas	63
Referencias	64

# Presentación

Eduardo Bidaurratzaga  
Coordinador del seminario. UPV/EHU-Hegoa

En los países del continente africano, y sobre todo en los de la zona meridional, hay un extendido y creciente estado de alarma sobre las consecuencias sanitarias y socioeconómicas que la pandemia del VIH/SIDA está causando hoy en día en sus sociedades. Los drásticos efectos que esta enfermedad está ocasionando a nivel multisectorial en muchos de estos países, acumulando las tasas de prevalencia más altas del planeta, han dejado ya de ser interpretados única y exclusivamente en términos de un problema de salud, para ser vistos como uno de los principales obstáculos para la promoción del desarrollo y la seguridad humana. Por todo ello, cobra un especial interés examinar el entramado de factores sanitarios, económicos, sociales, culturales y políticos que llevan a la expansión de la enfermedad y así como los efectos de la epidemia en todos esos ámbitos y las propuestas de políticas macro y micro para hacerles frente, en un contexto de abundancia de Estados débiles y dificultades para la provisión de servicios básicos.

Este cuaderno recoge los documentos elaborados a partir de dos de las presentaciones y de los debates posteriores expuestos en el seminario sobre *VIH-SIDA y nuevas tendencias de la Cooperación al Desarrollo en África Subsahariana*, celebrado en Bilbao en Octubre del 2006. Dicho seminario, enmarcado dentro del convenio establecido entre Hegoa y la Secretaría de Estado para la Cooperación Internacional (SECI) en materia de investigación sobre temas de desarrollo humano local y seguridad humana, se centró en una de las dimensiones que ha

alcanzado mayor relevancia recientemente para la promoción del desarrollo humano y la salud: la epidemia de VIH/SIDA en África Subsahariana.

El seminario contó con participación de tres ponentes: Bob Sutcliffe (Hegoa-UPV/EHU) que realizó su presentación sobre “**Virus, desigualdad y negación**”, Jean-Pierre Unger (*Department of Public Health, Prince Leopold Institute of Tropical Medicine, Antwerp*) sobre “**Organización y acceso a los servicios de salud, y su relación con las políticas de control del VIH/SIDA**” y Juan Garay (*Human and Social Development Unit. DG Development, European Commission*) sobre “**Últimas tendencias de las políticas de cooperación en materia de lucha contra el VIH/SIDA en África**”.

En los dos días seminario se presentaron una amplia variedad de hechos, opiniones y preocupaciones sobre la problemática del VIH/SIDA en la región a partir de perspectivas y áreas de conocimiento muy diferentes (sanitaria, económica, sociopolítica, etc.). A continuación se ofrece una selección de todas éstas a modo de conclusiones del seminario.

Con la intención de establecer un primer estado de la cuestión se destacaron ideas como las siguientes:

- Los altos niveles de infecciones y su impacto sobre el descenso de la esperanza de vida hasta el momento han convertido al VIH/SIDA en una de las peores epidemias

de la historia de la humanidad y, sin duda, en la más estudiada.

- El SIDA ha pasado a ser también en los últimos años la enfermedad más referida en todo tipo de declaraciones institucionales por parte de diferentes agentes de la comunidad donante y de mandatarios de todo el mundo, hasta el extremo de llegarse a crear tanto a nivel nacional, regional o global, diferentes programas y organismos exclusivamente dedicados al combate de la misma, como muestra de un compromiso internacional sin precedentes.
- La expansión de la enfermedad cuenta no sólo con aliados naturales, sino también con colaboradores humanos, que contribuyen a su propagación por la vía de las prácticas de riesgo, el silencio, la negación de la existencia de la enfermedad o de su relación con el virus del VIH, la ausencia de medidas preventivas y de acceso a tratamientos, o la implementación de políticas inadecuadas, entre otras.
- Más allá del ámbito exclusivamente médico-sanitario, es fundamental ser consciente del componente multisectorial de la enfermedad, con interconexiones evidentes en otros ámbitos como el político-económico o el socio-cultural. Todo ello debe tener también su correspondiente reflejo en las políticas a implementar en la lucha contra la enfermedad.
- Existe una relación directa entre pobreza, desigualdad socioeconómica y el SIDA, que afecta tanto al ámbito de la prevención como al del tratamiento, pero la extrapolación de este argumento hasta el extremo, convirtiendo la pobreza y la desigualdad en causa de la enfermedad, “suplantando” al VIH, puede tirar por tierra todos los esfuerzos en materia de prevención.
- Casi todos los especialistas, tanto desde el ámbito de las ciencias médicas como de las sociales, coinciden en la gravedad del problema, pero difícilmente llegan a un acuerdo en cuanto a las estrategias e instrumentos para hacer frente al mismo de una manera eficaz.
- En los últimos años, especialmente a partir de 2001, se ha producido un incremento espectacular sin precedentes de la financiación internacional, tanto pública como privada, destinada a la lucha contra el VIH/SIDA.
- Asimismo se ha asistido a una compartimentalización del VIH/SIDA con respecto a la salud pública en general, lo

que de manera creciente ha llevado al diseño e implementación de políticas específicas para combatir la enfermedad de manera vertical, prioritaria y no necesariamente coordinada con el resto de políticas sanitarias.

- Más allá de la escasa precisión de las cifras existentes, y de los diferentes cambios en el sistema de medición, la tasa de prevalencia del virus, pese a ser el indicador más extendido para medir el grado de expansión de la enfermedad, presenta serias limitaciones. De hecho, una reducción de dicha ratio, lejos de un motivo de alegría, puede ser la consecuencia de un aumento de la mortalidad de las personas infectadas en ausencia de tratamiento, y por tanto la evidencia de un fracaso en la lucha contra la epidemia.
- Pese a la idea generalizada de que el VIH/SIDA se ha convertido en uno de los principales obstáculos al desarrollo para el conjunto del África Subsahariana, las tasas de prevalencia, el descenso de la esperanza de vida y otros indicadores relativos a la expansión de la enfermedad, alcanzando los niveles más altos a nivel mundial para algunos países, varían muy significativamente entre unos y otros dentro de esta región.
- Las estimaciones de los últimos años en los países más afectados por la pandemia ponen de manifiesto un proceso de feminización de la enfermedad, especialmente visible entre la población joven. Esto evidencia la importancia de un adecuado análisis de las relaciones de género en las sociedades afectadas a la hora de poner en marcha políticas idóneas en materia de prevención y tratamiento.
- Existe un exceso de literatura mayormente descriptiva de la enfermedad y sus consecuencias sanitarias y socioeconómicas, pero se echa en falta un mayor debate sobre las políticas existentes, así como nuevas propuestas a implementar que mejoren los resultados actuales.
- El protagonismo sigue estando en lo médico-biológico y mucho menos en lo socioeconómico, político y en el ámbito de decisiones de políticas públicas. La salud pública se halla en retirada, con la consiguiente destrucción de las capacidades integrales de intervención en materia sanitaria, en general, así como sobre enfermedades concretas, como el SIDA, en particular.
- Gran parte del debate sobre la lucha contra el VIH/SIDA está centrado en la eficacia y eficiencia de unos sistemas y otros, y mucho menos en términos de derecho a la salud.



Ello se traduce en una vuelta atrás al discurso de la despolitización y medicalización de la salud.

En cuanto al debate sobre la forma más adecuada de hacer frente a la enfermedad, entre el conjunto de ideas expuestas, sobresalieron las que se presentan a continuación:

- Es importante extraer lecciones de las experiencias exitosas existentes hasta el momento, tanto en los países del Norte como en los del Sur o en algunos africanos en particular, y analizar su grado de aplicabilidad a diferentes contextos en el continente africano.
- Gran parte del éxito de la comunidad gay en los países del Norte en materia de prevención estuvo basado en la ruptura de tabúes, en la normalización y naturalización del intercambio de información sobre las prácticas sexuales, en la actitud militante en cuanto al uso del preservativo, y en la movilización por parte de las personas afectadas y de diversos sectores de la sociedad sensibles a su situación.
- La actitud transparente y proactiva de algunos líderes africanos a la hora de enfrentarse a la enfermedad, como en Uganda o Senegal, considerados exitosos en la lucha contra ésta, contrasta sobremanera con la de otros con planteamientos muy controvertidos en materia de prevención, como en los casos de Sudáfrica o Swazilandia, por ejemplo.
- Pese a la gran cantidad de agentes de cooperación y representantes religiosos o gubernamentales que predicán la abstinencia o la fidelidad como ejes centrales de la lucha contra el VIH/SIDA, el uso del preservativo es la medida más sencilla, barata y efectiva de las existentes en materia de prevención, y por tanto la que debería ser promocionada más enérgicamente. Las mujeres fieles a sus parejas se siguen contagiando, luego el énfasis debe hacerse sobre la capacidad de negociación de las mujeres en cuanto a su vida sexual y al uso de medidas preventivas.
- Al tratarse de una enfermedad infecciosa de transmisión mayormente sexual, el acceso a la información y el cambio de comportamiento en materia de prevención es tan fundamental como repleto de todo tipo de prejuicios y tabúes, que dificultan la puesta en marcha de estas medidas. De ahí la importancia del análisis de esta realidad y sus efectos desde las ciencias sociales en general, y desde la sociología y la antropología en particular, poniendo especial énfasis en el mensaje y en la forma de hacerlo llegar

mediante las correspondientes campañas de prevención a partir de una perspectiva de género.

- El tema de la prevención cada vez es menos un problema de acceso a la información, y más de gente informada que como consecuencia de un cúmulo de diferentes circunstancias (económicas, sociales y culturales), consciente o inconscientemente, opta por no cambiar sus costumbres o pautas de comportamiento. En este sentido, más allá de los derechos de las personas infectadas, es importante hacer hincapié igualmente en sus responsabilidades a la hora de evitar la expansión de la enfermedad.
- Los avances producidos en los últimos años en materia de acceso a tratamiento son obviamente bienvenidos, aunque aún insuficientes y muy irregulares entre países y dentro de cada país. No obstante, es fundamental que estas mejoras en el tratamiento no den pie a descuidar la atención sobre el tema de la prevención, que en estas circunstancias se hace aún más necesario ante una cierta percepción de la enfermedad como algo que “ya no mata” y ante lo cual cabe relajarse.
- El problema del acceso al tratamiento y de la falta de continuidad en el mismo preocupa mucho a los *practitioners* sobre el terreno, especialmente en las zonas rurales. Éstos se enfrentan, entre otros, a problemas de falta de previsión a medio/largo plazo por parte de los organismos y programas al cargo de las fuentes de financiación disponibles, infraestructuras insuficientes e inadecuadas, falta de recursos humanos cualificados y de dificultades de adherencia al tratamiento.
- Para hacer frente a la falta de personal sanitario cualificado deben multiplicarse los recursos para su capacitación, pero dentro del propio hospital o centro de salud, evitando sacarles de éste, de tal forma que la formación no se convierta en “causa de muerte”).
- Ante el incremento de actores y de iniciativas, frecuentemente paralelas y descoordinadas, con el fin de atacar algunas enfermedades concretas, crece la necesidad de reforzar los sistemas sanitarios públicos existentes, o construirlos, en su ausencia, así como de integrar paulatinamente en ellos las diversas iniciativas verticales existentes en la actualidad.
- No se puede combatir el VIH/SIDA de forma apropiada sin un acceso mínimo en materia de atención primaria que permita un adecuado seguimiento de los pacientes. Es

necesario horizontalizar las políticas actuales e integrar para poder apostar por la sostenibilidad de las intervenciones en la lucha contra ésta que no es una emergencia al uso, sino de largo plazo.

- Es necesario luchar contra la lógica cortoplacista de los políticos del Norte y del Sur, así como de otros actores de la cooperación, y su búsqueda de visibilidad, para poder apostar por el fortalecimiento del sistema a largo plazo.
- Es importante evitar igualmente que las ONGD “actúen en lugares en vez de en países”, es decir, que intervengan sobre el terreno sin tener en consideración las contrapartes e instituciones locales y de forma paralela y sustitutiva del Estado. En el contexto actual de la Declaración de París y de los nuevos instrumentos de la cooperación al desarrollo, las ONGD deben redefinir su rol y funciones habituales como meros prestadores de servicios y trabajar de manera creciente como “watchdogs” de los procesos y políticas de desarrollo implementados por las autoridades locales, reforzando a su vez la sociedad civil local que pueda desempeñar dicho trabajo en el futuro.
- En el candente debate sobre emergencia *vs* sistema, es necesario ser pragmáticos y señalar la compatibilidad de ambos enfoques de forma provisional, en tanto en cuanto la intervención en el corto plazo se realice con perspectiva de largo plazo, o siempre que se lleve a cabo una acción de emergencia contribuyendo al mismo tiempo al reforzamiento del conjunto del sistema de salud.
- Con todo, en términos generales, es necesario ir abandonando progresivamente la lógica de los proyectos y de los fondos verticales, con su perspectiva cortoplacista y sus altos costes indirectos, generando a su vez una fragmentación de programas y servicios que favorece la privatización. Por ello, debe apostarse por un planteamiento más

sostenible por la vía de las políticas de consorcio entre ONGD, administraciones locales y profesionales sanitarios, de los enfoques sectoriales y del apoyo presupuestario, donde se capacite a los actores locales, y al sector público y a la sociedad civil en particular, y se les dé la oportunidad (“*give them a chance*”) de liderar el proceso a partir de unas instituciones y marcos apropiados de promoción de la salud en función de criterios de equidad.

- En definitiva, es preciso ir cambiando la lógica de lucha contra las enfermedades por una más amplia en términos de protección social, es decir, pasar de una respuesta global y local al VIH/SIDA a una respuesta global y local a la salud en general; todo ello, buscando un equilibrio adecuado, mientras tanto, entre la actual estrategia especial para la lucha contra el VIH/SIDA y otra que fortalezca y mejore el conjunto del sistema de salud pública, haciéndolas finalmente converger en una única.

Esta selección de ideas nos ayuda a comprender el amplio espectro de perspectivas, experiencias y métodos de análisis que fueron compartidos en el seminario. Algunas de ellas son desarrolladas ampliamente en los dos documentos que siguen a continuación, basados en las respectivas presentaciones de ambos autores en el citado encuentro. En dichos documentos se desarrollan la mayor parte de los argumentos expuestos en su día, a partir de puntos de vista y formatos distintos; uno focalizado en las grandes cuestiones de la política internacional en relación al VIH/SIDA, y el otro más centrado en el análisis de las relaciones entre el VIH/SIDA y diversos factores económicos, sociales y políticos. Si bien diferentes, ambos trabajos reflejan enfoques compartidos por la mayor parte de las contribuciones al debate, la más importante de las cuales es el compromiso colectivo para reducir en la mayor medida posible el sufrimiento humano causado por este destructivo virus.

# La salud como derecho y el rol social de los estados y de la comunidad donante ante el VIH/SIDA: un análisis crítico de la respuesta global a la pandemia

Juan Garay

La pandemia del VIH/SIDA sigue avanzando, más rápido que lo que lo apuntan las proyecciones de recursos para controlarla. Asimismo se feminiza progresivamente y los ejemplos de éxito ya no son tan claros. De hecho, los descensos de prevalencias (Uganda en los 90, Zimbabwe en los 2000) pueden tener que ver con fracasos de acceso a la salud y alta letalidad de la población afectada. Pero de igual manera fracasan los servicios de salud y el trato excepcional otorgado internacionalmente al VIH/SIDA merece una reflexión y el preguntarnos si está justificado en términos de pertinencia, de efectividad, de eficiencia, de sostenibilidad. Este artículo plantea los retos del VIH/SIDA en el contexto general de la salud en los países en desarrollo, y analiza la supuesta validez de los argumentos de su enfoque excepcional y paralelo.

## I. La salud y el VIH/SIDA

Parto de una premisa ideológica, y con base en acuerdos internacionales: la atención básica a la salud es un derecho.

En mi opinión, influida por la ideología social y las bases del modelo social Europeo, los estados deben garantizar la equidad de tal derecho y la comunidad internacional debe aliviar la enorme desigualdad económica para, al menos, hacer que tal derecho evite unas 20 millones de muertes innecesarias y

prematuras cada año. El VIH/SIDA constituye una cuarta parte de esas muertes innecesarias.

Los últimos hitos en entender las responsabilidades y roles en la salud internacional han sido Alma Ata (participación comunitaria) y los SWAP –*Sector Wide Approaches* (respeto a la soberanía participativa nacional). Recientemente, y tras varias décadas de caos en la cooperación internacional, la Declaración de Paris, lleva el principio SWAP a nivel central gubernamental, y al apoyo presupuestario a las economías frágiles, como el Standard de la cooperación hacia el desarrollo.

Por otro lado, la evidencia a favor del acceso gratuito a los servicios básicos de salud, en especial en comunidades en las que una alta proporción vive con menos de un dólar al día, va siendo cada vez más sólida. Esto ha llevado a una serie de posiciones internacionales que animan a financiación de la salud no ligada a pagos directos por los servicios. La Asamblea Mundial de la Salud en 2005 llamó a los estados miembros a abolir las tasas de pago de salud y basar la financiación en otros sistemas basados en impuestos o seguros, de forma que se pudiese progresar al objetivo del acceso universal y la protección financiera y social. Ese mismo año, la “Comisión para África” promovida por el Reino Unido recomendó que los gobiernos africanos quitasen las tasas para los cuidados básicos de salud, lo cual implica compromisos predecibles en el tiempo de los

donantes. En julio de 2005 en la cumbre de Gleneagles, el G8 se comprometió a apoyar los cuidados básicos de salud gratuitos en los países menos desarrollados. Las recomendaciones del Proyecto del Milenio incluían la abolición de tasas de pago por servicios de salud, antes del final del 2006.

Existe una clara relación entre la financiación pública hacia estos servicios básicos, y los niveles de mortalidad infantil.

¿Cual es pues, el coste de la provisión de servicios universales y gratuitos de salud básica en los países en desarrollo? En diciembre de 2001 la OMS publica el informe de la Comisión de Macroeconomía y Salud (CMS), de Jeffrey Sachs. El informe, a remolque de la estrategia vertical de los Objetivos del Milenio, aporta una estimación para cubrir los gastos de servicios preventivos y curativos básicos (mediante un análisis similar al del Banco Mundial en 1993 con "Invertir en Salud") relacionados con los OMD en Salud: salud reproductiva, inmunización y lucha contra VIH/SIDA, malaria y tuberculosis. El informe concluyó que son necesarios un mínimo de 20 euros por habitante y año para la financiación de dichos servicios en cobertura universal. De hecho, casi todos los países con mortalidad infantil mayor de 100 por mil se encuentran entre los que menos gastan por habitante, por debajo del dintel de 20 euros por habitante. Este dintel se asemeja a otros estudios en los años 90 basados en provisión de servicios básico de salud en el nivel primario y de distrito; y a los recientes estudios del paquete básico de salud en Zambia.

La correcta gestión de 20-30 euros por persona y año podría conseguir una cobertura universal y en equidad de los servicios básicos preventivos y curativos que pueden evitar un 80-90% de esas muertes prematuras. Estos recursos suponen los gastos recurrentes de un sistema de salud, la gasolina para transporte, salarios dignos a un personal suficiente en número y formación, medicamentos esenciales, gestión descentralizada y participativa de los recursos y servicios. Sabemos también que dichos gastos deben ser financiados públicamente pues el pago directo de servicios empobrece a un 80% de la población en los países en desarrollo, y no es efectivo (tardío, inconstante). Y sabemos que aunque estos países aumentasen su asignación presupuestaria al 15% –compromisos de Abuja– (doble que la media OCDE y más de tres veces la aportación a la salud del CAD), seguiría habiendo un déficit potencial de unos 11 mil millones de euros. La ayuda al desarrollo, en especial tras los compromisos de aumento de la ayuda en los próximos diez años, ha conseguido movilizar esos fondos. El problema, como se verá más adelante, es que dichos fondos se dirigen progresivamente fuera del sistema público, fuera de los servicios bási-

cos, orientados a enfermedades (en especial al VIH/SIDA), de manera paralela, más cara y más incierta en el tiempo.

Y aún más allá del pragmatismo de la cooperación internacional, el déficit vital descrito de la financiación pública para la salud en los países en desarrollo equivale al 0,005 del producto mundial bruto (o un 0,04% del gasto mundial en salud, o un 0,013% del gasto público en salud), por donde drena una sangría trágica anual de 20 millones de vidas. Un 0,1% de impuesto añadido en los medicamentos de los países industrializados del Norte, en buena medida no esenciales, bastaría para corregir este déficit y evitar la mayor parte de esas muertes prematuras.

En la última década, el VIH/SIDA ha sido tema prioritario de todas las reuniones del G8, de las cumbres y sesiones extraordinarias de las naciones Unidas, y de prácticamente todas las políticas y programas de ayuda al desarrollo. La flagrante situación de medicamentos vitales a precios inasequibles para el 95% de la población afectada, ha llevado las discusiones sobre la lucha contra el VIH/SIDA al ámbito de las negociaciones de comercio y los acuerdos sobre patentes de medicamentos. Dichos acuerdos sobre el papel en Doha en el año 2001 no se tradujeron en mecanismos de importación de genéricos o de producción local en los países en desarrollo con alta endemia de VIH/SIDA, casi todos ellos (excepto Sudáfrica) con moratorias hasta el 2016. Sin embargo, India, la farmacia de África, y otros países del Sudeste asiático han tenido que aplicar los acuerdos en el 2006 y ya se han visto afectados por la legislación de patentes y sometidos a presión en aplicar periodos de protección de patentes a medicamentos vitales para sus necesidades y las de los países, en especial en África, que dependen de su exportación. A pesar de declaraciones de alta relevancia en la Asamblea Mundial de la Salud en 2006 sobre la propiedad intelectual, la salud pública y la innovación y desarrollo de fármacos para enfermedades (o más bien comunidades) olvidadas, el grupo intergubernamental cerrado para implementar un plan de acción ha comenzado sus discusiones y borradores con una gran presión de los países del Norte industrializado (ejerciendo a menudo como voces de los intereses de las multinacionales farmacéuticas). Así, se plantea para usar solo como último recurso las licencias obligatorias para la producción o exportación/importación de genéricos exentos de respeto a patentes (modelo de India y Brasil) y favorecer los acuerdos de licencias voluntarias (franquicias) de la gran industria farmacéutica con la producción genérica local (Sudáfrica). A esto se une en el caso del VIH/SIDA el cambio recomendado por la OMS de protocolos de primera línea de tratamiento y

el aumento de casos de resistencia e indicación de fármacos de segunda línea. Con todo ello, los precios mínimos de antirretrovirales, que habían bajado hasta el 10% de los blindados por patentes, han vuelto a aumentar.

Por otro lado, la relación del VIH/SIDA con la salud sexual y reproductiva, y con las relaciones de género, ha reactivado la vigencia de los principios de Cairo sobre los derechos sexuales y reproductivos. La ola conservadora de las pasadas dos décadas, liderada por los republicanos de EEUU, sería posiblemente mucho más radical sin el activismo por los derechos del “VIH/SIDA del Sur”. La vanguardia de estas fuerzas en contra de los derechos sexuales y reproductivos, claves para el control de la pandemia y su feminización está representada por el PEPFAR, la principal fuente de ayuda externa (así como de financiación, influencia e injerencia) al VIH/SIDA en los países en desarrollo. En su último informe, el 70% de los fondos destinados a prevención, se invirtió en programas relacionados con la promoción de la abstinencia y el “ABC” (abstinencia, fidelidad y, en último lugar, el uso del preservativo, progresivamente incluso sustituido por la creciente atención dedicada a la circuncisión).

## 2. Distorsión e impacto de los programas nacionales y globales de VIH/SIDA sobre el derecho a la salud

Las decisiones políticas citadas anteriormente han tenido diferentes efectos distorsionadores en la lucha contra el VIH/SIDA y el derecho a la salud en general:

- Se ha priorizado el VIH/SIDA frente a otras enfermedades. Más de la mitad de la AOD en salud (unos 5.700 millones de euros al año, según el CAD/OCDE de 2004) va a la lucha contra el VIH/SIDA (4.500 millones), responsable del 10% de la carga de enfermedad en los países en desarrollo, del 20% en África y de una cuarta parte de las muertes prematuras en los países en desarrollo. Estas proporciones en cuanto a fondos, con seguridad, han aumentado en los últimos años, en especial por la influencia de la alta financiación de PEPFAR.
- Al margen de esta discriminación positiva, se han primado ciertas estrategias. Se ha priorizado el tratamiento antirretroviral frente a la prevención de la transmisión de madre a hijo (PTMH), de mucha más alta eficiencia, y en

general se ha estancado la prevención de la transmisión sexual.

- El enfoque de enfermedad va dirigido a proyectos a menudo paralelos. En gran medida esto ocurre por el protagonismo del Fondo Global, que ahora acapara un tercio de la ayuda en salud al desarrollo, y por el creciente impacto del programa gubernamental de EEUU, el PEPFAR. Todo ello juega en detrimento del apoyo de base a los sistemas de salud, debilitando Alma Ata y los SWAP.

Estas distorsiones, han provocado a su vez los siguientes efectos:

- Una consecuencia es que el avance de la lucha contra el VIH/SIDA en los últimos cinco años ha sido mínimo en prevención y en PTMH. De hecho, la estabilización de la seroprevalencia en algunas regiones parece más debida a fenómenos epidemiológicos por el comportamiento/adaptación del virus o la alta letalidad de la última década, que a estrategias políticas, programas, etc.
- Por otro lado, el esfuerzo de la lucha contra el VIH/SIDA ha tenido un alto coste de oportunidad. Es importante analizar las decisiones políticas sobre los recursos públicos, en especial en situación de recursos limitados, para necesidades ingentes como el VIH/SIDA en los países del Sur. De este análisis se puede deducir que los 8,600 millones asignados al VIH/SIDA en 2005 (5.700 millones de ODA) se tradujeron prácticamente en las 250.000-350.000 muertes evitadas en 2005 por la terapia antirretroviral<sup>1</sup>. Esto implica un coste-utilidad de más de 1.000 \$ por AVAD (Años de Vida Ajustados por Discapacidad). El Fondo Global y el PEPFAR argumentan grandes éxitos y eficiencias de 800 \$/AVAD (Fondo Global) y unos 1.700 \$/AVAD (PEPFAR), pero sabemos que estos pacientes tienen financiación múltiple de estas iniciativas, gobiernos, ONGD y hasta los pacientes mismos y sus familias, y que los éxitos que se atribuyen estas iniciativas son falsos o sesgados. Todo ello contrasta con las “recetas” del Banco Mundial en los años 90, en que se cuestionaban decisiones políticas de servicios públicos de salud a un coste superior a 50 \$ por AVAD en los países menos desarrollados.
- Se han producido también efectos negativos en las capacidades de los sistemas de salud. Los fondos para el

<sup>1</sup> <http://www.who.int/hiv/mediacentre/news60/en/index.html> (Pág. 153).

VIH/SIDA hubiesen sido coherentes si fueran adicionales y a la vez se hubieran aumentado los fondos para la salud que permitiesen una cobertura de las intervenciones de menos de 50 \$/AVAD y por ende la prevención de la mayoría de los 20 millones de muertes prematuras. Pero la realidad es que no, y que han tenido un enorme coste oportunidad, medible posiblemente en millones de muertes prematuras. Un análisis más detallado de este coste-oportunidad tendría que tener en cuenta también el daño indirecto al sistema de salud en sus servicios básicos, ya que la gran afluencia de fondos movilizados por estrategias verticales, han minado la motivación y fidelización de los recursos humanos del sistema público.

- Las estrategias verticales han tenido un claro efecto negativo, a menudo devastador, en los procesos de soberanía

popular (Alma-Ata) e institucional (SAWPs), pues las decisiones han sido sometidas a influencias de gran fuerza desde el Comité del Fondo Global con irreales pretensiones representativas, tanto en prioridades, estrategias como procesos.

- Ha habido asimismo una falta de sostenibilidad de las acciones. Debido al enfoque vertical de proyecto de la mayor parte de las iniciativas de VIH/SIDA en los países en desarrollo con financiación exterior, la sostenibilidad, basada en una supuesta delegación en sistemas de salud débiles y aún más debilitados por estas estrategias verticales, es muy incierta.

El ejemplo más claro de la falta de coherencia en el enfoque vertical frente al VIH/SIDA lo constituye el PEPFAR, analizado en el siguiente cuadro:

El PEPFAR (en inglés, *President's Emergency Plan for AIDS Relief*, Plan de Emergencia presidencial de lucha contra el SIDA) constituye la principal fuente de financiación para los programas de lucha contra el VIH/SIDA y la principal intervención en materia de salud bilateral, y está influyendo de manera significativa en el panorama de la asistencia sanitaria, de las políticas de salud e incluso de las acciones desarrolladas por las ONGD y organizaciones religiosas en países en vías de desarrollo, especialmente en los 15 países prioritarios.

Existen claras oportunidades para el PEPFAR dado el nivel de financiación y la atención puesta en algunas áreas donde las capacidades nacionales y/o elecciones (y la arquitectura de ayuda internacional (incluso la UE) han fracasado, tales como la ayuda a huérfanos y niños vulnerables y la muy necesaria atención a la inaceptable baja cobertura de la prevención de transmisión entre madre e hijo.

No obstante, a pesar de la imagen que PEPFAR ofrece de su éxito, y la aparentemente reacción positiva de UNAIDS/ONUSIDA (Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA), continuamos gravemente preocupados con respecto a una serie de áreas críticas y a la desatención de algunos principios básicos para AOD y la salud pública:

1. La negligencia y el efecto debilitado de los principios de la Conferencia de El Cairo en materia del derecho a la atención sexual y de salud reproductiva: el dato de como el 70% de los fondos de prevención de PEPFAR se destina a acciones de abstinencia es muy preocupante. Ni siquiera con la declaración de “apoyo a todos los componentes del ABC” (la C –*Condoms*– es claramente la última en términos de atención de todos modos), la política de prevención de PEPFAR es potencialmente una importante amenaza para los derechos sexuales de los hombres y (dada la desigualdad de poder de género en muchas regiones), en particular, de las mujeres y para su derecho a una información objetiva, a una libre elección y al acceso a herramientas eficaces de prevención. Un claro ejemplo de cómo fracasa el ABC, en particular, para las mujeres en África es el hecho de que, según algunos estudios, hasta el 70% de las mujeres infectadas por el VIH en Uganda sólo han tenido una pareja sexual y para todas ellas el AB no pudo funcionar y la C no pudo ser objeto de negociación. La disminución de la función central de los preservativos es probablemente la amenaza más grave para el avance de la pandemia.

2. La equidad del apoyo a los programas de lucha contra el VIH/SIDA en relación a la carga de la enfermedad (prevalencia de VIH) y las capacidades nacionales para responder a la pandemia: la priorización de 15 países por parte del PEPFAR no refleja las necesidades de los países y contribuye a ofrecer una imagen de las capacidades, los recursos y los servicios generales de salud y contra el SIDA de forma muy desigual.
3. El coste de eficiencia y oportunidad: no hay estudios sólidos de la relación utilidad-coste (coste por pérdida de año de salud por discapacidad -AVAD-) del PEPFAR, en realidad, ni de la mayoría de las iniciativas globales o programas nacionales. No obstante, teniendo en cuenta la enorme cuantía de los fondos y los resultados sobre la cobertura del tratamiento y el poco impacto (posiblemente incluso debilitado dadas las preocupaciones mencionadas anteriormente de la ABC), las estimaciones apuntan hacia un coste muy elevado por AVAD, probablemente próximo a los 1.000 €. Esta elección no ha sido plenamente complementaria y, de hecho, ha ido en detrimento en algún caso de la asistencia sanitaria en los países en vías de desarrollo, y en particular, de la atención a la salud sexual y reproductiva, agravado por la ley del silencio de la Ciudad de México). Esto tiene, un muy elevado coste de oportunidad que nunca se menciona, en particular en contextos (y el contexto africano es claramente uno) de carencia de servicios de salud de primera necesidad y con mucha mayor eficacia potencial, orientados hacia las principales causas de la carga de la enfermedad tales como la atención materna y perinatal, tratamiento prematuro de las condiciones infantiles, tales como la diarrea y las infecciones respiratorias agudas, etc.
4. Apropiación y los principios de la Declaración de París: en nuestra experiencia en las conversaciones con agentes participantes en los SWAPs de salud, los consejos nacionales sobre el SIDA y los gobiernos, la forma como son implementados los programas de PEPFAR, no es respetuosa con los principios de París a los que se ha adherido la UE y que debe alentar. Al margen de un muy bajo nivel de alineamiento con las políticas y los procedimientos nacionales, la mayor parte de los fondos se canaliza a través de proveedores privados y organizaciones religiosas. Esto afecta incluso a la elección de los protocolos de tratamiento y el uso de medicamentos que no constituyen protocolos nacionales de primera línea y que se fundamentan en el procedimiento de homologación de la Administración de Alimentos y Fármacos de EE.UU. (en inglés, US FDA), haciendo caso omiso de las resoluciones mundiales (OMS) y nacionales que (a pesar de una todavía escasa utilización de las estipulaciones del acuerdo ADPIC/TRIPS – (Acuerdo sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual Relacionados con el Comercio), permiten unos tratamientos de calidad mucho más asequibles.

### 3. El enfoque humanitario de la lucha contra el VIH/SIDA

Paradójicamente, es este enfoque de emergencia humanitaria ante el VIH/SIDA el que ha llevado a tratar la salud como un proyecto, cuando debe ser un servicio. Ha designado actores privados e internacionales como garantes, cuando el garante debe ser el estado. Igualmente, ha orientado la salud hacia la lucha contra enfermedades concretas, cuando debe ser un enfoque global de servicios según demandas y necesidades. Y paradójicamente, este, el mejor intencionado de los daños, le ha dado vía libre a la globalización neoliberal para usurpar a

los estados esta función, y para dejar el derecho humano a la atención a la salud, parcelado y destruido, y a expensas del mercado y las buenas intenciones para mitigar sus efectos.

Pero dentro del VIH/SIDA, sí que hay un espacio relevante para la acción humanitaria. Desde mediados de los 90, muchas organizaciones humanitarias, que movilizan el 5-10% de la cooperación con los países en desarrollo, y posiblemente el 10% de la ayuda a la salud, se han planteado su función en la lucha contra el VIH/SIDA. Algunas, como Médicos Sin Fronteras, han decidido incluir al VIH/SIDA como emergen-

cia humanitaria y han ido dedicando una proporción creciente de sus recursos a programas de lucha contra la pandemia. Otras, como ECHO, han preferido atender al VIH/SIDA como un aspecto horizontal de sus acciones generales en desplazados, catástrofes, emergencias complejas, epidemias o hambrunas. Sin embargo, es obvio que en muchas situaciones, el VIH/SIDA es la principal urgencia humanitaria en términos de mortalidad y de necesidades vitales. El enfoque con principios (neutralidad, independencia, etc.) y procesos (duraciones de 6-12 meses, mediante actores externos) humanitarios, limita las posibilidades de actuación e impacto sobre el VIH/SIDA. Un posible enfoque, que está siendo objeto de análisis y discusión en algunos foros, es el rol de la ayuda humanitaria en atender a los pacientes más próximos a la muerte en ausencia de tratamiento, aquellos en fase terminal y a menudo encamados en sus casas, a menudo en zonas remotas carentes de acceso a los servicios de salud. Tal rol debería estar coordinado con un acuerdo de transferencia después de la fase inicial crítica, a servicios institucionales de tratamiento.

#### 4. La Cooperación Internacional en Salud: equidad y nivel de la ayuda

Los últimos seis años han visto una modificación importante de la arquitectura global de ayuda, de los principios de la cooperación y particularmente del planteamiento de la salud y del desarrollo. Varios factores han influenciado este proceso, a saber y por orden cronológico:

- La atención a la salud en los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) a partir del año 2000: tres de los ocho ODMs se refieren explícitamente a la salud.
- El concepto de umbral mínimo en el gasto de la Comisión de Macroeconomía y Salud (CMS) de la OMS del 2001: 25 \$/por persona y año de gasto público en salud; otro análisis en el Proyecto del Milenio y en la Comisión Británica para el informe de África.
- Asignaciones de los presupuestos de los gobiernos, para la salud pública: compromiso del 15% de Abuja 2001, similar a la media OCDE.
- Aumento en términos absolutos y relativos del apoyo al VIH/SIDA (unas 30 veces factor de crecimiento en 5 años).
- La declaración de París de 2005 sobre el alineamiento (y el compromiso de UE respecto al apoyo presupuestario del 50%).

Para analizar cual es el nivel, tendencia y distribución de la AOD en salud, sólo disponemos de los datos del Comité de Ayuda al desarrollo (CAD) de la OCDE. Dicha información es lenta e incompleta, como consecuencia de los tiempos de retraso en los datos disponibles, y debido a que la codificación del CAD es poco precisa (excluye la ayuda multisectorial relacionada con la salud y mezcla los servicios sanitarios reproductivos con las operaciones de censo).

Por otro lado, el cambio gradual a la AOD alineada/no destinada por sector (en relación a los principios de París antes mencionados) y la multitud de iniciativas globales para la salud (sobre 100) con financiación no capturada a menudo por la planificación del presupuesto de países beneficiarios ni referida al CAD, complican aún más este análisis.

A pesar de estas limitaciones, el siguiente análisis ofrece datos interesantes sobre el nivel y distribución actual de la AOD para la salud:

- La ayuda total a la salud en el periodo 1973-2004 ascendía a 66.000 millones de dólares (3.300 millones de dólares como media anual).
- Se evidencia un crecimiento constante en un crecimiento anual medio del 5,4% (1973-2004) con un estancamiento marcado (y caída de la AOD/RNB) entre 1992 y 2000, y un crecimiento acelerado a partir de 2001-2004 del 13%.
- La AOD media en salud de 2002-04 a países en desarrollo fue de 8.290 millones de dólares (\$ 7.700 millones si se excluyen las acciones relacionadas con registros demográficos de censo, etc.).
- La distribución global a los beneficiarios y a los sectores de la ayuda revela en el ámbito sanitarios los siguientes datos: Un 40% se destina para el VIH/SIDA (el 50% en África), en progresivo aumento absoluto y proporcional; un 20% para la política/gestión (Asistencia Técnica); un 13% para cada uno de los siguientes: atención sanitaria básica, control de (otras) enfermedades infecciosas, y salud reproductiva/planificación familiar; un 6% para los tratamientos especializados y la investigación, y el 3% para infraestructuras.
- En cuanto a la distribución geográfica, un 40% de la AOD sanitaria global va a África Subsahariana, el 20% a Asia, el 8% a América Latina y el 5% para Pacífico y Europa juntos.



- Por niveles de desarrollo, los países menos desarrollados reciben el 29% de la AOD en salud, el resto de los países en desarrollo el 21%, los de ingresos medio el 18% y los de ingresos altos el 2%.

En otro orden de cosas, por lo que respecta al análisis de equidad e identificación de “huérfanos” sanitarios de la AOD en salud, vamos a identificar los siguientes elementos:

- Los estados miembros de la OMS, en la Asamblea Mundial de la Salud de mayo de 2005, acordaron progresar en la cobertura universal de los servicios básicos de salud para lograr objetivos de desarrollo, incluidos los contenidos en la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas.
- La financiación pública para servicios sanitarios básicos es esencial para aspirar a la cobertura universal y especialmente para una financiación justa en favor de los pobres.
- Las intervenciones esenciales preventivas y curativas/paliativas pueden reducir la carga de la enfermedad mientras que las condiciones socioeconómicas requieren más tiempo para reducir los riesgos de salud. Se ha calculado que un paquete completo (abordando prioridades a través de intervenciones rentables por menos de 50 \$ por AVAD e incluyendo los servicios básicos para el VIH/SIDA) serían de 20-30 € anuales por habitante.
- Los países en vías de desarrollo (según el listado del CAD) se enfrentan a un déficit de financiación pública para llegar al umbral de 20 € antes descrito: 70 países se enfrentan a un déficit total de 53.000 millones, mitad de la India) para hacer frente al umbral de la CMS.
- Si los países asignasen el 15% de sus presupuestos del Estado a la salud (objetivo Abuja, la media OCDE), la financiación pública adicional sería de 32.000 millones, 21.000 de ellos de la India y solamente 50 países se enfrentarían a un “déficit público potencial” (DPP) que totalizaría 21.000 millones.
- Por otro lado, dado el crecimiento económico de los países (crecimiento del PNB per capita), las asignaciones sanitarias crecerán más probablemente en muchos países, y reducirían poco a poco la diferencia previamente mencionada de 21.000 millones a solamente 6.000 millones antes de 2015. Debido al crecimiento económico (media anual de los últimos diez años), tres países caerían de la lista de “déficit público potencial”:

India (2009), Nigeria (2013) y Vietnam (2015). Sin embargo, especialmente en los países de alta prevalencia de VIH, las necesidades aumentarán.

En relación a este análisis de necesidades podemos analizar la magnitud y la equidad de la AOD en salud en los siguientes términos. Los actuales niveles de la AOD en salud son:

- Insuficientes, puesto que sólo cubren un tercio de las actuales necesidades (7700 vs. 21.000 millones \$).
- Sin equidad geográfica: No hay correlación entre el coeficiente de la AOD en salud y el DPP per capita. Es decir, podemos concluir que la AOD en salud carece de equidad en relación a las necesidades de financiación pública. El gráfico 2 muestra esta falta de equidad y la situación del grupo de países “huérfanos de AOD en salud”.
- Y sin equidad por prioridades sectoriales: actualmente, favorece al VIH/SIDA (30% de la AOD en salud frente al 6% del total de AVAD; el 40% de AOD en salud en África, frente al 10% de AVAD) y discrimina la asistencia básica de salud (AOD en salud del 20% frente al 80% de AVAD).

La correlación entre las necesidades de los sistemas nacionales de salud para hacer frente a los servicios integrales de prevención, tratamiento y cuidados del VIH/SIDA y la ayuda exterior por paciente infectado, tampoco muestran una relación de equidad. Esto se debe en gran parte al efecto distorsionador de la concentración de la financiación de PEPFAR en 15 países, no todos ellos entre los de mayor necesidad; así como al reparto basado en la calidad de las propuestas y no en las necesidades, por parte del Fondo Global. Esta falta de correlación y de equidad es especialmente clara dentro de la región con mayor carga de enfermedad por SIDA, el África Austral.

Otros aspectos más allá de este análisis sugieren que la AOD en salud:

- Es poco predecible (la mayor parte es volátil e impredecible más allá de dos años, y de apropiación/alineamiento (solamente un 15% de la AOD en salud de la UE, la principal en cuanto a alineamiento a través del presupuesto, es decir, un 7% de la AOD total, se alinea incluyendo la integración en la gestión pública financiera).
- Carece la participación comunitaria (*grassroot ownership*: “apropiación de base”) a través de PRSPs, SWAPs y de la gestión descentralizada.

## 5. Conclusiones sobre la ayuda internacional contra el VIH/SIDA en los países en desarrollo

La respuesta global al VIH/SIDA ha distorsionado la AOD en salud, regresando al enfoque de proyecto y a estrategias verticales. Dicho enfoque carece de sostenibilidad y tiene un alto coste de oportunidad. A nivel de los países, ha tenido efectos negativos en los procesos de soberanía comunitaria e institucional, de sostenibilidad y de las capacidades de los sistemas, que han quedado como “servicios de segunda clase” en contraste con la financiación excepcional para el VIH/SIDA y en parte para la malaria, la tuberculosis y la vacunación infantil. El efecto indirecto del coste de oportunidad refleja un derro-

che de recursos en contexto de una gran necesidad relativa a las 20 millones de muertes prematuras y de la falta de cobertura de intervenciones de un mucho menor coste-utilidad que las que se sumen sin cuestión para el tratamiento del VIH/SIDA.

Es esencial reorientar la AOD en salud y en VIH/SIDA para hacerla más predecible, aumentar la magnitud, la equidad geográfica, la equidad por prioridades, la participación comunitaria, el liderazgo y responsabilidad de los gobiernos. Todo ello es esencial para fortalecer los sistemas sanitarios que puedan ser garantes del derecho a la salud, traducido en acceso universal y gratuito o en equidad de los servicios básicos de la salud, incluyendo la prevención y tratamiento del VIH/SIDA.



# LAN-KOADERNOAK

## CUADERNOS DE TRABAJO

### WORKING PAPERS

0. Otra configuración de las relaciones Oeste-Este-Sur. Samir Amin
  1. Movimiento de Mujeres. Nuevo sujeto social emergente en América Latina y El Caribe. Clara Murguialday
  2. El patrimonio internacional y los retos del Sandinismo 1979-89. Xabier Gorostiaga
  3. Desarrollo, Subdesarrollo y Medio Ambiente. Bob Sutcliffe
  4. La Deuda Externa y los trabajadores. Central Única de Trabajadores de Brasil
  5. La estructura familiar afrocolombiana. Berta Inés Perea
  6. América Latina y la CEE: ¿De la separación al divorcio? Joaquín Arriola y Koldo Unceta
  7. Los nuevos internacionalismos. Peter Waterman
  8. Las transformaciones del sistema transnacional en el periodo de crisis. Xoaquin Fernández
  9. La carga de la Deuda Externa. Bob Sutcliffe
  10. Los EE.UU. en Centroamérica, 1980-1990. ¿Ayuda económica o seguridad nacional? José Antonio Sanahuja
  11. Desarrollo Humano: una valoración crítica del concepto y del índice. Bob Sutcliffe
  12. El imposible pasado y posible futuro del internacionalismo. Peter Waterman
  13. 50 años de Bretton Woods: problemas e interrogantes de la economía mundial. Koldo Unceta y Francisco Zabalo
  14. El empleo femenino en las manufacturas para exportación de los países de reciente industrialización. Idoye Zabala
  15. Guerra y hambruna en África. Consideraciones sobre la Ayuda Humanitaria. Karlos Pérez de Armiño
  16. Cultura, Comunicación y Desarrollo. Algunos elementos para su análisis. Juan Carlos Miguel de Bustos
  17. Igualdad, Desarrollo y Paz. Luces y sombras de la acción internacional por los derechos de las mujeres. Itziar Hernández y Arantxa Rodríguez
  18. Crisis económica y droga en la región andina. Luis Guridi
  19. Educación para el Desarrollo. El Espacio olvidado de la Cooperación. Miguel Argibay, Gema Celorio y Juanjo Celorio
  20. Un análisis de la desigualdad entre los hombres y las mujeres en Salud, Educación, Renta y Desarrollo. Maria Casilda Laso de la Vega y Ana Marta Urrutia
  21. Liberalización, Globalización y Sostenibilidad. Roberto Bermejo Gómez de Segura
- Bibliografía Especializada en Medio Ambiente y Desarrollo.** Centro de documentación Hegoa
22. El futuro del hambre. Población, alimentación y pobreza en las primeras décadas del siglo XXI. Karlos Pérez de Armiño
  23. Integración económica regional en África Subsahariana. Eduardo Bidaurrezaga Aurre
  24. Vulnerabilidad y Desastres. Causas estructurales y procesos de la crisis de África. Karlos Pérez de Armiño
  25. Políticas sociales aplicadas en América Latina. Análisis de la evolución de los paradigmas en las políticas sociales de América Latina en la década de los 90. Iñaki Valencia
  26. Equidad, bienestar y participación: bases para construir un desarrollo alternativo. El debate sobre la cooperación al desarrollo del futuro. Alfonso Dubois
  27. Justicia y reconciliación. El papel de la verdad y la justicia en la reconstrucción de sociedades fracturadas por la violencia. Carlos Martín Beristain
  28. La Organización Mundial de Comercio, paradigma de la globalización neoliberal. Patxi Zabalo
  29. La evaluación ex-post o de impacto. Un reto para la gestión de proyectos de cooperación internacional al desarrollo. Lara González

30. Desarrollo y promoción de capacidades: luces y sombras de la cooperación técnica. José Antonio Alonso
31. A more or less unequal world? World income distribution in the 20<sup>th</sup> century. ¿Un mundo más o menos desigual? Distribución de la renta mundial en el siglo XX. Bob Sutcliffe
32. ¿Un mundo más o menos desigual? Distribución de la renta mundial en el siglo XX. Munduko desbertasunak, gora ala behera? Munduko errentaren banaketa XX mendean. Bob Sutcliffe
33. La vinculación ayuda humanitaria - cooperación al desarrollo. Objetivos, puesta en práctica y críticas. Karlos Pérez de Armiño
34. Cooperación internacional, construcción de la paz y democratización en el Africa Austral. Eduardo Bidaurraga y Jokin Alberdi
35. Nuevas tecnologías y participación política en tiempos de globalización. Sara López, Gustavo Roig e Igor Sábada
36. Nuevas tecnologías, educación y sociedad. Perspectivas críticas. Ángeles Díez Rodríguez, Roberto Aparici y Alfonso Gutiérrez Martín
37. Nuevas tecnologías de la comunicación para el Desarrollo Humano. Alfonso Dubois y Juan José Cortés
38. Apropiarse de Internet para el cambio social. Hacia un uso estratégico de las nuevas tecnologías por las organizaciones transnacionales de la sociedad civil. Social Science Research Council
39. La participación: estado de la cuestión. Asier Blas y Pedro Ibarra.
40. Crisis y gestión del sistema global. Paradojas y alternativas en la globalización. Mariano Aguirre. ¿Hacia una política post-representativa? La participación en el siglo XXI. Jenny Pearce
41. El Banco Mundial y su influencia en las mujeres y en las relaciones de género. Idoye Zabala
42. ¿Ser como Dinamarca? Una revisión de los debates sobre gobernanza y ayuda al desarrollo. Miguel González Martín
43. Los presupuestos con enfoque de género: una apuesta feminista a favor de la equidad en las políticas públicas. Yolanda Jubeto  
Los retos de la globalización y los intentos locales de crear presupuestos gubernamentales equitativos. Diane Elson
44. Políticas Económicas y Sociales y Desarrollo Humano Local en América Latina. El caso de Venezuela. Mikel de la Fuente Lavín, Roberto Viciano Pastor, Rubén Martínez Dalmau, Alberto Montero Soler, Josep Manel Busqueta Franco, Roberto Magallanes



