

NADIE PUEDE DESAPARECER DE LA LUCHA CONTRA EL SIDA

CONTENIDOS

NADIE PUEDE DESAPARECER	03
EL SIDA EN CIFRAS: LUCES Y SOMBRAS	06
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE	09
EL DRAMA DE LA RENTA MEDIA	11
LAS POBLACIONES CLAVE, LAS MÁS AFECTADAS	15
LA FINANCIACIÓN, AL NIVEL MÁS BAJO DESDE 2010	18
EL FONDO MUNDIAL Y LOS GOBIERNOS DONANTES	20
GOBIERNOS LOCALES	26
LA CAMPAÑA: ¿POR QUÉ NADIE?	29
REFERENCIAS DOCUMENTALES	32

NADIE es una campaña que une a organizaciones de la sociedad civil y expertos de América Latina, el Caribe y del resto del mundo para detener el abandono que las poblaciones más vulnerables al VIH sufren por parte de sus gobiernos y de los países donantes. La campaña se propone crear una corriente de solidaridad global entre países y colectivos sociales para conseguir que los gobiernos, países donantes y organismos internacionales cumplan su papel en la lucha contra el sida. Porque NADIE puede desaparecer.

LA CAMPAÑA NADIE ES UNA INICIATIVA DE SALUD POR DERECHO
CON EL APOYO DE ELTON JOHN AIDS FOUNDATION

nadiepuededesaparecer.org

INFORME ELABORADO POR SALUD POR DERECHO
Diciembre de 2017



NADIE PUEDE DESAPARECER

En septiembre de 2015, los Estados miembro de las Naciones Unidas firmaban los Objetivos de Desarrollo Sostenible, un plan de acción universal que consolidaba el compromiso internacional para erradicar la pobreza, proteger el planeta y asegurar la prosperidad de todos y todas de cara al año 2030 ⁽¹⁾. Entre sus objetivos: acabar con la pandemia de VIH/sida y otras pandemias, como la tuberculosis o la malaria. La premisa: no dejar a nadie atrás ⁽²⁾.

Sin embargo, pese al compromiso de todos y cada uno de los países de no olvidar a nadie –viva donde viva y en las circunstancias que sean-, la realidad es que gobiernos de todo el mundo –tanto de los países más afectados por el VIH como de los países donantes– y grandes organismos de financiación internacional están olvidando a millones de personas con sus políticas domésticas de salud o sus programas de desarrollo y cooperación. Sobre todo a las poblaciones más vulnerables y afectadas por estas enfermedades.

El VIH/sida causa aún cerca de un millón de muertes al año y, de los casi 37 millones de personas con el virus que hay en todo el mundo, 16 millones que no tienen acceso a los fármacos ⁽³⁾. Los 1,8 millones de nuevos casos anuales son demasiados para ser optimistas y pensar que en 2030 el sida deje de ser un problema de salud pública y veamos el fin de una pandemia en constante evolución ⁽⁴⁾.

Más aún si tenemos en cuenta que la financiación para la lucha contra ésta y otras pandemias sigue disminuyendo y se encuentra al nivel más bajo desde 2010 ⁽⁵⁾, justo en el momento en el que parece claro que, si no se incrementan las inversiones, las epidemias rebrotarán y gran parte del esfuerzo y de los progresos realizados hasta ahora podrían perderse ⁽⁶⁾.

Las aportaciones de los gobiernos donantes a los países de rentas bajas y medias cayeron más de 500 millones de dólares entre 2015 y 2016 ⁽⁶⁾, tanto en ayuda bilateral – la que un país ofrece a otro –, como multilateral – canalizada a través de organismos de financiación globales como el Fondo Mundial de lucha contra el sida, la tuberculosis y la malaria.

Esta tendencia en la financiación está castigando con especial severidad a los países que, según la clasificación del Banco Mundial, pasan a ser países de ingresos medios. Esa

clasificación es usada por otros países donantes, organismos de cooperación y financiación internacional ⁽⁷⁾, que dejan de apoyar económicamente la lucha contra el sida en los países de rentas medias y centran sus prioridades solo en los de rentas más bajas, bajo la premisa de que los primeros podrán asumir las brechas con sus propios recursos ⁽⁸⁾. El drama afecta ya a países en Europa del Este, Asia Central, Mediterráneo Este o África del Norte, y amenaza severamente a la región de América Latina y el Caribe.

Panamá, por ejemplo, ha sufrido una gran expansión económica, siendo uno de los países de América Latina y Caribe y del resto del mundo con mayor crecimiento ⁽⁹⁾, con una tasa promedio de 8.5% entre 2013 y 2015. Este crecimiento, muy desigual entre la población, ha provocado que estén disminuyendo los recursos internacionales contra el sida y otras pandemias, suponiendo esta ayuda, a día de hoy, más de un tercio de la inversión total en prevención dirigida a las poblaciones más vulnerables al VIH y a las organizaciones que trabajan con éstas ⁽¹⁰⁾. El actual programa de VIH en Panamá apoyado por el Fondo Mundial de lucha contra el sida, la tuberculosis y la malaria finaliza en 2018. A partir de 2019, se prevé que el país comience la implementación de una nueva subvención para los tres años siguientes, que será de menor cuantía. Con ella se seguirá apoyando intervenciones y servicios fundamentales para la respuesta a la epidemia, pero además se habrá de incorporar estrategias que permitan al país prepararse para la transición y lograr una sostenibilidad que les permita operar sin la ayuda internacional en un futuro.

La realidad es que las decisiones de financiación basadas en la renta no tienen en cuenta otros factores determinantes como la capacidad técnica, la voluntad política de los gobiernos o el compromiso presupuestario a la hora de determinar políticas y sistemas de financiación adecuados para los programas de VIH u otras pandemias.

Los más de 100 países clasificados actualmente como renta media albergan al 70% de la población mundial, entre la que se encuentra entre el 70 y el 80% de la población más pobre del mundo ⁽¹¹⁾. Además, soportan la mayor carga de pandemias como el sida, la tuberculosis o la malaria: en estos países vive cerca del 60% de las personas con VIH y se espera que aumente hasta el 70% en 2020 ⁽¹²⁾.

EL PROBLEMA, POR LO TANTO, ES GLOBAL: ACABAR CON LA PANDEMIA DE VIH/SIDA ES UNA RESPONSABILIDAD COMPARTIDA DE TODOS Y CADA UNO DE LOS PAÍSES DEL MUNDO

Los más afectados por el descenso de la financiación y por la salida de los donantes en estas regiones están siendo los grupos de las poblaciones más vulnerables: trabajadores/as del sexo, los usuarios/as de drogas inyectables, población transgénero, hombres que tienen sexo con otros hombres, población reclusa o población indígena, que tienen un riesgo de entre 10 y 50 veces mayor de adquirir el VIH que el resto de los adultos. De hecho, el 45% de las nuevas infecciones de VIH alrededor del mundo durante 2015 fue entre estas poblaciones clave⁽¹³⁾.

La financiación y los recursos internacionales han sido, en muchas ocasiones, la única fuente para poder llevar a cabo programas de educación y prevención dirigidos a éstas. En Belice, por ejemplo, tan solo el 36% de los recursos para responder al VIH viene de fondos domésticos, y su enfoque en prevención se basa en la entrega de materiales de comunicación, entrega de preservativos o información para estudiantes. El 64% restante viene de la financiación internacional, -Fondo Mundial (31%) y PEPFAR (41%)- que comienza a dejar de llegar: son estos los fondos destinados mayormente a prevención e intervenciones para las poblaciones más en riesgo⁽¹⁴⁾.

Es complicado creer que los huecos dejados por la financiación internacional vayan a ser cubiertos por los Gobiernos de los países de las regiones mencionadas, ya que, además, en muchos de ellos existen leyes que criminalizan y estigmatizan a las poblaciones clave⁽¹⁵⁾. Esta discriminación, tanto social como política, aumenta su exclusión y su vulnerabilidad a la violencia, al VIH y a otras infecciones de transmisión sexual, y crea barreras para el acceso a la salud⁽¹⁶⁾.

El problema, por lo tanto, es global: acabar con la pandemia de VIH/sida es una responsabilidad compartida de todos y cada uno

de los países del mundo. En este contexto nace Nadie; una campaña que une a organizaciones de la sociedad civil y expertos de América Latina, el Caribe y del resto del mundo, para detener el abandono que las poblaciones más vulnerables sufren por parte de sus gobiernos y de los países donantes.

A los países donantes y organismos internacionales como el Fondo Mundial les pedimos que establezcan una ayuda coherente basada en nuevas realidades y en la justicia social, que apoyen a la sociedad civil como eje fundamental de la respuesta integral al sida y que los procesos de salida de los países a los que dejan de financiar vayan acompañados de transiciones responsables. Es decir, asegurando que los gobiernos asumirán su responsabilidad y cumplirán con los derechos humanos de toda su población, garantizando el derecho a la salud a toda la ciudadanía, especialmente a las poblaciones más vulnerables que viven con VIH.

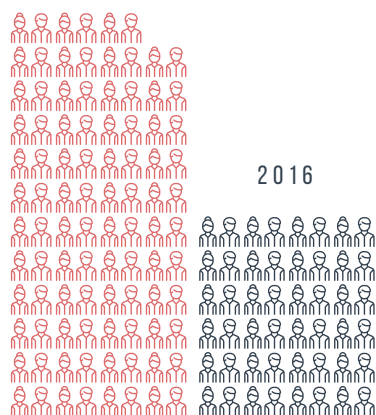
A los gobiernos de América Latina y el Caribe les pedimos un incremento en los presupuestos de salud y lucha contra el sida; un apoyo mayor a las organizaciones sociales para que puedan seguir desarrollando su trabajo de prevención y atención a las poblaciones clave; y una legislación que proteja los derechos humanos de toda su ciudadanía, eliminando el estigma y la criminalización y garantizando a todas las personas el acceso a la salud y a los medicamentos, para que nadie se quede atrás.

Queremos conseguir que todos cumplan su papel en esta lucha: si los Gobiernos desaparecen, si los donantes desaparecen, si la sociedad civil desaparece, no podremos acabar con el sida. Acabar con la pandemia es una responsabilidad compartida por todos:

**NADIE
PUEDE DESAPARECER**



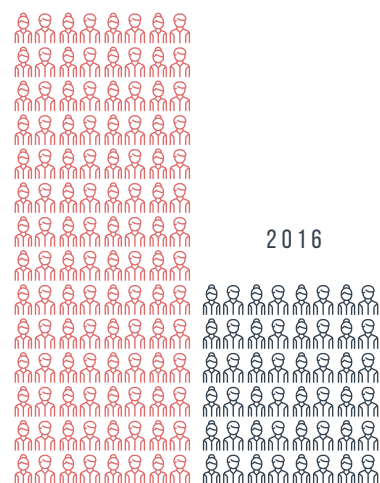
1.900.000
MUERTES A CAUSA DEL SIDA
EN 2005



36.700.000
PERSONAS VIVIENDO
CON VIH / SIDA
EN 2016



2.500.000
NUEVAS
INFECCIONES
EN 1997



1.000.000
MUERTES A CAUSA DEL SIDA
EN 2016

21.000.000
DE PERSONAS ACCEDEN
AL TRATAMIENTO

1.800.000
PERSONAS CONTRAJERON
EL VIRUS EN 2016

Fuente: OUNSIDA.

EL SIDA EN CIFRAS: LUCES Y SOMBRAS

Los progresos en la lucha contra el sida en las últimas décadas son notorios, pero no deben ocultar la realidad de una epidemia que, bajo la tendencia actual, más que acercarse parece alejarse de su fin como un problema de salud pública y de los Objetivos de Desarrollo Sostenible marcados por Naciones Unidas para el 2030⁽¹⁷⁾.

El sida sigue causando la muerte de un millón de personas cada año. A día de hoy, un 30% de las personas con VIH ignoran ser positivas; 16 millones no tienen acceso a los fármacos en todo el mundo⁽³⁾; y más de la mitad de todas las personas que viven con el VIH no gozan de supresión viral, es decir, un nivel muy bajo del virus en la sangre que ayuda a tener buena salud, mayor calidad de vida y reduce la probabilidad de transmisión.

Aunque las nuevas infecciones han caído un 16% desde 2010, si continúa el ritmo de 1,8 millones de nuevos casos anuales⁽⁴⁾ será

imposible alcanzar el fin de la pandemia, empezando por los objetivos globales conocidos como 90-90-90: que, en 2020, el 90% de las personas con HIV conozcan su estado serológico, el 90% accedan a antirretrovirales y el 90% no tengan carga viral en la sangre⁽¹⁸⁾.

Entre las nuevas infecciones reportadas a nivel global, casi la mitad (45%) se dan entre las poblaciones clave, que tienen un riesgo de entre 10 y 50 veces más alto de infección comparado con el resto de adultos⁽¹⁹⁾. Además, estas poblaciones sufren en muchos países una vulneración de sus derechos humanos: el estigma y la criminalización política y social, y la falta o el no cumplimiento de legislación que proteja sus derechos, provoca una vulnerabilidad añadida que, entre otras cosas, impide muchas veces su acceso a los programas de prevención y tratamiento.

¿QUIÉNES SON LAS POBLACIONES CLAVE?

Las poblaciones clave son grupos definidos de personas que tienen un riesgo mayor de contraer el VIH, independientemente del tipo de epidemia o contexto local ⁽²⁰⁾. Son considerados poblaciones clave trabajadores/as del sexo, los usuarios/as de drogas inyectables, población transgénero, hombres que tienen sexo con otros hombres o población reclusa.

El estigma y la criminalización que sufren, los problemas sociales y las leyes que penalizan algunos de sus comportamientos –relaciones entre personas del mismo sexo, trabajo sexual, consumo y posesión de drogas- y la gran discriminación política y social existente, incluso en el sector sanitario, imponen barreras que en muchas ocasiones impiden a estas personas poder acceder a los servicios de prevención del VIH, tratamiento y atención.



TRABAJADORES/AS DEL SEXO



USUARIOS DE DROGAS



POBLACIÓN TRANSGÉNERO



HOMBRES QUE TIENEN SEXO CON HOMBRES



POBLACIÓN RECLUSA

Los avances existentes no están teniendo el mismo impacto en todas las regiones del mundo. La que más progresos ha realizado es África austral y oriental, donde vive más de la mitad de los seropositivos del mundo. Las muertes relacionadas con el sida en esas zonas han caído un 42% desde 2010 y las nuevas infecciones un 29% ⁽²¹⁾.

Sin embargo, ONUSIDA -la agencia de Naciones Unidas para el VIH- y organizaciones de todo el mundo llevan años alarmados por la explosión de la epidemia en Europa del Este y en Asia Central, donde las nuevas infecciones aumentaron un 60% ⁽²²⁾ entre 2010 y 2015. Es la única zona del mundo en el que el sida crece de manera tan veloz.

Este auge de la epidemia mucho tiene que ver con la falta de políticas adecuadas para las poblaciones con mayor riesgo y con la falta de financiación que, tras muchos años de un crecimiento jamás visto en la historia de la salud pública, se ha visto estancada o reducida desde la crisis económica en 2008. Así, entre 2015 y 2016, la financiación en los países de rentas bajas y medias por parte de los gobiernos donantes y de los organismos de financiación internacional, como el Fondo

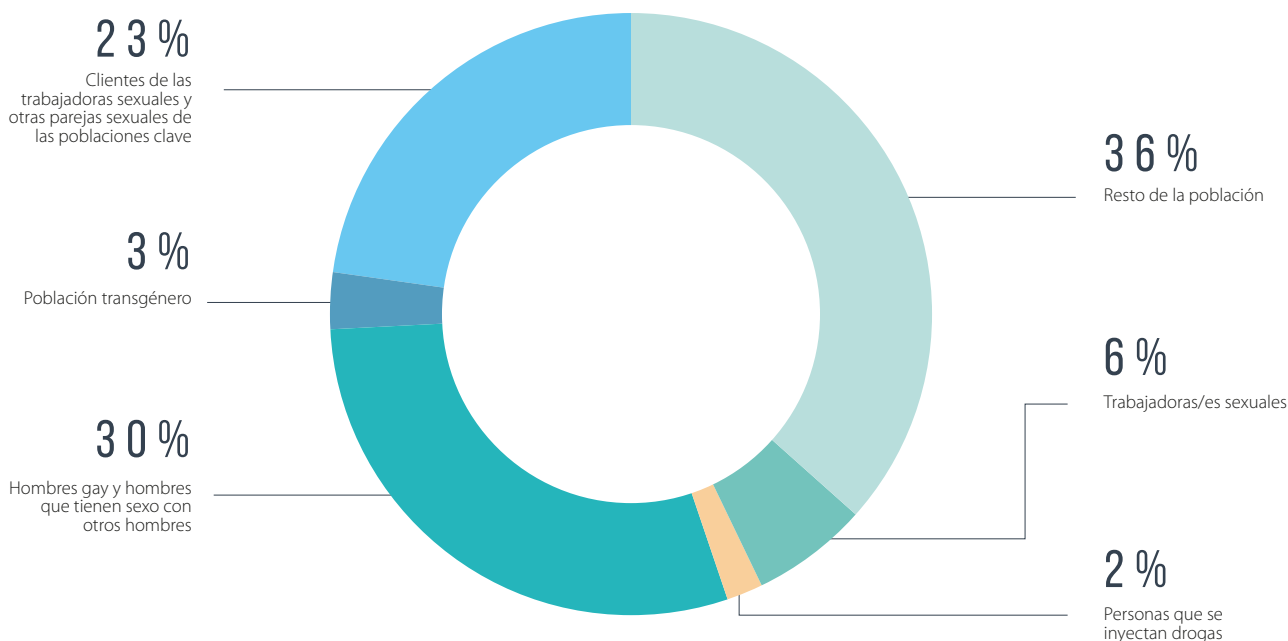
Mundial de lucha contra el sida, la tuberculosis y la malaria, cayó un 7% ⁽⁵⁾.

Aunque la financiación doméstica –la de los propios gobiernos en sus países- ha crecido año tras año hasta suponer más de la mitad (57%) de la respuesta global en 2015 ⁽²³⁾, muchos países de rentas bajas y medias dependen demasiado de la financiación internacional. En 2014, 44 países tenían más de un 75% de su respuesta al sida financiada por donantes externos.

Esta problemática se ve acentuada por la retirada de fondos que han vivido y viven actualmente muchos países de ingresos medios. Pese a contar con cargas muy altas de la enfermedad, concentradas sobre todo en las poblaciones más vulnerables, dejan de recibir financiación internacional, y deben responder con sus propios recursos a las pandemias, pese a no siempre tener la capacidad o la voluntad para hacerlo de manera correcta o pese a no estar dispuestos a invertir lo necesario. En muchas ocasiones resulta complejo prever las consecuencias de la retirada de fondos, que podrían ser dramáticas si los gobiernos no son capaces de comprender la oportunidad y de ofrecer una respuesta sostenible.



DISTRIBUCIÓN DE LOS CASOS NUEVOS DE VIH
ENTRE GRUPOS DE POBLACIÓN, AMÉRICA LATINA Y CARIBE,
2014



Fuente:
UNAIDS special analysis, 2016

AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE

América Latina y el Caribe es la cuarta zona del mundo más afectada por el VIH –por detrás de África Subsahariana, Sudeste Asiático y la zona del Pacífico– y está conformada por países mayoritariamente de rentas medias, a pesar de que la región cuenta con la mayor inequidad de ingresos del mundo ⁽²⁴⁾.

En sus países viven más de 2,1 millones de personas afectadas por la enfermedad. En 2016, alrededor de 45.000 personas murieron a causa del sida y hubo 115.000 nuevas infecciones. Tras varias décadas de descenso en las cifras relativas a la pandemia, parece que en los últimos años la evolución se ha estancado o revertido. Por ejemplo: las infecciones entre adultos crecieron un 3% entre 2010 y 2015, contrastando con la reducción del 20% durante la década anterior ⁽²⁵⁾. En ese mismo intervalo, en la zona del Caribe las infecciones crecieron un 9%.

Si la retirada paulatina de los donantes internacionales en la

región no se ve suplida por un compromiso político y económico de los gobiernos locales, América Latina y el Caribe se verán amenazados por la realidad que castiga a países de renta media en Europa del Este, Asia Central, Norte de África o Mediterráneo Este, donde la retirada de fondos ha provocado el cese de servicios de muchas organizaciones y el aumento de las cifras de VIH entre las poblaciones clave.

Son éstas y sus parejas sexuales las poblaciones más afectadas por el VIH en la región. En 2014 fueron víctimas de alrededor de dos tercios de las nuevas infecciones. Dependiendo del país, los hombres que tienen sexo con otros hombres pueden tener entre seis y 20 veces más probabilidades de vivir con el VIH. Asimismo, la prevalencia del VIH entre las mujeres transgénero en América Latina es, al menos, 49 veces mayor que la del resto de la población y oscila entre el 10 y el 32% ⁽²⁶⁾. Esta tendencia se repite en cada uno de estos grupos.

AUNQUE LAS POBLACIONES CLAVE CUENTAN CON LA MAYOR PREVALENCIA DE VIH EN AMÉRICA LATINA, TAN SOLO ACAPARAN EL 2% DE LA INVERSIÓN EN PREVENCIÓN



© The Global Fund
Ivan Kashinsky

La homofobia y el machismo están muy extendidos culturalmente en la región y estas poblaciones se ven expuestas constantemente al estigma, la discriminación y a la violencia directa. Por ejemplo: entre enero de 2008 y abril de 2016, de los 2.215 asesinatos de personas transgénero y otros grupos LGBTI en 65 países del mundo, 1.654 –un 75%– tuvieron lugar en América Latina⁽²⁷⁾. Y esto es solo la punta de un iceberg de casos jamás reportados.

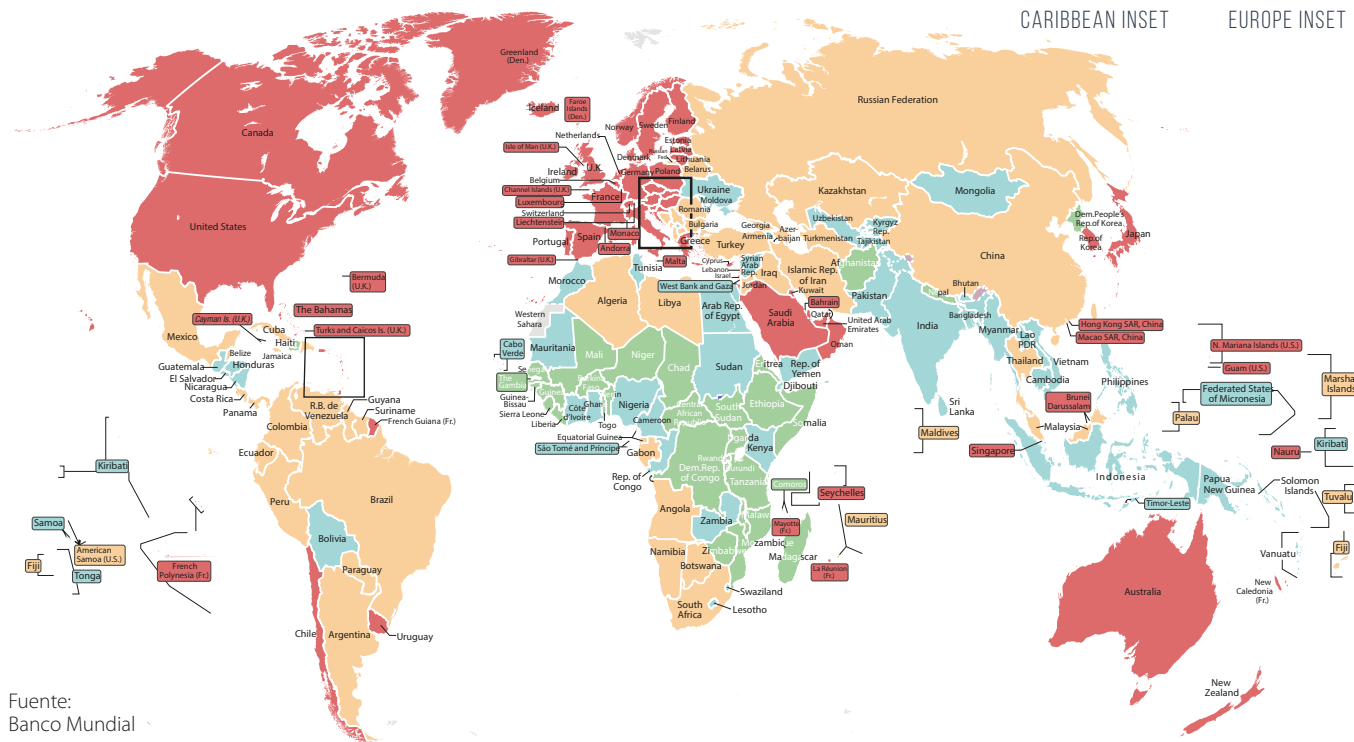
Además de la violencia directa, el estigma y la criminalización evitan la igualdad de oportunidades y dificultan el acceso de las poblaciones clave a puestos de empleo o a los servicios de salud, como también lo hacen las políticas discriminatorias y castigadoras que aún existen en muchos países de la región, desprotegiendo en demasiadas ocasiones la identidad de género o la orientación sexual de sus ciudadanos y ciudadanas.

Aunque las poblaciones clave cuentan con la mayor prevalencia de VIH en América Latina, tan solo acaparan el 2% de la inversión en prevención. Así, más de dos tercios de los programas dirigidos hacia ellas son dependientes de la financiación externa⁽²⁸⁾ y son llevados a cabo por organizaciones no gubernamentales que, con la disminución y futura retirada de fondos de los donantes, podrían verse obligados a recortar o dejar de ofrecer sus servicios.

Los efectos de las salidas poco responsables en otros países –ejemplificadas a lo largo de este documento– son lecciones que los diferentes donantes y gobiernos de los países donde ahora se empieza a reducir la ayuda tienen que tener en cuenta para evitar consecuencias devastadoras.

RENTA POR PAÍS 2017

- Países de renta baja (\$1,025 o mas)
- Países de renta media-baja (\$1,026–\$4,035)
- Países de renta media-alta (\$4,036–\$12,475)
- Países de renta alta (\$12,476 o mas)
- Sin datos



Fuente:
Banco Mundial

EL DRAMA DE LA RENTA MEDIA

Desde hace más de 50 años, el Banco Mundial clasifica económicamente a los diferentes países del mundo usando una medida específica del desarrollo económico: el ingreso nacional bruto (INB) ⁽²⁹⁾. Teniendo en cuenta que la clasificación del Banco Mundial es usada por muchos otros países y organismos de cooperación y financiación internacional, un solo dólar de diferencia en el cálculo puede hacer pasar a un país de ser considerado de renta baja a renta media y suponer un cambio determinante para su futuro y el de sus habitantes.

Los más de 100 países clasificados actualmente de renta media albergan al 70% de la población mundial, entre la que se encuentra entre el 70 y el 80% de la población más pobre del mundo (aquellos que viven con menos de dos dólares al día), y soportan la mayor carga de pandemias como el sida, la tuberculosis o la malaria: cerca del 60% de las personas que viven con VIH y el 72% de personas con tuberculosis residen en países de renta media ⁽¹¹⁾.

Pese a todo, los países donantes y los organismos internacionales -como el Fondo Mundial de lucha contra el sida, la tuberculosis o la malaria, o el Plan de Emergencia del Presidente de los Estados Unidos para el Alivio del Sida (PEPFAR)- están utilizando los parámetros del Banco Mundial como criterio principal para la toma de decisiones sobre el destino de sus fondos. De este modo, están dejando de apoyar económicamente a un gran número de países de renta media con cargas moderadas de las enfermedades - aunque muy concentradas en poblaciones clave-, priorizando a los países con baja capacidad económica y cargas de la enfermedad más altas. Todo ello carece de lógica desde el punto de vista de salud pública y derechos humanos, y parte de la asunción errónea de que estos países ya pueden hacerse cargo de su problema.

Pese a que las cifras muestran que la respuesta doméstica al VIH ha crecido en los países de rentas bajas y medias hasta suponer más de la mitad de la financiación global -un 57%, cerca de

LA SOCIEDAD CIVIL TIENE QUE PODER DESARROLLAR SU TRABAJO POLÍTICO PARA QUE LOS GOBIERNOS SE HAGAN CARGO DE LOS SERVICIOS Y ESTRATEGIAS CUANDO LOS DONANTES INTERNACIONALES SE VAYAN



© The Global Fund
John Rae

10.9 mil millones de dólares ⁽³⁰⁾- la realidad es que muchos países y gobiernos nacionales no están sabiendo -o queriendo- responder con programas eficaces de lucha contra el sida y otras enfermedades.

Millones de personas que dependían enormemente de la financiación internacional están sufriendo este abandono o la reducción drástica de recursos. En consecuencia, las organizaciones sociales que realizaban servicios dirigidos hacia las poblaciones más vulnerables, casi siempre víctimas de la discriminación y criminalización, dejan de recibir fondos y han de cancelar importantísimos servicios de prevención, de abogacía, de apoyo o de acompañamiento a las familias afectadas, por ejemplo.

El caso de Rumanía ilustra perfectamente este drama. En el año 2009, un año antes de que el Fondo Mundial cesase su concesión de financiación para programas de VIH en el país, Bucarest tenía un 1,1% de prevalencia de VIH entre los usuarios de drogas inyectables. Sin plan de transición alguno para que los recursos domésticos cubriesen la salida del Fondo Mundial, los servicios de prevención -como el intercambio de jeringuillas-, colapsaron. Para 2013, la prevalencia había subido hasta un 53% ⁽³¹⁾.

Al igual que en Rumanía, esta realidad está sacudiendo a las poblaciones más vulnerables de muchos otros países de renta media en Europa del Este y Asia Central. Además, la problemática empieza a centrarse en la región de América Latina y el Caribe, también con una gran mayoría de países de

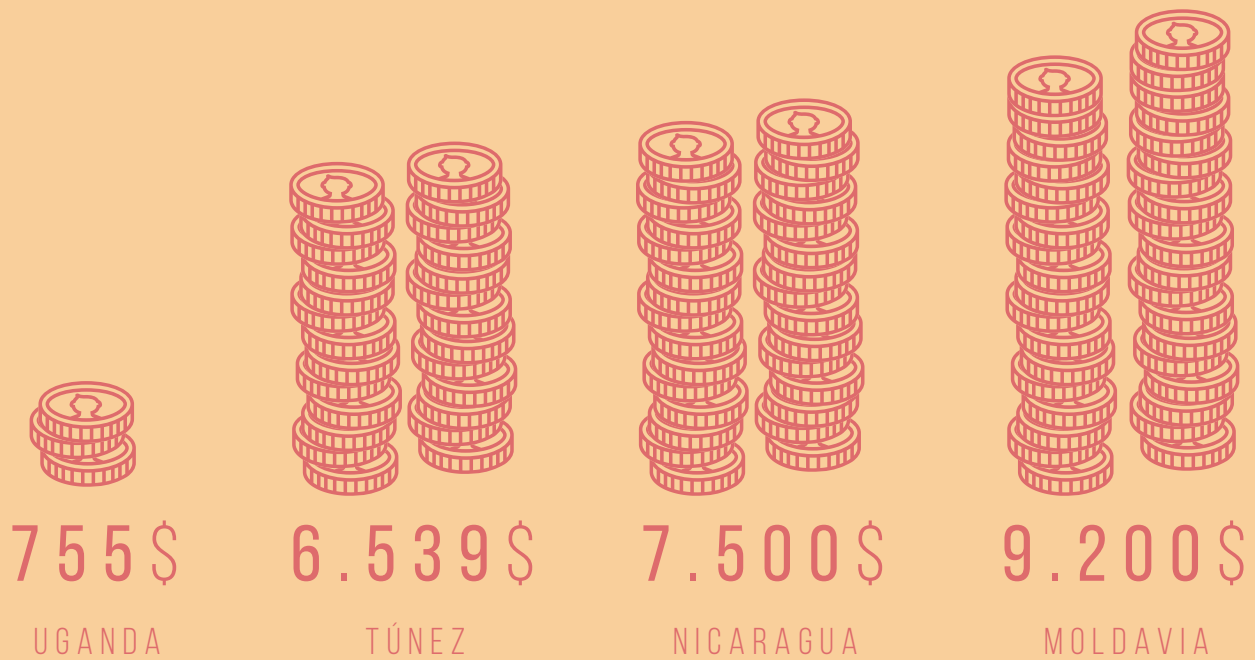
renta media. La subvención actual del Fondo Mundial para VIH concluye en Cuba en 2017. Las presentes subvenciones en Belice, Panamá, Paraguay, República Dominicana y Jamaica terminará en 2018, mientras que Colombia, Ecuador, Perú continuarán con sus proyectos hasta 2019.

Como resultado de la política de Sostenibilidad, Transición y Co-financiamiento del Fondo Mundial (STC, ver cuadro 'Políticas para una transición responsable y efectiva'), Cuba y Panamá tendrán acceso a una última subvención especial (subvención de transición) para los tres próximos años, de menor cuantía, que tendrán que dirigir a implementar procesos de transición para lograr una sostenibilidad que les permita operar sin la ayuda internacional. El resto de los países mencionados podrían tener acceso a subvenciones regulares, pero al ser países de ingreso medio alto, sus solicitudes tendrán que incluir estrategias que les ayude a prepararse para la transición. ^(32, 33, 34)

El reto está en convertir los desafíos en oportunidades. Para ello, los donantes internacionales deben tener en cuenta las lecciones aprendidas de procesos de salida que han resultado fallidos en otros países de renta media. En el caso del Fondo Mundial, también dependerá de cómo lleve a la práctica su nueva política de transición, de las decisiones que vaya tomando su Junta Directiva, de la voluntad de los países implementadores, y de que la sociedad civil pueda seguir desarrollando su trabajo político para que sus gobiernos se hagan cargo de los servicios y estrategias cuando los donantes internacionales se vayan.

COSTE DEL DARUNAVIR

(MEDICAMENTO INHIBIDOR DE LA PROTEASA CONTRA EL VIH)



OTRO PROBLEMA MÁS: EL PRECIO DE LOS MEDICAMENTOS

Los países de rentas medias sufren otro grave problema de cara a paliar sus pandemias al alcanzar su nuevo estatus económico: el precio de los medicamentos.

A diferencia de los países de ingresos medios o altos, los países de rentas más bajas tienen más opciones de estar incluidos en programas de reducción de precios o en los acuerdos de licencias voluntarias, bajo los que las farmacéuticas ceden su patente de un fármaco para fabricar versiones genéricas de éste que se venden a un precio mucho menor.

Un ejemplo: de acuerdo a un análisis reciente de la Organización Mundial de la Salud (OMS), el precio para el darunavir –un inhibidor de la proteasa contra el VIH– cuesta 755 dólares en Uganda, país incluido en un programa de licencia voluntaria. Sin embargo, el mismo fármaco cuesta 6.539 dólares en Túnez, 6.010 en Jamaica⁽³⁵⁾, 7.500 dólares en Nicaragua o 9.200 dólares en la República de Moldavia⁽³⁶⁾, todos países de renta media y todos excluidos de estos programas.

El Fondo Mundial ayudaba enormemente a reducir este problema financiando la compra de medicamentos e influyendo en la negociación con las farmacéuticas para conseguir precios mucho más bajos. Mediante su mecanismo de adquisiciones, trabajando con diferentes actores y negociando directamente con los fabricantes, ha reducido el precio de la terapia con antirretrovirales para el VIH en un 35% desde 2014⁽³⁷⁾.

Los procesos de transición no suelen estar acompañados de apoyo técnico para que los países tengan herramientas o capacidad de negociación que les permita mantener esos precios en la compra de medicamentos. De este modo, los países de rentas medias no solo sufren el abandono o el descenso de la financiación internacional, si no que deben empezar a pagar precios más altos con sus propios fondos por las barreras que impone la propiedad intelectual de los fármacos.

Esto lleva inevitablemente a reducir la cantidad de gente que está recibiendo tratamiento, sobre todo si tenemos en cuenta que para 2020, los países de renta media serán hogar de más del 70% de gente viviendo con VIH⁽¹²⁾.

Sin contar con África subsahariana, de los 6 millones de personas que necesitan tratamiento en estos países, solo un tercio lo está recibiendo⁽³⁸⁾. Ante la gravedad de la situación y su más que probable empeoramiento, la sociedad civil de muchos países está demandando que los procesos de transición vayan acompañados de estrategias regionales y nacionales, para que los gobiernos puedan desafiar los acuerdos de comercio y las leyes de propiedad intelectual, y anteponer la salud pública y los intereses de las comunidades afectadas por el VIH por delante de los beneficios económicos de las compañías farmacéuticas.

**AIDS STILL KILLS
TREATMENT
FOR ALL**

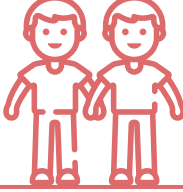
TAC + SECTION27 spotlight

MOVEMENT 4 ALL



60% 

DE PAÍSES DEL MUNDO TIENEN BARRERAS LEGALES PARA OFRECER UNA RESPUESTA EFICAZ AL VIH

73 

PAÍSES DEL MUNDO CRIMINALIZAN LAS RELACIONES ENTRE PERSONAS DEL MISMO GÉNERO

MÁS DE 100 

PAÍSES DEL MUNDO CASTIGAN EL TRABAJO SEXUAL O ASPECTOS RELACIONADOS

LAS POBLACIONES CLAVE, LAS MÁS AFECTADAS

Las poblaciones clave tienen un riesgo entre 10 y 50 veces mayor de adquirir el VIH que el resto de los adultos. Tanto es así que el 45% de las nuevas infecciones de VIH alrededor del mundo durante 2015 fue entre estas poblaciones ⁽¹³⁾. En ese mismo año, fuera del África subsahariana, las poblaciones clave y sus parejas sexuales representaron más del 80% de las nuevas infecciones por el VIH ⁽³⁹⁾.

Otros estudios indican que, a nivel mundial, las personas que se inyectan drogas tienen una probabilidad 24 veces mayor de contraer el VIH que la población general; las trabajadoras sexuales hasta 10 veces mayor; los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, 24 veces más probabilidades; las personas transexuales, 49 veces más; y la población reclusa tiene hasta cinco veces más probabilidades de infectarse con el VIH que los adultos de la población general ⁽⁴⁰⁾.

El 60% de países del mundo presentan leyes, reglamentos o políticas que generan obstáculos para proporcionar una prevención, un tratamiento, una atención y un apoyo eficaces ⁽⁴¹⁾. En 2016, hasta 73 países criminalizaban las relaciones sexuales entre gente del mismo género ⁽¹⁵⁾ y más de 100 países castigan el trabajo sexual o aspectos relacionados con éste ⁽⁴²⁾. Las drogas inyectables también están ampliamente criminalizadas, lo que lleva a altos niveles de encarcelamiento entre las personas que las consumen ⁽⁴³⁾.

Aparte de la criminalización, las múltiples formas de

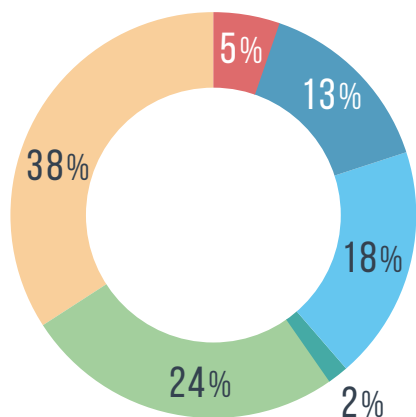
discriminación que sufren las personas transgénero, los hombres que tienen sexo con otros hombres, las trabajadoras y los trabajadores sexuales, las personas usuarias de drogas inyectables, la población reclusa y, en ciertos países, las comunidades indígenas, aumentan su exclusión social, lo que afecta a su salud mental y su vulnerabilidad a la violencia sexual, a la violencia basada en género, al VIH y a otras infecciones de transmisión sexual, creando barreras para el acceso a la salud ⁽¹⁶⁾.

Además, el estigma provoca que muchas personas no quieran asumir su diagnóstico, su identidad de género o su orientación sexual por el temor al rechazo. El miedo o la falta de confianza para realizarse una prueba de VIH suponen que al final sean diagnosticadas demasiado tarde. Esto hace que el tratamiento sea menos efectivo, aumenta la probabilidad de transmitir el VIH a otros y causa muertes prematuras y evitables.

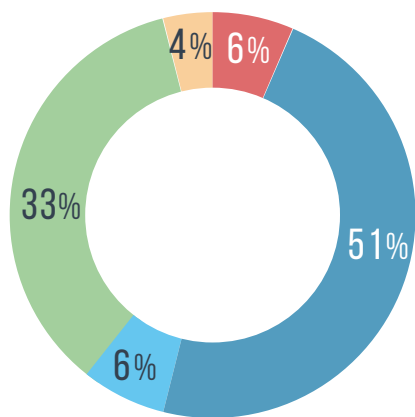
La financiación internacional ha sido, en la mayoría los casos, la única fuente de recursos para desarrollar intervenciones dirigidas hacia estas poblaciones y hacer posible el trabajo de la sociedad civil en prevención, atención, acompañamiento, cambios de la legislación y el empoderamiento de las comunidades. La indiferencia, el rechazo o la exclusión de los gobiernos hacia esta parte de la ciudadanía han sido y son una constante, por lo que es difícil creer que los huecos que han dejado o que puedan dejar por el retroceso de la ayuda internacional en los países de renta media vayan a ser cubiertos de manera total y efectiva por sus gobiernos.

DISTRIBUCIÓN DE LOS CASOS NUEVOS DE VIH ENTRE GRUPOS POR REGIÓN 2014

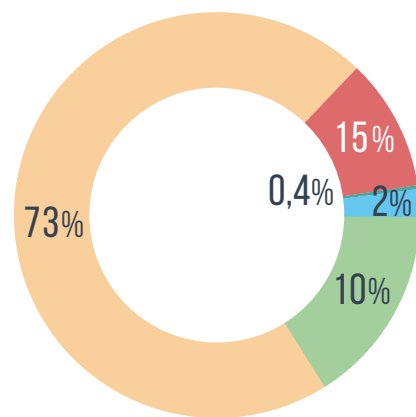
Fuente: ONUSIDA



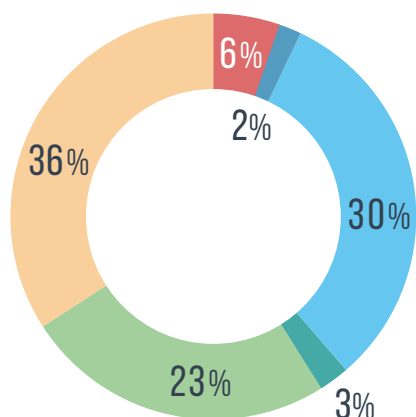
ASIA Y PACÍFICO



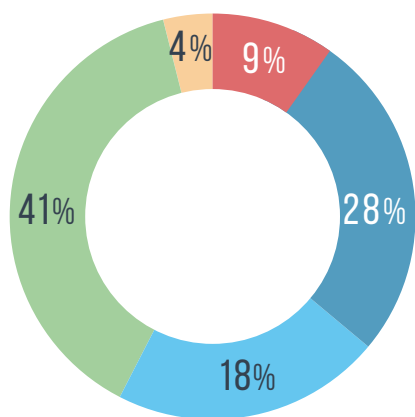
ESTE DE EUROPA Y ASIA CENTRAL



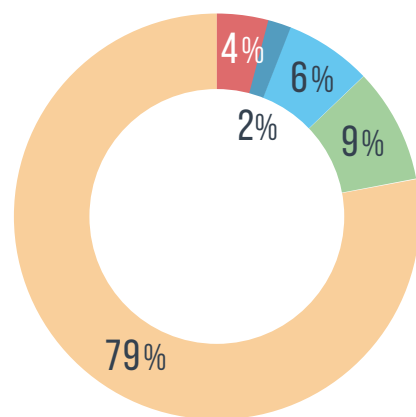
OESTE Y CENTRO DE AFRICA



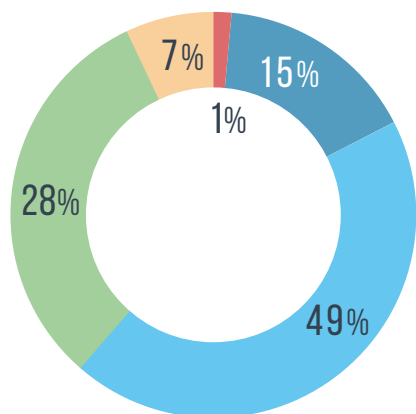
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE



MEDIOESTE Y NORTE DE ÁFRICA



ESTE Y SUR DE AFRICA



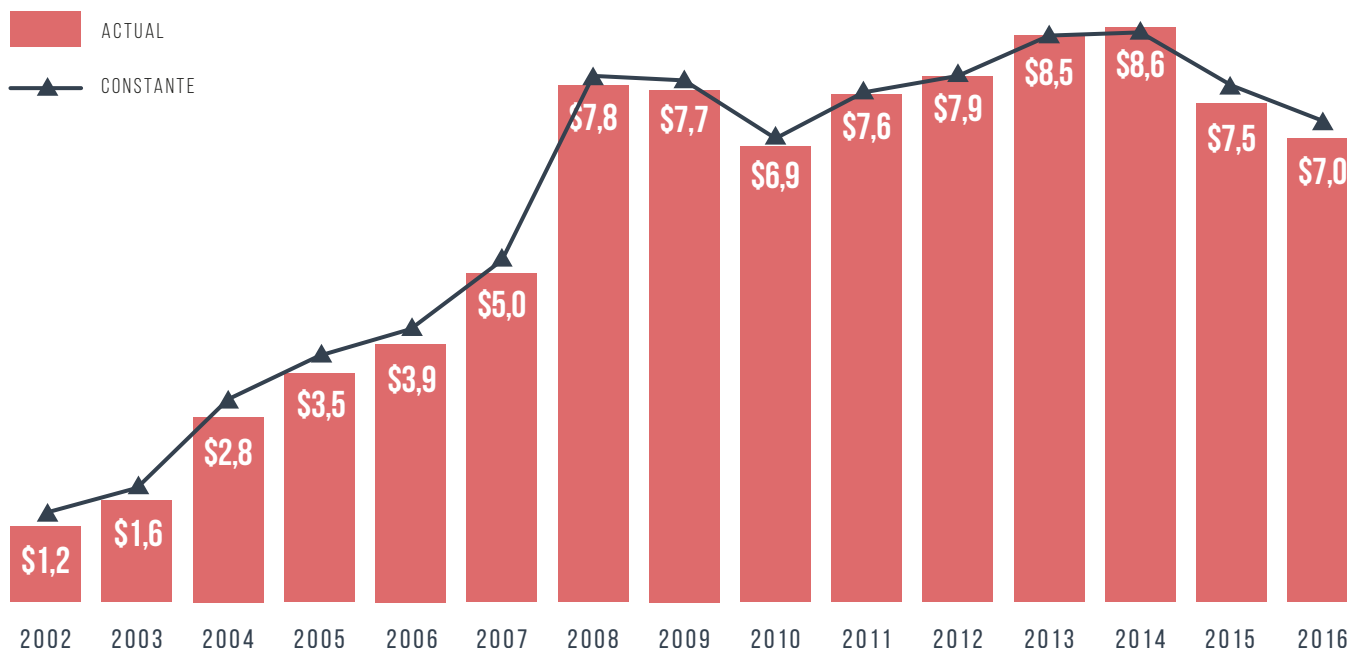
CENTRO Y OESTE DE EUROPA Y AMÉRICA DEL NORTE

- Trabajadoras/es sexuales
- Personas que se inyectan drogas
- Hombres gay y hombres que tienen sexo con otros hombres
- Población transgénero
- Clientes de las trabajadoras sexuales y otras parejas sexuales de las poblaciones clave
- Resto de la población



APORTACIONES DE LOS GOBIERNOS DONANTES
PARA LA LUCHA CONTRA EL VIH
2002 - 2016

MILES DE MILLONES
DE DÓLARES AMERICANOS



Fuente:
Kaiser Family Foundation

LA FINANCIACIÓN, AL NIVEL MAS BAJO DESDE 2010

ONUSIDA estima que, a nivel global, serán necesarios 26.200 millones de dólares anualmente hasta 2020 – con un leve descenso durante los siguientes años- para cumplir con los objetivos mundiales de poner fin al sida como amenaza mundial de salud pública en el 2030.

Sin embargo, en 2016 se disponía tan solo de 19.100 millones de dólares para la respuesta al sida en los países de bajos y medios ingresos. Además, el 57% de ese dinero venía de fuentes domésticas, es decir, de los propios países afectados por la pandemia⁽⁴⁴⁾.

Lo preocupante es la tendencia: tras una década de rápido crecimiento en la respuesta al sida, grandes donantes como Reino Unido, Estados Unidos, Francia, Alemania, Australia u Holanda están recortando o dejando estancadas sus ayudas para VIH y otras pandemias en muchos países del mundo. Así, las

donaciones de los gobiernos donantes cayeron más de 500 millones de dólares (un 7%) entre 2015 (7.5 mil millones) y 2016 (7 mil millones), tanto en ayuda bilateral como multilateral, suponiendo el segundo año de descenso en la ayuda y el nivel más bajo desde 2010⁽⁵⁾.

Las contribuciones de los gobiernos donantes a organismos multilaterales de lucha contra el sida, como el Fondo Mundial o UNITAID, llegaron en 2016 a 1,5 mil millones de dólares, un descenso de más de 400 millones (22%) en comparación con 2015.

Por otro lado, la ayuda bilateral – es decir, la que un país le da a otro directamente – fue de 5.5 mil millones de dólares en 2016 y supuso un 79% de la ayuda total de los gobiernos donantes. Sin embargo, estas cifras muestran un descenso de más de 100 millones de dólares comparado con 2015⁽⁵⁾.



DEL TOTAL DEL
DESCENSO EN LA
FINANCIACIÓN
BILATERAL Y
MULTILATERAL PARA
EL VIH, EL 50% SE
DEBE A LOS RECORTES
DE FONDOS DE LOS
GOBIERNOS DONANTES

UN CAMBIO EN LA AYUDA EN SALUD

El panorama mundial de la salud y de la cooperación cambió drásticamente tras la adopción de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) en el año 2000. Se crearon innovadores mecanismos de financiación para canalizar los fondos de los Gobiernos de países de rentas altas hacia los desafíos mundiales más retadores, sobre todo en salud.

Muchos años después, el paradigma de la Ayuda Oficial al Desarrollo (AOD) está cambiando. En una nueva era de recortes y de cambios políticos importantes –la crisis de refugiados en Europa, la elección de Donald Trump en EEUU o el proceso de Brexit en Reino Unido–, la ayuda se ha enfocado en otras materias, tales como migraciones, comercio o la lucha contra el terrorismo, y los fondos destinados a la salud global y la lucha contra las pandemias se han visto mermados.

De este modo, del total del descenso en la financiación bilateral y multilateral para el VIH –en su nivel más bajo desde 2010– un 50% se debe directamente a los recortes de fondos de los gobiernos donantes. Las fluctuaciones del cambio de las diferentes monedas han representado un 20% del descenso y el 30% restante se puede achacar a la periodicidad de las contribuciones de los EEUU al Fondo Mundial que, debido a la ley de los EEUU, limita la financiación a un tercio del total de las contribuciones al Fondo Mundial⁽⁴⁵⁾.

La tendencia debe cambiar: los 17 objetivos y las 169 metas de los recién asumidos Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) y la agenda 2030 implican un compromiso universal que compromete a los Gobiernos de todo el mundo, quienes con su nueva agenda de cooperación deben cumplir con la promesa de ‘no dejar a nadie atrás’ en todos los aspectos, sobre todo en salud.



4.000 \$

MILLONES DE DOLARES INVERTIDOS
POR EL FONDO MUNDIAL AL AÑO



33.800 \$

MILLONES DE DOLARES INVERTIDOS
POR EL FONDO MUNDIAL DESDE 2002

EL FONDO MUNDIAL Y LOS GOBIERNOS DONANTES

El Fondo Mundial de lucha contra sida, tuberculosis y malaria ha jugado –y juega– un rol fundamental e indispensable en la implementación de programas para estas pandemias alrededor del mundo, salvando millones de vidas ⁽⁴⁶⁾.

Recauda, moviliza e invierte cerca de 4.000 millones de dólares al año para financiar programas dirigidos por Gobiernos y sociedad civil en los países y comunidades alrededor del mundo. Desde su nacimiento en 2002 y hasta mayo de 2017, ha desembolsado 33.800 millones de dólares para la lucha contra las pandemias ⁽⁴⁷⁾.

El Fondo Mundial depende de contribuciones financieras voluntarias procedentes de todos los ámbitos: gobiernos donantes, fundaciones, personas individuales y el sector privado. Sin embargo, son los gobiernos, los que proveen el 95% de todo el financiamiento que recibe el Fondo Mundial ⁽⁴⁸⁾.

Este organismo se ha ganado su reputación por la transparencia y por su compromiso en la inclusión de las poblaciones clave en una programación comprometida con el respeto a los derechos humanos. Sin embargo, las últimas políticas de elegibilidad, financiación y transición están poniendo en riesgo la posibilidad de conseguir que en 2030 el VIH deje de ser un problema de salud pública mundial y están socavando los principios y orígenes del Fondo Mundial de atender y luchar contra el sida, la tuberculosis y la malaria fuera donde fuera.

Desde 2011, la Junta Directiva del Fondo Mundial ⁽⁴⁹⁾, conformada por gobiernos donantes, países implementadores, organizaciones privadas, delegaciones de sociedad civil –con derecho a voto– y la Organización Mundial de la Salud, ONUSIDA y el Banco Mundial –sin derecho a voto–, introdujo nuevos criterios para determinar qué países podrían recibir su apoyo ⁽⁵⁰⁾. El nuevo modelo significa que los países clasificados de "alto" o "ingreso medio alto", con cargas de morbilidad moderadas o bajas, han dejado de ser elegibles para la financiación y la asignación de recursos, y deben comenzar procesos de 'transición' hasta conseguir ser capaces de responder a sus pandemias con sus propios recursos.

De este modo, los miembros de la Junta Directiva, como Estados Unidos, Reino Unido o Alemania, están pasando a priorizar las ayudas a los países de menores ingresos y con altas cargas de las enfermedades, donde el desembolso y las acciones pueden generar un impacto más visible a corto plazo. Sin embargo, están olvidando la necesidad de atender la grave situación de las poblaciones clave en los países de renta media, donde el cierre de programas y servicios, así como el mantenimiento de políticas y legislaciones discriminatorias, no solo vulneran sus derechos humanos, sino que dificultan enormemente el poder acabar con la pandemia de VIH. Incluso la Comisión Europea está obviando esta realidad, pese a que algunos de los países más afectados por este nuevo modelo están entre sus fronteras.



©The Global Fund
John Rae

Las delegaciones de los países más afectados por los procesos de transición (Europa del Este y Asia Central; América Latina y Caribe; y el Mediterráneo Este) y las delegaciones de la sociedad civil dentro de la Junta Directiva del Fondo Mundial (comunidades viviendo y afectadas por el VIH, TB y malaria, y ONG de países en desarrollo y desarrollados) llevan ya tiempo pidiendo un replanteamiento de los criterios de elegibilidad para que el Fondo siga siendo 'global'. Alertan sobre el impacto negativo que tendrá su retirada en el curso de las epidemias en los países e inciden sobre la necesidad de que Fondo Mundial lleve a cabo transiciones responsables que contemplen todos los riesgos y carencias que, a día de hoy, están sufriendo miles de personas, especialmente las poblaciones clave.

La irracionalidad de financiar midiendo las cifras de ingreso del país se demuestra en que las regiones de Europa del Este y Asia Central y Mediterráneo Este y África del Norte, conformadas casi en su totalidad por países de rentas medias y cuya financiación a través del Fondo se ha reducido un 2.3% y un 2.6% respectivamente ⁽⁵¹⁾, son regiones donde las infecciones de VIH han crecido progresivamente en los últimos años.

Se pide a los países hacer más con menos y esto afecta a los

servicios, tratamientos y atención que tienen algunas de las poblaciones más pobres del mundo, con altas cargas de la enfermedad entre los grupos más vulnerables. Y las organizaciones de la comunidad, que trabajan para estas poblaciones en mayor riesgo y que apenas reciben financiación de sus gobiernos, son las primeras víctimas de una cadena que se está cobrando miles de vidas al año.

Así como la exclusión de las poblaciones clave en la respuesta al VIH y su criminalización refleja un problema político, la renuncia de los principales donantes y países de la Junta Directiva del Fondo Mundial a ciertos países sin abordar los criterios de salud pública y de derechos humanos, es también de naturaleza política. Los países donantes y el Fondo Mundial están en posición de cambiar las políticas de asignación de recursos que están poniendo en riesgo la lucha contra el sida y dejando atrás a las poblaciones clave.

El contexto es muy desafiante, pero también es una oportunidad para conseguir que la respuesta al VIH en América Latina y el Caribe sea más inclusiva, sostenible, efectiva e institucionalizada, y que cuente con un apoyo estratégico de los donantes centrado en las poblaciones claves y en el fortalecimiento de los actores comunitarios.

01



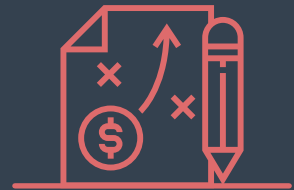
CREACIÓN DE SISTEMAS DE SALUD NACIONALES FUERTES

02



CREACIÓN DE PLANES ESTRATÉGICOS PARA LAS ENFERMEDADES

03



CREACIÓN DE PLANES DE FINANCIACIÓN DE SALUD SOSTENIBLES

POLÍTICAS PARA UNA TRANSICIÓN RESPONSABLE Y EFECTIVA

La retirada del apoyo económico de los donantes y el cierre de programas de cooperación han motivado procesos de “transición” que no siempre han ido acompañados de un protocolo de actuación previo a la salida que asegure la continuación de servicios y que los gobiernos cumplan con su responsabilidad y garanticen el derecho a la salud a toda la ciudadanía.

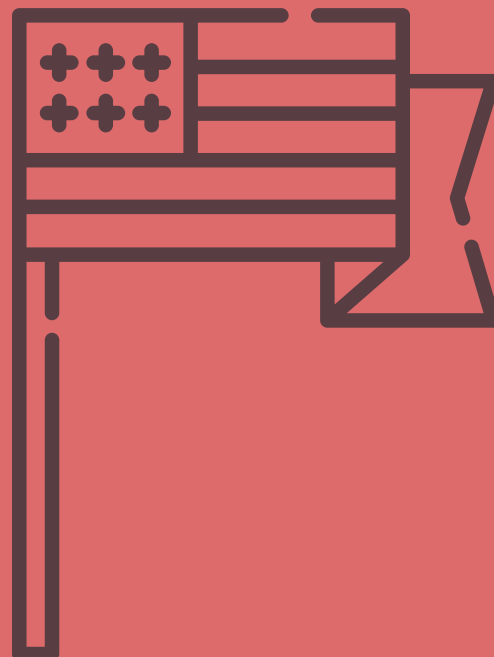
Los gobiernos y actores implicados no siempre son capaces o tienen interés en desarrollar e implementar políticas de transición que puedan asegurar el acceso a los servicios anteriormente financiados a través del Fondo Mundial, sobre todo los dirigidos a las poblaciones clave.

Tras las muchas y continuadas voces de alarma, el Fondo Mundial ha establecido mecanismos, como su Política de Sostenibilidad, Transición y Cofinanciación (STC, por sus siglas en inglés), para ayudar a mitigar estos procesos de transición a través de una serie de recomendaciones y condiciones que ayuden al control de las pandemias durante el cese de la financiación ⁽⁵²⁾.

Su enfoque incluye invertir en el desarrollo de Sistemas de Salud nacionales fuertes, planes estratégicos para las enfermedades y planes de financiación en salud que aseguren la sostenibilidad de sus programas tras su salida. Además, otorga incentivos financieros a los países para asegurar la continuidad de los programas dirigidos a las poblaciones clave.

El Fondo Mundial debe vigilar el impacto que su política de transición tiene para evitar que los beneficios de las inversiones realizadas durante los últimos años no se pierdan. Este organismo –y los donantes bilaterales- deben trabajar para localizar los huecos y brechas que puedan existir en estas nuevas políticas (ya sean por su reciente implementación o por sus carencias) y establecer un Fondo de Rescate para seguir apoyando a la sociedad civil, asegurar que los avances no se pierdan, y para ofrecer a los países asistencia técnica y apoyo para enfrentarse a las barreras de propiedad intelectual.

ESTADOS UNIDOS, EL MAYOR DONANTE BILATERAL DEL MUNDO, COMENZÓ A REDUCIR LA FINANCIACIÓN EN LA REGIÓN DEL CARIBE EN 2010 Y, CON LA EXCEPCIÓN DE JAMAICA, ABANDONARÁ LA REGIÓN EN 2019



ESTUDIO DE CASO LA ZONA DEL CARIBE Y PEPFAR

La región del Caribe, conformada mayormente por países de renta media, tiene la segunda mayor prevalencia de VIH entre su población, sólo por detrás del África Subsahariana. En Antigua y Barbuda, Bahamas, Barbados, Belice, Dominica, Granada, Jamaica, San Cristóbal y Nieves, Santa Lucía, San Vicente y las Granadinas, Surinam, y Trinidad y Tobago, la prevalencia entre adultos es del 1%, con una epidemia muy concentrada en poblaciones en riesgo: trabajadoras del sexo, hombres que tienen sexo con otros hombres y población reclusa⁽⁵³⁾.

En esta región, la comunidad de ONG realiza una función fundamental proporcionando servicios de prevención, asesoramiento, pruebas y otros servicios a las poblaciones más vulnerables al VIH. Algo que no es siempre factible a través del sector público por las políticas que criminalizan a estas poblaciones: 11 países caribeños imponen penas de cárcel de hasta 14 años para la gente que practica sexo con personas del mismo sexo⁽⁵⁴⁾.

Estas políticas impiden, por ejemplo, que los jóvenes accedan a los servicios sin el consentimiento de los padres o coartan a los miembros de las poblaciones clave a la hora de acudir a las clínicas del sector público por temor a la falta de confidencialidad y al estigma asociado con la búsqueda de servicios en las pocas instalaciones donde se trata el VIH.

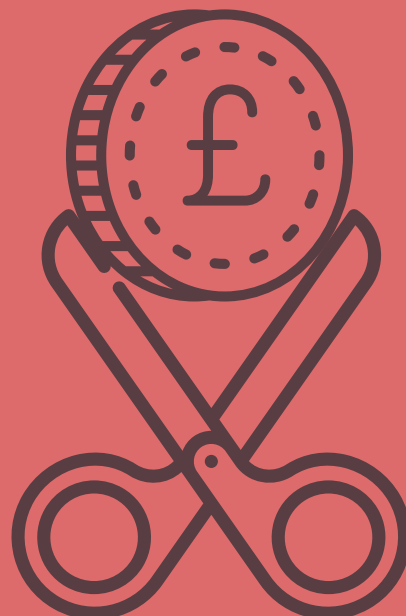
La mayoría de las ONG caribeñas trabajan con mucho

personal voluntario y son muy dependientes de la financiación de los donantes. PEPFAR, el mayor donante bilateral del mundo, ha ayudado a estas ONG a realizar intervenciones de prevención del VIH a casi 57.000 individuos en poblaciones clave en el área. Por ejemplo: la Alianza del VIH/sida del Caribe (CHAA) era el proveedor líder de servicios y atención para poblaciones clave en la mayoría de las islas del Caribe Oriental y dependía más del 95% del financiamiento del PEPFAR⁽⁵⁵⁾.

Entre 2010 y 2014, sin embargo, PEPFAR comenzó procesos de transición en 12 países del Caribe Oriental y abandonará parte de la región en 2019: Bahamas, por ejemplo, dejó de recibir financiación en septiembre de 2017, al igual que lo hizo Barbados en 2018. Mientras tanto, Guyana, Surinam y Trinidad y Tobago han visto sus fondos recortados a mínimos históricos durante varios años, y sus asignaciones finalizarán en 2019⁽⁵⁶⁾.

Pese a que la zona del Caribe ha sido un ejemplo en la ampliación del tratamiento y ha visto una reducción en el número de muertes por sida, el último reporte de ONUSIDA muestra cómo las nuevas infecciones entre adultos han crecido un 9% en la región entre 2010 y 2015, tras diez años de descenso⁽⁵⁷⁾. Los motivos: falta de financiación externa, falta de apoyo del gobierno, políticas y legislaciones que dificultan el abordaje eficaz de la epidemia, o mala adherencia de las personas viviendo con sida a los tratamientos.

LOS RECORTES EN SUS PROGRAMAS BILATERALES DE AYUDA AL DESARROLLO HAN SUPUESTO UN DESCENSO EN LA FINANCIACIÓN DE LA LUCHA CONTRA EL SIDA



ESTUDIO DE CASO EL REINO UNIDO

El Reino Unido es, todavía, el segundo mayor donante en la lucha global contra el sida en los países de rentas bajas y media. Sus contribuciones suponen el 9,3% del presupuesto de los donantes en la lucha contra esta enfermedad⁽⁵⁸⁾.

Pero en los últimos años ha habido un cambio de tendencia. El DFID (el Departamento de Ayuda Internacional del Reino Unido) ha cerrado la mayoría de sus programas bilaterales específicamente enfocados al VIH y ha preferido abordar el VIH dentro de sus programas más amplios de salud y desarrollo, así como trabajar cada vez más con organizaciones multilaterales, como el Fondo Mundial, UNITAID y ONUSIDA.

Por tanto, a pesar de haber aumentado su contribución al Fondo Mundial⁽⁵⁹⁾, los cortes en sus programas bilaterales de ayuda al desarrollo han supuesto un descenso en la financiación de la lucha contra el sida. El país pasó de una inversión bilateral de 416 millones de libras en 2012 a 324 en 2015: una caída del 22% en el momento en el que, según ONUSIDA, las inversiones deben crecer un tercio para alcanzar el objetivo de 2030⁽⁶⁰⁾.

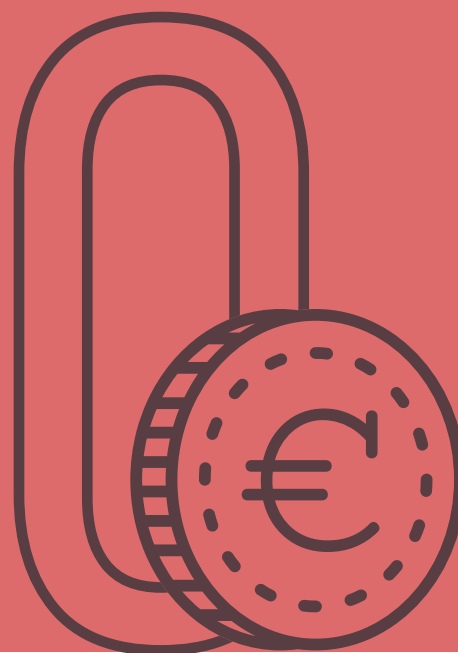
En 2009, el DFID contaba con 24 oficinas en países con fondos destinados a programas de VIH y sida: en 2015 apenas estaban

abiertas 10. Además, el apoyo directo del DFID a la sociedad civil que trabaja sobre VIH ha disminuido desde un máximo de 30 millones de libras en 2011 a sólo 8 millones en 2015.

El DFID ha sido un líder en la respuesta global al VIH/sida y ha sido considerada como una de las agencias más avanzadas y eficaces. Sin embargo, parece que el liderazgo político del Reino Unido está viéndose mermado. De hecho, el último documento estratégico y de posición sobre VIH del DFID fue publicado en 2011 y caducó en 2015⁽⁶¹⁾ (el propio DFID ha indicado que no tiene previsto publicar uno nuevo) y el gobierno británico presta cada vez menos presencia a los foros internacionales de alto nivel sobre sida.

Además de exigir que formalice una posición y estrategia sobre VIH, la sociedad civil del Reino Unido pide a su país que, entre otras cosas, aumente sus contribuciones multilaterales y bilaterales para el sida en base a las recomendaciones de ONUSIDA, con un incremento también en la financiación para la sociedad civil y las poblaciones clave. Asimismo, reclama que, cuando cesen los programas y las oficinas en diferentes países, éstos sean clausuradas asegurando y manteniendo los avances obtenidos⁽⁶⁰⁾.

PESE HABER SIDO UNO DE LOS
MAYORES DONANTES DEL FONDO
MUNDIAL DURANTE LA DÉCADA
PASADA, DESDE 2011 NO APORTA
NI COMPROMETE UN SOLO EURO



ESTUDIO DE CASO **ESPAÑA:** **SIN VOZ NI VOTO**

España es otro de los países que ha reducido la ayuda internacional en la lucha contra el sida, la tuberculosis y la malaria. Desde el año 2008, su Ayuda Oficial al Desarrollo ha descendido en más de un 73%. Alcanza así su mínimo histórico, aportando en 2015 tan solo el 0,12% de la Renta Nacional Bruta y situando al país en el puesto 26 de 28 países donantes⁽⁶²⁾.

La ayuda bilateral para las pandemias es muy limitada y el recorte en la ayuda multilateral es especialmente significativo porque, pese haber sido uno de los mayores donantes del Fondo Mundial durante la década pasada, desde 2011 no aporta ni compromete un solo euro a este organismo. España, que ha tenido una larga tradición de cooperación con América Latina y el Caribe, podría haber tenido una voz reconocible y escuchada en la junta directiva del Fondo Mundial durante las discusiones que se han venido produciendo sobre la política de elegibilidad de los países para poder acceder a financiación.

Al igual que el resto de países, España debe retomar los niveles de cooperación y ser parte en el desarrollo de una cooperación diferenciada con los países de renta media para conseguir que la respuesta al VIH en América Latina, el Caribe y en otras zonas del mundo sea más inclusiva, efectiva y sostenible; una respuesta en la que se apoye con especial énfasis a la sociedad civil y a las poblaciones clave, para que puedan acceder a los servicios que necesitan, realizar un trabajo de incidencia política y de defensa de los derechos humanos.

LA CRIMINALIZACIÓN Y ESTIGMATIZACIÓN, JUNTO CON UNA FALTA DE LEGISLACIÓN QUE PROTEJA A LOS SECTORES DE LA POBLACIÓN MÁS AFECTADOS POR EL VIH, HAN SIDO UN LASTRE PARA DEMASIADOS PAÍSES EN EUROPA DEL ESTE, ASIA CENTRAL, ESTE DEL MEDITERRÁNEO, NORTE DE ÁFRICA, AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE

GOBIERNOS LOCALES

Tal y como refleja este informe, un gran número de los gobiernos de África, Europa del Este o América Latina y el Caribe, han dado la espalda durante muchos años a gran parte de su población y a la realidad de una pandemia como la de VIH. Se han apoyado en la ayuda internacional y en las organizaciones de la sociedad civil para cubrir los huecos que dejaban sus planes nacionales, en muchos casos ineficaces e incompletos. La respuesta gubernamental se ha centrado demasiadas veces en la compra de medicamentos y el dispendio de los tratamientos, mientras que las políticas de prevención y el trabajo con las poblaciones más vulnerables han sido muy limitadas u omitidas dentro de las políticas nacionales de lucha contra el VIH.

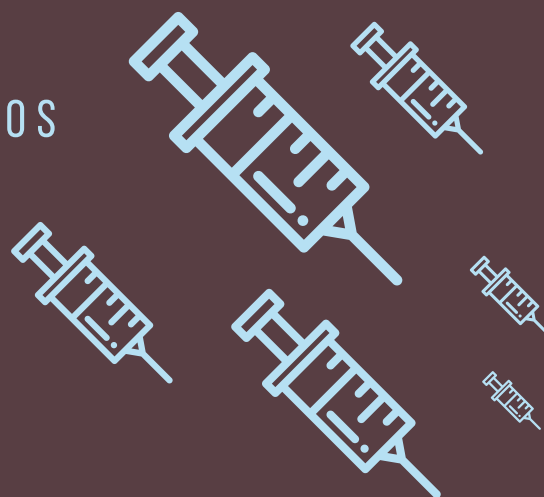
Además, la criminalización y estigmatización, junto con una falta de legislación que proteja a los sectores de la población más afectados por el VIH, han sido un lastre para demasiados países en Europa del Este, Asia Central, Este del Mediterráneo, Norte de África, América Latina y Caribe.

Un país de renta media-alta como Jamaica deberá comenzar un proceso de transición que le permita estar ante la potencial salida del Fondo Mundial del país, y se está trabajando desde ya para que el Gobierno sea capaz de suplir el total de la financiación para entonces. Sin embargo, la criminalización de la población de hombres que tienen sexo con otros hombres –las relaciones entre el mismo sexo pueden ser castigadas con hasta 10 años de cárcel –, además del estigma y la violencia que sufren, pone en cuestión la capacidad del Gobierno para atender las necesidades de esta población, que cuenta con la prevalencia más alta de VIH en la región: un 32%⁽⁶³⁾. Y, como vimos antes, no es Jamaica un caso único.

La criminalización, el estigma y la falta de legislación adecuada generan un bloqueo al acceso a los servicios de pruebas y a los tratamientos, lo que hace que la transmisión sea más probable y aumenten las cifras de VIH, echando por tierra todos los esfuerzos realizados en la respuesta nacional e internacional a la pandemia. Por eso, la adopción por parte de los diferentes gobiernos de un enfoque de derechos humanos para el VIH/sida es fundamental y de enorme interés público.

Los procesos de salida y transición pueden ser un lastre, sin duda, pero también pueden suponer una oportunidad para que los Gobiernos nacionales comiencen a aplicar políticas eficaces que aseguren los derechos y que cubran las necesidades sociales –incluidas las más básicas: alimentación, vivienda, trabajo- y de salud de toda la ciudadanía, subsanando la brecha de la financiación con fondos propios y realizando una verdadera ‘contratación social’ -es decir, la contratación de la sociedad civil por parte del Gobierno- que permita a las ONG seguir trabajando con libertad: gran parte del éxito en la respuesta al sida dependerá de que las organizaciones sociales puedan seguir realizando su trabajo.

EN SERBIA, LOS PROGRAMAS QUE OFRECÍAN SERVICIO A MÁS DE 3.000 PERSONAS USUARIAS DE DROGAS INYECTABLES HAN CERRADO SUS PUERTAS O CESADO SUS SERVICIOS



ESTUDIO DE CASO **SERBIA Y EL FONDO MUNDIAL**

El nuevo enfoque del Fondo Mundial de lucha contra el sida, la tuberculosis y la malaria hacia países donde la lucha contra las pandemias pueda tener mayor impacto a corto plazo ha provocado un descenso del 15% en financiación de la salud en la región de Europa del Este y Asia Central, convirtiéndose en la región más afectada del mundo.

Entre 2010 y 2015, once donaciones del Fondo Mundial en siete países dejaron de ser consideradas elegibles para las nuevas asignaciones del organismo. Serbia, clasificado como un país de renta media alta con una carga de la enfermedad moderada, fue uno de los países afectados.⁽⁶⁴⁾

En Serbia, el Fondo Mundial apoyaba a más de 50 organizaciones que se encargaban de ofrecer servicio para poblaciones en mayor riesgo. Tras el anuncio de su retirada, el gobierno serbio se comprometió a mantener los programas de prevención en su Estrategia Nacional para el VIH/sida durante este proceso de 'transición'.

Sin embargo, no cumplió con su promesa: en el presupuesto de 2015 para VIH, tan solo el 3% de éste iba dedicado a prevención. Y no solo eso: no había fondos dirigidos hacia las poblaciones clave. Así, los programas que ofrecían servicio a más de 3.000 personas usuarias de drogas inyectables en las mayores ciudades del país (Novi Sad, Belgrado y Niš) han cerrado sus puertas o cesado sus servicios.



UNITED STATES GOVERNMENT
**HIV/AIDS
LEADERSHIP**

UNITED STATES GOVERNMENT
**HIV/AIDS
LEADERSHIP**

Gilead

**PHARMA
GREED
KILLS**

**PHARMA
GREED
KILLS**

**FREE THE
CURE
BERATE
GILEAD**

**PHARMA
GREED
KILLS**

**GILEAD
PHARMA
GREED
KILLS**

SI LOS GOBIERNOS
DESAPARECEN,
SI LOS DONANTES
DESAPARECEN,
SI LA SOCIEDAD
CIVIL DESAPARECE,
NO PODREMOS
ACABAR CON EL
SIDA



LA CAMPAÑA: ¿POR QUÉ 'NADIE'?

NADIE es una campaña que une a organizaciones de la sociedad civil y expertos de América Latina, el Caribe y del resto del mundo para detener el abandono que las poblaciones más vulnerables al VIH sufren por parte de sus gobiernos y de los países donantes.

La campaña NADIE pretende situar en la opinión pública y en el debate político las consecuencias que podría tener este abandono en la salud de la población. A través de una agenda completa y peticiones concretas a estos actores, proponemos crear una corriente de solidaridad global entre los países y colectivos sociales que se vayan adhiriendo a la campaña y entre ciudadanos de todo el mundo para conseguir que los

gobiernos, países donantes y organismos internacionales cumplan su papel en la lucha contra el sida.

Todos y todas somos responsables de que nadie se quede fuera, de que nadie sea dejado atrás. Si los gobiernos desaparecen, si los donantes desaparecen, si la sociedad civil desaparece, no podremos acabar con el sida.

NADIE PUEDE DESAPARECER.



LA CAMPAÑA NADIE PIDE A LOS DONANTES Y ORGANISMOS INTERNACIONALES COMO EL FONDO MUNDIAL DE LUCHA CONTRA EL SIDA, LA TUBERCULOSIS Y LA MALARIA



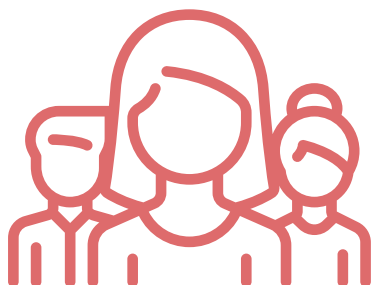
QUE NO DESAPAREZCAN

Un cambio en las políticas de asignación de recursos que están abandonando a las poblaciones más vulnerables de los países de renta media y que están poniendo en riesgo el poder acabar con la pandemia de sida en el futuro y todo lo conseguido hasta el momento.



UNA AYUDA COHERENTE

Una política Ayuda Oficial al Desarrollo actualizada a las nuevas realidades y en línea con los Objetivos de Desarrollo Sostenible: que no se centre en el concepto obsoleto de "reducción de la pobreza", sino en la justicia social, la inequidad y la solidaridad internacional.



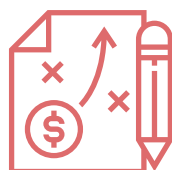
QUE APOYEN A LA SOCIEDAD CIVIL COMO MOTOR DEL CAMBIO

La creación, por parte del Fondo Mundial, de una línea de financiación específica para abordar el trabajo de abogacía de la sociedad civil de los países a los que deje de apoyar económicamente. Es lo único que puede asegurar que los gobiernos se comprometan a largo plazo con el sida y la salud de sus ciudadanos.



UN FONDO DE RESCATE

La creación de un "Fondo de Rescate" para paliar de forma inmediata las consecuencias del cierre de servicios en los países en los que se ha retirado recientemente la ayuda internacional sin una garantía de que el gobierno asumirá la lucha contra el sida en su totalidad.

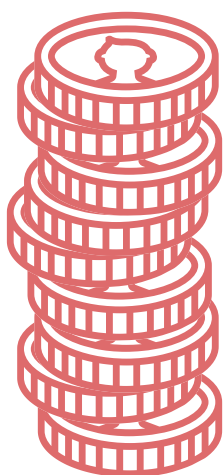


UNA SALIDA RESPONSABLE

Un protocolo de actuación previo a la salida como donante de un país, que asegure que el gobierno asumirá su responsabilidad y cumplirá con los derechos humanos de toda su población, garantizando el derecho a la salud a toda la ciudadanía y especialmente a las poblaciones más vulnerables que viven con VIH. La prevención y tratamiento a todos los colectivos tiene que quedar asegurada sin exclusión alguna.



LA CAMPAÑA NADIE PIDE A LOS GOBIERNOS DE AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE



MAYOR PRESUPUESTO

Un incremento en el presupuesto nacional de salud y específicamente en el destinado a la lucha contra el sida y a los servicios para las poblaciones más vulnerables. Sólo con recursos se puede garantizar el derecho a la salud de toda la ciudadanía.



APOYO POLÍTICO Y ECONÓMICO A LAS ORGANIZACIONES SOCIALES

Un apoyo específico, tanto político como económico, a las organizaciones de la sociedad civil para que puedan seguir desarrollando su trabajo y proporcionando servicios de prevención y atención a las poblaciones más vulnerables; allí donde no llega el Gobierno.



PROTECCIÓN DE LOS DERECHOS HUMANOS DE TODAS LAS PERSONAS

Una legislación que proteja los derechos humanos de toda la ciudadanía sin excluir a ninguna población y que garantice el acceso a la salud y a los medicamentos de todas las personas.



UNA POLÍTICA DE LUCHA CONTRA EL SIDA QUE NO DEJE A NADIE ATRÁS

Intervenciones específicas para las poblaciones más vulnerables, garantizando así que nadie se queda fuera de la lucha contra el sida.



REFERENCIAS DOCUMENTALES



- 1) 'Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development'. Naciones Unidas.
<https://sustainabledevelopment.un.org/post2015/transformingourworld>
- 2) Objetivos de Desarrollo Sostenible. 17 objetivos para transformar nuestro mundo. 'La Asamblea General adopta la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible'. Naciones Unidas.
<http://www.un.org/sustainabledevelopment/es/2015/09/la-asamblea-general-adopta-la-agenda-2030-para-el-desarrollo-sostenible/>
- 3) ONUSIDA. Datos 2017.
http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2017_data-book_en.pdf
- 4) Fast-Track: ending the AIDS epidemic by 2030. ONSUIDA.
http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/201506_JC2743_Understanding_FastTrack_es.pdf
- 5) Donor Government Funding for HIV in Low- and Middle-Income Countries in 2016. The Henry J. Kaiser Family Foundation y ONUSIDA.
<http://files.kff.org/attachment/Report-Donor-Government-Funding-for-HIV-in-Low-and-Middle-Income-Countries-in-2016>
- 6) Africa's AIDS Response at the Crossroads: A Make or Break Moment. M. Michel Sidibé. Director Ejecutivo de ONUSIDA. ONUSIDA.
http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/20111204_SP_EXD_ICASA_opening_en_0.pdf
- 7) La lucha contra la pobreza en los países de renta media. Iliana Olivé Aldasoro. Real Instituto Elcano.
http://www.realinstitutoelcano.org/wps/portal/!ut/p/a0/04_Sj9CPykyssy0xPLMnMz0vMAfGzOKNg318fEKcHX1NTZz9QgKNX10NDSBAvyDbUREAbg0Kqw!/?WCM_PORTLET=PC_Z7_3SLLLTCAm54CNTQ27F3000000000000_WCM&WCM_GLOBAL_CONTEXT=/wps/wcm/connect/elcano/elcano_es/zonas_es/ari+116-2003
- 8) Transitions from donor funding to domestic reliance for HIV responses Recommendations for transitioning countries. Dave Burrows, Gemma Oberth, Danielle Parsons, y Lou McCallum. AIDSPAN y APM Global Health.
<http://www.globalfundadvocatesnetwork.org/wp-content/uploads/2016/04/Aidspan-APMG-2016-Transition-from-Donor-Funding.pdf>
- 9) La salud panameña desde la perspectiva económica. La Estrella de Panamá.
<http://laestrella.com.pa/economia/salud-panameña-desde-perspectiva-economica/23899268>
- 10) Panama Country Report: Transition Readiness Assessment. Acceso Global. Julio, 2017.
<https://plataformalac.org/wp-content/uploads/2017/03/Panama-Informe-riesgos-y-necesidades-AT-de-SC-RESUMEN-ESPAN%CC%83OL.pdf>
- 11) Action plan to reverse destructive HIV financing trends in middle-income countries. Harm Reduction.
http://www.harm-reduction.org/sites/default/files/pdf/mics-actionplan_final_dec_17.pdf
- 12) As HIV burden overwhelmingly shifts to 'middle-income' countries, access to affordable medicines is under threat. Médicos Sin Fronteras. Julio, 2015.
<http://www.msf.org/en/article/hiv-burden-overwhelmingly-shifts-%E2%80%99middle-income%E2%80%99-countries-access-affordable-medicines-under>
- 13) Prevention Gap Report. ONUSIDA. 2016.
http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2016-prevention-gap-report_en.pdf
- 14) TB and HIV concept note. Belize. Fondo Mundial. 2014.
http://docs.theglobalfund.org/program-documents/GF_PD_001_86ae51dc-9f49-4f13-a99a-c9e0ed93c4e4.zip
- 15) State-sponsored Homophobia: A world survey of sexual orientation laws: Criminalisation, protection and recognition. International Lesbian Gay Bisexual Trans and Intersex Association (ILGA). 2016.
http://ilga.org/downloads/02_ILGA_State_Sponsored_Homophobia_2016_ENG_WE_B_150516.pdf
- 16) La ONU en América Latina y el Caribe llama a eliminar barreras que aumentan la exclusión social de las personas LGBTI. PAHO. 2016
http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=12035%3Aonu-lac-eliminar-barreras-que-aumentan-exclusion-social-personas-lgbti&Itemid=135&lang=es
- 17) Objetivos de Desarrollo Sostenible. Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo.
<http://www.undp.org/content/undp/es/home/sustainable-development-goals.html>
- 18) 90-90-90 Un ambicioso objetivo de tratamiento para contribuir al fin de la epidemia de sida. ONUSIDA.
http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/90_90_90_es.pdf
- 19) HIV prevention among key populations. ONUSIDA. 2016.
http://www.unaids.org/en/resources/presscentre/featurestories/2016/november/20161121_keypops
- 20) Consolidated guidelines on HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations. Organización Mundial de la Salud (OMS). 2016.
<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/246200/1/9789241511124-eng.pdf>
- 21) Ending AIDS. Progress towards the 90-90-90 targets. ONUSIDA. 2017.
http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/Global_AIDS_update_2017_en.pdf
- 22) ONUSIDA. Datos 2017.
http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2017_data-book_en.pdf
- 23) Fact sheet: 2014 statistics. UNAIDS. 2015.
http://files.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/factsheet/2014/20140716_FactSheet_en.pdf
- 24) The rise and fall of income inequality in Latin America. Leonardo Gasparini, Nora Lustig. ECINEQ. 2011. <http://www.ecineq.org/milano/wp/ecineq2011-213.pdf>
- 25) Prevention Gap Report. ONUSIDA. 2016.
http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2016-prevention-gap-report_en.pdf
- 26) La ONU en América Latina y el Caribe llama a eliminar barreras que aumentan la exclusión social de las personas LGBTI. PAHO. 2016
http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=12035%3Aonu-lac-eliminar-barreras-que-aumentan-exclusion-social-personas-lgbti&Itemid=135&lang=es
- 27) Trans Murder Monitoring Update. IDAHOT. 2016.
<http://transrespect.org/en/idahot-2016-tmm-update/>
- 28) Aportes del sistema de las naciones unidas al primer informe anual sobre el progreso y los desafíos regionales de la agenda 2030 para el desarrollo sostenible en América Latina y el Caribe. Foro de los Países de América Latina y el Caribe sobre el Desarrollo Sostenible. 2017.
http://200.9.3.98/bitstream/handle/11362/41212/S1700282_mu.pdf?sequence=1&isAllowed=y

- 29)** Clasificación de los países según el ingreso: Un nuevo documento de trabajo. Banco Mundial. 2016. <https://blogs.worldbank.org/opendata/es/clasificacion-de-los-paises-segun-el-ingreso>
- 30)** Financing the Response to HIV in Low- and Middle-Income Countries: International Assistance from Donor Governments in 2015. The Henry J. Kaiser Family Foundation y ONUSIDA. http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/financing-the-response-to-hiv-in-low-and-middle-income-countries_en.pdf
- 31)** The impact of transition from global fund support to governmental funding on the sustainability of harm reduction programs. Eurasian Harm Reduction Network. 2016. <http://www.icaso.org/wp/wp-content/uploads/2016/10/Romania-case-study.pdf>
- 32)** The Global Fund policy on Sustainability, Transition and Co-financing and the Funding Cycle Process. The Global Fund. <http://www.eannaso.org/tools-guidelines/partners-tools-and-guides/175-global-fund-d-training-sustainability-transition-and-co-financing/file>
- 33)** Informe sobre Riesgos y Necesidades de Asistencia Técnica de la Sociedad Civil en el Contexto de la Transición Sostenible en Panamá. Plataforma Regional América Latina y el Caribe. 2017. <https://plataformalac.org/2017/03/informe-sobre-riesgos-y-necesidades-de-asistencia-tecnica-de-la-sociedad-civil-en-el-contexto-de-la-transicion-sostenible-en-panama/>
- 34)** El futuro del Fondo Mundial en Latinoamérica. Javier Hourcade Bellocq. Corresponsales Clave. 2016. <http://www.corresponsalesclave.org/2016/11/el-fin-del-fondo-en-lac.html>
- 35)** How can we achieve universal access to low-cost treatment for HIV? Andrew M Hill and Anton L Pozniak. Journal of Virus Eradication. 2016. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5075345/>
- 36)** Hablemos sobre el precio de los medicamentos contra el VIH en los países de renta media. Tenu Avafia y Katie Kirk. Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo. 2013. <http://www.undp.org/content/undp/es/home/ourperspective/ourperspectivearticle/2013/06/27/focusing-on-prices-of-hiv-medicines-in-middle-income-countries-tenu-avafia-katie-kirk.html>
- 37)** Results Report 2017. Fondo Mundial. https://www.theglobalfund.org/media/6773/corporate_2017resultsreport_report_en.pdf
- 38)** Community Activism for Sustained HIV Treatment Access. 2015-2017 Strategic Plan. ITPC. <http://itpcglobal.org/wp-content/uploads/2015/04/ITPC-2015-2017-Strategic-Plan.pdf>
- 39)** Se inclinó la balanza: ONUSIDA anuncia que 19,5 millones de personas salvaron su vida gracias al tratamiento y que las muertes relacionadas con el SIDA se han reducido a la mitad desde 2005. ONUSIDA. 2017. http://www.unaids.org/es/resources/presscentre/pressreleaseandstatementarchive/2017/july/20170720_PR_Global_AIDS_Update_2017
- 40)** Prevention Gap Report. ONUSIDA. 2016. http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2016-prevention-gap-report_en.pdf
- 41)** Global Report 2013: UNAIDS report on the global AIDS epidemic 2013. UNAIDS. 2013. http://files.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2013/gr2013/UNAIDS_Global_Report_2013_en.pdf
- 42)** World Health Organization (WHO) (2014) 'Consolidated guidelines on HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations' http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/128048/1/9789241507431_eng.pdf?ua=1
- 43)** Transitions from donor funding to domestic reliance for HIV responses Recommendations for transitioning countries. Dave Burrows, Gemma Oberth, Danielle Parsons, y Lou McCallum. AIDSPAN y APM Global Health. <http://www.globalfundadvocatesnetwork.org/wp-content/uploads/2016/04/Aidspan-APMG-2016-Transition-from-Donor-Funding.pdf>
- 44)** Estadísticas Mundiales sobre el VIH. Hoja informativa. ONUSIDA. 2017. http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/UNAIDS_FactSheet_es.pdf
- 45)** Kaiser/UNAIDS study finds donor government funding for HIV declined by 7% in 2016, falling to lowest level since 2010. ONUSIDA. 2017. http://www.unaids.org/en/resources/presscentre/pressreleaseandstatementarchive/2017/july/20170721_PR_Kaiser_funding_HIV
- 46)** Impact. The Global Fund. <https://www.theglobalfund.org/en/impact/>
- 47)** Financials. The Global Fund. <https://www.theglobalfund.org/es/financials/>
- 48)** Government. The Global Fund. <https://www.theglobalfund.org/es/government/>
- 49)** Members. The Global Fund. <https://www.theglobalfund.org/en/board/members/>
- 50)** The Global Fund Eligibility and Counterpart Financing Policy. The Global Fund. 30th Board Meeting, doc. no. GF/B30/6. 2013.
- 51)** More is known about the impact of the new allocation methodology. Aidspace. 2016. http://www.aidspace.org/gfo_article/more-known-about-impact-new-allocation-methodology
- 52)** The Global Fund Sustainability, Transition and Co-financing Policy. The Global Fund. https://www.theglobalfund.org/media/4221/bm35_04-sustainabilitytransitionandco-financing_policy_en.pdf
- 53)** PEPFAR transitions: lessons learned through the experience of past donor transitions and applications for the Eastern Caribbean. USAID, PEPFAR, HFG. https://www.hfgproject.org/wp-content/uploads/2015/01/PEPFAR-Transitions-Paper-Abt-Assoc-Jan_5_2015-4.pdf
- 54)** Prevention Gap Report. ONUSIDA. 2016. http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2016-prevention-gap-report_en.pdf
- 55)** Financial sustainability recommendations for the Caribbean HIV/AIDS Alliance (CHAA): draft report. Tarantino L, Ingerson K, Chadbourn C. Bethesda (MD): Abt Associates. 2014.
- 56)** US pulls HIV funding from hard-hit Caribbean countries. Antillean Media Group. 2017. <http://www.antillean.org/us-cuts-pepfar-caribbean-139414/>
- 57)** HIV and aids in Latin America the Caribbean regional overview. Avert. 2016. <https://www.avert.org/professionals/hiv-around-world/latin-america/overview>
- 58)** Kaiser/UNAIDS Study Finds Donor Government Funding for HIV Declined by 7% in 2016, Falling to Lowest Level Since 2010. The Henry J. Kaiser Family Foundation y ONUSIDA. 2017. http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/20170721_Kaiser_Donor_Government_Funding_HIV.pdf
- 59)** UK pledges £1.1 bn to global aid fund against Aids, TB and malaria. The Guardian. 2016. <https://www.theguardian.com/global-development/2016/sep/18/priti-patel-justin-trudeau-uk-11bn-global-fund-aids-tb-malaria>
- 60)** A Stocktake Review of DFID's Work on HIV and AIDS. STOPAIDS. <https://stopaids.org.uk/resources/a-stocktake-review-of-dfid-work-on-hiv-and-aids/>
- 61)** Towards zero infections The UK's position paper on HIV in the developing world. Department of International Development. 2011. https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/67523/twds-zero-infs-pos-paper-hiv-dev-wrld.pdf
- 62)** El Gobierno español abandona la solidaridad internacional con un recorte en la ayuda al desarrollo del 73%. OXFAM Intermón. <https://www.oxfamintermon.org/es/sala-de-prensa/nota-de-prensa/gobierno-espanol-abandona-solidaridad-internacional-con-un-recorte-en>
- 63)** Ready, Willing, and Able? Challenges Faced by Countries Losing Global Fund Support. Global Fund Advocate Network. 2015. <http://www.globalfundadvocatesnetwork.org/resource/ready-willing-and-able-challenges-faced-by-countries-losing-global-fund-support/#.WbZ6sshJblU>
- 64)** The impact of the Global Fund's withdrawal on harm reduction programs. A case study from Serbia. Eurasian Harm Reduction Network. 2015. http://www.harm-reduction.org/sites/default/files/pdf/r-serbia-global-fund-210x297_0.pdf



nadienedesaparecer.org